



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

**ДЕРЖАВНЕ ПІДПРИЄМСТВО «КОМІТЕТ З ПИТАНЬ НАРОДНОЇ І  
НЕТРАДИЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ МОЗ УКРАЇНИ»**

**ПВНЗ «КИЇВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ УАНМ»**

**ВСЕУКРАЇНСЬКА ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ «АСОЦІАЦІЯ ФАХІВЦІВ З  
НАРОДНОЇ І НЕТРАДИЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ УКРАЇНИ»**

**НАЦІОНАЛЬНА НАУКОВА МЕДИЧНА БІБЛІОТЕКА УКРАЇНИ**

**ГО «АСОЦІАЦІЯ СТОМАТОЛОГІВ УКРАЇНИ. РОБОЧА ГРУПА ПО  
ЗАСТОСУВАННЮ ТРАДИЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ, ФІЗІОТЕРАПІЇ ТА ЛАЗЕРНИХ  
ТЕХНОЛОГІЙ»**

**МАТЕРІАЛИ  
НАУКОВОГО СИМПОЗИУМУ**

**«НЕТРАДИЦІЙНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ З ПОЗИЦІЙ  
ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ.  
ФІТОТЕРАПІЯ. ЧАСОПИС – 10 РОКІВ»**

**15-16 березня 2012 р.**

(Ресстраційний №03 у Всеукраїнському реєстрі  
науково-практичних заходів на 2012 рік)

м. Київ

свідчення значних загально-соматичних та метаболічних порушень при тривалому та рецидивуючому існуванні СПК та потреби в продовженні лікування.

Наведені позитивні зміни в комплексному лікуванні цієї недуги при додатковому застосуванні імуно-тону можуть бути зумовлені чинниками його складових: елеутерококу (адаптоген, активатор метаболічних процесів), звіробією (антидепресант, вяжучі, протизапальні, антиоксидантні властивості тощо), ехінацеї (імуномодулятор, протизапальні, репаративні властивості тощо). В цьому засобі вдало підібрані рослинні чинники, дія яких відповідає стану виснаженого організму за будь-яких неспецифічних обставин, як в нашому випадку – СПК.

Необхідно відзначити, що лікування імуно-тоном добре переноситься при схильності до гіпотонії. Лише у хворих, зі схильністю до гіпертензії та астено-невротичними явищами, на тлі домінуючих астено-депресивних ознак на 10-12 день лікування можливі посилення гіпертензії, збудливості та порушення засипання. В таких випадках ми переходили на одноразовий прийом імуно-тону, зниженню на половину його разової дози, але продовженню тривалості застосування задля забезпечення належного імуномодулюючого впливу.

Спостереження продовжуються.

Отже, рослинний комбінований засіб «Імуно-тон» є цінним доповненням до комплексного лікування хворих на рецидивуючий синдром подразненого кишечника, особливо з астено-депресивними та імунодефіцитними явищами.

Доцільно продовжити вивчення впливу імуно-тону на тривалість відновлення імунологічного стану організму, метаболічних порушень залежно від давності СПК, віку та статі хворих.

**О.І. Волошин, Т.О. Ілащук, В.П. Присяжнюк, П.В. Присяжнюк**  
*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

## **КВЕРЦЕТИН ЯК ЗАСІБ ОПТИМІЗАЦІЇ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ НЕВІРУСНОГО ПОХОДЖЕННЯ**

Останнім часом в Україні та світі зростає захворюваність на цироз печінки (ЦП) та, незважаючи на використання сучасних фармакологічних засобів і впровадження нових методів лікування, залишається високою летальність внаслідок цього захворювання. Це пов'язано насамперед із ураженням у таких хворих різних органів та систем на тлі первинного ушкодження печінки.

**Метою роботи** було оптимізувати шляхи корекції уражень серцево-судинної системи у хворих на ЦП невірусного походження шляхом включення до комплексного лікування таких пацієнтів кверцетину.

В основу клінічних досліджень були покладені спостереження за 43 хворими на ЦП, віком від 30 до 80 років, середній вік склав – 54,2 роки. Серед обстежених хворих переважали чоловіки – 54 (67,5%). Тривалість захворювання з моменту встановлення діагнозу ЦП становила від 1 до 5 років. У групу порівняння увійшло 20 хворих, яким призначалась загальноприйнята базисна терапія згідно Наказу Міністерства охорони здоров'я України № 1051 від 28.12.2009 “Про надання медичної допомоги хворим гастроентерологічного профілю”. Основну групу склали 23 хворих на ЦП, яким разом із основним лікуванням призначали гранули кверцетину у дозі 0,04 г двічі на день після прийому їжі впродовж 14-16 днів. Ефективність

лікування у всіх хворих оцінювали на 14-16 добу. Контрольну групу склали 30 практично здорових осіб репрезентативних за віком та статтю до досліджуваних груп.

В результаті досліджень встановлено достовірне зниження концентрації загального та прямого білірубину впродовж лікування у хворих обох груп, що клінічно супроводжувалось зменшенням проявів жовтяниці. Активність аспартатамінотрансферази (АсАТ) впродовж лікування знижувалась у хворих основної групи на 28% ( $p < 0,05$ ), аланінамінотрансферази (АлАТ) – на 21% ( $p < 0,05$ ), загальної лактатдегідрогенази ЛДГ (заг.) на 14% ( $p < 0,05$ ), що вказує на зменшення цитолітичного синдрому та інтенсивності окисно-відновних процесів у таких хворих. Впродовж лікування достовірно знижувалась активність гамаглутамілтранспептидази (ГГТТ) у обох групах, що відображало зменшення проявів інтоксикаційного синдрому та холестазу у обстежених пацієнтів. Впродовж лікування концентрація фактора некрозу пухлин- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ) у крові хворих основної групи знижувалась на 71% ( $p < 0,05$ ). Отже, впродовж двох тижнів комплексного лікування в стаціонарі активність АсАТ, АлАТ та ЛДГ (заг.) більш ефективно коригувалася у хворих на ЦП, які додатково до основного лікування приймали кверцетин, що відбувалось на тлі зниження концентрації загального білірубину та активності ГГТТ. У таких хворих найкраще відновлювалась цитокинова ланка імунної системи, що проявлялось у зменшенні концентрації TNF- $\alpha$ .

Таким чином, кверцетин може розглядатись як один із ефективних засобів оптимізації комплексного лікування хворих на цироз печінки невірусного походження, в тому числі з ураженнями серцево-судинної системи.