

Винахід відноситься до медицини, а саме, до інфекційних хвороб і може бути використаним для лікування сальмонельозу.

Відомий спосіб комплексного лікування хворих сальмонельозом, що складається з наступних заходів: промивання шлунка, дезінтоксикаційна, регідратаційна терапія, відновлення водно-електролітного балансу, кислотно-основної рівноваги крові, корекцію порушень гемодинаміки, функції нирок і інших органів. Для пероральної регідратації використовують глюкозо-електролітні розчини: глюко-солан, цитроглюкосолан, регідрон, гастроліт, розчин, що рекомендується ВОЗ, супер-орс. Обсяг перорально введеної рідини при I ступені зневоднювання повинний складати 30-50мл/кг маси тіла хворого, при II ступені - 40-80мл/кг. Перехід на внутрішньовенне введення кристалоїдів показаний при явищах дегідратації III-IV ступеня, інфекційно-токсичному шоку, неприборканій блювоті, олиго- і анурії. Вводять ацесіль, квартасіль, трисіль 80-100мл/кг/доб з об'ємною швидкістю 80-120мл/хв (Ющук Н.Д., Бродов Л.Е. Инфекционные диареи // Русский медицинский журнал. - 2001. - Т.9. - №16-17. - С.679-683).

Регідратаційну терапію сполучують з дезінтоксикаційною, що проводять шляхом пероральної ентеросорбції: вугілля СКН - 15-20г 2 рази на день, ентеросгель чи сорбогель - 15-20г 2 рази, сілард чи полісорб - 200-300мг/кг на добу протягом 1-3 днів. Крім того, при ризику розвитку інфекційно-токсичного шоку вводять внутрішньовенно колоїди - реополіглюкін, поліглюкін, гемодез, інгібітори протеїназ (контрикал, трасилол), антикоагулянти й антиагреганти (гепарин, курантил, пентоксифілін). Показано вітаміни, поліеніми. Антибактеріальну терапію проводять тільки при важкому перебігу інтестинальних форм чи хвороби при генералізації інфекції.

Недоліки способу зв'язані з тим, що спосіб не дозволяє вірогідно нормалізувати процеси перекисного окислювання ліпідів у реконвалесцентів сальмонельозу.

Найбільш близьким та обраним за прототип є спосіб лікуванні хворих з бактеріальними діареями різної етіології, при якому в комплексному лікуванні застосовують препарати з антиоксидантними властивостями. Для підвищення ефективності лікування хворих з харчовими токсикоінфекціями і сальмонельозом застосовують силбор - препарат, що містить суму флавоноїдів із плодів расторопши плямистої, у дозі 120мг/сут. протягом 5 днів (О.Л.Ивахив, 1992 (Ефективність вуглецевого ентеросорбенту СВГС і силбора у лікуванні хворих на сальмонельоз // IV Конгрес світової федерації українських лікарських товариств: Тези доп. - Х., 1992. - С.178-179.). При цьому в пацієнтів скоротилися тривалість діареї, загальної слабості, швидше, ніж при традиційній терапії, нормалізувалися показники імунологічної і неспецифічної резистентності.

Недоліки способу зв'язані з недостатньою нормалізацією ліпідного обміну в хворих із сальмонельозом.

В основу винаходу поставлена задача удосконалення способу лікування сальмонельозу, у якому за рахунок зміни антиоксидантного препарату, досягається нормалізація ліпідного обміну, за рахунок чого поліпшуються результати лікування.

Поставлена задача вирішується в способі лікування сальмонельозу шляхом застосування комплексної терапії, що включає ентеросорбенти, кристалоїди, колоїди, антиоксидант, відповідно до винаходу, у якості антиоксидантного препарату призначають альтан перорально у дозі 20мг 3 рази в день (60мг/доб) за 30 хвилин до їжі протягом 8 днів.

Відомо, що ефірні з'єднання галової та елагової кислот містяться в супліддях і корі вільхи клейкої і сірої. У Центральній науково-дослідній лабораторії Української фармацевтичної академії була розроблена технологія одержання екстракту з кори і суплідь вільхи у виді препарату альтан. В експериментальних дослідженнях *in vivo* активності оригінальних рослинних препаратів силбора й альтана встановлена достовірна перевага антирадикальних властивостей альтана (Яковлева Л.В., Горбань Є.М., Сахарова Т.С. Експериментальне дослідження гепатопротекторної активності оригінальних рослинних препаратів на основі елагової кислоти // Фізіологічно активні речовини. - 2001. - Вип.40. - №4. - С.100-103.)

Антиоксидантний, протизапальний і репаративний ефекти альтана виявлені на моделях виразкового коліту і проктиту.

Механізм терапевтичної дії альтана полягає в комплексному впливі його складових на усі ланки перекисного окислювання ліпідів. Альтан містить речовини поліфенольного походження, що сприяють руйнуванню перекисних радикалів, що утворилися, кисневих радикалів у полярних ділянках мембрани, а також, створюючи компактну мембранну архітектуру, запобігають "атаку" кисню на ненасичені жирні кислоти мембран.

Додаткове введення альтана необхідно для стабілізації біомембран кліток, структурно-функціональна організація яких страждає в результаті посилення перекисного окислювання ліпідів при сальмонельозі, зокрема мембран ентероцитів, гепатоцитів, нефроцитів і інших кліток життєво важливих органів і систем.

Альтан, сприяючи регенерації епітелію кишечника, відновлював усмоктувальну функцію кишечника, що при сальмонельозі порушена.

Було проведене введення альтана як лікувального засобу твариною, що позитивно відбилосся на морфофункціональному стані слизової оболонки тонкого кишечника, тканини печінки і нирок у виді не тільки зменшення площі ушкодження, але і підвищення репаративних властивостей. Установлено захисну дію альтана у відношенні деструкції ентероцитів, ендотеліоцитів, гепатоцитів і нефроцитів при сальмонельозній інфекції.

Таким чином, введення цього комплексного препарату викликає відновлення дисбалансу ПОЛ крові, структурно-функціональну організацію кліток-мішеней, що страждають при сальмонельозі в хворих.

Спосіб, що заявляється, здійснюють таким чином. Хворим у комплексному лікуванні призначають альтан перорально у дозі 20мг 3 рази в день (60мг/доб) за 30 хвилин до їжі протягом 8 днів.

Приклад. Хвора З.О.В., 48 років, історія хвороби №1604, надійшла в стаціонар 9.04.02р., з діагнозом: гострий гастроентероколіт; сальмонельоз?

Занедужала гостро, коли відчувала нудоту, потім з'явилася багаторазова блювота, озноб з підвищенням температури тіла до 38,3°C; рідке випорожнення до 8-9 разів у добу з домішкою слизу. Захворювання зв'язує з вживанням у їжу "яєчниць-глазун"ї.

При надходженні (2-й день хвороби) відзначалися болі в животі й у м'язах, рідке випорожнення. Стан середньої ваги, температура 38,0°C. Свідомість ясна, хвора млява, адинамічна. Шкірні покриви бліді, пульс - 96 ударів у 1 хвилину, тони серця глухі, артеріальний тиск 110/70мм.рт.ст., язик сухий, обкладений жовто-білим

нальотом. Живіт м'який, хворобливий в навко-лопупочній області, сигмоподібна кишка спазмована, хвороблива. Печінка і селезінка пальпуються у реберного краю. Сечовипускання вільне. Випорожнення до 8 разів у добу, рідке з домішкою слизу. З калу виділена *S. enteritidis* (група D).

На тлі перорального прийому ораліта, ентеросгеля, спазмоброю, панкреатину, внутрішньовенного введення хлосілю і глюкози з аскорбіновою кислотою, хворій був призначений альтан перорально в дозі 20мг 3 рази на день за 30 хвилин до прийому їжі. На 2-й день лікування стан хворої значно покращився, нормалізувалися пульс і тиск, температура тіла знизилася до 37,2°C, зникли болі в животі і блювота, частота випорожнень зменшилася до 3 разів у добу і придбала кашкоподібну консистенцію. На 5-й день лікування випорожнення напівоформлені, без домішок (див. Таблицю).

Подібна позитивна динаміка клінічних проявів хвороби в даному випадку може свідчити про ефективність застосування альтана.

Таблиця

Результати дослідження стану ПОЛ й АОС крові хворої:

керування	1-й день лікування	8-й день лікування
	2-й день хвороби	9-й день хвороби
ДК, мкмоль/л	88,62	58,20
МДА, мкмоль/л	17,90	11,31
Каталаза, мкат/л	12,04	17,52
СОД, ед. на 1мол еритроцитів	72,94	64,40

У хворої в гострий період сальмонельозу відбувалося статистично значиме підвищення рівнів ДК і МДА (у 1,7 і 1,6 рази перевищували показники здорових осіб відповідно). У період видужання ці показники вірогідно знизилися в порівнянні з гострим періодом. Зміна активності ферментів АОС виражалася в підвищенні СОД ($p < 0,05$) і тенденцією в зниженні активності каталази. Після терапії дані показники нормалізувалися.

Бактеріологічне дослідження калу до початку лікування виявило наявність дисбактеріозу в хворої (біфідобактерії - 7,0lg КУО/м, лактобактерії - 5,8lg КУО/м, *E. coli* з нормальною ферментативною активністю - 5,0lg КУО/м, *E. coli* лактозонегативні - 5,2lg КУО/м, *E. coli* гемолітичні - 3,0lg КУО/м, ентерококі - 6,2lg КУО/м, стафілококі - 5,8lg КУО/м, у тому числі, *S. aureus* - 3,8lg КУО/м, дріжджоподібні гриби роду *Candida* - 3,8lg КУО/м, *K. pneumoniae* - 4,2lg КУО/р).

Після проведеної терапії кількість облігатної і факультативної мікрофлори товстого кишечника було таким: біфідобактерії - 8,8lg КУО/м, лактобактерії - 7,6lg КУО/м, *E. coli* з нормальною ферментативною активністю - 7,2lg КУО/м, *E. coli* лактозонегативні - 4,0lg КУО/м, *E. coli* гемолітичні - ні, ентерококі - 4,2lg КУО/м, стафілококі - 2,9lg КУО/м, у тому числі, *S. aureus* - 2,0lg КУО/м, дріжджоподібні гриби роду *Candida* - 2,6lg КУО/м, *K. pneumoniae* - немає. Хвора виписалася на 9-й день лікування в задовільному стані з діагнозом: сальмонельоз, бактеріологічно *S. enteritidis* група "D" в асоціації з *K. pneumoniae*, гастроінтестинальна форма, гастроентероколітний варіант, середньоважкий перебіг.

Способом, що заявляється, було проліковано хворих. Для оцінки якості лікування, хворі були розділені на дві групи. Одних лікували згідно способу, що заявляється, інших - без застосування альтана.

Позитивна клінічна динаміка в групі хворих, що одержували альтан, відзначалася вже з другої доби від початку терапії. Так, гастритичні прояви захворювання в цій групі пацієнтів зникали, вірогідно в більш ранній період.

Тривалість нудоти і блювоти була в 1,3 рази коротше ($1,7 \pm 0,13$ і $1,5 \pm 0,11$ відповідно), чим у групі хворих, що одержували тільки патогенетическую терапію ($2,3 \pm 0,22$ і $1,9 \pm 0,23$ днів).

Тривалість діареї в пацієнтів, що приймали альтан, була в 1,3 рази менше, у порівнянні з групою хворих з патогенетическою терапією. Необхідно відзначити, скорочення тривалості болю в області живота і спазму товстого кишечника в пацієнтів, що одержували альтан. Так, спазм товстого кишечника відзначався в хворих II групи протягом $3,6 \pm 0,21$ днів, а в I групі $5,5 \pm 0,22$ днів, $p < 0,05$. Імовірно, скорочення інтоксикаційного і діарейного синдромів у хворих II групи можна пояснити антиоксидантною, цитопротекторною і в'язучою дією препарату.

Таким чином, запропонований спосіб лікування сальмонельозу дозволяє нормалізувати ліпідний обмін, за рахунок чого поліпшуються результати лікування.