

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ АМІКСИНУ ІС, БІЦИКЛОЛУ ТА ГЕПАВІРИНУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С

Одеський національний медичний університет

Вступ. Широка розповсюдженість і розвиток несприятливих наслідків ХГС обумовлює необхідність своєчасного призначення лікування хворих. Науковцями продовжується пошук способів безінтерферонового лікування хворих на ХГС, яке було б направлене на основні ланки патогенезу захворювання.

Мета. Визначити ефективність терапії аміксином ІС, біцикломом і гепавірином у хворих на хронічний гепатит С з протипоказаннями до інтерферонотерапії та/або нон-респондерів.

Матеріали і методи. Обстежено 64 хворих на ХГС з помірно вираженою активністю гепатиту. Визначали рівень загального білірубіну, активність АлАТ, АсАТ, лужної фосфатази, γ-ГТП, тимолової проби, амілази сироватки крові. Активність процесів ПОЛ вивчали за вмістом у сироватці крові МДА і ДК. Ступінь фіброзу печінки визначали методом ФіброТест. Залежно від способу лікування всі хворі поділені на 2 групи. Хворі I групи (30 осіб) отримували аміксин, біциклор і гепавірин, хворі II - лише біциклор. Ефективність терапії хворих на ХГС оцінювали за тривалістю астено-вегетативного, диспептичного та гепатолієнального синдромів, динамікою біохімічних показників крові та концентрацією продуктів ПОЛ.

Результати. При обстеженні хворих під час звернення виявлено підвищення рівня білірубіну, підвищення концентрації у сироватці крові МДА і ДК. Нормалізація активності АлАТ та АсАТ, рівня білірубіну і вмісту продуктів ПОЛ відбувалась на 3 місяці лікування у хворих I групи та на 6 місяці – у хворих II. Прогресування ФП припинялось на 6 місяці лікування у хворих I групи, тоді як у II групі діагностовано посилення фібротичних змін у печінці хворих. Тривалість диспептичного та астено-вегетативного синдромів у хворих в I групі була у середньому коротшою на 1 та 2 місяці порівняно із хворими II групи. Гепатолієнальний синдром тривав у хворих I групи – 6 місяців, а у хворих II навіть на 12 місяці у 29,41 % діагностовано гепатоспленомегалію.

Висновки. Встановлено, що у хворих на ХГС з протипоказаннями до інтерферонотерапії та/або нон-респондерів, які отримували аміксин ІС, біциклор і гепавірин, відбувалась більш швидка нормалізація біохімічних показників та зниження вмісту продуктів ПОЛ у сироватці крові. Запропонована комплексна терапія запо-бігала прогресуванню ФП. Тривалість диспептичного, астено-вегетативного та гепатолієнального синдромів була значно коротшою у хворих I групи, що значно покращувало їх працездатність та не потребувало додаткового стаціонарного лікування.

Ключові слова: хронічний гепатит С, перекисне окислення ліпідів, фіброз печінки, лікування.

Вступ. Широка розповсюдженість і розвиток несприятливих наслідків хронічного гепатиту С (ХГС) (цирозу печінки та гепатоцелюлярної карциноми) обумовлює необхідність своєчасного призначення лікування хворих [1, 2]. Не дивлячись на те, що «золотим стандартом» лікування хворих на ХГС вважається комбінація препаратів інтерферонів (ІФН) і рибавіріну, залишається відкритим питання терапії хворих із супутніми

хронічними захворюваннями серцево-судинної системи, сечовидної, ендокринної систем, психічними розладами в анамнезі, яким призначення цього стандарту протипоказане [3, 4]. До того ж використання ІФН викликає розвиток цілої низки небажаних явищ і аутоімунних процесів. Загальна частота побічних ефектів, внаслідок яких лікування інтерферонами повинно бути припинено, складає близько 10-14 %. Найбільш поширені грипоподібні симптоми (слабкість, головний біль, температура) і психіатричні порушення (депресія, дратівливість, безсоння), які відзначаються у 22-31 % пацієнтів, а серед лабораторних змін – нейтропенія у 18-20 %. Також відомо, що близько у 85-90 % хворих із 1 та у 6-16 % хворих із 2, 3 та 4 генотипами не вдається досягнути стійкої вірусологічної відповіді (СВВ) при використанні сучасної ПВТ. Суперечливим є питання механізмів розвитку деструкції гепатоцитів та розвитку фіброзу печінки [5, 6]. Тому науковцями продовжується пошук способів безінтерферонового лікування хворих на ХГС, яке було б направлене на основні ланки патогенезу захворювання. Головним його завданням є припинення прогресування фіброзу печінки (ФП) та попередження формування ЦП і ГЦК.

Мета. Визначити ефективність терапії аміксином ІС, біциклолом і гепавірином у хворих на хронічний гепатит С з протипоказаннями до інтерферонотерапії та/або нон-респондерів.

Матеріали та методи. Обстежено 64 хворих на ХГС з помірно вираженою (згідно класифікації гастроентерологів, Лос-Анджелес, 1994 р., активність аланінамінотрансферази (АлАТ) в межах 6 норм) активністю патологічного процесу. Діагноз ХГС підтверджували виявленням у сироватці крові хворих антитіл (аHCV, аHCVNS3, аHCVNS4, аHCVNS5, аHCV-IgM) методом імуноферментного аналізу (ІФА) та РНК вірусу гепатиту С (RNA HCV) за допомогою полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР). Проведення інтерферонотерапії (ІФН-терапії) у хворих на ХГС було неможливим через наявність таких протипоказань: у 5 (7,82 %) хворих цукровий діабет у стадії декомпенсації, у 10 (15,63 %) - тяжкі серцево-судинні захворювання, у 1 (1,56 %) - психічні розлади в анамнезі, у 3 (4,67 %) - аутоімунний тиреоїдит, у 6 (9,38 %) - ЦП, у 2 (3,13 %) - ревматоїдний артрит, у 4 (6,25 %) - хронічне обструктивне захворювання легень, та у 33 (51,56 %) хворих не досягнена вірусологічна відповідь при проведенні ІФН-терапії. Лабораторне обстеження включало визначення у сироватці крові рівня загального білірубіну, активності АлАТ, АсАТ, лужної фосфатази (ЛФ), γ -глутамілтранспептидази (γ -ГТП), тимолової проби (ТП), амілази крові. Активність процесів ПОЛ вивчали за концентрацією у сироватці крові малонового діальдегіду (МДА) за методом І.Д. Стальної та Т.Г. Гаришвілі та дієнових кон'югатів (ДК) за методом І.Д. Стальної. Активність процесів фіброзоутворення в печінці визначали методом ФіброТест, ступінь ФП виражали за шкалою METAVIR (F0-F4). Для лікування хворих використовували аміксин ІС – інтерфероноген, що стимулює продукцію ендogenous ІФН і має опосередковану протівірусну дію, біциклол, який чинить антифібротичний, протизапальний, імуномодулюючий, цитопротекторний, антиоксидантний та опосередкований протівірусний вплив, та гепавірин – синтетичний аналог нуклеозидів.

Залежно від способу лікування всі хворі поділені на 2 групи. Хворі І групи (30 осіб) отримували лікування аміксином по 0,125 г двічі на тиждень

ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ

курсом 5 тижнів, усього 12 курсів із місячною перервою між курсами, біциклолом у дозі 0,050 г тричі на добу протягом 9 місяців із додаванням гепавірину по 1200 мг на добу. Терапія хворих II групи (34 хворих) включала лише біциклол за вищеприписаною схемою. Ефективність терапії хворих на ХГС оцінювали за динамікою біохімічних показників крові та концентрацією продуктів ПОЛ (МДА і ДК), тривалістю астено-вегетативного (загальна слабкість, підвищена втомлюваність, дратівливість), диспептичного (зниження апетиту, нудота, здуття живота, метеоризм) та гепатолісального синдромів. Біохімічні дослідження крові проводили при зверненні хворих до гепатоцентру та кожні три місяці протягом 2 років, визначення ступеня ФП – під час звернення, на 6, 12 та 24 місяці від початку лікування. Для кожного варіаційного ряду розраховували середню арифметичну (M), середнє квадратичне відхилення (σ), середню помилку середньої арифметичної (m). За допомогою критерію Ст'юдента-Фішера (t) оцінювали вірогідність різниці середніх величин у групах порівняння (р).

Результати дослідження та їх обговорення. У хворих на ХГС мали місце ознаки внутрішньопечінкового холестазу, що клінічно проявлялось шкірним свербіжем, підвищенням рівня білірубину, активності ЛФ, γ -ГТП та показників ТП (табл.).

Підвищений рівень білірубину діагностовано у 15 (50,00 %) хворих I та у 16 (47,05 %) хворих II групи та складав у середньому ($68,69 \pm 0,67$) мкмоль/л. При цьому середній показник рівня білірубину у сироватці крові у хворих обох груп дорівнював ($57,52 \pm 0,73$) мкмоль/л, що на 162,65 % перевищувало фізіологічні показники. Під час обстеження хворих на 3 місяці лікування відбувалось статистично значиме зниження рівня білірубину у сироватці крові в I групі з подальшою його нормалізацією на 6 місяці, тоді як у II групі таких змін не спостерігалось протягом 18 місяців спостереження. Активність АлАТ у хворих обох груп була вищою, ніж у здорових осіб у 3,13 рази, АсАТ – у 3,03 рази. Вже на 3 місяці лікування відбувалось значне зниження активності АлАТ та АсАТ у хворих I групи – на 60,27 % та 62,76 % відповідно, проте залишалась вищою за показники здорових осіб на 24,29 % та 12,5 % відповідно. На 6 місяці від початку лікування та протягом наступних 18 місяців у хворих I групи спостерігалась нормальна активність вказаних ферментів. В II групі на 3 місяці лікування активність АлАТ та АсАТ знижалась на 33,33 % та 28,28 % відповідно, але перевищувала фізіологічну на 108,57 % та 116,67 % відповідно. Нормалізація активності АлАТ та АсАТ у хворих II групи діагностована лише на 18 місяці від початку лікування.

Таку ж динаміку спостерігали і щодо активності γ -ГТП, ТП і ЛФ, яка нормалізувалась у хворих I групи через 6 місяців, тоді як в II групі – лише через 18 місяців лікування. При зверненні вміст МДА і ДК у сироватці крові хворих на ХГС перевищував фізіологічні показники на 46,55 % та 28,85 % відповідно. Через 3 місяці від початку лікування вміст МДА і ДК знижався у хворих I групи на 5,69 % та 7,64 % відповідно, але перевищував показники здорових осіб відповідно на 40,53 % та 20,91 %, а в II групі статистично достовірних змін не відбувалось. На 6 місяці лікування в I групі відбувалась нормалізація активності процесів ПОЛ, а в II групі вміст МДА і ДК знижався на 4,7 % та 10,56 % відповідно, але був вищим, ніж у здорових осіб, на 39,67 % і 15,24 % відповідно з подальшою нормалізацією тільки на 12 місяці від початку лікування.

Динаміка змін біохімічних показників хворих на ХГС залежно від способу лікування (M±m)

Період спостереження	Показники					
	Білірубін, мкмоль/л	АлАТ, ммоль/год·л	АсАТ, ммоль/год·л	γ-ГТП, МО/л	ТП, Од. S-H	ЛФ, МО/л
I група						
При зверненні	57,52±0,73*	2,19±0,02*	1,45±0,02*	60,05±1,02*	13,72±0,32*	282,60±2,39*
Через 3 міс.	28,34±0,20***	0,87±0,01***	0,54±0,02***	54,59±0,05***	4,57±0,01***	245,50±2,31***
Через 6 міс.	22,44±0,11**	0,72±0,02**	0,48±0,01**	44,21±1,41**	2,2±0,01*	244,47±2,23**
Через 9 міс.	21,89±0,12**	0,71±0,02**	0,47±0,01**	43,62±1,18**	2,01±0,01**	242,27±2,23**
Через 12 міс.	21,89±0,12**	0,70±0,02**	0,47±0,01**	43,62±1,18**	2,01±0,01**	241,47±2,23**
Через 18 міс.	21,89±0,12**	0,70±0,02**	0,47±0,01**	43,62±1,18**	2,01±0,01**	241,47±2,23**
Через 24 міс.	21,89±0,12**	0,70±0,02**	0,47±0,01**	43,62±1,18**	2,01±0,01**	241,47±2,23**
II група						
При зверненні	57,52±0,73*	2,19±0,02*	1,45±0,02*	60,05±1,02*	13,72±0,32*	282,60±2,39*
Через 3 міс.	44,34±0,21*	1,46±0,01*	1,04±0,02*	60,04±0,05*	9,15±0,08*	256,90±2,27*
Через 6 міс.	38,67±0,12*	1,22±0,02*	0,9±0,01*	56,18±1,12*	5,82±0,20*	255,89±2,15*
Через 9 міс.	32,04±0,20*	0,98±0,02*	0,85±0,02*	48,23±1,12*	4,51±*0,02	252,51±0,27*
Через 12 міс.	30,01±0,20*	0,89±0,02*	0,75±0,02*	46,20±1,12*	3,81±*0,02	249,11±0,25*
Через 18 міс.	26,22±0,20*	0,79±0,02*	0,67±0,02*	45,23±1,12*	2,72±0,02*	246,54±0,24*
Через 24 міс.	24,31±0,20	0,69±0,02	0,55±0,02	44,03±1,12	2,01±0,02	242,51±0,23
Здорові особи						
	21,90±0,04	0,70±0,02	0,48±0,02	43,63±1,18	2,00±0,26	241,50±0,97

Примітка: * - різниця вірогідна порівняно із показниками у здорових обстежених ($p < 0,01$); ** - різниця вірогідна порівняно із показниками у хворих II групи ($p < 0,01$).

ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ

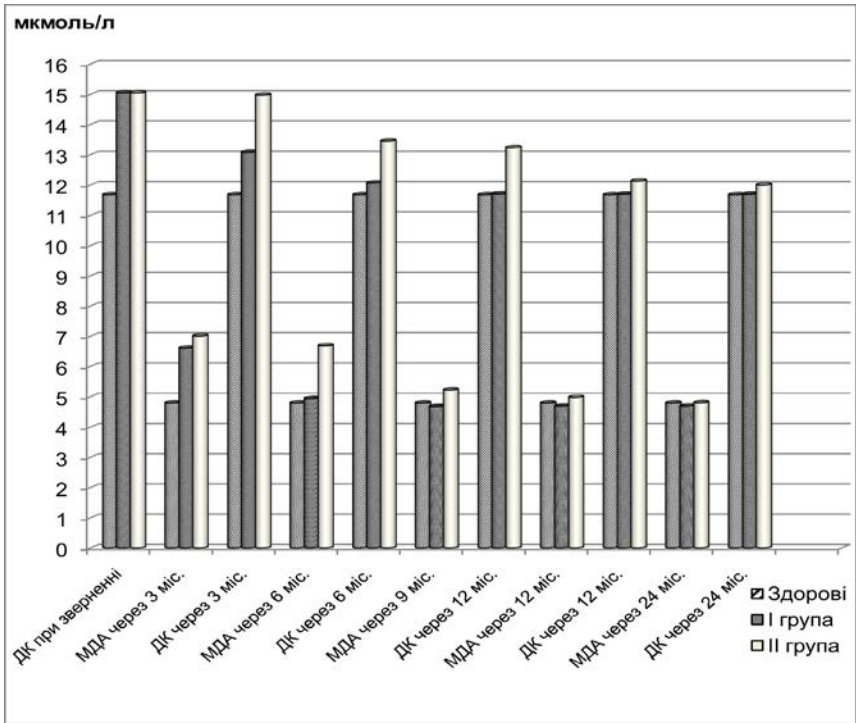


Рис. Динаміка змін концентрації продуктів ПОЛ у сироватці крові хворих на ХГС залежно від способу лікування

При проведенні ФіброТесту під час звернення слабо виражений ФП (F1) діагностовано у 6 (20,00 %) хворих I та 5 (14,71 %) хворих II групи, помірно виражений (F2) – у 7 (23,33 %) та 9 (26,47 %) хворих I і II групи відповідно, виражений (F3) – у 8 (26,67 %) та 9 (26,47 %) хворих в I і II групі відповідно. Цироз печінки у стадії компенсації (F4) підтверджено у 5 (16,67 %) та 7 (20,59 %) хворих I і II групи відповідно. Згідно Фібро Тесту фібротичні зміни у печінці були відсутні (F0) у 13,33 % та 11,76 % хворих I і II групи відповідно.

При визначенні ступеня ФП на 6 місяці від початку лікування діагностовано зниження активності процесів фіброзоутворення у хворих I групи та її підвищення у 6 хворих II групи. Так, F0 діагностовано у 4 (13,33 %) хворих I та у 2 (3,13 %) хворих II групи. Кількість хворих з F1 у I групі дорівнювала 5 (16,07 %), у II – 4 (11,76 %). F2 визначався у 6 (26,67 %) хворих I та у 6 (17,64 %) хворих II групи, F3 при цьому діагностовано у 9 (30,00 %) хворих I та у 12 (35,29 %) хворих II групи, а F4 у 4 (13,33 %) та у 10 (29,41 %) хворих I та II групи відповідно. Через 9 місяців у всіх хворих I групи припинялось прогресування ФП. Так, кількість хворих з F3 і F4 у I групі зменшувалась на 22,22 % та 25,00 % відповідно, тоді як в II групі – збільшувалась кількість хворих з F3 на 8,33 %. При обстеженні на 12 місяці

лікування в I групі переважали хворі з F2 (43,33 %), а в II – з F3 (44,12 %). Через 2 роки спостереження кількість хворих з F0 зменшилась порівняно з їх кількістю при зверненні у I групі на 50,00 %, а в II – на 75 %. В I групі переважну більшість (43,33 %) склали хворі з F2, а в II – хворі з F3 (38,23 %). Тобто, при застосуванні комплексного лікування аміксином, біциклолом і гепавірином зниження активності процесів фіброзоутворення було більш значущим. Тривалість диспептичного та астено-вегетативного синдромів в I групі у середньому складала $2,5 \pm 0,5$ міс. та $3,5 \pm 0,5$ міс. відповідно, а в II групі – $3,5 \pm 0,5$ міс. і $5,5 \pm 0,5$ міс. відповідно. Тобто, тривалість вище вказаних синдромів у хворих в I групі була у середньому коротшою на 1 та 2 місяці порівняно із хворими II групи. Вираженість цих синдромів корелювала із більш вищою активністю ПОЛ.

При об'єктивному дослідженні хворих на ХГС виявлене збільшення розмірів печінки та селезінки. Так, при пальпації край печінки виступав з-під реберної дуги на 2,5-3 см. Гепатоспленомегалія при УЗД органів черевної порожнини діагностовано у 93,75 % хворих, при цьому лінійні розміри селезінки перевищували фізіологічні показники у середньому на 15 см. На 3 місяці лікування розміри печінки зменшувались у середньому на 2,3 см у хворих I та на 1,34 см – у хворих II групи. На 6 місяці від початку лікування відбувалась нормалізація розмірів печінки у 26 (86,67 %) хворих I групи, при цьому пальпація її була безболісною. Такі ж зміни спостерігались у 18 (52,94 %) хворих II групи. Через 9 місяців гепатолієнальний синдром діагностовано у 1 (3,33 %) хворих I та 12 (35,29 %) хворих II групи. На 12 місяці від початку лікування в 100,00 % хворих I групи відбувалась нормалізація розмірів печінки і селезінки, тоді як в II групі гепатоспленомегалія зберігалась у 10 (29,41 %) хворих. Вище перераховані зміни призводили до більш швидкого відновлення працездатності хворих I групи, зменшувало необхідність їх знаходження на стаціонарному лікуванні. Протягом 24 місяців спостереження загострення хронічного процесу в печінці спостерігалось у 1 (3,33 %) хворого I групи та у 5 (17,64 %) хворих II групи.

Висновки. Встановлено, що у хворих на ХГС з протипоказаннями до інтерферонотерапії та/або нон-респондерів, які отримували комплексну терапію аміксином ІС, біциклолом і гепавірином, відбувалась більш швидка нормалізація біохімічних показників та зниження вмісту продуктів ПОЛ у сироватці крові порівняно із хворими, які лікувались лише біциклолом. Комплексна терапія аміксином ІС, біциклолом і гепавірином запобігала прогресуванню ФП, що свідчить про наявність антифібротичного впливу такої комбінації ліків. Тривалість диспептичного та астено-вегетативного синдромів була коротшою у хворих I групи, що значно покращувало їх працездатність та якість життя. Застосування даної комбінації ліків у хворих на ХГС із протипоказаннями до ІФН-терапії та/або нон-респондерів потребує подальшого вивчення з метою визначення тривалості та оптимальної схеми лікування.

Література

1. Craxi A. Hepatitis C virus (HCV) infection: a systemic disease / A. Craxi, G. Laffi // *Mol. Aspects Med.* – 2008. – Vol. 29 (1–2). – P. 85–95.
2. Бабак О. Я. Фиброз печени: Современное представление о механизмах, способах диагностики и лечения / Бабак О.Я., Колесникова Е.В., Кравченко Н.А. // *Сучасна гастроентерологія.* – 2009. – № 2. – С. 5–16.

ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ

3. Лечение хронического гепатита С (опыт использования различных схем) / В. А. Максимов, А. Л. Чернышев, В. А. Неронов [и др.] // Справочник врача общей практики. – 2013. – № 3. – С. 34–42.

4. Лечение хронического гепатита С: настоящее и будущее // Клиническая фармакология и терапия. – 2010. – № 1. – С. 5–9.

5. Немцова В.Д. Руководство Европейской ассоциации по изучению заболеваний печени: лечение инфекции вирусного гепатита С. Часть III/ В. Д. Немцова // Сучасна гастроентерологія. - X., 2012. -N 2. - С. 7-16.

6. Опио К.К. Лечение хронического гепатита С: текущие проблемы и новые возможности / Опио К.К., Садиг М. // Казанский медицинский журнал. -2011. -Т. 92. № 5. - С. 717-728.

Н.В. Верба

Эффективность использования амиксина ІС, бициклола и гепавирина у больных хроническим гепатитом С

Одесский национальный медицинский университет

Введение. Широкая распространенность и развитие неблагоприятных последствий ХГС обуславливает необходимость своевременного назначения лечения. Учеными продолжается поиск способов безинтерфероновой терапии больных ХГС, которое было бы направлено на основные звенья патогенеза заболевания.

Цель. Определить эффективность терапии амиксином ІС, бициклолом и гепавирином у больных хроническим гепатитом С с противопоказаниями к интерферонотерапии и/или нон-респондеров.

Материалы и методы. Обследовано 64 больных ХГС с умеренно выраженной активностью гепатита. Определяли уровень общего билирубина, активность АлАТ, АсАТ, щелочной фосфатазы, γ -ГТП, тимоловой пробы, амилазы сыворотки крови. Активность процессов ПОЛ определяли по содержанию в сыворотке крови МДА и ДК. Степень фиброза печени определяли методом ФиброТест. В зависимости от способа лечения все больные разделены на 2 группы. Больные І группы (30 человек) получали амиксин ІС, бициклол и гепавирин, больные ІІ - только бициклол. Эффективность терапии больных ХГС оценивали по продолжительности астено-вегетативного, диспепсического и гепатолиенального синдромов, динамикой биохимических показателей крови и концентрацией продуктов ПОЛ.

Результаты. При обследовании больных при обращении выявлено повышение уровня билирубина, повышение концентрации в сыворотке крови МДА и ДК. Нормализация активности АлАТ и АсАТ, уровня билирубина и содержания продуктов ПОЛ происходила на 3 месяце лечения у больных І и на 6 месяце - у больных ІІ группы. Прогрессирование ФП прекращалось на 6 месяце лечения у больных І группы, в то время как во ІІ группе диагностировано усиление фибротических изменений в печени больных. Продолжительность диспепсического и астено-вегетативного синдромов у больных в первой группе была в среднем короче на 1 и 2 месяца по сравнению с больными ІІ группы. Гепатолиенальный синдром длился у больных І группы - 6 месяцев, а у больных ІІ даже на 12 месяце у 29,41% диагностирована гепатоспленомегалия.

Выводы. Установлено, что у больных ХГС с противопоказаниями к интерферонотерапии и / или нон-респондеров, которые получали амиксин ІС, бициклол и гепавирин, происходила более быстрая нормализация биохимических показателей и снижение содержания продуктов ПОЛ в сыворотке крови. Предложенная комплексная терапия предотвращала прогрессирование ФП. Продолжительность диспепсического, астено-вегетативного и гепатолиенального

синдромов была значительно короче у больных I группы, что значительно улучшало их работоспособность и не требовало дополнительного стационарного лечения.

Ключевые слова: хронический гепатит С, перекисное окисление липидов, фиброз печени, лечение.

N. V. Verba

Efficacy of using amixin IC, bicyclol and heparvirine in patients with chronic hepatitis C

Odessa National Medical University, Odessa

Introduction. Wide spread and development of unfavorable consequences of CHC causes the necessity of timely treatment order. The scientists continue search for the methods of interferon-free therapy for patients with CHC, which could be aimed at the main links of the disease pathogenesis.

Aim. To determine efficacy of using amixin IC, bicyclol and heparvirin in patients with chronic hepatitis C with contraindications to interferon-therapy and/or non-responders.

Materials and methods. 64 patients with CHC with moderately manifested activity of hepatitis were examined. There were determined the level of general bilirubin, activity of ALT and AST, alkaline phosphatase, γ -GTP, thymol test, blood serum amylase. The activity of lipid peroxidation processes was determined by the content of MDA and DC in the blood serum. The liver fibrosis degree was determined by the method of FibroTest. Depending on the method of treatment all the patients were divided into two groups. The patients of the first group (30 patients) were given amixin IC, bicyclole and gepavirin, and the patients of the second group had only bicyclole. The efficacy of therapy for patients with CHC was evaluated by the duration of asthenovegetative, dyspeptic and Banti syndromes, dynamics of the biochemical indices of the blood and concentration of lipid peroxidation products.

Results. While examining the patients on admission there were revealed increased level of bilirubin, increased concentration of MDA and DC in the blood serum. The normalization of the activity of ALT and AST, bilirubin level and content of lipid peroxidation products occurred on the 3rd month of treatment in patients of the first group and on the 6th month in patients of the second group. Atrial fibrillation progression stopped on the 6th month of treatment in patients of the first group, while there was diagnosed intensification of the changes in liver of patients of the second group. Duration of dyspeptic and asthenovegetative syndromes in patients of the first group was on an average 1-2 months shorter compared with patients of the second group. Banti syndrome lasted for 6 months in patients of the first group and in 29.41 % of patients of the second group hepatosplenomegaly was diagnosed even on the 12th month.

Conclusions. It was established that patients with CHC with contraindications to interferon-therapy and/or non-responders who received amixin IC, bicyclole and heparvirin had faster normalization of biochemical indices and reduction of the content of lipid peroxidation products in the blood serum. The suggested complex therapy prevented atrial fibrillation progression. Duration of dyspeptic, asthenovegetative and Banti syndromes was much shorter in patients of the first group. It considerably improved the working capacity and didn't require additional in-patient treatment.

Key words: chronic hepatitis C, lipid peroxidation, fibrosis of the liver, treatment.

Відомості про автора:

Верба Наталія Вікторівна – аспірант кафедри інфекційних хвороб Одеського національного медичного університету. Адреса: Одеса, пров. Валіховський, 2, тел.: (048) 712-31-13.