

УДК 616.366-002-036.12-08:616.34-002.2

- ¹Т.П. Гарник, д.мед.н., проф., зав. каф. фітотер., гомеоп. та біоенергоінформ. мед.
²В.М. Фролов, д.мед.н., проф., зав. каф. інфекц. хвороб та епідеміол.
²М.О. Пересадин, д.мед.н., проф. каф. інфекц. хвороб та епідеміол.
²О.В. Круглова, к.мед.н., асист. каф. інфекц. хвороб та епідеміол.
¹В.О. Петріцева, к.фарм.н., доц. каф. фітотер., гомеоп. та біоенергоінформ. мед.
- ¹Київський медичний університет Української асоціації народної медицини
²Луганський державний медичний університет

ЕФЕКТИВНІСТЬ ФІТОТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ГОСТРИМИ КИШКОВИМИ ІНФЕКЦІЯМИ, ВИКЛИКАНИМИ УМОВНО-ПАТОГЕННИМИ МІКРООРГАНІЗМАМИ

На сьогодні гострі кишкові інфекції (ГКІ) залишаються однією з найбільш актуальних проблем сучасної інфектології [1, 14, 21]. Стабільне збереження високих показників поширеності ГКІ пояснюється збільшенням спектра патогенних мікроорганізмів, здатних обумовлювати ураження кишечника; зростанням кількості антибіотикорезистентних штамів патогенів, у тому числі внаслідок нерациональної антибактеріальної терапії хворих; появою вірулентних властивостей в умовно-патогенних збудників, а також частою відсутністю біхевіоричних навичок для підтримки належного санітарно-гігієнічного стану та інші [9, 20].

Останнім часом значно розширилися дані про етіологію, епідеміологічні особливості, патогенез та клінічні класифікації ГКІ, при цьому була показана все більш зростаюча роль у виникненні діарейних станів інфекційного генезу умовно-патогенних збудників [1, 9, 14, 21]. Тому потрібна розробка нових, патогенетично обґрунтованих, підходів до лікування ГКІ [20, 21]. При розробці сучасної програми терапії хворих на ГКІ, викликаних умовно-патогенними мікроорганізмами (УПМ) нашу увагу привернула можливість використання сучасних комбінованих фітозасобів, зокрема ентобану [5], з метою прискорення ліквідації діарейного синдрому та поліпшення функцій органів травлення, попередження формування післяінфекційних уражень, у тому числі дисбіозу кишечника [6]. Це відповідає загальним тенденціям до поширення застосування лікарських препаратів рослинного походження в терапії та медичній реабілітації хворих [4].

Зв'язок роботи з науковими програмами, темами: робота виконувалася у зв'язку з реалізацією сумісної науково-дослідної роботи (НДР) основного плану ПВНЗ «Київський медичний університет Української асоціації народної медицини» та ДЗ «Луганський державний медичний університет» і являє собою фрагмент теми НДР «Ефективність фітопрепаратів та засобів рослинного походження в лікуванні та медичній реабілітації хворих з патологією системи травлення та вторинними імунodefіцитними станами» (№ держреєстрації 0108U009463).

Метою дослідження було вивчення ефективності сучасного комбінованого фітозасобу ентобану в лікуванні хворих з гострими кишковими інфекціями, викликаними умовно-патогенними мікроорганізмами.

Матеріали та методи дослідження

Обстежено 84 хворих на ГКІ, викликаними УПМ, у віці від 18 до 55 років. Пацієнти, що знаходилися під спостереженням, були поділені на дві групи: основна (43 хворих) і зіставлення (41 особа), рандомізовані за віком, статтю, тяжкістю клінічного перебігу захворювання, етіологічними факторами ГКІ. Діагноз ГКІ виставлявся виходячи з характерної клінічної картини захворювання з обов'язковим підтвердженням діагнозу бактеріологічними методами, виходячи з сучасної класифікації збудників [16], при цьому були виділені наступні УПМ: Citrobacter - у 28 хворих (33,3%), Enterobacter (переважно Enterobacter cloacae) - у 24 (28,6 %), Klebsiella - у 13 (15,5 %), Proteus (переважно Proteus vulgaris) - у 9 (10,7 %), Hafnia - у 2 осіб (2,4 %). У 5 хворих (10,0 %) при бактеріологічному обстеженні випорожнень була виділена чиста культура Staph. aureus та 3 пацієнтів (3,6 %) - Enterococcus faecalis.

Пацієнти обох груп отримували загальноприйняте лікування ГКІ, викликаних УПМ, яке включало проведення оральної регідратації шляхом прискорення глюкозо-солевих розчинів та при ГКІ з ексикозом 3-го ступеня парентеральне введення розчинів (Рінгер лактат, Рінгер ацетат, ізотонічні розчини хлориду натрію, глюкози) [9, 21]. Крім того, хворі основної групи отримували комбінований фітопрепарат «Ентобан» [5]. Ентобан призначали в капсулах по 1-2 капсули кожні 4 години (4-5 разів на добу) до одержання чітко вираженого протидіарейного ефекту.

Фітозасіб «Ентобан» зареєстрований в Україні (реєстраційне посвідчення № UA/2117/02/01) та дозволений до клінічного застосування як лікарський препарат (Наказ МОЗ України № 18 від 22.01.07 р.) [5]. До складу комбінованого ентобану входять екстракти кори холархени пухнастої (Holarrhena antidysenterica), плодів мирту звичайного (Myrtus communis L.), барбарису остистого (Berberis aristata), айви бенгальської (Aegle marmelos) та дуба красивого (Quercus infectoria Oliv.), стебел бутеї односеминої (Butea monosperma) [5].

Відомо, що у складі кори холархени пухнастої містяться такі речовини, як алкалоїди, вітаміни В, С, D, Е та F; пубесцинфріделін, епіфріделинол, октакозанол, альфа-амірин, бета-ситостерол. Завдяки вмісту у корі холархени пухнастої алкалоїду конесіну фітозасоби з цієї рослини виявляють антигельмінтний, амебоцидний, сечогінний ефекти. В індійській медицині засоби з холархени традиційно застосовують при диспепсії, дизентерії,

сальмонельозі та інших гострих кишкових інфекціях, які характеризуються наявністю діарейного синдрому [23].

Мирт звичайний містить у листі, плодах та молодих пагонах 1,8-2,2% ефірної олії, до складу якої входять а-пінен, дипектен, камфен, цінеол, міртенол, гераніол, нерол, камфора, альдегіди. У листі мирту містяться смоли, гіркі, дубильні, білкові сполуки. Відвари з листя мирту в народній медицині Індії ви-користовують як антисептик, тонізуючий та сечогінний засіб, у тому числі при запаленнях сечового міхура, при дизентерії, хронічному бронхіті, захворюваннях шлунково-кишкового тракту [24].

Плоди барбарису остистого містять до 7,7% цукру, 3,5-6% органічних кислот (яблучну, винну, лимонну), пектин, дубильні і фарбувальні речовини, вітамін С, флавоноїди (лейкоантоціани, антоціани, катехіни, флавоноли) і фенолкислоти. У плодах і листі *Berberis aristata* також знайдено лютеїн і вітамін К1, у вегетативних органах - фурукумарини. Кора, коріння, пагони, листя та незрілі плоди барбарису плоди містять алкалоїди. У зрілих плодах їх немає, або ж є лише в незначній кількості. Основні алкалоїди відносяться до похідних ізохінолінового ряду, серед них головне місце належить берберину [13]. Описана добре виражена антибактеріальна дія берберину відносно *Vibrio cholerae*, *Staph. aureus*, *Escherichia coli*, бактерій родини *Salmonella*, *Schigella* та ін. [15]. Препарати барбарису звичайного чинять судинозвужувальну і кровоспинну дію, підвищують тонус мускулатури кишечника, мають помірною жовчогінною дію, а також виявляють протизапальний, седативний, жарознижувальний ефекти, стимулюють функцію підшлункової залози, покращують кровообіг, тонізують діяльність травного тракту [13].

Айва бенгальська є священним деревом індістів. Рослина містить алкалоїди, кумарини, (аллоім-ператорин, імператорин), р-ситостерин [22]. Плоди айви бенгальської характеризуються дуже високим вмістом рибофлавіну - понад 1%. У фармакологічному плані найбільш активною сполукою, яка міститься у плодах айви, вважається мармелозин. У традиційній медицині Індії плоди айви бенгальської вважаються найбільш важливим лікувальним засобом при захворюваннях шлунково-кишкового тракту, які супроводжуються діарейним синдромом, у тому числі дизентерії [23].

Дуб красильний - дерево або кущ з родини букових (Fagaceae), що росте на Балканах, у Малій Азії, Ірані. Плоди дуба красильного містять значну кількість таніну, який справляє в'язучу, протизапальну та антисептичну дію і використовується при лікуванні захворювань кишкового тракту, які характеризуються діареєю, а також у вигляді мазей у хірургії та дерматології [24].

Бутея односемінна - дерево, що росте в Індії, Бірмі та Шри-Ланці. Стебла та корені бутеї містять глікозиди, гліцин, тетрамери лейкоантоціанидину, бутин (7,3',4'-тригидроксифлавонол). Препарати з бутеї використовуються як в'язучий засіб при захворюваннях шлунково-кишкового тракту, які супроводжуються розвитком діарейного синдрому [22].

Отже, до складу фітозасобу ентобану входять екстра-

кти лікарських рослин з протизапальною, протидіарейною та адаптогенною властивостями. Раніше ентобан вже позитивно зарекомендував себе при лікуванні хворих з ГКІ, викликаних умовно-патогенними збудниками [6, 7], кишковим дисбіозом на тлі синдрому подразненого кишечника [10], а також при сполученні дисбіозу кишечника та хронічного некалькульозного холециститу [8]. При цьому було встановлено позитивний вплив ентобану на показники ліпопероксидації [8], а також стан мікрогемодинаміки [17].

При обстеженні хворих оцінка ефективності ентобану проводилась на підставі спостережень за динамікою розвитку клінічних симптомів, результатів контрольного бактеріологічного і копрологічного досліджень, наявністю залишкових явищ з боку органів травлення, за даними диспансерного догляду за перехворілими особами [20, 21].

Для реалізації мети роботи поряд із загальноклінічним обстеженням, усім хворим, які були під спостереженням, проводили вивчення концентрації С-реактивного білка (СРБ) у сироватці крові за відомим методом [3]. Вивчення вмісту СРБ у сироватці крові проводилося відповідно до сучасних даних клінічної біохімії про патогенетичну роль найбільш важливого фактора гострої фази СРБ у різноманітних патологічних процесах в організмі та істотного значення аналізу даного білка гострої фази запалення у клінічній практиці [2, 18, 19].

Статистичну обробку одержаних результатів здійснювали на персональному комп'ютері: Intel Pentium D 2,4 GHz за допомогою багатофакторного дисперсійного аналізу з використанням пакетів ліцензійних програм Microsoft Office 2007, Microsoft Excel Stadia 6.1 / prof та Statistica [11], при цьому враховували основні принципи використання статистичних методів у клінічних дослідженнях [12].

Результати дослідження та їх обговорення

Клінічна картина ГКІ, викликаних УПМ, до початку лікування була типовою та характеризувалася наявністю скарг на переймоподібні болі ниючого характеру в животі, більше у лівій клубовій області, нудоту, блювання до 5-8 разів на добу, бурчання в животі, зниження або відсутність апетиту, загальну слабкість, нездужання, ломоту в усьому тілі, підвищення температури тіла до 37,6-38,2°C, головний біль, запаморочення. У всіх обстежених хворих відмічався рідкий стілець з частотою випорожнень від 10 до 15 разів протягом першої доби хвороби, як правило, рясний, жовтуватого або брунатного кольору, нерідко з неприємним запахом.

При об'єктивному обстеженні в осіб, які знаходилися під спостереженням, було встановлено наявність блідості шкірних покривів і видимих слизових оболонок, помірне зниження тургору шкіри, іноді зниження артеріального тиску, наявність тахікардії - частого, лабільного пульсу зниженого, в окремих випадках слабого наповнення і напруги, сухість губ, обкладеність язика брудним білим, біло-сірим або жовтуватим нальотом, помірне здуття живота, болісність по ходу кишечника при пальпації, у ряді

Медицина

випадків наявність спазму сигмовидної кишки. У всіх обстежених хворих обох груп відмічався чітко виражений диспептичний синдром, який характеризувався наявністю нудоти, болю та бурчання у животі, болісності при пальпації по ходу кишечника, наявністю рідкого стільця, зниження апетиту; повторне блювання на момент госпіталізації мало місце в усіх обстежених. Крім того, для хворих на ГКІ, викликані УПМ, був характерний загальнотоксичний синдром, який з'являвся у вигляді загальної слабкості, нездужання, підвищення температури тіла, головного болю дифузного характеру.

Із загальної кількості 84 обстежених пацієнтів середньотяжкий перебіг хвороби мав місце у 74 хворих (88,1%) і тяжкий перебіг - у 10 осіб (11,9%). У клінічному плані синдром гострого інфекційного гастроентериту встановлений у 65 обстежених (77,4 %) та гострого гастроентероколіту - у 19 (22,6 %). Тяжкість перебігу хвороби характеризувалася більш вираженим діарейним синдромом, що посилювало ознаки гіпогідратації (сухість слизових оболонок, зниження тургору шкіри, тахікардія, гіпотонія, блідість шкіри, похолодіння кінцівок, акроціаноз та ін.).

У цілому частота виявлення клінічної симптоматики ГКІ в основній групі та групі зіставлення до початку проведення лікування була однаковою, що свідчило про однотиповість цих двох груп у клінічному відношенні.

У результаті проведених спеціальних лабораторних досліджень на момент початку лікування було встановлене вірогідне зростання концентрації СРБ в обстежених осіб обох груп. Так, у пацієнтів основної групи вміст СРБ у сироватці крові до початку лікування становив у середньому (12,1±1,7) мг/мл, що перевищувало значення норми (5,1±0,01) мг/мл) у середньому в 2,4 рази (P<0,001), у осіб групи зіставлення - в середньому в 2,33 рази.

При зіставленні клінічних показників у хворих обох груп у динаміці їх лікування було встановлено, що у пацієнтів основної групи відмічалася скорочення тривалості діарейного синдрому на 1,5±0,1 днів, тривалості збереження синдрому інфекційного токсикозу на 1,8±0,4 днів, тривалості післяінфекційної астенії на 2,8±0,2 днів (P<0,05), частота залишкових явищ ГКІ у хворих основної групи проявлялися в 1,5 разів рідше ніж у групі зіставлення і склала 8,3% проти 14,6% (P > 0,05) (табл. 1).

Таблиця 1

Динаміка основних клінічних показників хворих на ГКІ, викликаних УПМ, у ході лікування

Клінічні показники-	Групи хворих на ГКІ		
	основна (n=43);	зіставлення (ч и й)	Ж
тривалість діареї (дні)	1,5 ± 0,1	3,9 ± 0,1	<0,05
тривалість токсикозу (дні)	3,0 ± 0,1		<0,05
тривалість метеоризму (дні)	2,2 ± 0,2	3,3 ± 0,3	<0,05
тривалість післяінфекційної астенії (дні)	3,4 ± 0,4	6,2 ± 0,2	<0,05
частота залишкових явищ ГКІ (абс./%)	4 (9,3%)	6 (14,6%)	<0,05

При аналізі динаміки змін характеру стільця та копрограми в обстежених хворих на ГКІ, викликаних УПМ, було встановлено, що у хворих основної групи, які в ході лікування отримували сучасний комбінований фітозасіб ентобан, швидше ліквідувалися прояви діарейного синдрому та нормалізувалася якість стільця (табл. 2).

Дійсно, у хворих на ГКІ, викликані УПМ, у ході лі-

кування в основній групі у 37 (86,0±5,5%) пацієнтів відмічалася зменшення частоти рідких випорожнень та їх кількості на другий день лікування, тоді як лише у 18 осіб (43,9±3,5%) мало місце зниження об'єму та частоти рідких випорожнень. У 39 хворих (90,7±5,6%) основної групи та лише у 20 хворих (48,8±3,2%) групи зіставлення на третій день терапії відмічалася поліпшення стільця (густий каш-

Таблиця 2

Динаміка змін характеру стільця та кої роціїogramам в обстежених хворих на ГКІ, викликаних УПМ (абс. / %)

Характер та частота дефекацій	Групи хворих		p
	основна (n=43) абс.ч/Го	зіставлення (n=41) ;п'т ч "	
Зменшення об'єму і частоти рідких випорожнень на другий день з початку лікування	37 86,0±5,5	18 43,9±3,5	<0,05;
Поліпшення консистенції стільця (густий кашкофрбвій) на третій день терапії	39 90,7±5,6	20 48,8±3,2	<0,05
Нормалізація стільця на п'ятий день з початку лікування	42 91,1±3,2	32 78,0±4,4	<0,05

коподібний стілець). Нормалізація стільця на п'ятий день терапії спостерігалася у 42 хворих (97,7±5,8%) та лише у 32 обстежених (78,0±4,1%) групи зіставлення.

Результати копроцитограми при повторному дослідженні на 3-5 день лікування в основній групі свідчили про позитивний ефект у відновленні функції травлення: відмічено зменшення кількості жирних кислот, зникнення м'язових волокон, зниження кількості зерен крохмалю, зниження кількості перетравленої рослинної клітковини. У більшості хворих групи зіставлення нормалізація копроцитограми відмічали пізніше - на 6-8 день лікування.

При повторному біохімічному обстеженні було встановлено, що у хворих основної групи спостерігалася також чітко виражена позитивна динаміка з боку рівня СРБ, причому в ході лікування його рівень у сироватці крові знизився до (5,8±0,2) мл/г, тоді яку осіб групи зіставлення, які отримували лише загальноприйняте лікування - лише до (8,6±0,03) мл/г, що перевищувало референтний показник норми в середньому в 1,69 рази (P<0,01).

Таким чином, одержані дані свідчать, що застосування у комплексній терапії хворих на ГКІ, викликані УПМ, сучасного комбінованого фітозасобу ентобану сприяє більш швидкій ліквідації синдрому загального інфекційного токсикозу та діарейного симптомокомплексу. У патогенетичному плані призначення ентобану обумовлює зниження вмісту у крові СРБ, що свідчить про ліквідацію процесу запалення. Тривалість збереження післяінфекційного астеничного синдрому скорочувалася в середньому на 2,8±0,2 дні. Виходячи з цього, можна вважати, що включення ентобану до загальної програми лікування хворих на ГКІ, що викликані УПМ, є патогенетично обгрунтованим, клінічно доцільним та перспективним.

Висновки

1. Клінічні прояви ГКІ, викликаних УПМ, у обстежених хворих починались гостро із підвищення температури тіла в межах 38° - 39,5°C, виникненням блювання до 3 - 10 разів на добу. Були характерними наявність болю в животі ниючого характеру, нудота, бурчання в животі, відсутність апетиту, метеоризм, головний біль, запаморочення, а також діареї у вигляді частих випорожнень від 8 до 15 разів протягом першої доби хвороби, при цьому випорожнення були рідкі, іноді рясні з домішками слизу, часто з неприємним запахом. При об'єктивному обстеженні були встановлені

Л і т е р а т у р а

1. Богомолов Б.П. Инфекционные болезни: неотложная диагностика, лечение, профилактика/Б.П. Богомолов. -М.: изд-во Ньюдиамед, 2007. - С. 137-186.
2. Белки острой фазы воспаления и маркеры эндотоксинемии, их прогностическая значимость в клинической практике /Т.Г. Кондранина, В.С. Горин, Е.В. Григорьев [и др.]//Росс. вестник акушер-гинеколога. - 2009. - № 3. - С. 26-30.
3. Вельков В.В. С-реактивный белок в лабораторной диагно-

стике острых воспалений /В.В. Вельков //Лабор. диагн. - 2007. - № 4. - С. 53-68.

2. При біохімічному дослідженні на момент початку лікування хворих на ГКІ, викликані УПМ, відмічалось вірогідне зростання концентрації СРБ у сироватці крові - у хворих основної групи у середньому в 2,4 рази, у пацієнтів групи зіставлення - в середньому в 2,33 рази відносно норми, що підтверджує в біохімічному плані наявність у хворих з даною патологією гострого запального процесу в організмі.

3. Застосування комбінованого фітозасобу ентобану у комплексному лікуванні хворих на ГКІ, викликані УПМ, позитивно впливає на клінічний перебіг хвороби. При зіставленні клінічних показників у хворих обох груп у динаміці їх лікування було встановлено, що у пацієнтів основної групи відмічалось скорочення тривалості діарейного синдрому на 1,5±0,1 днів, тривалості збереження синдрому інфекційного токсикозу на 1,8±0,4 днів, тривалості післяінфекційної астенії на 2,8±0,2 днів, частота залишкових явищ ГКІ у хворих основної групи проявлялися в 1,5 разів рідше, ніж у групі зіставлення і становила 8,3% проти 14,6%.

4. Клінічними ефектами використання ентобану є зниження частоти дефекації та поліпшення характеру стільця, зменшення втрати рідини з другого дня лікування, що попереджує розвиток зневоднення. Ентобан сприяє поліпшенню функції травлення, відновленню протягом 3-5 днів показників копроцитограми.

5. Застосування сучасного комбінованого фітозасобу ентобану сприяло нормалізації вивчених показників біохімічного гомеостазу у хворих основної групи; в осіб групи зіставлення, незважаючи на деяку позитивну динаміку, відмічалось збереження підвищеного рівня СРБ у сироватці крові в середньому в 1,69 рази щодо відповідного показника норми.

6. На підставі одержаних даних можна вважати патогенетично обгрутованим та клінічно перспективним застосування сучасного комбінованого фітозасобу ентобану в комплексній терапії хворих на ГКІ, викликані УПМ.

тике острых воспалений /В.В. Вельков //Лабор. диагн. - 2007. - № 4. - С. 53-68.

4. Гарник Т.П. Деякі аспекти застосування лікарських рослин та рослинної сировини в медицині /Т.П. Гарник, Ф.А. Мітченко, Т.К. Шураєва// Фітотерапія. Часопис. - 2002. - № 1-2. - С 70-72.
5. Ентобан: інструкція для медичного застосування препарату/Затверджена 22.01.2007р. Наказом МОЗ України № 18.
6. Ефективність комбінованого фітозасобу ентобану в лікуванні хворих з гострими кишковими інфекціями, викликаними умовно

патогенними збудниками /М.О. Пересадін, В.М. Фролов, Т.П. Гарник [та ін.]// Укр. мед. альм. - 2009. - Том 12, № 5. - С. 136-139.

7. Ефективність комбінованого фітозасобу ентобану в лікуванні хворих з гострими кишковими інфекціями, викликаними умовно патогенними збудниками /М.О. Пересадін, В.М. Фролов, Т.П. Гарник, І.В. Декалюк, І.В. Білоусова// Укр. мед. альм. - 2009. - Том 12, №5. - С. 136-139.

8. Ефективність сучасного комбінованого фітозасобу ентобану при лікуванні хворих з кишковим дисбіозом та синдромом подразненого кишечника та його вплив на показники ліпопероксидації /Т.П. Гарник, В.М. Фролов, О.В. Круглова, В. О. Петрищева// Фітотерапія. Часопис. - 2010. - № 2. - С.32-38.

9. Инфекционные болезни и эпидемиология /В.И. Покровский, С.Г. Пак, Н.И. Брико, Б.К. Данилкин. - [2-е изд.]. - М.: Гэотар-Медиа, 2009. - 816 с.

10. Круглова О.В. Эффективность современного комбинированного фитопрепарата энтобана в лечении больных дисбиозом кишечника сочетанного с хроническим некалькулезным холециститом /О.В. Круглова, И.А. Борзенко, Н.П. Бондарь// Укр. мед. альм. - 2009. - Том 12, № 5. - С. 96-99.

11. Лапач С.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel /С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич. - Киев: Морион, 2000. - 320 с.

12. Лапач С.Н. Основные принципы применения статистических методов в клинических испытаниях /С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич. - Киев: Морион, 2002. - 160 с.

13. Лікарські рослини: Енциклопедичний довідник / під ред. А.М. Гродзинського. - Київ: УРЕ, 1990. - 544 с.

14. Малый В.П. Новое в лечении кишечных инфекций /В.П. Малый, О.В. Гололобова//Международ. мед. журн. - 2012. - № 1. - С. 92-95.

15. Носов А.М. Лекарственные растения /А.М. Носов. - М.: Эксмо, 2005. - 350 с.

16. Определитель бактерий Берджи. В 2-х т. [пер. с англ.] под ред. Дж. Хоупта, П.Крига, П. Снита [и др.]. - М.: Мир, 1997. - Т. 1. - 432 с.; Т. 2. - 368 с.

17. Оцінка ефективності сучасного фітозасобу ентобану в корекції мікрогемодинамічних порушень у хворих з гострими кишковими інфекціями, викликаними умовно-патогенною флорою /В.М. Фролов, Т.П. Гарник, М. О. Пересадін, А.М. Петруня// Укр. морфолог. альм. - 2009. - Том 7, № 2. - С. 108-113.

18. Титов В.Н. Диагностическое значение повышения уровня С-реактивного белка в «клиническом» и «субклиническом» интервалах /В.Н. Титов//Лабор. дело. - 2004. - № 6. - С. 3-9.

19. Титов В.Н. С-реактивный белок - тест нарушения «чистоты» межклеточной среды организма при накоплении «биологического мусора» большой молекулярной массы /В.Н. Титов//Клин. лабор. диагн. - 2008. - № 2. - С. 3-14.

20. Шахмарданов М. З. Приоритетные направления в терапии острых кишечных инфекций /М.З. Шахмарданов, В.В. Никифоров, М.В. Зуева//Гастроэнтерол. Consilium medicum. - 2009. - № 1. - С. 86 - 88.

21. Юцук Н.Д. Лекции по инфекционным болезням /Н.Д. Юцук, Ю.Я. Венгерок// - 3-е изд. - М.: ВУНМЦ, 2009. - 240 с.

22. Khare C.P. Indian medicinal plants /C.P. Khare. - Berlin-N. York: Springer Verlag, 2007. - 836p.

23. Pengelly A. The constituents of medicinal plants. An introduction to the chemistry and therapeutics of herbal medicines /A. Pengelly. - N.York: Sunflower herballis, 2006. - 105 p.

24. The aurvedic pharmacopoea of India. - Government of India Ministry of health ans family welfare department of aush. - DeHy, 2007. - 862 p.

Надійшла до редакції 15.06.2012

УДК 616.366-002-036.12-08:616.34-002.2

Т.П. Гарник, В.М. Фролов, М.О. Пересадін,

О.В. Круглова, В.О. Петрищева

ЕФЕКТИВНІСТЬ ФІТОТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ГОСТРИМИ КИШКОВИМИ ІНФЕКЦІЯМИ, ВИКЛИКАНИМИ УМОВНО-ПАТОГЕННИМИ МІКРООРГАНІЗМАМИ

Ключові слова: гострі кишкові інфекції, умовно-патогенні мікроорганізми, ентобан, С-реактивний білок, лікування.

Вивчена ефективність сучасного комбінованого фітозасобу ентобану при лікуванні хворих на гострі кишкові інфекції (ГКІ), викликані умовно-патогенними мікроорганізмами (УПМ). Встановлено, що застосування ентобану у хворих на ГКІ, викликані УПМ, сприяє прискоренню одужання хворих, а в біохімічному плані - нормалізації підвищеного рівня С-реактивного білка в сироватці крові.

Т.П. Гарник, В.М. Фролов, Н.А. Пересадін,

О.В. Круглова, В.А. Петрищева

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИТОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ, ВЫЗВАННЫМИ УСЛОВНО-ПАТОГЕННЫМИ МИКРООРГАНИЗМАМИ

Ключевые слова: острые кишечные инфекции, условно-патогенные микроорганизмы, энтобан, С-реактивный белок, лечение.

Изучена эффективность современного комбинированного фитопрепарата энтобана при лечении больных острыми кишечными инфекциями (ОКИ), вызванными условно-патогенными микроорганизмами (УПМ). Установлено, что применение энтобана у больных ОКИ, вызванными УПМ, способствует ускорению выздоровления больных, а в биохимическом плане - нормализации повышенного уровня С-реактивного белка в сыворотке крови.

TP. Garmyk, VM. Frolov, MO. Peresadin,

O.V. Kuglova, V.O. Petrisheva

PHYTOTHERAPY EFFICIENCY IN THE TREATMENT OF THE PATIENTS WITH ACUTE INTESTINAL INFECTIONS CAUSED BY OPPORTUNISTIC MICROORGANISMS

Key words: acute intestinal infections, opportunistic microorganisms, entoban, C-reactive protein, treatment.

Efficiency of modern combined phytopreparation entoban in the treatment of the patients with acute intestinal infections (AII), caused by opportunistic microorganisms (OM) was investigated. It was set that entoban application at the patients with AII, caused OM, provide to the acceleration of patients recovery and in a biochemical plan - the normalization of the increased level of C-reactive protein in the blood serum.