

**ВПЛИВ СУЧАСНОГО ФІТОПРЕПАРАТУ ІМУПРЕТУ
НА ПОКАЗНИКИ СИНДРОМУ "МЕТАБОЛІЧНОЇ"
ІНТОКСИКАЦІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ
НЕОБСТРУКТИВНИЙ БРОНХІТ, СПОЛУЧЕНИЙ З
ХРОНІЧНИМ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИМ
ХОЛЕЦИСТИТОМ**

**Т.П. Гарник, І.В. Декалюк, Р.Б. Чхегіані,
Є.К. Гелуненко, Н.П. Ташакова**
*Київський медичний університет УАНМ
Луганський державний медичний університет*

Вступ

Хронічний необструктивний бронхіт (ХНБ) - масове захворювання, що уражає переважно осіб молодого, найбільш працездатного віку і нерідко призводить до розвитку ускладнень [1, 13]. Оскільки серед мешканців великого промислового регіону Донбасу захворюваність на ХНБ у 2,6 - 4,0 рази перевищує аналогічний рівень серед осіб таких ж самих вікових груп, що мешкають у екологічно сприятливих регіонах, зрозумілий інтерес дослідників і практичних лікарів регіону до проблеми лікування даної патології [8, 14].

За останні десятиріччя в Україні також суттєво зросла захворюваність на хронічну патологію жовчовивідних шляхів (ЖВШ), у тому числі на хронічний некалькульозний холецистит (ХНХ), особливо серед осіб молодого, найбільш працездатного віку [16, 19, 20]. Захворюваність на хронічну патологію ЖВШ в індустріальних регіонах України, зокрема в Донбасі, характеризується стабільно високими показниками, що пов'язують з несприятливим впливом на гепатобіліарну та імунну системи мешканців цих регіонів екологічно шкідливих факторів довкілля, особливо ксенобіотиків, що містяться у відходах великих промислових підприємств [14, 16]. Тому, як свідчить клінічний досвід, захворюваність на ХНБ та ХНХ до-

сильно часто сполучається, та при цьому може мати місце так званий синдром "взаємного обтяження" (СВО), внаслідок якого клінічний перебіг обох захворювань, які поєднуються, характеризується більшою тяжкістю та наявністю загострень або рецидивів [10]. Патогенетичною основою для виникнення СВО є порушення імунітету та метаболічного гомеостазу з формуванням вторинних імунодефіцитних станів та розвитком клініко-біохімічного синдрому "метаболічної" інтоксикації (СМІ).

Доведено, що при більшості патологічних процесів, особливо при тих, що тривало перебігають, у крові та інших біологічних рідинах організму накопичується значна кількість патологічних продуктів перекрученого метаболізму, більшість з яких відноситься до пулу так званих "середніх молекул" (СМ), тобто речовин середньої молекулярної маси (від 300-500 до 5000 D), які володіють значною токсичністю та несприятливо впливають на метаболічні процеси в організмі [3]. Проф. Л.Л. Громашевська підкреслює, що досить інформативним критерієм наявності та вираженості синдрому "метаболічної" інтоксикації (СМІ) в організмі є концентрація СМ у крові хворих [4].

Досить важливим питанням для клінічної практики є пошук нових препаратів для лікування хворих на ХНБ, сполученого з ХНХ. Раніше нами вже встановлена ефективність низки препаратів рослинного походження, зокрема протезфлазиду в лікуванні хворих на ХНБ [17]. Нашу увагу привернула можливість використання в комплексі лікування таких хворих сучасного комбінованого фітопрепарату імупрету, який раніше був відомий під комерційною назвою "тонзилгон Н". Вказаний препарат має з себе фіксовану комбінацію активних компонентів 7 лікарських рослин та засосовується для профілактики та лікування інфекційних процесів у верхніх дихальних шляхах [7]. Показаннями для прийому цього препарату відповідають провідні фармакологічні ефекти його рослинних складових - противірусний, антибактеріальний, імуномодулюючий, протизапальний, в'язучий, ранозагоюючий, проліферативний, антиоксидантний тощо [7, 18]. 1 таблетка імупрета містить у своєму складі висушені лікарські рослини у вигляді порошку,

а саме - корінь алтею (*Rad. Althaeae*) - 8 мг, квітки ромашки (*Flor. Chamomillae*) - 6 мг, траву хвоща (*Hb. Equiseti*) - 10 мг, листя грецького горіха (*Fol. Juglandis*) - 12 мг, траву деревію (*Hb. Millefolii*) - 4 мг, кору дуба (*Cort. Quercus*) - 4 мг, траву кульбаби (*Hb. Taraxaci*) - 4 мг [7].

Корені та кореневища алтеї лікарської (*Althaea officinalis* L.) містять у своєму складі значну кількість слизових речовин (до 35%), крахмалу (до 37%) та сахарози (більш 10%), а також бетаїн (до 4%), жирну олію (1,7%), аспарагін (2%), лецитин, фітостерини, пектини (понад 10%), вітаміни (аскорбінову кислоту, каротин) та інші компоненти [5, 22]. Вважають, що лікувальна дія алтеї лікарської обумовлена саме високим вмістом у лікарській рослинній сировині слизу та пектинових речовин. Галенові препарати з алтеї володіють добрими протизапальними, обволікаючими, відхаркуючими, пом'якшувальними та антибактеріальними властивостями. Алтея забезпечує нервові закінчення у слизовій оболонці ротової порожнини глотки, шлунково-кишкового тракту, трахеї та бронхів від негативного впливу різних подразників, в тому числі інфекційного генезу [2, 11]. У науковій медицині препарати алтеї лікарської у вигляді настою, екстракту, відвару, сиropу та порошку застосовують при лікуванні запальних процесів у верхніх дихальних шляхах, при кашлі, кашлюку, бронхіті, бронхіальній астмі, пневмонії, та інших хворобах органів дихання [22], а також при ураженнях шлунково-кишкового тракту - діарейних станах, гастриті, ентероколіті, загостреннях пептичної виразки шлунку та дванадцятипалої кишки [11]. У народній медицині поряд з коренем нерідко використовують також квіти та листя алтеї, настої та відвари з яких використовують при лікуванні запальних процесів у верхніх дихальних шляхах, при грипі, ангіні, поносах, диспепсичних станах у дітей, запальних процесах та виразках шлунку та дванадцятипалої кишки [15].

Лікувальна дія ромашки аптечної (*Chamomilla officinalis* L., *s. Matricaria chamomilla* L.) пов'язана, головним чином, з наявністю у рослині ефірної олії, головною складовою якої є хамазулен, який володіє чітко вираженою протиалергічною, про-

тизапальною, місцевоанестезуючою дією, а також посилює процеси репаративної регенерації [21]. Ефірна олія ромашки аптечної послабляє інтенсивність запальних процесів у слизових оболонках дихальних шляхів та шлунково-кишкового тракту, сприяє ліквідації больового синдрому у кишечнику, зменшує утворення кишкових газів та покращує їхнє виведення, тому здуття животу зменшується [2]. Встановлено також, що ефірна олія ромашки збуджує центральну нервову систему, розширює судини головного мозку, збільшує частоту серцевих скорочень, поліпшує функцію дихального центру [11]. Гликозиди ромашки аптечної апигенін та гениатрин оказують спазмолітичну дію на гладенькі м'язи, підвищують виділення шлункового соку, стимулюють активність кишечних залоз, покращують апетит, посилюють жовчовиділення, внаслідок чого ліквідують застої жовчі у біліарній системі [22]. Для лікування використовують настій квіткових кошиків ромашки аптечної, який оказує антисептичну, протизапальну, седативну, протибольову, жовчогінну, вітрогонну, ніжну проносну дію [5]. В науковій медицині настій квіткових кошиків ромашки аптечної використовують для внутрішнього введення при лікуванні запальних процесів у шлунково-кишковому тракті, в комплексному лікуванні гастритів, ентеритів, пептичної виразки шлунку та ДПК, при стійкому метеоризмі, хронічній патології печінки та жовчного міхура (стеатогепатит, хронічний некалькульозний холецистит), синдромі подразненої кишки [2, 21]. Народна медицина рекомендує настій квіткових кошиків ромашки аптечної при різних запальних захворюваннях шлунково-кишкового тракту, пропасниці, невротичних станах в якості м'якого заспокійливого, порушення нічного сну, судомах, аменорей [15].

Хвощ польовий (*Equisetum arvense* L.) містить у своєму складі сапонін, еквизетонін, алкалоїди, каротин, та більш 10% сілікати, флавоноїди [2]. Фітопрепарати з хвощу польового володіють значною сечогінною активністю, внаслідок чого сприяє ліквідації набряків [11]. Відвар хвощу польового з'являє також протизапальну та кровоспинною активністю; тому його використовують при маточних та гемороїдальних кровотечах

[11]. Зовнішньо відвар хвоща застосовують для полоскань ротоглотки при запальних процесах [15].

Листя грецького горіха (*Fol. Juglandis*) містять флавоноїди (гіперозид, 3-арабинозид кверцетин та інші), алкалоїд югландин, значну кількість аскорбінової кислоти, дубильні сполуки [2]. Встановлено, що настій та відвар листя грецьких горіхів володіють загальнотонізуючою, протизапальною, антиоксидантною активністю, поліпшують обмінні процеси у організмі [5, 11]. Настой та відвари з листя горіха грецького володіють в'язучими та протизапальними властивостями, та тому можуть застосовуватися при лікуванні запальних процесів у ротоглотці, гінгівітах, стоматитах, ангіні у вигляді полоскання, а також при діарей та запальних процесах у шлунково-кишковому тракті [2].

Трава деревію звичайного (*Herb. Achillea millefolii* L.) містить у своєму складі алкалоїд ахіллін, ефірну олію, до якої входять проазулен, пінени, борнеол, складні ефіри, камфора, туйон, цінеол, каріофілен, низка органічних кислот - аконітова, валеріанова, оцетова, мурашина, а також вітаміни С та К, каротин, фітонциди, дубильні сполуки, флавоноїди [2]. Трава та суцвіття деревію володіють протизапальною, бактерицидною та кровоспинною дією [11]. При вживанні настою деревію вірогідно підвищується кількість тромбоцитів у крові, прискоряться згортання крові та зменшується тривалість кровотечі [11]. У науковій медицині настій деревію використовують в комплексі засобів терапії при пептичних виразках шлунку та ДПК, а також у складі фітозборів для лікування гастриту, диспепсичних станів, для покращення жовчовивідлення та посилення зовнішньосекреторної функції підшлункової залози; при кишкових, шлункових, легневих, гемороїдальних кровотечах [2, 11]. В народній медицині українців настій деревію вважається ефективним кровоспинним засобом при наявності кровохаркання, кривавого проносу та різних кровотечах, а також при пораненнях [15]. Поряд з іншими лікарськими рослинами настій деревію застосовують в лікуванні так званих "застудних" хвороб - грипу, ГРВІ, ангіні, як усередину, так і для полоскання ротоглотки [15].

Дуб звичайний (*Quercus robur* L.) характеризується поперед усього наявністю у всіх вегетативних частинах значної

кількості дубильних речовин пірогаллової групи (до 20%) [2]. У корі дуба є також катехіновий танін, галотаніни, кверцетин, левулін, пентозани (до 14%), флобафен та інші сполуки [11]. Кора дуба володіє чітко вираженими протизапальними, в'язучими, антисептичними, закріплювальними та кровоспинними властивостями [2]. Зовнішньо 20% відвар дубової кори використовують у вигляді ванн та обливань при лікуванні гнійних поранень та виразок, що тривало не загоюються, опіків та обморожувань шкіри, гемороїдальних вузлів, що кровоточать [11]. У науковій медицині відвар дубової кори застосовують при лікуванні діарейних станів, шлунково-кишкового тракту та гемороїдальних кровотеч, в комплексному лікуванні пептичної виразки шлунку, при рясних менструальних кровотечах, а також у вигляді полоскань ротової порожнини та ротоглотки при гінгівітах, стоматитах, загостренні хронічного фарингіту та хронічного тонзиліту [11]. В народній медицині відвар молодої кори дуба застосовують при поносах, дизентерії, шлунково-кишкових кровотечах, рясних менструаціях, для полоскань горла та ротової порожнини при розрихленні ясен, поганому запаху із рота, загостреннях хронічних запальних процесів у ротоглотці [15].

У листях та суцвіттях кульбаби лікарської (*Taraxacum officinale* Webb. ex Wigg. або *T. vulgare* Schrank) містяться каротиноїди (лютеїн, тараксантин, флавоксантин), сапоніни, низка вітамінів (аскорбінова кислота, рибофлавін), солі фосфору [9]. Трава та корені кульбаби збуджують апетит, підвищують секрецію шлункового та кишкового соків, стимулюють жовчечутворення, покращують процеси травлення [11]. Настій трави кульбаби разом з коренями призначають при гіпоацидних гастритах, хронічних ентеритах, жовчокам'яної хвороби, хронічних закрепках, хворобах нирок та сечового міхура, в тому числі при нирково-кам'яної хворобі, а також при геморої, авітамінозі, анемії, цукровому діабеті, захворюваннях щитоподібної залози, туберкульозі легень, недокрів'ї, ревматичних захворюваннях суглобів, при подагрі тощо [2, 11].

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Стаття є фрагментом теми комплексної науково-дос-

лідницької роботи (НДР) Київського медичного університету УАНМ та Луганського державного медичного університету і являє собою фрагмент теми НДР: "Імуномодуючі ефекти лікарських рослин і лікувальних препаратів рослинного походження" (№ держреєстрації 0108U009464).

Метою роботи було вивчення впливу комбінованого фітопрепарату імупрету на рівень "середніх молекул" у хворих на ХНБ, сполучений з ХНХ, в плані корекції інтенсивності синдрому "метаболічної" інтоксикації.

Матеріали та методи дослідження

Під нашим наглядом знаходилося 78 хворих на ХНБ, сполучений з ХНХ віком від 25 до 58 років, з них 49 чоловіків (62,8%) та 29 жінок (37,2%). Серед обстежених хворих на ХНБ, поєднаний з ХНХ, переважали особи молодого, найбільш працездатного віку. При цьому середній вік хворих в основній групі склав $36,2 \pm 1,8$ років, у групі зіставлення - $36,4 \pm 1,9$ років. Діагноз ХНБ в обстежених нами хворих виставлявся при наявності хронічного кашлю (який звичайно являється першим симптомом у розвитку ХНБ, спочатку може виникати інколи, потім турбує щоденно, частіше вдень, рідше - вночі), виділення харкотиння - зазвичай у невеликій кількості, слизового характеру, субфебрилітету, фізикальних ознак (жорстке дихання, сухі хрипи), посилення легеневого малюнку при рентгенологічному обстеженні, даних спірографії (без порушень або з незначними порушеннями функції зовнішнього дихання). Діагноз ХНХ встановлено на підставі даних анамнезу, клініко-інструментального (ультразвукове дослідження органів черевної порожнини - УЗД, багатофазне дуоденальне зондування) та загальноприйнятого біохімічного (функціональні проби печінки) обстеження. При необхідності використовували дані рН метрії шлункового секрету, дуоденального зондування, рентгенологічного обстеження тощо.

Усі обстежені хворі були поділені на дві групи: основну (40 осіб) та групу зіставлення (38 пацієнтів). Обидві групи були рандомізовані за віком, статтю, тяжкістю клінічного перебігу та кількістю загострень ХНБ та ХНХ. Хворі основної групи

отримували додатково до загальноприйнятого лікування комбінований фітозасіб імупрет усередину у вигляді таблеток за схемою: перший тиждень - по 2 таблетки 4 рази на день, другий тиждень - по 2 таблетки 3 рази на день, третій тиждень - по 1 таблетці 4 рази на день, потім ще 3-4 тижня по 1 таблетці 3 рази на день. Пацієнти із групи зіставлення лікувалися лише за допомогою загальноприйнятих препаратів - протизапальні, детоксикуючі, антигістамінні, бронхолітики, полівітаміни, фізіолікування (УВЧ або індуктотермію на грудну клітину, інгаляції з муколітичними сумішами), при необхідності - антибактеріальні засоби [1, 13]. При наявності загострення ХНХ обстеженим хворим в якості загальноприйнятого лікування призначали спазмолітики, сорбенти, ферменти, дезінтоксикаційні препарати, що відповідає сучасним поглядам на лікування ХНХ [6, 20].

При виконанні дослідження поряд із загальноклінічними та лабораторними методами використовувалися також спеціальні біохімічні методи, які характеризували вираження синдрому ендогенної "метаболічної" інтоксикації, а саме вивчали рівень СМ у сироватці крові за методикою, запропонованою В.В. Николайчиком та співавт. [12]. Дослідження виконували у динаміці - до початку проведення лікування та після його завершення. Отриманий цифровий матеріал обробляли статистично за допомогою стандартних пакетів прикладних програм на персокомп'ютері Intel Pentium Core Duo, при цьому враховували основні принципи використання статистичних методів у клінічних випробуваннях.

Отримані результати та їхній аналіз

Для хворих на ХНБ, поєднаний з ХНХ, при загостренні бронхіту була характерна наявність загальної слабкості, нездужання, зниження апетиту, підвищеної стомлюваності, продуктивного кашлю, підвищення температури тіла в межах 37,2-37,9 °С, вологих хрипів в проекції легень. При наявності одночасного загострення ХНХ таких хворих також турбували гіркота у роті, тяжкість у правому підребер'ї. При фізикальному дослідженні у більшості хворих, що знаходилися під наглядом, були виявлені позитивні симптоми Кера і Ортнера; язик у обстежених обкла-

дений брудним сірим або жовтим нальотом. Збільшення печінки, переважно у межах 1 - 1,5 см від реберного краю відмічалось у хворих з наявністю супутнього стеатозу печінки.

До початку проведення лікування при проведенні спеціального біохімічного обстеження було встановлено вірогідне підвищення концентрації СМ у сироватці крові пацієнтів обох груп, що свідчило про наявність у хворих на ХНБ, сполучений з ХНХ синдрому ендогенної "метаболічної" інтоксикації (табл. 1). При індивідуальному аналізі було встановлено, що найбільше підвищення концентрації СМ спостерігалася у хворих на ХНБ з одночасним загостренням ХНХ. В цілому концентрація СМ у сироватці крові хворих основної групи була збільшена у середньому в 4,6 рази відносно норми та складала $(2,41 \pm 0,12)$ г/л, у пацієнтів групи зіставлення вказаний показник перевищував нормальні значення у 4,5 рази та дорівнював $(2,34 \pm 0,11)$ г/л.

Таблиця 1

Рівень СМ у крові обстежених хворих до початку лікування, г/л ($M \pm m$)

Рівень СМ	Норма	Групи обстежених хворих		P ₂
		основна (n=40)	зіставлення (n=38)	
СМ (г/л)	0,52±0,03	2,41±0,12 P ₁ <0,001	2,34±0,11 P ₁ <0,001	>0,05

Примітка: в табл. 1 та 3 P₁ - вірогідність різниці між показниками між основною групою та групою зіставлення; P₂ - вірогідність розбіжності з показником норми.

При обстеженні хворих було встановлено, що використання у комплексі лікування хворих на ХНБ, сполучений з ХНХ сучасного комбінованого фітозасобу імупрету має суттєві переваги відносно загальноприйнятої терапії в плані прискорення досягнення стійкої та тривалої клінічної ремісії ХНБ (табл. 2).

З цієї таблиці видно, що у хворих основної групи (які в комплексі лікування ХНБ, сполученого з ХНХ, отримували імупрет) тривалість збереження клінічних симптомів захворювання була суттєво меншою, ніж у пацієнтів із групи зіставлення (які в комплексі лікування отримували лише загальноприйняті препарати).

Динаміка клінічних показників у хворих на ХНБ, сполучений з ХНХ в ході лікування ($M \pm m$)

Клінічні показники	Групи обстежених хворих		P
	основна (n=40)	зіставлення (n=38)	
<i>Тривалість збереження (дів):</i>			
- загальної слабкості	6,6±0,25	9,2±0,3	<0,01
- нездужання	5,7±0,3	8,8±0,35	<0,01
- зниження апетиту	4,5±0,25	6,6±0,3	<0,01
- субфебрилітету	4,8±0,3	7,5±0,3	<0,01
- підвищеної стомлюваності	6,1±0,35	9,3±0,4	<0,01
- кашлю	6,8±0,4	10,4±0,7	<0,01
- хрипів у легенях	7,1±0,5	11,2±0,8	<0,01
- виділення харкотиння	6,7±0,6	10,3±0,9	<0,01
<i>Термін досягнення (доба)</i>			
- нормалізації загального аналізу крові	10,1±0,6	14,5±0,8	<0,01
- стійкої клінічної ремісії ХНБ	10,5±0,6	15,0±0,9	<0,01
Частота загострень ХБ протягом 1 року диспансерного нагляду (абс. і %)	3 7,5±0,5	7 18,4±2,5	<0,05

Дійсно, у основній групі хворих тривалість збереження загальної слабкості скорочується на $2,6 \pm 0,2$ доби (в 1,4 рази), нездужання на $3,1 \pm 0,3$ доби (в 1,5 рази), зниження апетиту - на $2,1 \pm 0,25$ доби (в 1,5 рази), субфебрилітету - на $3,0 \pm 0,25$ доби (в 2,0 рази), підвищеної стомлюваності - на $3,2 \pm 0,3$ доби (в 1,5 рази), кашлю на $3,6 \pm 0,4$ доби (в 1,5 рази). У хворих основної групи ліквідація або суттєве зниження кількості хрипів у легенях відмічається на $4,1 \pm 0,5$ дні (в 1,6 рази швидше, ніж при використанні загальноприйнятого лікування), зникнення виділення харкотиння - на $3,6 \pm 0,5$ дні (в 1,5 рази) швидше. Нормалізація показників загального аналізу крові (кількість лейкоцитів, формула крові, показник ШОЕ) у пацієнтів основної групи відбувалася в середньому на $4,4 \pm 0,5$ доби раніше, ніж у обстежених групі зіставлення. У цілому досягнення стійкої клінічної ремісії в основній групі хворих, яка лікувалася за допомогою сучасного комбінованого фітозасобу імупрету відмічалася на $4,5 \pm 0,5$ доби раніше, тобто в 1,4 разів швидше, ніж у групі зіставлення ($P < 0,01$). При проведенні диспансерного обстеження було встановлено, що в основній групі частота загострень ХНБ протягом

річного строку спостереження склала $7,5 \pm 0,5\%$, у групі зіставлення - $18,4 \pm 2,5\%$, тобто в 2,45 рази менше ($P < 0,05$).

При наявності у обстежених хворих супутнього загострення хронічного запального процесу у жовчовивідних шляхах ліквідація клінічних проявів ХНХ у пацієнтів основної групи також відбувалася раніше, ніж у хворих групи зіставлення, що пояснюється неспецифічною протизапальною, репаративною та антиоксидантною дією складових фітокомпозицій імупрету. Так, сухість та гіркота у роті у пацієнтів із основної групи була присутня у середньому протягом $6,1 \pm 0,9$ дів, у пацієнтів із групи зіставлення - $12,4 \pm 0,8$ дів, тобто у 2 рази довше; обкладеність язика брудним сірим або жовтим нальотом у основній групі хворих зберігалася протягом $7,8 \pm 1,5$ дів, у групі зіставлення - $18,1 \pm 1,4$ дів, тобто у середньому в 2,3 рази довше. У хворих основної групи відчуття тяжкості в правому підребер'ї відмічалася протягом $6,2 \pm 0,8$ дів, а у пацієнтів із групи зіставлення в 1,9 рази довше, становивши при цьому $11,9 \pm 0,9$ дів, симптом Кера в основній групі пацієнтів був позитивним протягом $4,6 \pm 0,7$ дів, у групі зіставлення - протягом $8,9 \pm 0,3$ дів, тобто в 1,93 рази довше. Таким чином, отримані дані свідчать про позитивний вплив сучасного комбінованого фітозасобу імупрету на клінічні показники у хворих на ХНБ, сполучений з ХНХ.

При повторному вивченні біохімічних показників після завершення лікування в обстежених хворих було встановлено, що рівень СМ в основній групі, яка отримувала додатково до загальноприйнятого лікування комбінований сучасний фітозасіб імупрет, рівень СМ практично відповідав нормі (табл. 3).

Таблиця 3

Рівень СМ у крові хворих після завершення лікування, г/л ($M \pm m$)

Рівень СМ	Норма	Групи обстежених хворих		P ₂
		основна (n=40)	зіставлення (n=38)	
СМ (г/л)	0,52±0,03	0,54±0,03 P ₁ >0,1	1,13±0,06 P ₁ <0,01	<0,01

У групі зіставлення, яка отримувала лише загальноприйняте лікування, також спостерігалася тенденція до пониження рівня СМ, однак істотно менше виражена, ніж у хворих основ-

ної групи. Так, після завершення лікування в основній групі хворих рівень СМ понизився стосовно вихідного значення у 4,46 рази та дорівнював $(0,54 \pm 0,03)$ г/л, що практично відповідало нормі. У групі зіставлення рівень СМ понизився стосовно початкового значення у 2,1 рази, тобто до $(1,13 \pm 0,06)$ г/л, однак при цьому залишався вище норми у 2,2 рази та вище аналогічного показника у основній групі у 2,1 рази.

Таким чином, використання в комплексі лікування хворих на ХНБ, сполучений з ХНХ, сучасного фітозасобу імупрету патогенетично обґрунтовано та клінічно доцільно, що підтверджується поперед всього прискоренням видужання та наявністю тривалої стійкої ремісії ХНБ, сполученого з ХНХ, а в лабораторному - нормалізацією вмісту СМ у сироватці крові, що свідчить про ліквідацію синдрому ендогенної "метаболічної" інтоксикації.

Висновки

1. Клінічна картина ХНБ, сполученого з ХНХ, до початку проведення лікування характеризувалася наявністю скарг на загальну слабкість, нездужання, зниження апетиту, підвищену стомлюваність, кашель, підвищення температури тіла в межах $37,2-37,9$ °С. При наявності одночасного загострення ХНХ таких хворих також турбували гіркота у роті, тяжкість у правому підребер'ї. При фізикальному дослідженні у більшості хворих були виявлені сухі хрипи, обкладення язика брудним сірим або жовтим нальотом, позитивні симптоми Кера і Ортнера.

2. У хворих на ХНБ, сполучений з ХНХ, в періоді загострення хронічного запального процесу (до початку проведення лікування) мало місце підвищення концентрації СМ у сироватці крові обстежених пацієнтів у середньому в 4,6 рази відносно норми, що свідчить про розвиток у таких осіб клініко-біохімічного синдрому ендогенної "метаболічної" інтоксикації.

3. Включення сучасного фітопрепарату імупрету до комплексу терапевтичних заходів у хворих на ХНБ, сполучений з ХНХ, поряд з прискоренням досягнення клінічної ремісії захворювання сприяє зниженню рівня СМ до $(0,54 \pm 0,03)$ г/л, тобто до верхньої межі норми, що свідчить про ліквідацію синдрому "метаболічної" інтоксикації у даних хворих.

4. Перспективою наших подальших досліджень стосовно

механізмів фармакологічної дії фітозасобу імупрету є аналіз впливу вказаного фітопрепарату на імунологічні показники.

Література

1. *Болезни органов дыхания: Руководство для врачей / Под ред. Н.Р. Палева. - М.: Медицина, 2000. - 727 с.*
2. *Гитун Т.В. Лекарственные травы и корни / Т.В. Гитун. - М.: Мир книги, 2007. - 256 с.*
3. *Громашевская Л.Л. "Средние молекулы" как один из показателей "метаболической интоксикации" в организме / Л.Л. Громашевская // Лабораторная диагностика. - 1997. - №1. - С. 11 - 16.*
4. *Громашевская Л.Л. Метаболическая интоксикация в патогенезе и диагностике патологических процессов / Л.Л. Громашевская // Лабораторная диагностика. - 2006. - №1 (35). - С. 3 - 13.*
5. *Гурьянов Б.М. Лікарські рослини при захворюваннях органів дихання / Б.М. Гурьянов, І.Л. Сопіна // Фітотерапія. - 2003. - № 1-2. - С. 21 - 23.*
6. *Ильченко А.А. Заболевания желчного пузыря и желчных путей / А.А. Ильченко. - М.: Анахарсис, 2006. - 448 с.*
7. *Имупрет: інструкція для медичного застосування / Затверджена 17.08.07 р. Приказом МОЗ України № 483.*
8. *Каладзе Н.Н. Вторичная профилактика рецидивирующего бронхита у больных из зон антропогенного загрязнения с применением антигомотоксического препарата Mucosa compostum / Н.Н. Каладзе, Л.Ш. Дудченко // Биологическая терапия. - 2003. - № 2. - С. 31-37.*
9. *Ковальчук Т.В. Кульбаба лікарська (Taraxacum officinale): розробка методик аналізу флавоноїдів / Т.В. Ковальчук, А.В. Гудзенко, О.О. Цуркан // Фітотерапія. Ча-сопис. - 2006. - №3. - С. 41-45.*
10. *Крылов А.А. К проблеме сочетаемости заболеваний / А.А. Крылов // Клиническая медицина. - 2000. - № 1. - С. 56-58.*
11. *Лавренова Г.В. Полная энциклопедия основных лекарственных растений / Г.В. Лавренова, В.К. Лавренов. - М.: АСТ, 2007. - 796 с.*

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

13. Нореико Б.В. Практические аспекты хронического бронхита / Б.В. Нореико, С.Б. Нореико // *Укр. пульмонолог. журн.* - 2000. - №1 (27). - С.15-18.

14. Особенности влияния загрязнения окружающей среды на здоровье населения промышленных городов Донецкого региона / И.С. Киреева, И.Г. Чудова, В.П. Ермоленко, С.М. Могильный // *Довкілля та здоров'я*. - 1997. - № 3. - С. 33 - 35.

15. Товстуха Є.С. Фітотерапія в народній медицині українців // *Фітотерапія. Часопис*. - 2008. - №4. - С. 64-65.

16. Філіппов Ю.О. Основні показники гастроентерологічної захворюваності в Україні / Ю.О. Філіппов, І.Ю. Скірда, Л.М. Петречук // *Гастроентерологія: міжвід. зб. - Дніпропетровськ, 2006. - Вип. 37. - С. 3 - 9.*

17. Фролов В.М. Вплив протейфлазиду на імунологічні показники у медичній реабілітації хворих на хронічний бронхіт / В.М. Фролов, Я.А. Соцька // *Імунологія та алергологія*. - 2003. - № 3. - С. 24-26.

18. Юрьев К.Л. От частного к общему, или эстафету принимает имупрет / К.Л. Юрьев // *Український медичний часопис*. - 2008. - №3(65). - С. 1-13.

19. Elwood D.R. Cholecystitis / D.R. Elwood // *Surg. Clin. North. Am.* - 2008. Vol. 88 (6). - P. 1241-1252.

20. Nesland J.M. Chronic cholecystitis / J.M. Nesland // *Ultrastruct. Pathol.* - 2004. - Vol. 28, №3. - P. 121-126.

21. World Health Organisation. *Flor. Chamomillae. In WHO monographs on selected medicinal plants* / Режим доступа: www.whqlibdoc.who.int/publications/1999/9241545178.pdf.

22. World Health Organisation. *Radix Althaeae. In WHO monographs on selected medicinal plants* / Режим доступа: www.whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545372.pdf.

Резюме

Гарник Т.П., Декалюк І.В., Чхетіані Р.Б., Гелуненко Є.К., Ташакова Н.П. Вплив сучасного фітопрепарату імупрету на показники синдрому "метаболічної" інтоксикації у хворих на хронічний

необструктивний бронхіт, сполучений з хронічним некалькульозним холециститом.

Досліджували вплив сучасного фітопрепарату імупрету на показники синдрому "метаболічної" інтоксикації у хворих на хронічний необструктивний бронхіт, сполучений з хронічним некалькульозним холециститом. Встановлено, що застосування імупрету поряд з прискоренням досягнення клінічної ремісії захворювання сприяє зниженню рівня "середніх молекул" до $(0,54 \pm 0,03)$ г/л, тобто до верхньої межі норми, що свідчить про ліквідацію синдрому "метаболічної" інтоксикації у даних хворих.

Ключові слова: хронічний необструктивний бронхіт, хронічний некалькульозний холецистит, імупрет, "середні молекули".

Резюме

Гарник Т.П., Декалюк І.В., Чхетіані Р.Б., Гелуненко Є.К., Ташакова Н.П. Влияние современного фитопрепарата имупрета на показатели синдрома "метаболической" интоксикации у больных хроническим необструктивным бронхитом, сочетанным с хроническим некалькулезным холециститом.

Исследовали влияние современного фитопрепарата имупрета на показатели синдрома "метаболической" интоксикации у больных хроническим необструктивным бронхитом, сочетанным с хроническим некалькулезным холециститом. Установлено, что использование имупрета наряду с ускорением достижения клинической ремиссии заболевания способствует снижению уровня "средних молекул" до $(0,54 \pm 0,03)$ г/л, то есть до верхней границы нормы, что свидетельствует о ликвидации синдрома "метаболической" интоксикации у данных больных.

Ключевые слова: хронический необструктивный бронхит, хронический некалькулезный холецистит, имупрет, "средние молекулы".

Summary

Garnik T.P., Dekalyuk I.V., Chkhetiani R.B., Gelunenko E.K., Tashakova N.P. Influence of modern phytopreparation imupret on the indexes of "metabolic" intoxication syndrome at patients with a chronic unobstructive bronchitis, connected with a chronic uncalculosis cholecystitis.

The efficiency of modern phytopreparation imupret on the indexes of "metabolic" intoxication syndrome at patients with a chronic unobstructive bronchitis, connected with a chronic uncalculosis cholecystitis was studied. It is set that using of imupret provide clinical remission of disease and instrumented of "metabolic intoxication" syndrome liquidation lowering average molecules level $(0,54 \pm 0,03$ g/w) that at the top norm limit.

Key words: chronic unobstructive bronchitis, chronic uncalculosis cholecystitis, imupret, "average molecules".

Рецензент: д.мед.н., доц. Г.П.Победьонна