

Резюме

Добра Е.А., Самура Б.А. Исследования анальгетической активности растительных сборов с пастушьей сумкой обыкновенной.

Анальгетическую активность растительных сборов с пастушьей сумкой обыкновенной (5 комбинаций из 15 лекарственных растений) исследовали на модели "уксусных корчей" в опытах на белых крысах линии Вистар. Установлено, что настои из сборов №№ 1, 5 проявляют анальгетическую активность, которая превышает действие настоя из цветков календулы лекарственной. Наиболее выраженный обезболивающий эффект проявляет настой из сбора №1, состоящего из травы пастушьей сумки, череды трёхраздельной, цветков боярышника однопестичного, василька синего, календулы лекарственной и ромашки лекарственной. Этот сбор по анальгетическим свойствам превосходит настой из цветков календулы лекарственной на 15,2% ($p < 0,05$) и является перспективным для дальнейшего доклинического изучения.

Ключевые слова: боль, анальгетическая активность, растительный сбор с пастушьей сумкой обыкновенной.

Summary

Dobra E.A., Samura B.A. The researching of analgetic activity of herbal compositions with *Capsella Bursa pastoris*.

We investigated the analgetic activity of herbal composition with *Capsella Bursa pastoris* (5 combinations are from 15 medical plants). We carried out the experiment on the model of vinegar writhe. The infusions of herbal compositions №№ 1, 5 shown an analgetic activity in experiments on rats of line of Wistar. It exceeds the action of extract of the flowers of *Calendula officinalis*. The most expressed analgetic effect shows infusion of composition №1, that consists of grass of *Capsella bursa pastoris* and grass of *Bidens tripartita*, flowers of *Crataegus monogyna*, *Centaurea cyanus*, *Calendula officinalis*, *Matricaria chamomilla*. Analgetic properties of that herbal composition excels an extract from the flowers of *Calendula officinalis* on 15,2% ($p < 0,05$) and is perspective for a subsequent preclinic study.

Key words: pain, analgetic activity, herbal composition with *Capsella Bursa pastoris*.

Рецензент: д. мед. н., проф. Л. В. Савченкова

УДК 615.3:616. 321-002.1-084

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИГОМОТОКСИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ У ДЕТЕЙ, ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ЛОР-ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Т.В. Дьяченко, Т.П. Гарник

Луѓанский институт Межрегиональной академии
управления персоналом

Киевский медицинский университет УАНМ

Вступление

Среди всех заболеваний дыхательной сферы у детей болезни носа, околоносовых пазух, гипертрофия глоточной миндалины и хронический аденоидит представляют собой наиболее важную и весомую часть респираторной патологии, составляя от 28% до 54% всех регистрируемых страданий лиц дошкольного и младшего школьного возраста [1, 4]. По данным ряда исследователей, не менее 50% детей, уже став взрослыми, продолжают и в зрелом периоде жизни болеть частыми и длительно протекающими заболеваниями ЛОР-органов, которые нередко приобретают хроническое и рецидивирующее течение [1, 2, 5].

Согласно материалам Института фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского АМН Украины не менее одной трети всех зарегистрированных в стране болезней приходится на заболевания системы органов дыхания, а в структуре смертности обсуждаемая нами респираторная патология суммарно занимает IV место. В структуре самой патологии респираторного тракта отоларингологами в последние годы отмечается чётко выраженная тенденция к росту частоты и всё более широкому распространению гипертрофии глоточной миндалины и хронического аденоидита [2, 6, 7].

Острое и хроническое воспаление глоточной миндалины (аденоидит), как известно, может протекать как на фоне гипертрофии глоточной миндалины, так и при отсутствии гипер-

трофических процессов в последней. При этом специалисты пишут о том, что термины "аденоиды" и "аденоидит" вполне могут дополнять друг друга, указывая врачу сопутствует ли воспаление аденоидным вегетациям или нет. У детей с патологическими изменениями аденоидов (разрастания и/или воспаления) нередко отмечается затекание слизи из носового отдела глотки в ротовую и гортанную её части, приводящее к упорнейшему кашлю. При этом воспалительные явления зачастую распространяются и в носовую полость, формируя риниты, синуситы; протекать патологический процесс может параллельно с воспалительными заболеваниями дыхательных путей (трахеиты, бронхиты, пневмонии), создавая трудно преодолимый обычными традиционными методами "порочный круг" страданий. Предпринимаемые в отношении данного контингента пациентов детского возраста консервативные терапевтические мероприятия, к сожалению не всегда приносят ожидаемые эффективные лечебные и реабилитационные результаты, а показания к хирургическому вмешательству при заболеваниях миндалин в последние годы значительно сужены [2, 4].

В последнее время в клиническую практику ЛОР-специалистов и педиатров всё активнее внедряются антигемотоксические препараты (АГТП), доказавшие свою лечебную значимость и продемонстрировавшие ряд преимуществ перед традиционной аллопатической химиотерапией, поскольку АГТП не вызывают аллергических реакций, практически не имеют противопоказаний и возрастных ограничений, предупреждают развитие сопутствующей патологии, обладают клиническим эффектом при острой и хронической патологии, совместимы со всеми фармацевтическими препаратами и друг с другом [8, 9].

Связь работы с научными программами, планами, темами. Работа выполнена в соответствии с основным планом научно-исследовательских работ (НИР) Луганского государственного медицинского университета и представляет собой фрагмент темы НИР "Иммуномодулирующие эффекты лекарственных растений и лекарственных препаратов растительного происхождения" (№ госрегистрации 0108U009464).

Целью работы было исследование эффективности комплексного использования АГТП в лечении и профилактике детей с гипертрофией глоточной миндалины, аденоидитами и сопутствующей патологией респираторного тракта.

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 87 детей обоего пола в возрасте от 3 до 10 лет с диагнозом аденоидит. Среди них было 35 мальчиков и 52 девочки. Все пациенты были разделены на две группы - основную (44 чел.) и группу сопоставления (43 ребёнка). Ведущими жалобами детей обеих наблюдаемых групп были: затруднённое дыхание носом, отделяемое различного характера из полости носа, кашель и покашливание, рецидивирующие отиты, выраженная общая слабость и быстрая физическая и умственная утомляемость. Нами производился постоянный учёт динамики патологической симптоматики пациентов в баллах. При этом оценивались такие общие признаки патологии, как субфебрильная лихорадка, снижение и потеря аппетита, утомляемость. Кроме того монитормо учитывались такие типичные коинические симптомы: отёк слизистой оболочки носовой полости, кашель и покашливание, наличие храпа и выделения слюны изо рта во время сна, затруднения дыхания носом и отиты. Проводили мы обследование всех пациентов с оценкой их общего состояния, данных оторинологического осмотра (степень увеличения аденоидных вегетаций и воспалительные явления в них), эндоскопия носовой полости, состояние регионарных лимфатических узлов и иные отклонения от нормы).

Пациенты обеих групп наблюдения получали традиционную противовоспалительную терапию, включавшую использование в течении первых дней болезни сосудосуживающих капельных препаратов и ингаляции противоотёчной смеси. Пациентам основной группы дополнительно к базовым средствам назначали комплекс АГТП, а дети группы сопоставления получали только базисное лечение. Контроль за состоянием наших пациентов производили на момент начала терапии, через две недели после начала проведения лечения и через один месяц после "старта" терапии. Критерием эффективности терапии является оценка

трансформации общей и локальной симптоматики по балльной шкале, которая принята в оториноларингологической практике: от 0 до 4 баллов. Степень переносимости осуществляемого лечения оценивалась на основании субъективных ощущений больных и данных объективных исследований по такой системе градации: очень хорошо, хорошо, удовлетворительно, плохо, очень плохо. Кроме того мы учитывали динамику изменений жалоб в сопоставлении с эффективностью используемых лечебных подходов. Иммунный статус пациентов мы учитывали по изменению показателей гемограммы и динамики уровня циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК).

Из обилия АГТП, разрешенных к использованию на фармацевтическом рынке Украины, нами были выбраны следующие препараты: лимфомиозот, эхинацея композитум С, энгистол Н, эуфорбиум композитум, вибуркол.

В основе гомотоксикологии, использующей при лечении заболевших людей и животных различные АГТП, лежит учение, разработанное немецким исследователем и практиковавшим врачом Хансом-Хайнрихом Реккевегом. Согласно предложенным Реккевегом воззрениям, любое заболевание в организме является выражением противостояния и борьбы его защитных сил против эндогенных и экзогенных гомотоксинов, под которыми автор понимал токсичные субстанции, вызывающие противодействие так называемой "Большой защитной системы организма" (термин Реккевега). Гомотоксины, воздействуя на макроорганизм, вызывают согласно Реккевегу ответные иммунные реакции, определяемые как болезни. Иными словами, заболевания представляют собой по сути дела биологически целесообразные защитные процессы против гомотоксинов и сводятся к попыткам организма компенсировать токсикозы. Антигомтоксическая терапия, являющаяся составной частью концепции пробиотической и холистической медицины, была разработана Реккевегом около 60 лет назад, в начале 50х годов XX века.

Реккевег основывался на классических принципах гомеопатии С.Ганемана, составил рецептуры гомеопатических единичных препаратов и комплексных АГТП для терапии широчайше-

го круга заболеваний. Сами АГТП он готовил из растительного сырья, органов и тканей представителей животного мира, продуктов заболеваний (нозоды), микроэлементов, промежуточных катализаторов, гомеопатизированных аллопатических препаратов, потенцированных токсинов и большого числа различных химических соединений. С точки зрения гомотоксикологии (как и всей холастической и пробиотической медицины) терапевтический успех может быть достигнут лишь при сочетании мотивации самого пациента (или его родителей в случаях с лицами детского возраста), полноценного питания и диеты, физиотерапии, гомотоксикологии, а в особо тяжелых случаях - при использовании наряду с ними аллопатии и хирургии [3, 8, 9]. В наших наблюдениях родители отказывались от применения хирургических вмешательств, а аллопатическое лечение использовалось нами лишь в группе сопоставления.

Кратко охарактеризуем каждое из применённых АГТП.

Лимфомиозот существует в двух лекарственных формах (капли для сублингвального приёма и раствор для инъекций). Мы последовательно использовали капли для приёма внутрь в первые дни обострения болезни, а затем ампульный препарат в виде перорального приёма в теплой воде (1 ампула в течении дня в несколько приёмов через день). Показаниями для лимфомиозота служат лимфоаденопатии, гипертрофия миндалин, хронический тонзиллит, иммунодефицитные состояния. Действие лимфомиозота ориентировано на активацию функций лимфатической системы. При этом препарат оказывает лимфодренажное, детоксицирующее и иммуномодулирующее действие, усиливая лимфоотток из тканей и элиминацию гомотоксинов из межклеточного пространства. Лимфомиозот повышает биодоступность для любых фармацевтических препаратов, что способствует более эффективному их применению и уменьшению нежелательных побочных эффектов.

Эхинацея композитум С. Применяется раствор для инъекций. У детей - в виде "пероральных ампул", предварительно растворяя ампулу в 50-100 мл питьевой воды. Показаниями к использованию данного АГТП являются острые и хроничес-

кие воспалительные и гнойно-воспалительные процессы, иммунодефицитные состояния, выраженная интоксикация. Эхинацея композитум С обладает выраженным иммуномодулирующим действием, направленным против вирусов и бактерий. Препарат способствует выведению токсинов этих микроорганизмов из латентных очагов инфекции, сформировавшихся после многократных случаев инфицирования.

Энгистол. Таблетированный препарат. Показаниями к применению служат: активация неспецифического противовирусного иммунитета, острые и хронические заболевания вирусного генеза, аллергии, последствия длительной медикаментозной терапии антибиотиками и другими аллопатическими препаратами, интоксикации организма. Энгистол оказывает детоксикационное, неспецифическое противовирусное и иммуномодулирующее влияние на организм. Он восстанавливает функции ферментативной системы, устраняет последствия интоксикаций, вызванных вирусной инфекцией. Препарат ускоряет саногенез и препятствует хронизации воспаления, обусловленной влиянием вирусов.

Эуфорбиум композитум Назентропфен С. Это назальный спрей-распылитель. Использовался нами у пациентов при различных видах ринитов, синуситов, гайморитов для облегчения носового дыхания. Препарат оказывает на слизистую носа противоотечное, противовоспалительное, детоксицирующее и регенерирующее действие. Он снижает ощущение напряжения в области носа, облегчает процесс дыхания. Данный АГТП препятствует высыханию слизистой оболочки носовой полости, способствует очищению её от корочек и слизи. При этом не только происходит сохранение всех функциональных характеристик слизистой носа, но и осуществляется поддержка её естественных защитных механизмов, предотвращается атрофия слизистой. Эуфорбиум используется в спрейной форме в виде впрыскиваний в полость носа (см. табл.1).

Вибуркол. Это суппозитории для ректального применения, которые используются при инфекционно-воспалительных процессах (ОРВИ, отиты), возбуждённых состояниях детей с ли-

хорадочными реакциями и без таковых. Препарат является основным "педиатрическим" средством в гомеотоксикологии, поскольку оказывает выраженное дезинтоксикационное, седативное, спазмолитическое и обезболивающее действие. Вибуркол плавно понижает повышенную температуру тела до оптимальных показателей, при которых обеспечивается наиболее эффективная работа системы иммунобиологического гомеостаза.

Ниже приводим специальную таблицу, в которой представлены основные способы и дозы применения охарактеризованных выше АГТП в детском возрасте, исходя из рекомендаций фирмы-изготовителя и врачебного опыта специалистов, в том числе авторов настоящей статьи (таблица 1).

Таблица 1

**Способы применения АГТП в детском возрасте
(на один приём)**

Форма препарата	Дети от 1-го до 3-х лет	Дети от 3-х до 6 лет	Дети от 6 лет и старше
Таблетки	1/2 табл.	3/4 табл.	1 табл.
Капли	3 кап.	5 кап.	10 кап.
Инъекции	1/4 ампл.	1/2 ампл.	1 ампл.
Свечи	1 свеча	1 свеча	1 свеча
Спрей	1 впрыскивание	1 впрыскивание	1-2 впрыскивания

Кроме общепринятых исследований (общий анализ крови, мочи, исследование испражнений на наличие гельминтов) и изучения локального статуса больные основной группы и дети из группы сопоставления подвергались изучению уровня концентрации ЦИК в сыворотке крови методом преципитации в растворе полиэтиленгликоля (ПЭГ) с молекулярной массой 6000 дальтон [11]. Молекулярный состав ЦИК с выделением отдельных фракций крупно - (>19S), средне - (11S-19S) и мелкомолекулярных (<11S) иммунных комплексов определяли путём дифференцированной преципитации в 2,0%, 3,5% и 6% растворах ПЭГ [12]. Учитывали, что по уровню ЦИК, особенно наиболее патогенных (мелко- и средномолекулярных) их фракций вполне вероятно судить о степени выражения синдрома иммунотоксикоза [11, 12, 13].

Полученные в исследованиях результаты обрабатывали статистически на персональном компьютере Intel © Core Duo TM 2,0 Ghz с помощью одно и многофакторного дисперсионного анализа (пакеты лицензионных программ Mikrosoft © Office TM 2003, Mikrosoft © Exel Stadia 6.1 prof. и Statistica) [14].

Полученные результаты и их обсуждение

Анализ полученных клинических данных продемонстрировал, что на 14-й день исследований сумма баллов при оценке симптоматики хронического аденоидита достоверно снизилась в группе принимающих АГТП на 76%, тогда как в группе сопоставления только на 35,5%. На 30-й день исследования сумма баллов эндоскопических симптомов у больных аденоидитом достоверно снизилась на 89,33%, тогда как в контроле только на 42,8%.

На протяжении всего времени клинических наблюдений в основной группе регистрировалась позитивная динамика: восстановление носового дыхания, нормализация температурных показателей при термометрии, устранение воспалительных явлений, улучшение аппетита и общего самочувствия, снижение чувства утомляемости. В группе сопоставления положительная динамика клинических показателей была выражена слабее и она оказалась "растянутой" по времени в сравнении с данными, полученными в группе детей, лечившихся с помощью АГТП.

Иммунологическое исследование показало, что у пациентов обеих групп до начала терапии имело место повышение уровня ЦИК, объединённого с изменениями соотношения фракционного состава. При этом вероятностной разницы между показателями иммунных изменений в основной и группе сопоставления не было отмечено, а характер и выраженность иммунного дисбаланса у детей обеих групп до начала лечения были однотипными. Отмечалось увеличение общей концентрации ЦИК - в основной группе в среднем в 1,7 раза, в группе сопоставления - в 1,65 раза ($P < 0,001$). Особое внимание в работе уделялось исследованию молекулярного состава ЦИК у обследованных больных. Было установлено, что нарастание уровня ЦИК обеспечивалось в основном за счёт наиболее токсигенных средне- и крупномолекулярных фракций, поскольку прослеживалась чёт-

кая тенденция к увеличению как их процентного соотношения, так и абсолютного количества данных показателей (таблица 2).

Таблица 2

Концентрация ЦИК и их молекулярный состав у детей до начала лечения ($M \pm m$)

Изученные показатели	Норма	Группы детей		P
		основная (n=44)	сопоставления (n=43)	
ЦИК общее, г/л	1,88±0,03	3,0±0,09***	2,99±0,1***	<0,05
В том числе:				
мелко-молекулярные %	46,6±2,0	26,6±1,4***	29,4±1,6**	<0,05
г/л	0,88±0,04	0,8±0,05	0,88±0,005	<0,01
средне-молекулярные %	31,5±1,6	40,0±1,5**	38,5±1,7**	<0,05
г/л	0,59±0,03	1,2±0,05***	1,15±0,05***	<0,05
крупно-молекулярные %	21,9±1,3	33,3±1,3*	32,1±1,5*	<0,01
г/л	0,41±0,02	1,0±0,04***	0,96±0,04***	<0,05

Примечание: в данной таблице первый и второй показатели в столбце P вычислены между показателями основной группы и группы сопоставления; вероятность разности с показателем нормы * - при $P < 0,05$; ** - при $P < 0,01$; *** - при $P < 0,001$.

Концентрация наиболее токсигенной среднемoleкулярной фракции до начала лечения была увеличена в среднем в 2,2 раза, а в группе сопоставления - в 2 раза относительно показателей нормы ($P < 0,001$). Содержание мелкомoleкулярной фракции ЦИК у лиц основной группы было увеличено в 2,7 раза, а в группе сопоставления - в 2,4 раза относительно нормативных цифр ($P < 0,01$).

После проведения лечения у больных детей основной группы регистрировались, как мы уже отмечали выше, более быстрое исчезновение патологической симптоматики и субъективных жалоб, уменьшения числа бактериальных осложнений в сравнении с группой сопоставления. При иммунологическом исследовании пациентов у детей основной группы определялась вполне выраженная положительная динамика изученных показателей и прежде всего концентрация ЦИК и содержания отдельных фракций - средне и крупномолекулярных до верхней границы нормы. Отмечалось только сохранение умеренного увеличения абсолютного числа мелкомoleку-

лярных ЦИК. В группе детей, получающих общепринятое лечение, позитивная динамика ЦИК и их молекулярного состава была существенно менее выраженной (таблица 3).

Таблица 3

Уровень ЦИК и их молекулярный состав у детей после окончания терапии (M±m)

Изученные показатели	Норма	Группы детей		P
		основная (n=44)	сопоставления (n=43)	
ЦИК общес., г/л	1,88±0,03	2,1±0,05	2,31±0,09**	<0,05
В том числе:				
мелко-молекулярные %	46,6±2,0	46,7±1,8	42,9±1,4*	<0,05
г/л	0,88±0,04	0,98±0,04	0,99±0,03	>0,1
средне-молекулярные %	31,5±1,6	31,0±1,2	32,0±1,5*	<0,05
г/л	0,59±0,03	0,65±0,03	0,74±0,04**	<0,05
крупно-молекулярные %	21,9±1,3	22,3±1,1	25,1±1,1	>0,1
г/л	0,41±0,02	0,47±0,02*	0,58±0,03*	>0,05

Кроме того, у детей группы сопоставления также сохранялся дисбаланс во фракционном составе ЦИК. Так, после окончания курса общепринятой терапии у детей сохранялось достоверное повышение общей концентрации ЦИК (в среднем в 1,16 раза выше относительно нормы и 1,15 раза больше относительно общей концентрации ЦИК у лиц основной группы обследованных). Содержание среднемолекулярных комплексов в группе сопоставления в 1,25 раза выше нормы (P<0,01) и в среднем в 1,14 раза больше аналогичного показателя в группе (P<0,05).

В результате проведения клинических исследований можно отметить, что включение АГТП (лимфомиозота, энгистола, эхинацеи композитум и вибуркола) в комплексе лечения детей с патологией ЛОР-органов (гипертрофия глоточной миндалины, аденоидные вегетации, аденоиды) позитивно и высокоэффективно влияло на симптоматику болезни, иммунологические и субъективные характеристики. Применённые АГТП способствовали снижению содержания в крови наиболее патогенных среднемалекулярных иммунных комплексов. Сами АГТП хорошо переносились пациентами, побочных эффектов отмечено не было.

Исходя из полученных данных, можно считать патогенетически обоснованным и клинически целесообразным использование АГТП в комплексной терапии больных детей с ЛОР-заболеваниями (аденоидиты, гипертрофия глоточной миндалины). В ряде случаев подобранная терапия с использованием АГТП способна не только существенно снизить клинические проявления хронической патологии, но и помочь отказаться от хирургического вмешательства у данного контингента больных.

Выводы

1. Анализ полученных в результате исследований клинических данных показал, что заболевания аденоидитом у детей протекали с такой общеклинической симптоматикой (субфебрилитет, снижение и потеря аппетита, общая слабость, утомляемость) и типичными для аденоидита признаками (отёк слизистой полости носа, кашель и покашливание, затруднение дыхания носом, храп во время сна, отиты).

2. Данные функционального обследования, включавшие общий осмотр детей и оториноларингологические исследования, позволили оценить в баллах общие и местные признаки болезни (степень увеличения аденоидных разрастаний и их воспаление, увеличение регионарных лимфатических узлов и др.), что требовало назначения противовоспалительной терапии (сосудосуживающие капли и ингаляция противоотечной смеси).

3. У больных детей основной группы и группы сопоставления до начала лечения достоверно отмечали существенное нарастание уровня ЦИК, преимущественно за счёт наиболее патогенных средне- и мелкомолекулярных фракций, что свидетельствовало о нарушениях нормальных соотношений фракций ЦИК, а в патогенетическом плане может способствовать развитию иммунокомплексных реакций и иммунотоксикозу (гомтоксикозу в терминологии Реккевега).

4. Включение АГТП (лимфомиозот, энгистол, эхинацея композитум, эуфорбиум композитум, вибуркол) в комплексное лечение больных аденоидитами оказывает позитивное влияние как в клиническом плане, так и в отношении иммунного статуса. При этом происходило в сравнении с группой сопоставления бо-

лее быстрое восстановление носового дыхания, устранение явлений воспаления, улучшение аппетита и оптимизация общего самочувствия детей. АГТП, использованные в работе, способствовали снижению содержания в крови пациентов основной группы наиболее патогенных средне- и низкомолекулярных иммунных комплексов в 2,0 и 2,3 раза соответственно (в сравнении с детьми, получавшими только общепринятую терапию).

5. Исходя из полученных данных, можно считать патогенетически обоснованным и клинически целесообразным применение изученных АГТП в комплексном консервативном лечении аденоидитов у детей. В ряде случаев антигомотоксическая терапия позволяет избежать хирургического вмешательства у лиц детского возраста, страдающих гипертрофией глоточной миндалины и аденоидитом (как на фоне разрастания аденоидной ткани, так и при её отсутствии).

Литература

1. Бартольд С.Г. Персистенция респираторных вирусов у детей и антигомотоксическая терапия персистирующей инфекции в детских дошкольных учреждениях / С.Г. Бартольд, Л.Е. Калашникова // Биологическая терапия. - 2001. - № 3. - С. 57-58.
2. Безшапочный С.Б. Методы консервативной терапии детей при аденоидитах / С.Б. Безшапочный, В.В. Кищук, В.В. Лобурец // Журнал ушных, носовых и горловых хвороб. - 2009. - № 6. - С. 74-81.
3. Гарник Т.П. Плющ обыкновенный (*Hedera helix* L.) - ботаническое описание и фармакологическая характеристика растения / Т.П. Гарник, В.М. Фролов, Б.П. Романюк, Н.А. Пересадин // Проблемы экологич. та медич. генетики і клініч. імунології: зб. наук. праць. - Київ; Луганськ; Харків. - 2009. - Вип. 8 (95). - С. 19-26.
4. Зайцева О.В. Коррекция сухости слизистой оболочки полости носа / О.В. Зайцева // Лечащий врач. - 2009. - № 9. - С. 86-90.
5. Карпова Е. П. Ринит в детском возрасте / Е.П. Карпова // Лечащий врач. - 2010. - №1 - С. 18-22.

6. Нестерова И.В. Проблемы лечения вирусно-бактериальных респираторных инфекций у "часто и длительно болеющих" иммунокомпрометированных детей / И.В. Нестерова // Лечащий врач. - 2009. - № 6. - С. 26-29.

7. Новикова А.А. Профилактика и лечение заболеваний верхних дыхательных путей и органов дыхания методами фитотерапии / А.А. Новикова. - Минск: Харвест, М.: АСТ, - 2000. - 288 с.

8. Общая терапия. Краткий справочник для врачей. - Heidelberg, 2006. - 160 с.

9. *Ordinatio antihomotoxica et materia medica.* - изд-во Арнебия, 1998. - 452 с.

10. Пересадин Н.А. Реабилитология. Стратегия и тактика эффективного восстановления здоровья / Н.А. Пересадин, Т.В. Дьяченко. - Луганск: изд-во Знание, 2004. - 480 с.

11. Фролов В.М. Исследование циркулирующих иммунных комплексов их диагностическое и прогностическое значение / В.М. Фролов, Н.А. Пересадин, В.Е. Рычнев // Лабораторное дело. - 1986. - № 3. - С. 159 - 161.

12. Фролов В.М. Диагностическое и прогностическое значение циркулирующих иммунных комплексов у больных / В.М. Фролов, Н.А. Пересадин, П.К. Бойченко // Врачебное дело. - 1990. - № 6. - С. 116 - 118.

13. Фролов В.М. Иммунные и микрогемодинамические нарушения при патологии печени и их коррекция / В.М. Фролов, Б.П. Романюк, А.М. Петруня. - Луганск: изд-во ЛГМУ, 1994. - Т. 1. - 194 с.

14. Юнкеров В.И. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований / В.И. Юнкеров, С.Г. Григорьев. - [2-е изд., доп.]. - СПб.: ВМедА, 2005. - 292 с.

Резюме

Дьяченко Т.В., Гарник Т.П. Эффективность применения антигомотоксических препаратов у часто болеющих ЛОР-заболеваниями детей.

Проведено исследование эффективности комплексного использования антигомотоксических препаратов (АГТП) в лечении и профилактике детей с гипертрофией глоточной миндалины, аденоидитами и со-

путствующей патологией респираторного тракта. Установлено, что применение АГТП (лимфомизот, энгистол, эхинаея композитум, эуфорбиум композитум, вибуркол) в комплексное лечение детей с данной патологией оказывает позитивное влияние как в клиническом плане, так и в отношении иммунного статуса, а именно способствует нормализации уровня циркулирующих иммунных комплексов и их фракционного состава.

Ключевые слова: антигомтоксические препараты, ЛОР-патология, дети, лечение.

Резюме

Д'яченко Т.В., Гарник Т.П. *Ефективність застосування антигомтоксичних препаратів у дітей, що часто хворіють на ЛОР-захворювання.*

Проведено дослідження ефективності комплексного використання антигомтоксичних препаратів (АГТП) в лікуванні і профілактиці дітей з гіпертрофією глоткової мигдалини, аденоїдами і супутньою патологією респираторного тракту. Встановлено, що застосування АГТП (лімфоміозот, енгістал, ехінацея композитум, еуфорбіум композитум, вібуркол) в комплексне лікування дітей з даною патологією оказує позитивний вплив як в клінічному плані, так і відносно імунного статусу, а саме сприяє нормалізації рівня циркулюючих імунних комплексів і їх фракційного складу.

Ключові слова: антигомтоксичні препарати, ЛОР-патологія, діти, лікування.

Summary

D'yachenko T.V., Garnik T.P. *The application efficiency of antyhomotoxic preparations for the children with LOR-pathology.*

The application efficiency of antyhomotoxic preparations (AGTP) for the children with hypertrophy of oesophageal amygdale, adenoiditis and concomitant pathology of respiratory tract was investigated. It was set that application of AGTP (lymphomiozot, engistol, Echinaceae compositum, eufirbium compositum, viburcol) in the holiatry of children with this pathology renders positive influence both in a clinical plan and in regard to immune status, namely instrumental in normalization of level of circulatory immune complexes and theirfraction composition.

Key words: antyhomotoxic preparations, LOR-pathology, children, treatment.

Рецензент: д. мед. н., проф. І. Б. Єршова

УДК 615.272.6

ВПЛИВ ПОЛІФЕНОЛІВ ВІНОГРАДУ НА ЗМІНИ ВМІСТУ СЕЧОВОЇ КИСЛОТИ ЗА ТРИВАЛОГО ВВЕДЕННЯ АДРЕНАЛІНУ

**А.Л.Загайко, Л.М. Вороніна, Г.Б. Кравченко,
М.В. Волощенко**

Національний фармацевтичний університет (Харків)

Вступ

Сечова кислота (СК) є кінцевим продуктом пуринового метаболізму. Це слабка органічна кислота, понад 98% якої іонізується в мононатрієвий урат. За концентрацією останнього визначається рівень сечової кислоти. Сечова кислота синтезується головним чином у селезінці, потім надходить до загального кровотоку, де тільки невеликий її відсоток (менш 4%) зв'язується з білком. Екскретується СК нирками [11].

Останнім часом накопичується все більше даних про роль СК у розвитку серцево-судинних захворювань, порівняну з іншими метаболічними факторами ризику. Виявлено, що в пацієнтів з артеріальною гіпертонією, ІХС, застійною серцевою недостатністю і/чи порушенням ниркової функції спостерігається більш високий рівень сечової кислоти, ніж у здоровій популяції [1,9]. Злоякісна гіпертонія також пов'язана зі значимим підвищенням вмісту сечової кислоти.

Вважають, що рівень СК крові може збільшуватися в результаті того, що на останній фазі пуринового метаболізму утворюються реактивні оксигенові радикали, що відіграють важливу роль в ушкодженні тканин, і їхня кількість підвищується в пацієнтів з артеріальною гіпертонією. Сечова кислота може також впливати на атеросклеротичний процес шляхом впливу на утворення цитокінів [3].

Оксидативний стрес і підвищення окиснення ліпопротеїнів низької щільності в стінці артерій може відігравати роль у прогресуванні атеросклерозу. Сечова кислота може бути залучена