



УКРАЇНА

(19) UA (11) 16764 (13) U  
(51) МПК (2006)  
A61K 36/00  
A61K 125/00 (2006.01)  
A61K 127/00 (2006.01)

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

**(54) СПОСІБ ФІТОТЕРАПІЇ НЕСПЕЦИФІЧНОГО РЕАКТИВНОГО ГЕПАТИТУ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ПРИ НАЯВНОСТІ СИНДРОМУ ВНУТРІШНЬОПЕЧІНКОВОГО ХОЛЕСТАЗУ**

1

(21) u200602763  
(22) 15.03.2006  
(24) 15.08.2006  
(46) 15.08.2006, Бюл. № 8, 2006 р.  
(72) Фролов Валерій Митрофанович, Гарник Тетяна Петрівна, Клочков Олександр Євгенович, Гришина Віра Семенівна  
(73) Фролов Валерій Митрофанович, Гарник Тетяна Петрівна, Клочков Олександр Євгенович, Гришина Віра Семенівна  
(57) 1. Спосіб фітотерапії неспецифічного реактивного гепатиту у хворих на туберкульоз при наявності синдрому внутрішньопечінкового холестазу, що включає введення відвару 1:10, приготованого

2

з фітозбору, який містить траву рутки лікарської, плоди розторопші плямистої, корінь кульбаби лікарської, траву парила звичайного, траву й корінь цикорію дикого та корінь солодки голої у співвідношенні 1:3:1:1:2:2 за масою, в теплому вигляді по 30 мл 3 рази на добу за 30 хвилин до вживання їжі протягом 20-30 діб поспіль, який відрізняється тим, що додатково хворим вводять фітосорбент поліфіт П.

2. Спосіб за п. 1, який відрізняється тим, що фітосорбент поліфіт П вводять усередину у вигляді 2% водної суспензії по 200-250 мл 3 рази на добу між прийомами їжі та інших ліків протягом 10-15 діб поспіль.

Корисна модель відноситься до галузі медицини, а саме до гепатології та фтизіатрії і торкається способів лікування захворювань печінки, а саме хронічних гепатитів у хворих на туберкульоз.

Актуальність предмету корисної моделі пов'язана зі значною поширеністю неспецифічного реактивного гепатиту (НРГ) у хворих на туберкульоз, що погіршує умови для лікування хворих на дану патологію. Крім того, оскільки більшість препаратів, які використовуються при лікуванні туберкульозу, володіють гепатотоксичністю, при наявності НРГ відмічається подальше погіршення функціонального стану печінки. Фітотерапія в сучасних умовах є перспективним напрямком в лікуванні хворих з патологією печінки, оскільки вона не викликає алергічних та інших небажаних реакцій з боку організму хворого, та може сприяти зменшенню негативного ефекту від лікування хіміопрепаратами, які отримують хворі на туберкульоз в якості етіотропної терапії.

Існує спосіб фітотерапії НРГ у хворих на туберкульоз шляхом введення відвару трави рутки лікарської (*Fumaria officinalis* L.), оскільки вона володіє гепатозахисною та жовчогінною дією, поліпшує діяльність органів травлення та одночасно виявляє позитивний ефект при туберкульозі ле-

гень [Мамчур Ф.І. Довідник з фітотерапії. 2-е вид. - Київ: Здоров'я, 1986. - С.121-122].

Однак цей спосіб у частини хворих не викликає швидкого позитивного ефекту, і тому досить тривалий.

Відомий також спосіб фітотерапії НРГ у хворих на туберкульоз шляхом введення екстрактів або відвару з плодів розторопші плямистої (*Silybum marianum* L.), які володіють гепатозахисною дією та зменшує негативний вплив різноманітних токсичних речовин на паренхіму печінки [Современная фитотерапия / Под ред. В. Петкова. - София: Медицина и физкультура, 1988. - С.197-199].

Однак не у всіх хворих при використанні даного способу досягається швидкий та тривалий зберігаючий ефект.

Тому був розроблений спосіб фітотерапії хворих на НРГ на тлі туберкульозу шляхом введення відвару з фітозбору, що містить траву рутки лікарської, плоди розторопші плямистої та корені кульбаби лікарської [Фролов В.М., Пустовий Ю.Г., Гришина В.С. Оцінка ефективності фітотерапії неспецифічного реактивного гепатиту у хворих на туберкульоз легень // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: 36. наук. праць. -Київ; Луганськ; Харків, 1998. - Вип.6(20). -

UA (19)  
16764 (11)  
U (13)

C.156-164].

Але у частини хворих тривало зберігається гепатомегалія, а також зсуви з боку функціональних проб печінки та астеничного синдрому.

У зв'язку з цим був розроблений спосіб фітотерапії ХРГ у хворих на туберкульоз шляхом призначення відвару з фітозбору, що містить траву рутки лікарської, парила звичайного, цикорію дикого, плоди розторопші плямистої, корені кульбаби лікарської та солодки голої [Деклараційний патент України №59816 А МПК<sup>7</sup> А61К35/78 - Україна. - Спосіб фітотерапії неспецифічного реактивного гепатиту у хворих на туберкульоз. - Оpubл.15.09.2003. Бюл. №9].

Цей спосіб найбільш ефективний з існуючих і тому обраний в якості прототипу.

До недоліків відомого способу-прототипу відноситься те, що у значної частини хворих НРГ на тлі туберкульозу формується синдром внутрішньопечінкового холестазу, при якому фітотерапія, що проводиться, недостатньо ефективна. Тому потрібне подальше удосконалення способу фітотерапії НРГ у хворих на туберкульоз при наявності в них синдрому внутрішньопечінкового холестазу.

Задачею корисної моделі було підвищення ефективності існуючого способу фітотерапії хворих з НРГ на тлі туберкульозу при наявності в них синдрому внутрішньопечінкового холестазу та прискорення досягнення клініко-біохімічної ремісії НРГ.

Вказана задача реалізується шляхом додаткового введення хворим з наявністю НРГ на тлі туберкульозу фітосорбента поліфіту П (печінкового), який містить у своєму складі, крім кремнеземного ентеросорбенту типу сілард П, також 15% по сухій масі фітокомпозицію, яка включає гомогенізовані ультразвуком коріння барбарису звичайного, кульбаби лікарської, солодки голої та цикорію дикого, бруньки тополі чорної та насіння розторопші плямистої.

Дана пропозиція базується на вперше встановленій авторами корисної моделі закономірності, яка заключається в тому, що додаткове введення поліфіту П хворим з патологією печінки, зокрема НРГ на тлі туберкульозу, сприяє швидкій ліквідації синдрому внутрішньопечінкового холестазу та внаслідок цього, забезпечує реалізацію в повному обсязі гепатозахисної дії усіх фітопрепаратів, які входять до фітокомпозиції. Ефективність фітосорбенту поліфіту П була вперше встановлена нами в експерименті на моделі внутрішньопечінкового холестазу та потім підтверджена в клінічних умовах при лікуванні НРГ у хворих на туберкульоз.

Заявлений спосіб здійснюється таким чином. При встановленні діагнозу НРГ хворому на тубер-

кульоз, йому призначають введення відвару 1:10, приготованого з фітозбору, який містить траву рутки лікарської, плоди розторопші плямистої, корені кульбаби лікарської, траву парила звичайного, траву і корінь цикорію дикого та корінь солодки голої у співвідношенні 1:3:1:1:2:2 за масою, в теплому вигляді по 30мл 3 рази на добу за 30 хвилин до вживання їжі протягом 20-30 діб поспіль та додатково вводять усередину фітосорбент поліфіт П у вигляді 2% водної суспензії по 200-250мл 3 рази на добу між прийомами їжі та інших ліків протягом 10-15 діб поспіль, в залежності від досягнутого ефекту в плані нормалізації клініко-біохімічних показників у хворих на НРГ на тлі туберкульозу.

При розробці способу фітотерапії НРГ у хворих на туберкульоз при наявності синдрому внутрішньопечінкового холестазу нами було обстежено 2 групи хворих - перша (42 особи) та друга (40 осіб). Обидві групи обстежених були рандомізовані за статтю, віком хворих, тривалістю захворювання на туберкульоз та активністю туберкульозного процесу, а також тяжкістю перебігу НРГ. При постановці діагнозу НРГ усі хворі були обов'язково обстежені лабораторне за допомогою ІФА для виключення діагнозу вірусних гепатитів. При наявності у крові маркерів вірусного гепатиту В або антитіл до вірусу гепатиту С (anti HCV) такі хворі з подальшого обстеження були виключені.

Перша група хворих отримувала фітотерапію відповідно до заявленого способу, друга група - згідно до існуючого способу-прототипу.

При співставленні отриманих даних в обох групах було встановлено, що заявлена корисна модель має суттєві переваги понад існуючим способом-прототипом. У таблиці 1 наведені дані про вплив заявленого та існуючого способів фітотерапії НРГ у хворих на туберкульоз при наявності синдрому внутрішньопечінкового холестазу на динаміку клінічних показників.

Як видно з таблиці, до початку проведення фітотерапії клінічна картина НРГ на тлі туберкульозу характеризувалася наявністю загальнотоксичного синдрому (загальна слабкість, нездужання, зниження апетиту та працездатності, підвищена дратівливість) та ознак патології печінки (жовтяниця, потемніння сечі, гепатомегалія, чутливість краю печінки при пальпації). Характерно, що у хворих обох груп відмічався свербіж шкіри різного ступеня вираженості, що у клінічному плані підтверджувало наявність синдрому внутрішньопечінкового холестазу. Дійсно, в першій групі, що лікувалася згідно до заявленого способу фітотерапії, суттєво скорочувалася тривалість збереження як загальнотоксичного синдрому, так і клінічної симптоматики, яка свідчила про ураження печінки.

Таблиця 1

Вплив заявленого та існуючого способів фітотерапії НРГ у хворих на туберкульоз при наявності синдрому внутрішньопечінкового холестазу на клінічні показники у (M±m)

Клінічні показники	Способи лікування		P
	Заявлений спосіб (n=42)	Існуючий спосіб (n=40)	
Тривалість збереження (діб): загальної слабкості	4,3±0,25	8,2±0,3	<0,05
нездужання	4,6±0,2	8,3±0,25	<0,01
зниження апетиту	4,8±0,25	8,5±0,3	<0,05
гіркоти у роті	4,5±0,3	7,9±0,3	<0,05
нудоти	2,6±0,1	4,9±0,2	<0,01
тяжкості у правому підребер'ї	4,9±0,25	9,5±0,3	<0,01
обкладеність язика	10,8±0,6	22,5±1,3	<0,01
субіктеричності склер	9,1±0,35	18,9±0,6	<0,01
жовтяниці	5,9±0,3	10,5±0,4	<0,01
гепатомегалії	10,9±0,5	20,7±1,2	<0,01
чутливості печінки при пальпації	5,8±0,3	10,4±0,4	<0,05
потемніння сечі	4,7±0,2	7,1±0,3	<0,05
свербіжу шкіри	4,8±0,1	9,9±0,2	<0,05

Як видно з таблиці 1, тривалість збереження загальної слабкості у хворих першої групи скорочувалася відносно другої в середньому на 3,8±0,2 дні (P<0,05), нездужання - на 3,7±0,1 дні (P<0,01), зниження апетиту - на 3,7±0,2 дні (P<0,05), гіркоти у роті - на 3,4±0,2 дні (P<0,05), тяжкості у правому підребер'ї - на 4,6±0,2 дні (P<0,01), нудоти - на 2,3±0,1 дні (P<0,01), значної обкладеності язика білим або сірим нальотом - на 11,7±0,5 дні (P<0,01), жовтяниці - на 4,6±0,2 дні (P<0,01), субіктеричності склер - на 9,8±0,3 дні (P<0,01), гепатомегалії - на 9,8±0,4 дні (P<0,01), чутливості печінки при пальпації - на 4,6±0,2 дні (P<0,01), потемнення сечі - на 2,4±0,1 дні (P<0,05), свербежу шкіри - на 5,1±0,1 дні (P<0,05). Суттєве зменшення тривалості збереження свербежу шкіри свідчило про прискорення ліквідації синдрому внутрішньопечінкового холестазу в обстежених хворих. Отже, отримані дані свідчать про чітко виражений позитивний вплив заявлено-

го способу фітотерапії НРГ у хворих на туберкульоз при наявності синдрому внутрішньопечінкового холестазу на динаміку клінічних показників та прискорювання у зв'язку з цим одужання хворих та досягнення клінічної ремісії гепатиту.

До початку лікування в обох групах були однотипові зсуви з боку біохімічних показників, які характеризувалися підвищенням рівня загального та прямого білірубину, показника тимолової проби, активності сироваткових амінотрансфераз (АлАТ і АсАТ) та екскреторних ферментів (ГГТП та ЛФ). Підвищення активності ГГТП та ЛФ поряд зі збільшенням концентрації в сироватці крові холестерину свідчило про наявність синдрому внутрішньопечінкового холестазу. При повторному лабораторному обстеженні після закінчення лікування в першій групі хворих відмічена позитивна динаміка з боку біохімічних показників (так званих "печінкових проб"), які характеризують функціональний стан печінки (табл. 2).

Таблиця 2

Вплив заявленого способу фітотерапії НРГ у хворих на туберкульоз при наявності синдрому внутрішньопечінкового холестазу на біохімічні показники (M±m)

Біохімічні показники	Норма	Способи лікування		P
		Заявлений спосіб (n=42)	Існуючий спосіб (n=40)	
1	2	3	4	5
Білірубин (мкмоль/л) – загальний	20,5±0,6	51,2±1,2	50,6±1,1	>0,1 <0,01
		18,9±0,8	32,2±0,9	
- прямий	4,3±0,1	32,6±1,0	30,8±0,9	>0,1 <0,01
		3,4±0,06	14,6±0,3	
АлАТ, ммоль/л-год	0,59±0,03	4,06±0,06	3,97±0,05	>0,1 <0,05
		0,6±0,03	0,95±0,04	
АсАТ, ммоль/л-год	0,45±0,03	3,25±0,05	3,04±0,04	>0,1 <0,05
		0,43±0,03	0,85±0,04	
Тимолова проба, од.	4,0±0,1	7,25±0,2	7,23±0,2	>0,1 <0,05
		2,5±0,1	5,4±0,1	

1	2	3	4	5
ГГТП, мкмоль/л-год	1286±34	2645±29 1224±35	2538±31 1978±29	>0,1 <0,01
ЛФ, ммоль/л-год	2,99±0,12	5,36±0,19 2,5±0,11	5,32±0,21 3,45±0,15	>0,1 <0,05
Холестерин, ммоль/л	3,72±0,22	6,85±0,15 3,41±0,12	6,56±0,14 6,26±0,12	>0,1 <0,05

Примітка: у чисельнику - дані до початку проведення фітотерапії, у знаменнику - а 15-ту добу фітотерапії; показник Р підрахований між аналогічними показниками в першій та другій групах.

Дійсно, в першій групі хворих, яка отримувала фітотерапію згідно до заявленого способу, до 15 доби лікування нормалізується концентрація загального та прямого білірубину в сироватці крові, активність сироваткових амінотрансфераз (АлАТ та АсАТ), показник тимолової проби, а також рівень екскреторних ферментів та холестерину. Таким чином, відмічено досягнення клініко-біохімічної ремісії вже при кінці другого тижня вживання фітопрепаратів у хворих, які отримували лікування згідно до заявленого способу фітотерапії.

В другій групі (яка отримувала лікування згідно до відомого способу-прототипу) на 15 добу з початку фітотерапії ще зберігалось відхилення вивчених біохімічних показників від норми (див. таблицю 2), в подальшому відмічено, що нормалізація біохімічних показників в цій групі мала місце лише на 22,5±0,8 добу фітотерапії, тобто в середньому на 7,5±0,5 дів пізніше, ніж у хворих першої групи (P<0,01).

Таким чином, встановлено прискорення одужання хворих на НРГ на тлі туберкульозу з наявністю синдрому внутрішньопечінкового холестазу під впливом заявленого способу фітотерапії з досягненням практично повної клініко-біохімічної ремісії.

Диспансерний нагляд протягом 1 року після завершення курсу фітотерапії дозволив встановити, що середня тривалість ремісії НРГ в першій групі, яка одержувала фітотерапію стосовно заявленого способу, складала 10,6±0,3 місяця, в другій групі - 6,1±0,25 місяця. Отже, використання заявленого способу фітотерапії збільшує тривалість ремісії в середньому на 4,5±0,2 місяці (P<0,01).

Наведені дані можуть бути підкріплені конкретними клінічними прикладами використання заявленого способу.

#### Приклад 1.

Хворий П., 34 роки, терміново безробітний, хворіє на інфільтративний туберкульоз верхньої частки лівої легені, в теперішній час знаходиться на стаціонарному лікуванні в обласному протитуберкульозному диспансері, отримує хіміотерапію протитуберкульозними препаратами. Біля тижня тому відмітив посилення загальної слабкості, нездужання, зник апетит, потім з'явилася нудота та тяжкість у правому підребер'ї, гіркота у роті. Два дні тому відмітив потемнення сечі, учора ввечері з'явилася жовтячність склер, свербіж шкіри, сьогодні з ранку - відмічені жовтячний

колір шкіри обличчя та тулуба.

При огляді: загальний стан хворого середньотяжкий, відмічається жовтяниця, збільшення печінки, яка виступає на 4-5см з-під реберного краю, щільна, чутлива при пальпації. Край печінки гострий, помірно болісний. Селезінка - по краю реберної дуги, помірно чутлива. Над легеньми при аускультатії - жорстке дихання; з лівого боку - притуплення перкуторного звуку відповідно I - II сегментам легені, значна кількість сухих хрипів в підлопатковій ділянці, з правого боку - помірна кількість сухих хрипів. Серце - тони помірно приглушені, ритмічні. АТ130/80мм рт.ст. Пульс - 88уд/хв., ритмічний, задовільних якостей. Живіт м'який, чутливий в правому підребер'ї.

Аналіз крові загальний: Ер. -  $3,08 \cdot 10^{12}/л$ , Нб - 128г/л, Л. -  $10,1 \cdot 10^9/л$ , е - 1, п - 6, с - 55, л - 34, м - 4; ШОЕ - 28мм/год. Аналіз сечі: виявлена наявність уробіліну та білірубину. Біохімічний аналіз крові: білірубін загальний - 48,9мкмоль/л, прямий - 29,6мкмоль/л, АлАТ - 4,12ммоль/л-л, АсАТ - 3,16ммоль/л-л, тимолова проба - 7,8од, ГГТП - 2666мкмоль/л-год, ЛФ - 5,3ммоль/л-год, холестерин - 6,5ммоль/л. При імунологічному обстеженні за допомогою ІФА - маркери вірусного гепатиту В та антитіла до вірусного гепатиту С - відсутні. Діагноз інфільтративного туберкульозу лівої легені підтверджено рентгенологічно - виявлення фокусів в С<sub>1</sub>-С<sub>2</sub> з нечіткими контурами розміром 3-5см. На УЗД органів черевної порожнини відмічено збільшення печінки та підвищення її лунощільності.

Клінічний діагноз: неспецифічний реактивний гепатит, жовтянична форма, середньотяжкий перебіг на тлі туберкульозу верхньої частки лівої легені.

Хворому призначена фітотерапія відповідно до заявленого способу, а саме відвар 1:10, приготованого з фітозбору, який містить траву рутки лікарської, плоди розторопші плямистої, корінь кульбаби лікарської, траву парила звичайного, траву і корінь цикорію дикого та корінь солодки голої у співвідношенні 1:3:1:1:2:2 за масою, в теплого вигляді по 30мл 3 рази на добу за 30 хвилин до вживання їжі протягом 20 дів поспіль та додатково фітосорбент поліфіт П усередину у вигляді 2% водної суспензії по 200мл 3 рази на добу між прийомами їжі та інших ліків протягом 10 дів поспіль.

Під впливом призначеного курсу фітотерапії як загальний стан хворого, так і його самопочуття суттєво покращилися. На другу добу від початку

фітотерапії зникла нудота, на четверту добу - ліквідувалися загальна слабкість, нездужання, гіркота у роті, зникла тяжкість у правому підребер'ї, нормалізувалися колір сечі та апетит. На п'яту добу з початку фітотерапії зникла чутливість печінкового краю при пальпації, суттєво зменшилася жовтяниця та свербіж шкіри. Жовтяничність склер зникла на дев'яту добу проведення фітотерапії, розміри печінки зменшилися, язик почав очищуватися від нальоту.

При повторному біохімічному обстеженні на 15 добу з початку проведення фітотерапії встановлена повна нормалізація вивчених показників, а саме рівня загального білірубину до 18,2мкмоль/л, прямого до 3,1мкмоль/л, активності АлАТ до 0,53ммоль/г-л, АсАТ до 0,42ммоль/г-л, показника тимолової проби до 4од, ГГТП - 1295 мкмоль/л-год, ЛФ - 3,1ммоль/л-год, холестерин - 3,6ммоль/л.

Отже, до п'ятнадцятої доби з початку проведення фітотерапії за допомогою заявленого способу, поряд з нормалізацією загального стану та клінічних показників, зникненням клінічно маніфестної симптоматики НРГ, у хворого П. відмічена також повна нормалізація біохімічних показників, що свідчить про покращення функціонального стану паренхіми печінки та досягнення стійкої клініко-біохімічної ремісії. Диспансерний нагляд протягом 1 року дозволив встановити достатню ефективність проведеного курсу фітотерапії згідно з заявленим способом та відсутність загострень патологічного процесу в печінці протягом усього терміну диспансерного обстеження.

#### Приклад 2.

Хвора Л., 50 років, хворіє протягом 8 років на туберкульоз легень, знаходиться на диспансерному обліку в обласному протитуберкульозному диспансері з діагнозом "фіброзно-кавернозний туберкульоз верхньої частки лівої легені, МБТ+". Неодноразово лікувалася в стаціонарі обласного туберкульозного диспансеру та амбулаторно, отримувала повторні курси поліхіміотерапії. Понад шість днів тому відмітила погіршення самопочуття: у хворої посилилася загальна слабкість, нездужання, зник апетит, з'явилася гіркота у роті, потім потемніла сеча, виникла тяжкість у правому підребер'ї, нудота. Добу тому з'явилася жовтяниця та свербіж шкіри тулуба та кінцівок.

При огляді: встановлено наявність жовтяничного забарвлення шкіри та склер, а також слизової оболонки порожнини рота. Печінка збільшена, виступає на 5-6см з-під реберного краю, поверхня гладка, чутлива при пальпації, консистенція підвищеної щільності. Печінковий край тупий, заокруглений, чутливий при пальпації. Селезінка - по краю реберної дуги. В легенях з правого боку - жорстке дихання, неоднорідні сухі хрипи, з лівого боку в межах II-III сегментів відмічається помірне притуплення перкуторного звуку, при аускультії - значна кількість сухих звучних та помірна вологих середньобульбашкових хрипів. Серце - тони ритмічні, помірно приглушені. АТ 130/90мм рт.ст. Пульс - 89уд/хв., ритмічний, задовільних якостей. Сеча - темного кольору, піна на ній жовта.

Аналіз крові загальний: Ер. –  $3,09 \cdot 10^{12}/л$ , Нб -

122г/л, КР - 0,88, Л. -  $9,6 \cdot 10^9/л$ , е - 1, п - 8, с - 56, л - 30, м - 5; ШОЕ - 28мм/год. Аналіз сечі: виявлена наявність уробіліну та білірубину. Біохімічний аналіз крові: білірубін загальний - 51,9мкмоль/л, прямий - 32,7мкмоль/л, АлАТ - 4,03ммоль/г-, АсАТ - 3,5ммоль/г-л, тимолова проба - 8,4 од, ГГТП - 2695мкмоль/л-год, ЛФ - 5,21ммоль/л-год, холестерин - 6,6ммоль/л. Ан. харкотиння: слизово-гнійна, лейкоцитів 25-30 в полі зору, МБТ+ 6-8 в полі зору.

При рентгенологічному обстеженні в С<sub>2</sub>-С<sub>3</sub> на тлі інфільтративних змін відмічається порожнина розміром 3х4см з чіткими контурами. Корені легень малоструктурні, розширені, зліва - фіброзно змінені. При імунологічному обстеженні за допомогою ІФА – маркери вірусного гепатиту В та антитіла до вірусного гепатиту С - відсутні. При УЗД органів черевної порожнини - збільшення розмірів печінки та підвищення її ехоцильності.

Клінічний діагноз: неспецифічний реактивний гепатит, жовтянична форма, тяжкий перебіг, на тлі фіброзно-кавернозного туберкульозу верхньої частки лівої легені, МБТ+.

Хворій призначено фітотерапію відповідно до заявленого способу, а саме введення відвару 1:10, приготованого з фітозбору, який містить траву рутки лікарської, плоди розторопші плямистої, корінь кульбаби лікарської, траву парила звичайного, траву і корінь цикорію дикого та корінь солодки голої у співвідношенні 1:3:1:1:2:2 за масою, в теплому вигляді по 30мл 3 рази на добу за 30 хвилин до вживання їжі протягом 30 діб поспіль та фітосорбент поліфіт П усередину у вигляді 2% водної суспензії по 250мл 3 рази на добу між прийомами їжі та інших ліків протягом 15 діб поспіль.

Клініко-лабораторне обстеження в динаміці дозволило встановити, що під впливом фітотерапії як самопочуття, і загальний стан хворої Л. поступово покращалися. На третю добу від початку фітотерапії зникла нудота, на четверту добу - ліквідувалися загальна слабкість, нездужання, гіркота у роті, покращився апетит. На п'яту добу проведення фітотерапії зникла тяжкість у правому підребер'ї, повністю нормалізувався апетит, суттєво зменшилася жовтяниця. На шосту добу з початку фітотерапії зник свербіж шкіри, іктеричність шкіри ліквідувалася на дев'яту добу, а склер - на дванадцяту добу з початку проведення фітотерапії. До п'ятнадцятої доби суттєво зменшилися розміри печінки, яка на цей період виступала лише на 1-2см з-під краю реберної дуги, зникла чутливість печінки при пальпації, язик очищувався від брудного нальоту.

При повторному біохімічному обстеженні на 15 добу з початку проведення фітотерапії встановлена практично повна нормалізація вивчених показників, а саме - зниження рівня загального білірубину до 19,6мкмоль/л, прямого до 4,1мкмоль/л, активності АлАТ до 0,6ммоль/г-л, АсАТ до 0,42ммоль/г-, показника тимолової проби до 5 од, ГГТП - 1304мкмоль/л-год, ЛФ - 3,2ммоль/л-год, холестерин - 3,6ммоль/л.

Таким чином, на 15-ту добу з початку проведення фітотерапії згідно до заявленого способу у хворої Л. відмічено досягнення клініко-біохімічної

ремисії гепатиту. Диспансерний нагляд протягом 1 року після завершення фітотерапії дозволив встановити ефективність проведеного курсу введення фітопрепаратів та відсутність загострень патологічного процесу в печінці за весь термін диспансерного нагляду.

Отже, заявлений спосіб фітотерапії має суттєві переваги відносно відомого способу-прототипу "в прискоренні досягнення повноцінної клініко-біохімічної ремисії гепатиту та збільшення її тривалості.

Заявлений спосіб фітотерапії НРГ у хворих

на туберкульоз при наявності синдрому внутрішньопечінкового холестазу патогенетично обґрунтований, не потребує дефіцитних та коштовних лікарських рослин, добре переноситься хворими, не викликає яких-небудь побічних реакцій або ускладнень. Тому заявлений спосіб фітотерапії НРГ у хворих на туберкульоз при наявності синдрому внутрішньопечінкового холестазу може бути рекомендований для поширеного використання в умовах протитуберкульозних диспансерів, гастроентерологічних та гепатологічних центрів.