

ЗМІНИ ІМУНОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ НЕКАМЕНЕВИЙ ХОЛЕЦИСТИТ ПІД ВПЛИВОМ ЛІКУВАННЯ НАСТОЯНКОЮ ЧИСТОТІЛУ ВЕЛИКОГО
Лукашевич І.В., Пішак О.В., Бачук-Понич Н.В.
Буковинський державний медичний університет, Чернівці

Ураження жовчовивідних шляхів (ЖВШ) системи запального, токсичного та іншого генезу завжди супроводжується змінами активності імунної системи. В свою чергу, порушення функціонального стану імунокомпетентних клітин відіграють суттєву роль у формуванні патологічного процесу у ЖВШ. Це свідчить про необхідність більш глибоких наукових досліджень у вивченні імунних порушень в патогенезі захворювань ЖВШ для розробки і вдосконалення методів лікування. З метою корекції імунних зрушень, на нашу думку, перспективним є використання імуноактивних засобів рослинного походження, зокрема настоянки чистотілу великого (НЧВ).

Імунологічні дослідження проведені у 32 хворих на хронічний некаменевий холецистит (ХНХ) віком від 18 до 69 років, які склали основну групу та 20 аналогічних хворих контрольної групи. Пацієнти в двох групах обстежувалися в період вираженого і помірного загострення. Паралельно було обстежено 19 практично здорових осіб того ж віку. Обстеження проводилися в перші два дні госпіталізації хворого в стаціонар та через 16-18 днів від початку лікування.

Вивчення стану клітинного імунітету у хворих на ХНХ показало, що в період активності патологічного процесу в 38 випадках (72,65%) виявлені зміни в імунному статусі. Аналіз глибини порушень системи Т-лімфоцитів показав, що середня зміна реактивності відмічалася у 36,78%, помірна зміна реактивності – у 35,87%, нормальний стан – у 27,35% обстежених. Ці зміни полягали в розвитку відносно та абсолютної Т-лімфопенії, зниженні вмісту субпопуляції, функціональної активності Т-клітин, вірогідному підвищенні індексу співвідношення Т-хелперів/Т-супресорів. Визначення залежності кількості, функціональної активності Т-лімфоцитів та їх субпопуляцій від тривалості захворювання та вираженості загострення показало, що Т-лімфопенія була більш вираженою у пацієнтів молодого та зрілого віку, з тривалим анамнезом (10 і більше років), в період максимального вираженого загострення.

Результати дослідження показали, що комплексне лікування ХНХ з використанням НЧВ сприяло більш чіткій нормалізації показників Т-системи імунітету в порівнянні з показниками пацієнтів, яким імуноактивні препарати не призначалися. Зокрема рівень Т-лімфоцитів у хворих, лікованих препаратами ЧВ збільшився в 1,2 рази, в той час як контрольній групі – в 1,07. Кількість активних форм Т-лімфоцитів в основній групі збільшилася в 1,8 рази, а в контрольній – в 1,14. Рівень Т-хелперів та Т-супресорів в основній групі зріс відповідно в 1,61 та 1,53 рази. В контрольній групі теж мала тенденція до покращення цих показників, але зміни у порівнянні з вихідними цифрами були несуттєві.

Слід відмітити, що наведені вище зміни імунологічної реактивності організму були більш вираженими у осіб молодого та зрілого віку і менш помітними у осіб, старших за 50 років.

Отримані результати дають підстави для ширшого використання НЧВ у лікуванні хворих на ХНХ.

ІНТЕРФЕРОНОГЕННИЙ ЕФЕКТ ПРОТЕФЛАЗИДУ У ХВОРИХ НА ГЕРПЕТИЧНИЙ СТОМАТИТ
Макаревич В.А., лікар-стоматолог
Поскутова І.В., в.м.н., проф., проф. каф. клінічної імунології, алергології та медичної генетики
Буковинський державний медичний університет

В більшості випадків при інфікуванні вірусом простого герпесу (ВПГ) і його репродукція не викликає захворювання, тому що контролюється імунною системою, тобто відмічаються лише реакції системного імунітету як клітинної, так й гуморальної його ланок у відповідь на інфекцію. Однак при втраті цього контролю, викликаний імунною дисфункцією, вірус стає агресивним, викликає ураження та деструкцію тканини. Причиною розвитку герпес-вірусної інфекції СО ротової порожнини може бути пригнічення імунітету. Доцільність інтерферонкоригуючої терапії у хворих на герпетичний стоматит пов'язується станом інтерферонгенезу. При розробці оптимальної схеми лікування означеної категорії пацієнтів було використано вітчизняний препарат рослинного походження з противірусною та імуномодулюючою дією - протефлазид. Для вивчення ефективності препарату було обстежено дві групи хворих на герпетичний стоматит - основна та зіставлення.

Обидві групи хворих були рандомізовані за віком і статтю хворих. Протефлазид призначали по 8-10 крапель усередину тричі на добу протягом 12-14 днів поспіль.

Рівень сироваткового α -ІФН у хворих герпетичний стоматит був нижче норми і становив $14,5 \pm 0,3$ пг/мл та у групі зіставлення – $14,2 \pm 0,3$ пг/мл (при нормі $17,9 \pm 0,4$ пг/мл; $P < 0,05$). У хворих герпетичним ураженням СО ротової порожнини спостерігалася знижена концентрація γ -ІФН у крові: в основній групі – $23,5 \pm 1,1$ пг/мл, а в групі зіставлення – $23,2 \pm 1,2$ пг/мл (при нормі $46,4 \pm 0,4$ пг/мл; $P < 0,01$). Отримані дані можуть свідчити, що знижений рівень α - та γ -ІФН викликає вірогідність розвитку рецидивів герметичного стоматиту.

Під впливом імунокорекції в середньому на 14-16-й день лікування у більшості обстежених основної групи відзначена суттєва позитивна динаміка концентрації α - і γ -ІФН у крові. В основній групі концентрація α -ІФН у крові після завершення лікування підвищувалася і складала у середньому $20,6 \pm 0,4$ пг/мл ($P < 0,05$), тобто кратність його зростання складала 1,42 рази стосовно початкового рівня і 1,15 рази вище норми. В групі зіставлення вміст сироваткового α -ІФН зростав більш повільно і його рівень дорівнював $16,3 \pm 0,3$ пг/мл, що було в 1,15 рази вище початкового рівня, залишаючись нижче референтної норми. Використання протефлазиду у хворих на герпетичний стоматит приводило до зростання концентрації γ -ІФН у 2,1 рази від початкового рівня, яка досягала $49,2 \pm 1,6$ пг/мл ($P < 0,01$). Рівень γ -ІФН у крові пацієнтів групи зіставлення був нижчим в порівнянні з основною групою в середньому в 1,4 рази і його вміст складав $34,5 \pm 1,5$ пг/мл ($P < 0,01$). Використання в комплексному лікуванні протефлазиду сприяло поліпшенню інтерферонового статусу у хворих на герпетичний стоматит, в той же час у групі хворих, які не одержували імунокорекції (група зіставлення), у значній частині пацієнтів зберігався імунодефіцитний стан, який залишався без істотного поліпшення протягом всього періоду спостереження.

Для з'ясування тривалості інтерферомодулюючого ефекту протефлазиду в обстежених хворих проведено імунологічне дослідження через 2-3 міс. після закінчення введення препарату. Встановлено, що в 62,3% випадків основної групи відмічалася збереження рівня α - і γ -ІФН в межах норми, а у решті (37,7%) обстежених спостерігалася помірне зниження вивчених показників, що було підставою для проведення повторних курсів імунокорекції з призначенням протефлазиду. Таким чином, при початково пониженому рівні γ -ІФН в динаміці лікування комбінацією імуноактивним препаратом протефлазидом спостерігалася підвищення його концентрації, що може свідчити про відновлення функціональної активності Т- і В-лімфоцитів.

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНЕ ЗАСТОСУВАННЯ ФЛАВОНОЇДНИХ ФІТОЗАСОБІВ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ БРОНХІТ
Малкович Н.М., Бобкович К.О.
Буковинський державний медичний університет

Гострий бронхіт (ГБ) являє собою досить поширене захворювання респіраторної системи, переважно вірусного генезу. При недостатній ефективності інтерферонгенезу, фагоцитарної активності макрофагів, ендо- та екзогенній недостатності імунної системи перебіг ГБ втрачає риси циклічності, трансформуються в затяжний та рецидивувальний процеси. У згаданій клінічній ситуації актуальними збудниками патологічного процесу є також бактерії. Антибіотикотерапія при цьому є високоефективним етіологічним методом лікування, але не вирішує питання патогенетичної корекції імунного дефекту, попередження хронізації запалення слизової дихальних шляхів.

Нами апробоване застосування фітозасобів Протефлазид (Екофарма, Україна) та Умкалор (DNU, Німеччина) в комплексному лікуванні хворих на ГБ із затяжним та рецидивувальним перебігом.

Протефлазид являє собою стандартизований за флавоноїдними глікозидами екстракт трав війника наземного та лутовика дернистого. Флавоноїдні сполуки, що містяться у Протефлазиді, здатні пригнічувати вірусоспецифічні ферменти ДНК-полімеразу, тимідинкіназу і зворотню транскриптазу у вірусінфікованих клітинах. Одночасно препарат викликає збільшення продукції ендогенних альфа- і гамма-інтерферонів, що збільшує неспецифічну резистентність організму до вірусної і бактеріальної інфекції, нормалізує імунний статус людини.

Препарат Умкалор містить екстракт з коріння південноафриканської рослини *Pelargonium reniforme/sidoides*. Основними фармакологічними діями препарату Умкалор є антимікробна активність та модуляція неспецифічної і специфічної імунної відповіді шляхом стимуляції фагоцитарної активності макрофагів, вивільнення з них NO, інгібування лейкоцитарного хемотаксису. Окрім цього, препарату властиві муколітичні властивості.

В дослідження було включено 22 особи, що страждали на ГБ із затяжним перебігом та 20 пацієнтів з рецидивувальним варіантом ГБ віком від 18 до 35 років. Співвідношення чоловіків:жінок було 3:1. Паління, вагітність, годування груддю були критеріями виключення пацієнтів з дослідження.

Виходячи з літературних даних щодо особливостей фармакодинаміки препаратів Протефлазид та Умкалор, нами було проведено дослідження щодо диференційованого застосування згаданих фітозасобів. Протефлазид ми рекомендували включати в терапевтичний комплекс хворим з рецидивувальним перебігом ГБ за наступною схемою: впродовж першого тижня лікування – по 5 крапель тричі на добу, з другого тижня – по 8 крапель тричі на добу. Тривалість лікування складала 3 тижні. Умкалор використовувався в терапевтичній схемі у досліджуваних із затяжним варіантом ГБ, починаючи з четвертого тижня захворювання, призначався засіб по 30 крапель тричі на день впродовж 2 тижнів.

Порівняно з пацієнтами групи порівняння, у хворих основної групи клінічно відмічали прискорення інволюції суб'єктивних та об'єктивних ознак захворювання, зменшення гнійності мокротиння.

Вивчення стану клітинного імунітету у хворих на ГБ показало, що в період активності захворювання в 36 випадках (85,7%) виявлені зміни в імунному статусі досліджуваних. При цьому ступінь порушень у системі Т-лімфоцитів був неоднорідним: у 55,5% досліджуваних виявлено зміни середнього ступеня, помірної зміна реактивності – у 44,4% обстежених. В основному спостерігали розвиток відносної та абсолютної Т-лімфопенії, підвищення індексу співвідношення Т-хелперів/Т-супресорів.

Результати дослідження показали, що комплексне лікування хворих на ГБ з включенням Протефлазиду та Умкалору сприяло більш чіткій нормалізації показників Т- системи імунітету в порівнянні з показниками пацієнтів групи порівняння. Зокрема рівень Т-лімфоцитів у хворих, лікованих згаданими препаратами збільшився в 1,4 рази, в той час як у досліджуваних групи порівняння – в 1,02. Кількість активних форм Т-лімфоцитів в основній групі збільшилась в 1,5 рази, а в групі порівняння – в 1,07. Рівень Т-хелперів та Т-супресорів в основній групі зріс відповідно в 1,57 та 1,35 рази. В групі порівняння теж спостерігалась тенденція до покращення цих показників, але зміни у порівнянні з вихідними цифрами були несуттєвими.

В подальшому хворим було рекомендоване продовжити застосування препаратів Протефлазид та Умкалор за схемою профілактики впродовж 3 тижнів.

Перспективним є вивчення використання зазначених засобів у пацієнтів з іншими варіантами інфекційного патології дихальної системи.

РОСЛИНИ-АДАПТОГЕНИ В УМОВАХ КУЛЬТУРИ
Меньшова В.О., Рудік Г.О.
Ботанічний сад ім. акад. О.В. Фоміна ННЦУ «Інститут біології» Київського національного університету імені Тараса Шевченка

Одним із головних засобів оздоровлення організму людини і підвищення його стійкості до негативного впливу оточуючого середовища є укріплення імунітету. Існує багато медичних препаратів, як штучного, так і природного походження, що нормалізують роботу імунної системи. Проте рослинні препарати, на відміну від синтетичних, при правильному застосуванні забезпечують м'яке й послідовне поновлення нормального функціонування людського організму і практично не мають побічних реакцій. Серед рослин-адаптогенів загальновідомі такі види, як женьшень, елеутерокок колючий, аралія, лимонник китайський тощо. Останнім часом особливу увагу привертють до себе рослини поліфункціонального використання, які можна застосовувати в якості лікарських, харчових, пряно-ароматичних, декоративних, ефіроолійних культур.

В Ботанічному ім. акад. О.В. Фоміна впродовж багатьох років в умовах первинної культури вирощуються і досліджуються багато видів лікарських рослин зі складу флори України та інших країн світу. Нами інтродуковано і розроблено агротехніку вирощування рослин, що характеризуються багатьма корисними властивостями. Завдяки вмісту мікроелементів, біофлавоноїдів, вітамінів, ефірних олій, органічних кислот та інших біологічно-активних речовин ці рослини привертють увагу спеціалістів в галузі фармакології і фітотерапії. До цієї групи належать такі рослини як *Archangelica officinalis* Hoffm., *Geranium sanguineum* L., *Filipendula vulgaris* Moench., види роду *Echinacea* Moench, *Melissa officinalis* L., *Cichorium intybus* L., *Origanum vulgare* L., *Agrimonia eupatoria* L., *Potentilla alba* L., *Lophanthus anisatus* Benth., *Leuzea carthamoides* (Willd.) DC., *Salvia officinalis* L.

Archangelica officinalis – дягель лікарський. Розповсюджений по всій території Сирії. Для лікарських потреб використовують листя, кореневища разом з коренями рослин до початку цвітіння. Рослина сировина містить ефірні олії, органічні кислоти, кумарини, вітаміни, дубильні речовини. Основна дія – тонізуюча, загальнозміцнююча, протизапальна, спазмолітична, болезаспокійлива. В культурі звичайно малорічний або дворічник, після цвітіння рослина відмирає. Краще вирощувати на добре освітлених зволжених ділянках. Розмножується насінням, яке потребує стратифікації не менше 2 місяців (бажано проводити посів під зиму).

Geranium sanguineum – герань криваво-червона. Зустрічається в Західній та Південній Європі, Західному Кавказі, в Україні – в лісових і лісостепових районах, чагарниках, на сухих схилах. З лікувальною метою використовують надземну частину (збирають під час цвітіння) і кореневища разом з коренями (збирають восени після завершення плодоношення). Всі частини рослини містять дубильні та смолисті речовини, у надземній частині є вітаміни, гіркі та слизисті речовини, у коренях – галова кислота, гераніні. Основна дія – в'яжуча, протизапальна, болезаспокійлива, кровосинніла, антисептична; в народній медицині використовують як протипухлинний і дерматологічний засіб. Трав'янистий багаторічник. Характерна ознака – почервоніння базальних частин пагонів і низових листків восени. Невиблаглива до умов вирощування. Розмножується насінням і вегетативно (поділом кореневищ).

Filipendula vulgaris – гадючник звичайний. Розповсюджений по всій території Європи, в Україні (за винятком Карпат) – на сухих луках, узліссях, галявинах, схилах степових пагорбів, на узбіччях. Із лікувальною метою використовують квітки, листя та корені з кореневищами. Всі частини рослини містять дубильні речовини, глікозиди, у надземній частині є вітаміни, ефірні олії, у коренях – крохмаль. Основна дія – антибактеріальна, протизапальна, протипухлинна, діуретична, в'яжуча. Трав'янистий багаторічник з коротким товстим кореневищем з бульбами. Краще зростає у напівзатінку, на відкритих ділянках потребує додаткового поливу у посушливий період. Розмножується насінням (посів під зиму) й бульбами.

Echinacea purpurea – ехінацея пурпурова, найбільш розповсюджений вид роду *Echinacea*. Має північноамериканське походження. В Україні культивують як декоративну і лікарську рослину. Лікарською сировиною є кореневища з коренями, надземна частина із суцвіттями. Містять полісахариди, ефірну олію, дубильні речовини, кумарини, смоли, вітаміни С, каротин, алкалоїд ехінацин. Основна дія – бактерицидна, протизапальна, стимулююча. Рослина є ефективним біостимулятором, адаптогеном та радіопротектором. Невиблаглива до умов вирощування, краще зростає на гумусних ґрунтах. Багаторічна трав'яниста рослина, з численними бічними коренями. Розмножується насінням і вегетативно.

Melissa officinalis – меліса лікарська. Рoste в країнах Середземномор'я і Центральної Європи, в Україні – тільки в культурі, інколи дичавіє. З лікувальною метою використовують надземну частину. Листя меліси містять ефірні олії, вітаміни, дубильні речовини, смоли, гіркоти, органічні кислоти, цукри. Основна дія – заспокійлива, спазмолітична, загальнозміцнююча. Трав'янистий багаторічник. Краще вирощувати у напівзатінку. Розмножується насінням (посів під зиму), вегетативно.

Cichorium intybus – цикорій дикий («петрові батоги»), вид розповсюджений у країнах Сирії. В Україні – зростає по всій території. З лікувальною метою використовують в основному корені. Рослина сировина містить глікозиди, вітаміни, дубильні речовини, флавоноїди, органічні кислоти, інулін. Основна дія – протизапальна, в'яжуча, кардіотонічна, болезаспокійлива, тонізуюча. Трав'янистий багаторічник, невивлаглиний до умов вирощування. Розмножується насінням (потребує стратифікації не менше 2 місяців).

Origanum vulgare – материнка звичайна. Розповсюджена у країнах Європи і Середземномор'я, в Україні – по всій території. Для медичних потреб використовують надземну частину (збирають в період масового цвітіння). Містять ефірні олії, вітаміни, органічні кислоти, флавоноїди, дубильні речовини. Основна дія – протизапальна, тонізуюча, протипухлинна, жовчогінна. Трав'янистий багаторічник, краще зростає на освітлених ділянках, розмножується насінням і вегетативно.

Agrimonia eupatoria – парило звичайне. Зростає по всій території України. Для лікарських потреб використовують траву (заготовляють на початку цвітіння). Всі частини рослини містять дубильні речовини, флавоноїди, салоніни, вітаміни, органічні кислоти, кремнезем. Основна дія – протизапальна, протимікробна, жовчогінна, тонізуюча, протипухлинна. Багаторічна трав'яниста рослина з потужним розгалуженим кореневищем. Розмножується насінням (посів у ґрунт під зиму), вегетативно.

Potentilla alba – перстач білий. Зустрічається в європейській частині Росії, в Середній Європі, на Балканах, на Кавказі, в Україні – в Поліссі, Лісостепу, передгір'ях Карпат.