



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.

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

м. Київ

О.І. Волошин, В.Л. Васюк, Л.О. Волошина, І.В. Окіпняк
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

**ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ФІТОКОМПЛЕКСУ «ІМУНО-ТОН» У
ХВОРИХ НА РЕЦИДИВУЮЧИЙ СИНДРОМ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКУ
З ЯВИЩАМИ ДИСБАКТЕРІОЗУ**

Відомо, що синдром подразненого кишечника (СПК) – є досить поширеним явищем (до 20% серед дорослого населення), «додатком» до численних захворювань внутрішніх органів та може мати спадкову схильність а у окремих осіб незвичайний, впертий, часто рецидивуючий перебіг (Звягінцева Т.Д. і співавт., 2007). В таких випадках пацієнти подібного типу впродовж ряду років здійснюють «коло консультативних походів» до численних лікарів: від гастроентеролога до психіатра з малоуспішною реалізацією призначеного ними лікування, починаючи від традиційних засобів для лікування СПК - до психотропних ліків.

У нашому повідомленні наведені результати спостережень за 12 пацієнтами з СПК, рецидивуючим перебігом, з явищами дисбактеріозу кишечника з клінічно означеними явищами та бактеріологічно підтвердженого на різних етапах: від кандидозного до дисбіозу по типу біфідо-, лактодефіциту, ешерихіозу. Серед обстежених домінували жінки (9 з 12 осіб) у віці 32-49 років. За клінічними даними СПК вони вписувались в тип М (за Римськими критеріями III діагностики СПК), тобто, змішаний (закрепи-проноси), або А (альтернуючий тип), з більш тривалими епізодами чергування закрепів і проносів. На різних етапах хворим здійснювалось обширне обстеження системи травлення від верхньої та нижньої ендоскопії, бактеріологічного і лабораторного дослідження калу, ультрасонографічного, біохімічного, імунологічного досліджень, консультації різних спеціалістів, особливо гастроентерологів, психотерапевтів, імунологів. В клінічній картині у таких хворих окрім явищ СПК, суттєвими були явища астено-депресивного синдрому та ознаки полінутрієнної недостатності: сухість і шершавість шкіри, «цвітіння» і ламкість нігтів, тьмяність і випадіння волосся, оссалгії, артралгії і як прояв вторинного імундефіциту – синдром хронічної втоми, епізоди немотивованого субфебрилітету, схильність до респіраторних інфекцій, що підтверджувалось даними імунограми (I-II рівень імундефіциту).

З урахуванням результатів лікування на попередніх етапах реабілітації та клініко-лабораторно-біохімічних, імунологічних даних в лікувальному комплексі до про-пребіотиків, регуляторів кишкових випорожнень, дієтичних рекомендацій з акцентом на природні вітамінно-мікроелементні чинники (чорниця, смородина чорна, малина, пектиновмісні страви) замість антидепресантів і найбільш вживаних імуномодуляторів нами призначений імуно-тон по 2-3 чайних ложки ранком і 1-2 – в обід впродовж 2-3,5 тижнів (до досягнення відчутного ефекту) з переходом на одноразовий прийом вранці по 1-2 чайних ложки тривалістю 1,5-2 місяців. Мебеверин, флуоксетин і еспумізан рекомендували лише для епізодичного застосування (по принципу «за потребою», залежно від домінуючого клінічного епізоду: спазм, депресія, метеоризм). Критеріями ефективності вдосконалено були: динаміка клінічних проявів СПК, астено-депресивного синдрому та синдрому хронічної втоми. Аналіз здійснювався по принципу випадок-контроль та суб'єктивна оцінка результатів лікування пацієнтом.

Встановлено, що з 2-5 дня найбільш помітним був регрес синдрому хронічної втоми, на 1-3 дні пізніше – регрес проявів СПК та астено-депресивних явищ. Такий самий курс про-пребіотика давав кращі результати, ніж на попередніх етапах. Меншою була потреба в епізодичному вживанні флуоксетина, мебеверина та еспумізана. Однак через місяць зміни в імунограмі були ще на I рівні, тобто, можна говорити про ригідність зворотності імунологічних порушень. Майже непомітною була зворотність полінутрієнної недостатності з боку шкіри, її додатків я

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), звіробію (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