

ческой активности аммониевых солей N-(3-метил-7-β-метоксиэтилксантинил-8-)аминоуксусной кислоты.

Проведено экспериментальное исследование острой токсичности и влияния впервые синтезированных аммониевых солей N-(3-метил-7-β-метоксиэтилксантинил-8-)аминоуксусной кислоты на выделительную функцию почек лабораторных животных. Встановлено, что наибольшую диуретическую активность обнаружила аммонийная L-глутаматная соль N-(3-метил-7-ацетилметилксантинил-8-)пиперазинию (спол. №10), которая в дозе 13,4 мг/кг увеличивала выделение мочи у крыс на 158,7% и за диуретическим эффектом превышала гипотиазид на 90,4%. Аммониевые соли N-(3-метил-7-β-метоксиэтилксантинил-8-)аминоуксусной кислоты являются перспективной группой органических веществ для последующего проведения синтеза и исследования диуретической активности с целью создания на их основе новых эффективных фармакологических веществ для улучшения выделительной функции почек.

Ключевые слова: аммониевые соли N-(3-метил-7-β-метоксиэтилксантинил-8-)аминоуксусной кислоты, острая токсичность, диуретическая активность.

Summary

Kornienko V.I., Samura B.A., Romanenko N.I., Martynyuk O.O. Derymdivid L.V. *Research of sharp toxicity and diuretic activity of ammonium salts of N-(3-methyl-7-β-metoxyaethylxantynyl-8-)aminoacetic acid.*

Experimental research of sharp toxicness and influence on the excretory function of laboratory animals' kidney of the first synthesized ammonium salts of N-(3-methyl-7-β-metoxyaethylxantynyl-8-)aminoacetic acid have been conducted. The ammoniacal L-glutamat salt of N-(3-methyl-7-β-metoxyaethylxantynyl-8-)piperasinii (comp. №10) found out the most diuretic activity in a dose 13,4 mg/kg increased rats' urine excretion at 158,7% and exceeded the diuretic effect of hypothyazide at 90,4%. Ammonium salts of N-(3-methyl-7-β-metoxyaethylxantynyl-8-)aminoacetic acid are perspective group of organic compounds for the subsequent leadthrough of synthesis and research of pharmacological activity with the purpose of creation on their basis of high-efficiency facilities for the improvement of activity of kidney.

Key words: ammonium salts of N-(3-methyl-7-β-metoxyaethylxantynyl-8-)aminoacetic acid, sharp toxicity, diuretic activity.

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

УДК 615.322.61.57.014

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ФАЙБЕРЛЕКСА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА И НАЛИЧИЕМ ОБСТИПАЦИИ

Н.А. Пересадин, В.М. Фролов, О.В. Круглова,

И.В. Санжаревская

Луганский государственный медицинский университет

Введение

В настоящее время во многих странах мира наблюдается расширение распространения заболеваний желудочно-кишечного тракта, при этом патология кишечника остаётся одним из наименее исследованных направлений современной клинической гастроэнтерологической науки и практики, в то время как в Украине, и в других государствах Европы возрастает частота хронических функциональных и воспалительных болезней дигестивной системы, в том числе аноректальной зоны [4, 12, 15, 18]. Заболевания желудочно-кишечного тракта (как органические, так и преимущественно функциональные) имеют большое социальное значение. Функциональной гастроэнтерологической патологией страдает в настоящее время значительное количество людей, главным образом работоспособного возраста. Некоторые формы подобных функциональных болезней вполне могут способствовать (и способствуют!) развитию серьёзных органических нарушений в различных отделах дигестивной сферы.

Ряд болезней органов пищеварения с преобладанием функциональных расстройств специалисты сегодня рассматривают как предпатологию язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки, определённых вариантов и клинических форм колита, холецистита, рака толстого кишечника [1, 10, 19-21]. Известно, что распознавание и чёткая идентификация функциональной патологии системы органов пищеварения зачастую занимает довольно много времени, поскольку лечащий врач, не

находя признаков органических расстройств, предпринимает всё новые и новые диагностические исследования, чтобы найти убедительную аргументацию постоянно возобновляющимся жалобам пациента. Подсчитано, что на одного больного с патологией желудочно-кишечного тракта функционального характера в среднем приходится: консультаций различных специалистов узкого и широкого профиля - 3,5, инструментальных диагностических исследований - 3,7, общих анализов крови и мочи - 20, оперативных вмешательств - 1,7 [5, 18]. Заболевания кишечника являются мультифакториальной патологией со сложным патогенезом, поэтому значимость и ранжированность predisposing и провоцирующих факторов в обязательном порядке должна учитываться лечащим врачом [2, 3, 6].

Обстипации, т. е. острые и хронические запоры (как одна из ведущих жалоб, выявляемая очень часто при детальном расспросе пациентов) являются в настоящее время чрезвычайно актуальной проблемой в каждодневной практической деятельности терапевта, семейного врача да и многих иных специалистов стационарного и амбулаторно-поликлинического звеньев здравоохранения. К сожалению, данной патологии долгое время не уделялось должного внимания, кроме тех конкретных клинических ситуаций, когда запоры принимали характер доминирующего синдрома при том или ином соматическом заболевании, детерминируя значительную долю страданий больного [9, 11].

Между тем, в настоящий момент хорошо известно, что острые и хронические запоры в силу известной деликатности вопроса остаются одной из ведущих жалоб при тщательном сборе анамнеза даже у практически здоровых лиц работоспособных возрастных групп, не говоря уже о людях пожилого и старческого возраста. Специалисты-гастроэнтерологи термином "запор" именуют опорожнение кишечника реже трёх раз в неделю или объём выделяемого стула меньше 35 г в день при снижении относительного содержания воды в кале менее 70 % и удлинении пассажа каловых масс по пищеварительному каналу более пяти дней [13]. Диагноз хронического запора согласно современным диагностическим критериям принято выставлять при наличии любых двух ниже следующих симптомов, беспокоя-

щих пациента дольше двенадцати (необязательно последовательных) недель в течение последних шести месяцев:

- стул реже трёх раз в неделю;
- необходимость натуживаться более 25 % времени самого акта дефекации;
- увеличение плотности каловых масс ("козий" кал);
- ощущение неполного опорожнения кишечника;
- ощущение закупорки / блокады прямой кишки;
- необходимость в принудительном опорожнении прямой кишки.

Упомянутая симптоматика должна в случаях выставления диагноза "запор" отмечаться не менее чем при 25 % всех дефекаций.

В настоящее время пристальное внимание клинических гастроэнтерологов вновь обращено к лекарственному растению подорожник, обладающему антисептическим, бактериостатическим, кровоостанавливающим, противоаллергическим, противовоспалительным, обезболивающим, ранозаживляющим, отхаркивающим, гипотензивным, противоязвенными свойствами, а также усиливающим секреторную деятельность желёз желудка и кишечника [7, 8, 14]. Клинически установлено, что семена подорожника не токсичны, защищают от раздражения воспалённую слизистую оболочку кишечника, обладают лёгким слабительным действием и могут быть использованы для лечения колитов [16]. В последние годы в клинической гастроэнтерологии всё более популярным становится применение в лечении запоров препарата из семян подорожника (*Plantago ovata*), имеющего торговое название Файберлекс. Файберлекс зарегистрирован в Украине (регистрационное удостоверение № UA / 8607/01/01, UA / 8608/01/01 и UA / 8609/01/01) и разрешен для клинического применения в качестве лечебного препарата Приказом МЗ Украины от 22.07.2008 г. № 403 [17].

Установлено, что волокна из семян подорожника, которые содержатся в препарате Файберлекс, способны поглощать количество воды, в 40 раз превышающее их собственный вес. Опорожнение кишечника в этой связи становится более легко протекающим, поскольку размягчается консистенция содержимого кишечника, стимулируется перистальтика последнего и облегчается прохождение каловых масс. Препарат Файберлекс после приёма по-

глощается в тонкой кишке, поскольку его полисахариды резистентны к гидролизу и действию пищеварительных ферментов, выше расположенных отделов ЖКТ. Файберлекс выпускается компанией Herbiop (Карачи, Пакистан) и представляет собой растительное волокно для регулирования функций кишечника, помещенное в виде порошка в своеобразные саше-пакеты. Каждый саше-пакет имеет действующую субстанцию подорожника овального (*Plantago ovata*), оболочки семян в количестве 5,0 гр [17].

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 НДР: "Ефективність фітопрепаратів та засобів рослинного походження в лікуванні та медичній реабілітації хворих з патологією системи травлення та вторичними імунодефіцитними станами" (№ госрегистрации 0108U009463).

Цель исследования: изучение эффективности препарата растительного происхождения Файберлекса в комплексе лечения пациентов с синдромом раздраженного кишечника (СРК) и его влияние показатели макрофагальной фагоцитирующей системы (МФС) больных с данной патологией.

Материалы и методы исследования

Под наблюдением находилось 88 больных с СРК, из них было 52 женщины и 36 мужчин. Возраст пациентов колебался от 24 до 66 лет. Поскольку причиной нарушения акта дефекации у специально отобранных нами больных было нарушение иннервации и снижение чувствительности аноректальной зоны, то у пациентов, были исключены геморрой, анальные трещины, парапроктиты, большие грыжи живота, ректоцеле и иная патология, могущая стать причиной запоров. В статистическую выборку также не включались пациенты с нарушениями привычного стереотипа дефекации, а также лица с психическими дисфункциями и больные с ятрогенными запорами, связанными с приёмом лекарственных средств, вызывающих задержку стула.

Диагноз СРК был установлен клинически учитывая, рекомендации Международного совещания экспертов (Римские критерии III, 2006) [28, 40] и стандартизованных протоколов диагностики и

лечения заболеваний органов пищеварения (Приказ МЗ Украины № 271 от 13.06.2005 р. "Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Гастроентерологія") [35].

Для реализации цели исследования относительно анализа эффективности Файберлекса и его влияния на показатели МФС нами было сформировано две группы, рандомизованные по возрасту, полу пациентов и степени выраженности патологии. Основная группа включала 46 пациентов, группа сопоставления состояла из 42 больных. В основной группе у пациентов с СРК помимо общепринятых лечебно-профилактических мероприятий, включавших коррекцию психического состояния больных, упорядочение их образа жизни, употребление достаточного количества жидкости, использование традиционных регуляторов перистальтики, антидепрессантов применяли препарат Файберлекс по 1 саше 2 раза в день. Содержимое саше-пакета растворялось в 150 мл. теплой воды и медленно выпивалось. Употребленный внутрь раствор препарата запивался ещё одним стаканом воды. Продолжительность лечения Файберлексом составила 14 дней. В единичных случаях (всего у 2 пациентов из 40 больных основной группы) наблюдалось ощущение переполненности кишечника, которое проходило при назначении этим лицам большего (около 500 мл. дополнительно) количества жидкости. В группе сопоставления осуществлялась только общепринятая терапия.

Кроме традиционных клинико-лабораторных исследований для реализации цели работы у больных, находившихся под нашим наблюдением, изучали показатели МФС с использованием методов изучения фагоцитарной активности моноцитов (ФАМ) периферической крови [3, 15]. Подсчитывались следующие показатели ФАМ: фагоцитарное число (ФЧ), фагоцитарный индекс (ФИ), индекс аттракции (ИА), индекс переваривания (ИП) [3, 15].

Статистическую обработку полученных результатов исследования осуществляли на персональном компьютере AMD Athlon 3600+ с помощью одно- и многофакторного дисперсионного анализа (пакет лицензионных программ Microsoft Office 2007, Microsoft Exel Stadia 6.1/prof и Statistica), при этом учитывали основные принципы использования статистических методов в клинических испытаниях.

Полученные результаты и их обсуждение

Для пациентов с СРК, находившихся под наблюдением, было в клиническом плане характерно следующее: вариабельность симптоматики (например, наличие "летучих" мигрирующих болезненных ощущений различных участков живота и изменение интенсивности этих болей на протяжении суток), зависимость болезненных ощущений от стрессогенных факторов психо-эмоционального порядка, наличие головной боли по типу мигрени, ощущение "комка" в горле при глотании, неудовлетворённость вдохом, учащённое мочеиспускание. Отметим, что данная симптоматика не способствовала нарушению сна, иными словами ни боли в животе, ни нарушение стула не возникали в период сна и не нарушали его. В литературных источниках отмечается, что тревожащими признаками у пациентов с подобными состояниями является лихорадка, наличие примеси крови в кале, кишечные расстройства, прерывающие сон, немотивированное похудание, анемизация, лейкоцитоз, увеличение СОЭ, изменение показателей биохимических проб. Такие пациенты в настоящую работу нами включены не были.

У больных, находившихся под нашим наблюдением, путем тщательного сбора анамнестических сведений выявили ряд предрасполагающих факторов, которые могли способствовать возникновению и дальнейшему прогрессированию СРК, в том числе наличие хронической патологии гепатобилиарной системы, желудочно-кишечного тракта, хронические стрессогенные ситуации, вредные привычки, наличие в анамнезе ранее перенесенных острых кишечных инфекций, а также сочетание ряда факторов. Как видно из приведенной таблицы 1, у большинства наблюдавшихся больных обеих групп имело место сочетание нескольких предрасполагающих к СРК факторов. Из общих жалоб, отмечавшихся у пациентов обеих групп, отметим следующие (помимо жалоб на задержку стула): чувство тяжести в эпигастриальной области, периодически тошноту и изредка рвоту, тяжесть и периодические болезненные ощущения в области правого подреберья, горечь в полости рта. Из вегетативных и неврологических дисфункций подавляющее большинство пациентов жаловались на головные боли, неудовлетворенность вдохом, чувство "комка" в горле, неприятные сердцебиения, кардиалгии, похолодание конечностей, нарушение

формулы сна и снижение аппетита, боль в поясничной области, учащенное мочеиспускание, никтурию и иные виды дизурических расстройств, дисменорею у женщин и эректильную дисфункцию у мужчин, повышенную утомляемость (табл. 1).

Таблица 1

Предрасполагающие факторы развития СРК у наблюдавшихся пациентов (абс. и %)

Предрасполагающие факторы	Группы обследованных	
	основная (n=46)	сопоставления (n=42)
хронические стрессы	23 / 50,0	20 / 47,6
кишечные инфекции в анамнезе	13 / 28,3	11 / 26,2
ожирение II-III степени	15 / 32,6	13 / 31,0
малоподвижный образ жизни	38 / 82,6	34 / 81,0
интенсивное курение	24 / 52,2	21 / 50,0
хроническая патология печени: стеатоз печени и стеатогепатит	17 / 37,0	15 / 35,7
хроническая патология желчевыводящих путей	25 / 54,3	23 / 54,8
хронический гастрит и гастродуоденит	16 / 34,8	14 / 33,3
хроническая урогенитальная патология	14 / 30,4	12 / 28,6
сочетание нескольких факторов	34 / 73,9	30 / 71,4

У нескольких пациентов (у 4 из основной и у 6 из группы сопоставления) имели место депрессия и тревожно-мнительный синдром. В ряде случаев у наблюдавшихся нами больных отмечалась такая симптоматика, как беспричинная тревога, а также страх в связи с возможным недержанием кишечных газов или позывов на дефекацию, что сопровождалось формированием охранительного поведения (отказ от дополнительных поездок в маршрутном общественном транспорте, предварительное изучение мест расположения общественных туалетов по пути следования и так далее). Еще одной особенностью поведения пациентов с СРК было чрезмерная фиксация внимания (по типу постоянного "прислушивания" к процессам пищеварения и акцентирование внимания на "патологических процессах" ЖКТ). Болезненные ощущения у больных имели значительный спектр интенсивности: от легкого дискомфорта и терпимых ноющих болезненных ощущений до схваткообразной боли в животе. При этом, чаще всего боли были разлитыми, распирающими и "пекущими".

Частота стула у больных с СРК с запорами была менее трёх раз в неделю с вынужденным натуживанием, занимающим более 25% времени акта дефекации. Чаще всего у пациентов обеих групп имел место твёрдый шероховатый стул в виде отдельных твердых комков, как орехи, с трудом продвигающихся по ходу кишечника. Мелкий и твердый кал, как правило, перемещался только вследствие чрезмерных натуживаний пациентов, что способствовало возникновению геморроя, аритмично, его суточная масса не превышала 250 г.

При объективном клиническом обследовании пациентов выяснилось несоответствие между многообразием жалоб пациентов и их относительно удовлетворительным общим состоянием. При поверхностной пальпации живота у отдельных пациентов выявилось некоторое напряжение мышц передней брюшной стенки и гиперальгезии, вызванные часто акцентуацией внимания пациента на осмотре его врачом-специалистом. При переключении внимания больных подобная симптоматика исчезала сама собой.

При проведении специального иммунологического исследования до начала назначения лечения было установлено, что у больных СРК как основной группы, так и группы сопоставления наблюдалось снижение изученных индексов ФАМ, что свидетельствовало о угнетении макрофагально/моноцитарного звена иммунной системы у обследованных пациентов (табл. 2).

Таблица 2

Показатели ФАМ у больных с СРК до начала лечения ($M \pm m$)

Показатели ФАМ	Норма	Группы больных СРК		P
		основная (n=46)	сопоставления (n=42)	
ФИ, %	28,6±0,8	17,5±0,9***	17,9±0,6***	>0,05
ФЧ	4,0±0,06	2,7±0,2***	2,8±0,13***	>0,05
ИА, %	16,9±0,6	13,1±0,2**	13,5±0,2**	>0,05
ИП, %	26,5±0,9	14,6±0,7***	14,8±0,1***	>0,05

Примечание: в табл. 2-3 достоверность разницы между показателем до нормой: *** - P<0,001, ** - при P<0,01, * - P<0,05, колонка P - показатель достоверности между основной группой и группой сопоставления.

Установлено, что кратность снижения показателей ФАМ в основной группе и группе сопоставления была практически одинаковой.

Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології

вой (P>0,05); это свидетельствовало об однотипности обследованных групп в иммунологическом плане до начала лечения.

При повторном анализе изученных показателей ФАМ у больных основной группы (которые получали в комплексе лечения Файберлекс) в сравнении с больными группы сопоставления, у которых проводилась только общепринятая терапия, было установлено, что в основной группе наблюдалась более выраженная позитивная динамика фагоцитарных показателей, а именно их существенное повышение, в той же время как в группе сопоставления наблюдалась только умеренная тенденция к улучшению показателей ФАМ. Так, у больных основной группы ФИ в ходе лечения увеличился в среднем в 1,61 раза и на момент завершения лечения составлял (28,2±0,6)%, что достоверно от нормы не отличалось; ФЧ за данный период увеличилось касательно исходного значения в среднем в 1,44 раза и составило 3,9±0,18, что также соответствовало границам нормы (P>0,05). В группе сопоставления, пациенты которой получали только общепринятую терапию, в ходе лечения ФИ повысился только в 1,22 раза и составлял на момент окончания терапии в среднем (21,9±0,5)%, что было ниже нормы в 1,3 раза (P<0,01) та аналогичного показателя в основной группе в 1,29 раза (P<0,01) (табл. 3).

Таблица 3

Показатели ФАМ у больных с СРК после завершения лечения ($M \pm m$)

Показатели ФАМ	Норма	Группы больных СРК		P
		основная (n=46)	сопоставления (n=42)	
ФИ, %	28,6±0,8	28,2±0,6	21,9±0,5**	<0,01
ФЧ	4,0±0,06	3,9±0,18	3,5±0,15*	=0,05
ИА, %	16,9±0,6	16,6±0,3	14,8±0,2*	<0,05
ИП, %	26,5±0,9	25,8±0,5	18,6±0,3*	<0,01

За период лечения ФЧ у больных СРК группы сопоставления увеличилось относительно исходного значения в 1,25 раза и составляло 3,5±0,15, что, однако, было в среднем в 1,14 раза меньше нормы (P<0,05) и в 1,11 раза ниже значения этого показателя в основной группе (P=0,05). ИА у больных группы сопоставления увеличился в ходе терапии в 1,1 раза и состав-

Актуальні проблеми фармації та фармакотерапії

лял ($14,8 \pm 0,2$)%, что, однако, было меньше нормы в среднем в 1,14 раза ($P < 0,05$) и ниже аналогичного показателя в основной группе в 1,12 раза ($P < 0,05$). ИП на момент завершения общепринятого лечения составил в среднем ($18,6 \pm 0,3$)%, что было выше исходного значения в 1,26 раза, но ниже нормы в 1,42 раза ($P < 0,01$) и меньше значения этого показателя в основной группе в 1,39 раза ($P < 0,05$). Таким образом полученные данные свидетельствуют, что применение Файберлекса у больных СРК способствует нормализации изученных показателей ФАМ.

В клиническом плане у больных основной группы отмечается более раннии термини ликвидации проявлений патологического процесса в дигестивной системе, чем у пациентов группы сопоставления, которые получали только общепринятое лечение.

Так, у обследованных пациентов основной группы исчезновение абдоминальной боли отмечалось на $4,1 \pm 0,2$ дня раньше, чем у обследованных группы сопоставления, нарушение опорожнения - на $2,9 \pm 0,2$ дня, урчание в животе - на $4,0 \pm 0,1$ дня, метеоризм - на $4,3 \pm 0,1$ дня раньше, чем у больных из группы сопоставления (табл.4).

Таблица 4

Длительность сохранения клинической симптоматики у обследованных больных с СРК

Клинические показатели	Группы больных		P
	основная (n=46)	сопоставления (n=42)	
- абдоминальная боль	$4,7 \pm 0,4$	$8,8 \pm 0,6$	$< 0,05$
- нарушение испражнения	$7,2 \pm 0,2$	$10,1 \pm 0,3$	$< 0,05$
- урчание в животе	$8,9 \pm 0,4$	$12,9 \pm 0,5$	$< 0,05$
- метеоризм	$8,1 \pm 0,6$	$11,8 \pm 0,7$	$< 0,05$
- общая слабость	$10,6 \pm 0,3$	$15,0 \pm 0,5$	$< 0,05$
- снижение аппетита	$6,4 \pm 0,2$	$9,1 \pm 0,3$	$< 0,05$
- общее недомогание	$8,1 \pm 0,4$	$10,6 \pm 0,3$	$< 0,05$
- снижение аппетита	$6,9 \pm 0,3$	$9,5 \pm 0,5$	$< 0,05$
- нарушение сна	$4,7 \pm 0,3$	$6,9 \pm 0,5$	$< 0,05$
- эмоциональная лабильность	$6,1 \pm 0,4$	$9,3 \pm 0,7$	$< 0,05$
- повышенная утомляемость	$11,2 \pm 0,3$	$14,2 \pm 0,5$	$< 0,05$

Ликвидация общей слабости у пациентов основной группы, которые в комплексе лечения получали фитопрепарат Файберлекс, была на $4,4 \pm 0,2$ сутки раньше, чем у больных группы со-

поставления, которые получали лишь общепринятые средства, восстановление аппетита у пациентов основной группы происходило на $2,7 \pm 0,2$ сутки быстрее, исчезновение общего недомогания - на $2,5 \pm 0,1$ дня, снижение настроения - на $2,6 \pm 0,2$ сутки, нарушения сна - на $4,2 \pm 0,2$ сутки, эмоциональной лабильности - на $3,2 \pm 0,3$ сутки, повышенной утомляемости - на $3,0 \pm 0,2$ сутки быстрее, чем у пациентов из группы сопоставления.

Таким образом, применение Файберлекса в лечении больных СРК имеет четко выраженные преимущества в сравнении с общепринятой терапией, поскольку позитивно влияет на клинические показатели и в целом способствует скорейшему выздоровлению, а в патогенетическом плане - способствует нормализации показателей МФС.

Выводы

1. Клиническая картина у обследованных больных с СРК, находившихся под наблюдением, проявлялась следующей симптоматикой: стул реже трёх раз в неделю; необходимость натуживаться более 25 % времени самого акта дефекации; увеличение плотности каловых масс ("козий" кал); ощущение неполного опорожнения кишечника; ощущение закупорки / блокады прямой кишки; необходимость в принудительном опорожнении прямой кишки, наличие "летучих" мигрирующих болезненных ощущений различных участков живота и изменение интенсивности болей на протяжении суток, зависимость болезненных ощущений от стрессогенных факторов психо-эмоционального порядка, наличие головной боли по типу мигрени, ощущение "комка" в горле при глотании, неудовлетворённость вдохом, учащённое мочеиспускание.

2. В клиническом плане у больных основной группы которые принимали растительный препарат Файберлекс отмечаются более ранние сроки ликвидации проявлений патологического процесса в дигестивной системе, чем у пациентов группы сопоставления, которые получали только общепринятое лечение: исчезновение абдоминальной боли отмечалось на $4,1 \pm 0,2$ дня раньше, восстановление аппетита - на $2,7 \pm 0,2$ сутки быстрее, исчезновение общего недомогания - на $2,5 \pm 0,1$ дня, снижение настроения - на $2,6 \pm 0,2$ сутки, нарушения сна - на $4,2 \pm 0,2$ сутки, эмоциональной лабильности - на $3,2 \pm 0,3$ сутки, повышенной

утомляемости - на $3,0 \pm 0,2$ сутки, ликвидация общей слабости - на $4,4 \pm 0,2$ сутки раньше, нарушение опорожнения - на $2,9 \pm 0,2$ дня, урчание в животе - на $4,0 \pm 0,1$ дня, метеоризм - на $4,3 \pm 0,1$ дня раньше, чем у больных из группы сопоставления.

3. В результате исследований было установлено, что использование Файберлекса при лечении больных с СРК способствует нормализации исходно сниженных индексов ФАМ в сравнении с группой сопоставления, больные которой получали лишь общепринятое лечение. Так, у больных основной группы ФИ на момент завершения лечения составлял ($28,2 \pm 0,6$)%, что достоверно от нормы не отличалось; ФЧ составило $3,9 \pm 0,18$, что также соответствовало границам нормы, ИА равнялся ($16,6 \pm 0,3$)% и ИП - ($25,8 \pm 0,5$)%, что также достоверно не отличалось от нормы. В группе сопоставления ФИ на момент окончания терапии был ниже нормы в 1,3 раза, ФЧ - в 1,14 раза, ИА - в 1,14 раза, ИП - в 1,42 раза.

4. Таким образом, применение современного средства растительного происхождения Файберлекса в лечении больных СРК имеет четко выраженные преимущества в сравнении с общепринятой терапией, поскольку позитивно влияет на клинические показатели и в целом способствует скорейшему выздоровлению, а в патогенетическом плане - способствует нормализации показателей МФС.

5. Перспективой дальнейших исследований является продолжение изучения эффективности применения Файберлекса при лечении больных СРК, в частности, его возможное влияние на показатели липопероксидации у пациентов с данной патологией.

Литература

1. Бабак О.Я. Запор. Современный взгляд на проблему / Бабак О.Я. // *Сучасна гастроентерологія*. - 2005. - № 4. - С. 20 - 23.
2. Баранская Е.К. Синдром раздраженного кишечника: диагностика и лечение / Е.К. Баранская // *Consilium medicum*. - 2002. - Т. 4, № 9. - С. 22-23.
3. Жуков Н.А. Современные представления о патогенезе синдрома раздраженного кишечника / Н.А. Жуков // *Клиническая медицина*. - 2003. - № 12. - С. 7 - 12.
4. Захворювання кишечника / А.Е.Дорофеева, Т.Д.Звягінцева, Н.В.Харченко [та інш.]. - Горлівка: Ліхтар, 2010. - 532 с.

5. Ивашкин В.Т. Клинические рекомендации. Гастроэнтерология 2006 - 2007 / В.Т. Ивашкин. - М.: Геотар-Медиа, 2006. - 208 с.

6. Ивашкин В.Т. Синдром раздраженного кишечника как биопсихосоциальное заболевание / В.Т. Ивашкин, Е.А. Полуэктова, С. Белхушет // *Клинические перспективы гастроэнтерологии*. - 2003. - № 6. - С. 2-9.

7. Йорданов Д. Фитотерапия / Д.Йорданов, П. Николов, К. Бойчинов. - Медицина и физкультура: София, 1987. - 348 с.

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

9. Маев И.В. Синдром раздраженной кишки / И.В. Маев, С.В.Черемушкин, Е.Г. Лебедева // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. - 2000. - Т. 10, № 2. - С. 25-29.

10. Маев И.В. Синдром раздраженного кишечника. Римские критерии III / И.В. Маев, С.В. Черемушкин // *Гастроэнтерология (Приложение к Consilium medicum)*. - 2007. - Т. 9. - С. 11.

11. Минушкин О.Н. Запоры и принципы их лечения / О.Н. Минушкин // *Терапевтический архив*. - 2003. - № 1. - С. 19-23.

12. Парфёнов А.И. Синдром раздраженного кишечника: стандарты диагностики и лечения / А.И. Парфёнов // *Consilium medicum*. - 2002. - Т. 4, № 7. - С. 36-38.

13. Парфёнов А.И. Энтерология / А.И. Парфёнов. - М.: Триада-Х, 2002. - 744 с.

14. Решетникова А.В. Лечение растениями / А.В. Решетникова, Е.И. Семчинская. - Киев: Феникс, 1993. - 352 с.

15. Рысс Е.С. Современные представления о синдроме раздраженного кишечника / Е.С. Рысс // *Гастробюллетень*. - 2001. - № 1. - С.10-11.

16. Современная фитотерапия / Под ред. В. Петкова. - [пер. с болг.]. - София: Медицина и физкультура, 1988. - 504 с.

17. Файберлекс: інструкція по клінічному застосуванню / Затверджена 22.07.08 р. Приказом МОЗ України № 403.

18. Фролькис А.В. Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта / А.В. Фролькис. - Л.: Медицина, 1991. - 220 с.

19. Anthony J. Lembo *Contemporary diagnosis and management of irritable bowel syndrome* / Anthony J. Lembo, Douglas A. Drossman // *Gut*. - 2002. - Vol. 43. - P. 456-459.

20. Camilleri M. *Management of the irritable bowel syndrome* / M. Camilleri // *Gastroenterology*. - 2001. - Vol. 120 - P. 652-668.

21. George F. *Functional bowel disorders* / F. George // *Gastroenterology*. - 2006. - Vol. 130. - P. 1480-1491.

Резюме

Пересадин Н.А., Фролов В.М., Круглова О.В., Санжаревская И.В. *Оценка эффективности препарата растительного происхождения Файберлекса у больных с синдромом раздраженного кишечника и наличием обстипации.*

Проведена оценка эффективности препарата растительного происхождения Файберлекса у больных с синдромом раздраженного кишечника (СРК) и наличием обстипации. Установлено, что применение Файберлекса позитивно влияет на клинические показатели у больных с наличием СРК, способствует скорейшему выздоровлению, а в патогенетическом плане - нормализации показателей макрофагальной фагоцитирующей системы.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, обстипация, клиника, макрофагальная фагоцитирующая система, Файберлекс, лечение.

Резюме

Пересадин М.О., Фролов В.М., Круглова О.В., Санжаревська І.В. *Оцінка ефективності препарату рослинного походження Файберлексу у хворих з синдромом подразненого кишечника та наявністю обстипації.*

Проведена оцінка ефективності препарату рослинного походження Файберлексу в хворих з синдромом подразненого кишечника (СРК) та наявністю обстипації. Встановлено, що застосування Файберлексу позитивно впливає на клінічні показники у хворих з СРК, сприяє більш швидкому одужанню, а у патогенетичному плані - нормалізації показників макрофагальної фагоцитуючої системи.

Ключові слова: синдром подразненого кишечника, обстипація, клініка, макрофагальна фагоцитуюча система, Файберлекс, лікування.

Summary

Peresadin M.O., Frolov V.M., Kruglova O.V., Sanzharevska I.V. *Estimation effectivity preparation of herbal genesis Fiberlex at the patients with irritable bowel syndrome and constipation.*

The estimation of effectivity preparation of herbal genesis Fiberlex at the patients with irritable bowel syndrome (IBS) and constipation was investigated. It was set that using Fiberlex positive influenced at clinic picture of the patients with IBS, provided rapidly reconvalescention, and in pathogenetic plan - normalization macrophagal phagocytic system indexes.

Key words: irritable bowel syndrome, constipation, clinic, macrophagal phagocytic system, Fiberlex, treatment.

Рецензенти: д.мед.н., проф. Т.П.Гарник
д.фарм.н., проф. О.П.Гудзенко

УДК 547.854.4+547.96+547.342

ФАРМАКОЛОГІЧНА ДІЯ БЕТАМЕТАЗОНУ, МІТОМІЦИНУ С ТА 5-ФТОРУРАЦИЛУ НА ПРОЛІФЕРАТИВНУ АКТИВНІСТЬ КЛІТИН IN VITRO

**А.М.Сергієнко, Л.М.Литвинчук, Г.Й.Лавренчук,
О.В.Власко**

*Київська міська клінічна офтальмологічна лікарня
"Центр Мікрохірургії Ока" (Київ)
ДУ "Науковий центр радіаційної медицини АМН України"
(Київ)*

Вступ

Проліферативна вітреоретинопатія (ПВР) є основною причиною ускладнень оперативних втручань на задньому відрізку ока. Основним підходом лікування ПВР є хірургічний. Застосування медикаментозної підтримки для пригнічення активності ПВР здатне покращити результати оперативних втручань. В експерименті неодноразово досліджувався вплив різноманітних фармакологічних препаратів на розвиток моделі ПВР. Для створення моделі проліферативних процесів часто використовують культивовані тканинні фібробласти (1). Доведено, що кортикостероїди та цитостатики в умовах експерименту пригнічують мітотичну активність фібробластів (10,12). Проте механізми дії цих препаратів при різних їх концентраціях досконало не з'ясовані.

Метою дослідження було встановити особливості фармакологічної дії бетаметазону, мітоміцину С та 5-фторурацилу у різних концентраціях на культуру фібробластоподібних клітин in vitro.

Матеріали та методи дослідження

Експериментальні дослідження проводилися на асинхронній культурі перещеплюваних клітин (лінія L₉₂₉). Клітини L₉₂₉ були обрані для дослідження, як модель проліферативного процесу in vitro, через свої фібробластоподібні властивості (здатність до перманентного мітозу). Відсутність судинного компоненту