

лин, В.А.Киприанис // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. - 2006. - № 2. - С.88-91.

11. Moseley R.H. Liver and biliary tracts/R.H.Moseley // Curr. Opin. Gastroenterol. - 2003. - V. 19. - P. 185-193.

12. Malfertheiner P. Maastricht guidelines an evolving concept/P.Malfertheiner // Maastricht-3 Guidelines for Helicobacter pylori infection.- 13 United European Gastroenterology Week. - Copenhagen, 2005.

Резюме

Компанієць К.М. Застосування сучасного препарату поліоксидонію в лікуванні хворих з ішемічною хворобою серця в сполученні з хронічним некалькульозним холециститом на фоні хелікобактеріозу.

Встановлено, що у хворих з ішемічною хворобою серця в сполученні з хронічним некалькульозним холециститом на фоні хелікобактеріозу спостерігався дисбаланс цитокинового профілю крові, який корегувався включенням до комплексу лікувальних заходів сучасного імуномодельючого препарату поліоксидонію.

Ключові слова: ішемічна хвороба серця, хронічний некалькульозний холецистит, хелікобактеріоз, цитокиновий профіль крові, поліоксидоній.

Резюме

Компанієць К.Н. Применение современного препарата полиоксидония в лечении больных с ишемической болезнью сердца в сочетании с хроническим некалькулезным холециститом на фоне хеликобактериоза.

Установлено, что у больных с ишемической болезнью сердца в сочетании с хроническим некалькулезным холециститом на фоне хеликобактериоза наблюдался дисбаланс цитокинового профиля крови, который коррегировался включением в комплексных лечебных мероприятий современного иммуномоделирующего препарата полиоксидония.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, хронический некалькулезный холецистит, хеликобактериоз, цитокиновый профиль крови, полиоксидоний.

Summary

Companiets K.N. Application of polyoxidonium in medical treatment of the patients with ischemic heart disease in combination with chronic uncalculosis cholecystitis and helicobacteriosis.

It is established, that at patients with ischemic heart disease in combination with chronic uncalculosis cholecystitis and helicobacteriosis was the disbalance of sitokin's type of blood, which has correction of polyoxidonium in the skirm of treatment.

Key words: ischemic heart disease, chronic uncalculosis cholecystitis, helicobacteriosis, sitokin's type of blood, polyoxidonium.

Рецензент: д.мед.н., проф. Ю.М.Колчин

УДК 615.37:616.97

ВПЛИВ СУЧАСНОГО КОМБІНОВАНОГО ФІТОЗАСОБУ ЕНТОБАНУ НА КОНЦЕНТРАЦІЮ СЕРЕДНІХ МОЛЕКУЛ У СИРОВАТЦІ КРОВІ ХВОРИХ З ГОСТРИМИ КИШКОВИМИ ІНФЕКЦІЯМИ, ВИКЛИКАНИМИ УМОВНО ПАТОГЕННИМИ МІКРООРГАНІЗМАМИ

О.В. Круглова, М.О. Пересадін, Н.І. Хомулянська,
І.В. Декалюк

Луганський державний медичний університет

Вступ

Актуальність проблеми гострих кишкових інфекцій (ГКІ), в тому числі тих, що викликані умовно патогенними мікроорганізмами (УПМ), обумовлена прогресуючим підвищенням хворих з наявністю тривалого перебігу хвороби та нечутливістю збудників до антибактеріальних препаратів [1, 2, 10]. Серед засобів, що використовують при лікуванні ГКІ, в теперішній час значну увагу науковців та практичних лікарів привертає можливість застосування лікарських препаратів рослинного походження, які володіють високою терапевтичною активністю та в той же час практично не викликають ніяких ускладнень [2, 14, 15]. В цілому використання засобів фітотерапії при лікуванні ГКІ відповідає сучасній тенденції до поширення застосування фітотерапевтичних препаратів при захворюваннях органів травлення [8].

Нашу увагу привернула можливість використання у комплексі лікування хворих з ГКІ, що викликані УПМ, сучасного комбінованого фітозасобу ентобану, спеціально розробленого для лікування хворих з ураженнями кишечника, в тому числі гострими діарейними станами [3]. У наших попередніх роботах вже був висвітлений позитивний вплив ентобану в корекції мікрогемодинамічних порушень з ГКІ, викликаними УПМ [11]. Тому було доцільним провести подальше вивчення даної проблеми в плані оцінки ефективності ентобану при лікуванні хворих з даною патологією.

Комбінований фітозасіб ентобан зареєстрований в Україні (реєстраційне посвідчення № UA/2117/02/01) та дозволений до клінічного застосування в якості лікарського препарату (Наказ МОЗ України № 18 від 22.01.07 р.) [3]. До складу комбінованого фітозасобу ентобану входять екстракти кори холархени пухнастої (*Holarrhena antidysenterica*), плодів мирту звичайного (*Myrtus communis* L.), барбарису остистого (*Berberis aristata*), айви бенгальської (*Aegle marmelos*) та дуба красильного (*Quercus infectoria* Oliv.), стебел бутеї прекрасної (*Butea monosperma*) [3]. Відомо, що у складі кори холархени пухнастої (*Holarrhena antidysenterica*) містяться такі речовини, як алкалоїди, вітаміни В, С, D, Е та F; пубесцинфріделін, епіфриєделинол, октакозанол, альфа-амирин, бета-ситостерол [17]. Завдяки вмісту у корі холархени пухнастої алкалоїду конесіну фітозасоби з цієї рослини володіють антигельмінтним, амебцидним, сечогінним ефектами [18]. У індійській медицині засоби з холархени традиційно застосовують при геморої, диспепсії, дизентерії, сальмонельозі та інших ГКІ [19].

Мирт звичайний містить у листях плодах та молодих пагонах 1,8-2,2% ефірної олії, до складу якої входять -пінен, дипектен, камфен, цинеол, миртенол, гераніол, нерол, камфора, альдегіди [18]. У листях мирту містяться смоли, гіркі, дубильні, білкові сполуки [19]. Відвари з листя мирту в народній медицині використовують як антисептик, тонізуючий та сечогінний засіб, в тому числі при захворюваннях шлунково-кишкового тракту, запаленнях сечового міхура, при дизентерії, а також хронічному бронхіті [17].

Плоди барбарису остистого (*Berberis aristata*) містять до 7,7% цукру, 3,5-6% органічних кислот (яблучну, винну, лимонну), пектин, дубильні і фарбувальні речовини, вітаміну С, флавоноїди (лейкоантоціани антоціани, катехіни, флавоноли) і фенолкислоти [8]. У плодах і листях *Berberis aristata* також знайдено лютеїн і вітамін К1 [17]. У вегетативних органах барбарису знайдені фурукумарини. Кора, коріння, пагони, листя та недозрілі плоди барбарису плоди містять алкалоїди [19]. У зрілих плодах їх немає або ж є в незначній кількості. Основні алкалої-

ди відносяться до похідних ізохінолінового ряду, серед них головне місце належить берберину [8]. Описана добре виражена антибактеріальна дія берберину на *Vibrio cholerae*, *Staph. aureus*, *Escherichia coli*, *Salmonella*, *Shigella dysenteriae* та інш. [19]. Препарати барбарису звичайного володіють судинозвужувальною і кровоспинною дією, підвищують тонус мускулатури кишечника, володіють помірною жовчогінною дією [18], а також протизапальним, седативним, жарознижуючим діями. Фітозасоби з барбарису стимулюють функцію підшлункової залози, покращують кровообіг, тонізують діяльність травного тракту [8].

Дуб красильний (*Quercus infectoria* Oliv.) - дерево або кущ з семейства букових (*Fagaceae*), що росте на Балканах, в Малій Азії, Ірані [16]. Плоди дуба красильного містять значну кількість танніну, який оказує в'язучу, протизапальну та антисептичну дію та використовується при лікуванні захворювань кишкового тракту, що характеризуються діареєю [18], а також у вигляді мазей у хірургії та дерматології [17].

Бутея односемянна (*Butea monosperma*) - дерево, що росте в Індії, Бірмі та Шри-Ланці [17]. Стебла та корені бутеї містять глікозиди, гліцин, тетрамери лейкоантоціанидина, бутин (7,3',4'-тригидроксифлавонол) [18]. Препарати з бутеї використовуються як в'язучий засіб при захворюваннях шлунково-кишкового тракту, які супроводжуються розвитком діарейного синдрому [19].

Айва бенгальська (*Aegle marmelos*) є священним деревом індустів [19]. Рослина містить алкалоїди, кумарини, (аллоімператорин, імператорин), ситостерин. Плоди айви бенгальської характеризується дуже високим вмістом рибофлавіну - більш 1% [17]. 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, в тому числі дизентерії [19].

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами: робота виконувалася відповідно з основним планом науково-дослідних робіт (НДР) Луганського державного медичного університету і являє собою фрагмент теми НДР "Ефек-

тивність фітопрепаратів та засобів рослинного походження в лікуванні та медичній реабілітації хворих з патологією системи травлення та вторинними імунodefіцитними станами" (№ держреєстрації 0108U009463).

Метою роботи було оцінка ефективності сучасного комбінованого фітозасобу ентобану у лікуванні хворих з гострими кишковими інфекціями, викликаними умовно патогенними збудниками та його вплив на концентрацію "середніх молекул".

Матеріали та методи дослідження

Обстежено дві рандомізовані групи хворих з встановленим діагнозом ГКІ, викликаних УПМ: основна (46 пацієнтів) та зіставлення (48 осіб). Клінічний перебіг хвороби був типовим та відповідав симптоматиці гострого гастроентериту або гастроентероколіту [1, 2, 10, 15]. Діагноз ГКІ виставлявся виходячи з характерної клінічної картини хвороби з обов'язковим підтвердженням діагнозу бактеріологічними методами, виходячи з сучасної класифікації збудників [9], при цьому були виділені наступні УПМ: *Citrobacter* - у 15,9% хворих, *Enterobacter* (переважно *Enterobacter cloacae*) - у 17,0% обстежених, *Klebsiella* - у 12,8% пацієнтів, *Proteus* (переважно *Proteus vulgaris*) - у 20,2% хворих, *Haflnia* - у 6,4%; у 15,9% хворих при бактеріологічному обстеженні випорожнень була виділена чиста культура *Staph. aureus* та 11,8% пацієнтів - *Enterococcus faecalis*. Пацієнти обох груп отримували загальноприйняте лікування ГКІ, які викликані УПМ [1, 14, 15]. Крім того, хворі основної групи додатково отримували сучасний комбінований фітопрепарат ентобан [3] першопочатково по 2 капсули, потім після досягнення позитивного ефекту введення ентобану продовжували приймати по 1 капсулі кожні 4 години протягом ще 3-5 діб поспіль в залежності від досягнутого результату лікування.

Крім загальноприйнятого клініко-лабораторного обстеження, у хворих, що були під наглядом, вивчали рівень СМ як лабораторний показник синдрому "метаболическої інтоксикації" (СМІ) у сироватці крові за методом [13].

Статистичну обробку одержаних результатів досліджень здійснювали на персональному комп'ютері AMD Athlon 3600+ за

допомогою дисперсійного аналізу із застосуванням стандартних пакетів прикладних програм Microsoft Windows professional[®], Microsoft Office 2003, Stadia 6.1/prof та Statistica [6]. При цьому враховували основні принципи використання статистичних методів у клінічних випробуваннях лікарських препаратів [7].

Отримані результати та їх обговорення

До початку проведення лікування характер основних скарг у пацієнтів обох груп відповідав типовій клінічній картині ГКІ [5, 15]. Хворі, які були під наглядом, з'являли скарги на переймоподібні болі ниючого характеру в животі, більше в лівій клубовій області, нудоту, блювоту до 3-5 разів на добу, бурчання в животі, зниження або відсутність апетиту, загальну слабкість, нездужання, ломоту у всьому тілі, підвищення температури тіла до 37,6°C і вище, головний біль, запаморочення. У всіх обстежених хворих відмічався рідкий стілець з частотою випорожнень від 5 до 12 протягом першої доби хвороби, як правило, рясний, жовтуватого або коричневого кольору, нерідко з неприємним запахом, особливо при ГКІ протейної етіології, що характерно для даної нозоформи [12].

При об'єктивному обстеженні у осіб, що знаходилися під наглядом, було встановлено наявність блідості шкірних покривів і видимих слизових оболонок, помірне пониження тугору шкіри, зниження артеріального тиску, наявність частого, лабільного пульсу зниженого, рідше слабкого наповнення і напруги, сухість губ, обкладеність язика брудним біло-сірим нальотом, помірне здуття живота, болісність по ходу кишечника при пальпації, у ряді випадків спазм сигмовидної кишки. Так, 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, зниженням апетиту, а також обкладеністю язика; блювання було виявлено у 80,4% випадків в основній групі та 80,2% - у групі зіставлення. Крім того, для хворих, які знаходилися під наглядом, був характерний загальнотоксичний синдром, який з'являвся у вигляді загальної слабкості, нездужання, що мали місце

у всіх хворих, підвищенням температури тіла, головним болем. У зв'язку з наявністю гемодинамічних розладів, характерних для більш тяжких випадків хвороби, блідість шкірних покривів та сухість губ; тахікардія, зниження артеріального тиску (АТ), зниження тургору шкіри. Частота виявлення клінічної симптоматики ГКІ в основній групі та групі зіставлення до початку проведення лікування була одноковою ($P > 0,05-0,1$), що свідчило про однотиповість цих двох груп у клінічному відношенні.

Проведення спеціального біохімічного дослідження до початку лікування хворих на ГКІ, викликані УПМ, дозволило встановити, що у всіх пацієнтів рівень СМ в сироватці крові був істотно підвищений. Так, у осіб, що склали основну групу, концентрація СМ до початку проведення лікування становила в середньому ($2,88 \pm 0,16$) г/л, що було вище відповідної норми в 5,5 рази ($P < 0,001$). Рівень СМ у крові хворих з наявністю ГКІ, викликані УПМ, у групі зіставлення в цей період обстеження дорівнював ($2,82 \pm 0,14$) г/л, що перевищувало значення норми в середньому в 5,4 рази ($P < 0,001$).

При цьому не було вірогідної різниці між вмістом СМ у сироватці крові хворих обох груп, що свідчить про їхню однотиповість не лише з клінічної, але також з біохімічної точки зору. Для більш детальної характеристики був проведений порівняльний аналіз рівня СМ у сироватці крові обстежених пацієнтів обох груп методом градацій (табл. 1). Як видно з таблиці 1, у переважній більшості хворих, що склали основну групу, а саме у 13 осіб (28,3%), концентрація СМ у сироватці крові була у межах (2,81 - 3,0) г/л, у 9 (19,6%) - в границях (3,01 - 3,2) г/л та у 6 (13,0%) - в межах (2,61 - 2,8) г/л. У пацієнтів, які склали групу зіставлення, у 14 хворих (29,2%), концентрація СМ у крові була у межах (2,81 - 3,0) г/л, у 10 (20,8%) - в межах (3,01 - 3,2) г/л та у 6 (12,5%) - в межах (2,61 - 2,8) г/л. Таким чином, до початку проведення лікування не відмічалось істотних розбіжностей між концентрацією СМ у сироватці крові хворих на ГКІ, викликані УПМ, основної групи та групи зіставлення (тобто ці обидві групи були практично однакові), що було необхідною умовою для визначення ефективності запропонованої терапії ГКІ, викликані УПМ.

Градації концентрації СМ у сироватці крові до початку лікування (абс/%)

Градації рівня СМ (г/л)	Групи обстежених хворих	
	основна (n=46)	зіставлення (n=48)
2,01 - 2,2	-	$\frac{1}{2,08}$
2,21 - 2,4	$\frac{2}{4,3}$	$\frac{2}{4,2}$
2,41 - 2,6	$\frac{5}{10,7}$	$\frac{5}{10,4}$
2,61 - 2,8	$\frac{6}{13,0}$	$\frac{6}{12,5}$
2,81 - 3,0	$\frac{13}{28,3}$	$\frac{14}{29,2}$
3,01 - 3,2	$\frac{9}{19,6}$	$\frac{10}{20,8}$
3,21 - 3,4	$\frac{7}{15,2}$	$\frac{7}{14,6}$
3,41 - 3,6	$\frac{2}{4,3}$	$\frac{1}{2,08}$
3,61 - 3,8	$\frac{2}{4,3}$	$\frac{1}{2,08}$
Норма	(0,52 \pm 0,02) г/л	

Примітка: в табл. 1 та 2 у чисельнику - абсолютна кількість хворих з даною градацією СМ, у знаменнику - відносна кількість обстежених, які відносяться до даної градації.

При проведенні додаткового біохімічного дослідження на момент завершення лікування було встановлено, що у переважній більшості хворих основної групи, а саме у 37 (80,4%) пацієнтів концентрація СМ знаходилася в межах 0,3 - 0,6 г/л. Сумарно у хворих з наявністю ГКІ, викликані УПМ, основної групи рівень СМ після завершення лікування складав $0,58 \pm 0,5$ г/л, що вірогідно від норми не відрізнялося ($P > 0,05$). У хворих на ГКІ, викликані УПМ, групи зіставлення, які отримували лише загальноприйняте лікування, на момент виписки при проведенні додаткового біохімічного обстеження було встановлено, що у переважній кількості осіб, а саме у 18 хворих, концентрація СМ знаходилася в межах 1,91 - 2,2 г/л. Сумарно рівень СМ у сироватці хворих на ГКІ, викликані УПМ, групи зіставлення на мо-

мент завершення лікування складав $1,97 \pm 0,6$ г/л, що було менш першопочаткових значень у 1,43 рази, але в той же час в 3,8 рази перевищувало значення норми ($P < 0,001$) та в 3,4 рази аналогічні значення в основній групі хворих ($P < 0,001$) (табл. 2).

Таблиця 2

Градації концентрації СМ після завершення лікування (абс/%)

Градації рівня СМ (г/л)	Групи обстежених хворих	
	основна (n=46)	зіставлення (n=48)
0,3 - 0,6	$\frac{37}{80,4}$	0
0,61 - 0,8	$\frac{8}{17,4}$	0
0,81 - 1,0	$\frac{1}{2,2}$	0
1,01 - 1,50	0	$\frac{3}{6,25}$
1,51 - 1,90	0	$\frac{13}{27,08}$
1,91 - 2,2	0	$\frac{18}{37,5}$
2,21 - 2,50	—	$\frac{10}{20,8}$
2,51 - 2,80	—	$\frac{3}{6,25}$
2,81 - 3,10	—	$\frac{1}{2,12}$
Норма	$(0,52 \pm 0,02)$ г/л	

Таким чином, у хворих на групи зіставлення відмічається збереження клініко-лабораторних ознак СМІ, що свідчить про недостатню ефективність загальноприйнятого лікування у патогенетичному відношенні.

При зіставленні клінічних показників у хворих обох груп у динаміці лікування було встановлено, що у пацієнтів основної групи (яка додатково отримувала ентобан) відмічалася скорочення відносно групи зіставлення (що одержувала тільки загальноприйняте лікування) тривалості збереження синдрому інфекційного токсикозу в середньому на $1,9 \pm 0,1$ днів ($P < 0,05$), тривалості діарейного синдрому та наявності болю

або тяжкості в животі - також на $1,9 \pm 0,1$ днів ($P < 0,05$), тривалості післяінфекційної астенії - на $6,8 \pm 0,15$ днів ($P < 0,05$). В цілому частота збереження залишкових явищ перенесеної ГКІ у хворих, які одержували ентобан, скорочувалася в середньому в $2,7 \pm 0,2$ рази ($P < 0,05$). Таким чином, одержані нами дані дозволяють вважати, що застосування сучасного комбінованого фітозасобу ентобану в комплексному лікуванні хворих з ГКІ, що викликані УПМ, має чітко виражені переваги в порівнянні із загальноприйнятою терапією, оскільки позитивно впливає на клінічні показники та в цілому сприяє прискоренню одужання, а в патогенетичному плані - сприяє нормалізації концентрації СМ у сироватці крові. Отримані результати дозволяють вважати, що включення фітопрепарату ентобану до комплексу лікувальних заходів при ГКІ, що викликані УПМ, патогенетично обгрунтоване та клінічно доцільне, що дозволяє рекомендувати застосування даного фітозасобу в комплексній терапії хворих із вказаною патологією.

Висновки

1. Клінічна картина ГКІ, що викликані УПМ, у хворих, які знаходилися під наглядом, була типовою та характеризувалася наявністю симптомокомплексів загального інфекційного токсикозу та діареї, а також абдомінального больового синдрому.

2. На момент вступу до стаціонару у всіх хворих, що були під наглядом, відмічені лабораторні ознаки наявності СМІ, що документувалося підвищенням концентрації СМ у таких пацієнтів. У обстежених пацієнтів, що склали основну групу, концентрація СМ до початку лікування перевищувала норму в 5,5 рази, у хворих групи зіставлення - у середньому в 5,4 рази. Таким чином, у всіх обстежених хворих мали місце лабораторні ознаки СМІ.

3. Застосування комбінованого фітозасобу ентобану оказує позитивний вплив на клінічні показники у хворих на ГКІ, що викликані УПМ. При цьому відмічено скорочення тривалості збереження синдрому інфекційного токсикозу та діарейного синдрому в середньому на $1,9 \pm 0,1$ днів, тривалості післяінфекційної астенії - на $6,8 \pm 0,15$ днів. Частота виявлення за-

лишкових явищ перенесеної ГКІ у хворих, які одержували ентобан, скорочувалася в середньому в 2,7 рази.

4. Включення ентобану до комплексу лікування хворих на ГКІ, що викликані УПМ, сприяло зниженню концентрації СМ в середньому до верхньої межі норми, а саме до $0,58 \pm 0,5$ г/л, в той час як в групі зіставлення цей показник складав $1,97 \pm 0,6$ г/л, що в 3,8 рази перевищувало значення норми, та було в 3,4 рази вище, ніж в основній групі хворих.

5. Виходячи з отриманих даних, можна вважати патогенетично обґрунтованим та клінічно перспективним застосування комбінованого фітозасобу ентобану в комплексній терапії хворих на ГКІ, що викликані УПМ.

6. В подальшому можна вважати перспективним більш детально охарактеризувати механізми фармакологічної дії ентобану у хворих на ГКІ, зокрема можливий вплив даного препарату на показники перекисного окислення ліпідів у крові пацієнтів.

Література

1. Андрейчин М.А. Бактеріальні діареї / М.А. Андрейчин, О.Л. Івахів. - Київ: Здоров'я, 1998. - 412 с.
2. Богомолов Б.П. Инфекционные болезни: неотложная диагностика, лечение, профилактика / Б.П. Богомолов. - М.: изд-во Ньюдиамед, 2007. - С. 137-186.
3. Ентобан: інструкція для медичного застосування препарату / Затверджена 22.01.2007 р. Наказом МОЗ України № 18.
4. Инфекционные болезни и эпидемиология / В.И. Покровский, С.Г. Пак, Н.И. Брико, Б.К. Данилкин. - М.: Гэотар Медицина, 2000. - С. 133-172.
5. Лазарева Г.Ю. Диагностический справочник инфекциониста / Г.Ю. Лазарева. - М.: АСТ, 2007. - С. 25-92.
6. 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.
7. 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.

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

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

10. Острые кишечные инфекции, вызванные условно патогенными микроорганизмами / Е.П. Бернасовская, В.Н. Бычковский, С.И. Бидненко [и др.]. - Киев: Здоров'я, 1984. - 152 с.

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

12. Протейная инфекция / И.Г. Лукач, С.И. Бидненко, Е.П. Бернасовская [и др.]. - Киев: Здоров'я, 1985. - 104 с.

13. Способ определения "средних молекул" / В.В. Николайчик, В.М. Моин, В.В. Курковский [и др.] // Лабораторное дело. - 1991. - № 10. - С. 13-18.

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

15. Ющук Н.Д. Острые кишечные инфекции: диагностика и лечение / Н.Д. Ющук, Л.Е. Бродов. - М.: Медицина, 2001. - 304 с.

16. Graiger N. Herbal drugs and phytopharmaceuticals: a handbook for practice and Scientific Basis / N.Graiger. - London, 2001. - 780 p.

17. Khare C.P. Indian medicinal plants / C.P. Khare. - Springer, 2007. - 836 p.

18. Pengelly A. The constituents of medicinal plants. An introduction to the chemistry and therapeutics of herbal medicines / A. Pengelly. - Sunflower herbatis, 2006. - 105 p.

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

Резюме

Круглова О.В., Пересадін М.О., Хомутянська Н.І., Декалюк І.В. Влия сучасного комбінованого фітозасобу ентобану на концентрацію середніх молекул у сироватці крові хворих з гострими кишковими інфекціями, викликаними умовно патогенними мікроорганізмами.

Вивчений вплив сучасного комбінованого фітозасобу ентобану на концентрацію "середніх молекул" у хворих з гострими кишковими інфекціями (ГКІ), викликаними умовно патогенними мікроорганізмами (УПМ). Встановлено, що застосування ентобану в патогенетичному плані сприяє нормалізації концентрації "середніх молекул", а в клінічному - забезпечує прискорення одужання хворих.

Ключові слова: гострі кишкові інфекції, умовно патогенні мікроорганізми, "середні молекули", ентобан, лікування.

Резюме

Круглова О.В., Пересадин Н.А., Хомутянская Н.И., Декалюк И.В. Влияние современного комбинированного фитопрепарата энтобана на концентрацию "средних молекул" в сыворотке крови больных с острыми кишечными инфекциями, вызванными условно патогенными микроорганизмами.

Изучено влияние современного комбинированного фитопрепарата энтобана на концентрацию "средних молекул" у больных с острыми кишечными инфекциями (ОКИ), вызванными условно патогенными микроорганизмами (УПМ). Установлено, что применение энтобана в патогенетическом плане способствует нормализации концентрации "средних молекул", а в клиническом - обеспечивает ускорение выздоровления больных.

Ключевые слова: острые кишечные инфекции, условно патогенные микроорганизмы, "средние молекулы", энтобан, лечение.

Summary

Kruglova O.V., Peresadin N.A., Khomutyanska N.I., Dekalyuk I.V. Influence of modern combined phytopreparation entoban at on concentration of "average molecules" at the blood of the patients with acute intestinal infections, caused of conditionally pathogenic microorganisms.

Influence of modern combined phytopreparation entoban at on concentration of "average molecules" at the blood of the patients with acute intestinal infections (AII), caused of conditionally pathogenic microorganisms (CPM) was studied. It was set that entoban application pathogenetically was instrumental on concentration of "average molecules" normalization.

Key words: acute intestinal infections, conditionally pathogenic microorganisms, "average molecules", entoban, treatment.

Рецензент: д. мед. н., проф. М. О. Пересадін

УДК 615.276:547.857.4

ИССЛЕДОВАНИЕ ЗАВИСИМОСТИ АНТИЭКССУДАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ ОТ СОСТАВА РАСТИТЕЛЬНЫХ СБОРОВ

О.Ю. Крутченко

Национальный фармацевтический университет (Харьков)

Вступление

В настоящее время основными препаратами для лечения воспалительных процессов являются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Для НПВП характерны побочные эффекты: язвеногенное действие, угнетение функции печени и почек, тромботические осложнения. В связи с этим актуальной проблемой остается поиск новых НПВП, для проведения эффективной и безопасной коррекции воспалительного процесса при различных заболеваниях [2, 6].

Использование растений для приготовления лекарственных препаратов актуально благодаря ряду положительных качеств: растительные препараты обладают мягким фармакологическим действием, реже оказывают побочные эффекты, лучше переносятся и могут применяться длительно [1, 8, 11, 12].

Связь работы с научными программами, планами, темами. Работа выполнена в рамках научной программы научно-исследовательских работ Национального фармацевтического университета по проблеме "Создание новых лекарственных препаратов" (№ госрегистрации 0198U007008).

Целью работы было изучение зависимости антиэкссудативной активности от состава растительных сборов.

Материалы и методы исследования

В качестве объектов исследования были взяты 15 растительных сборов, в состав которых вошли 10 видов растительного сырья в разных пропорциях: цветки и плоды боярышника однопестичного, трава хвоща полевого, цветки календулы лекарственной, листья Melissa лекарственной, трава пустырника пятилопастного, трава омелы белой, плоды рябины черно-