



УКРАЇНА

(19) UA (11) 59815 (13) A

(51) 7 A61K35/78

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ФІТОТЕРАПІЇ ГОСТРОГО ТОКСИЧНОГО ГЕПАТИТУ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

1

2

(21) 20021210347

(22) 20 12 2002

(24) 15 09 2003

(46) 15 09 2003, Бюл. № 9, 2003 р.

(72) Фролов Валерій Митрофанович, Пустовий
Юрій Григорович, Гришина Віра Семенівна, Воль-
ман Олег Валерійович(73) Фролов Валерій Митрофанович, Пустовий
Юрій Григорович, Гришина Віра Семенівна, Воль-
ман Олег Валерійович(57) 1 Спосіб фітотерапії гострого токсичного ге-
патиту у хворих на туберкульоз, що включає вве-
дження настою трави астрагалу шерстистоквітково-
го, споришу звичайного та стебел парилу звичай-ного, який відрізняється тим, що додатково хво-
рим вводять відвар коренів кульбаби лікарської,
коренів та кореневищ солодки голої та айру трос-
тинового2 Спосіб за п 1, який відрізняється тим, що всі
вказані лікарські рослини беруть в рівних за масою
співвідношеннях в подрібненому вигляді та роб-
лять суміш у вигляді фтосбору, з якого потім готу-
ють відвар в концентрації 1 10 за фармакопейними
правилами3 Спосіб за п 1, 2, який відрізняється тим, що
відвар вводять усередину в теплом вигляді по
30мл три рази на день за 30 хвилин до їжі протя-
гом 20-30 діб поспіль

Винахід відноситься до галузі медицини, а саме до фтизіатрії. Актуальність предмету винаходу пов'язана з великою частотою розповсюдженості туберкульозу в сучасних умовах як в Україні, так і в інших країнах СНД, та значною частотою виникнення токсичних уражень печінки при проведенні хіміотерапії туберкульозу. Фітотерапія має суттєві переваги відносно інших способів лікування, оскільки вона не викликає токсичних ефектів з боку паренхіми печінки. Тому фітотерапевтичні засоби в теперішній час широко використовують при лікуванні різноманітної патології.

Існує спосіб фітотерапії гострого токсичного гепатиту (ГТГ) у хворих на туберкульоз шляхом введення настою трави астрагалу шерстистоквіткового (*Astragalus dasycanthus* Pall) 1 10 по 30мл 3 рази на добу за 30 хвилин до їжі протягом 20-30 діб поспіль (Скаун Н.П., Шманько В.В., Охримович Л.М. Клиническая фармакология гепатопротекторов - Тернополь Збруч, 1995 - С 172-177). Цей спосіб сприяє ліквідації клініко-біохімічних ознак ГТГ у хворих на туберкульоз, а також зменшує прояви туберкульозної інтоксикації, однак у частини хворих з деструктивними формами туберкульозу він недостатньо ефективний, і тому потребує подальшого удосконалення.

Тому нами був розроблений спосіб фітотерапії ГТГ у хворих на туберкульоз шляхом додаткового введення настою трави споришу звичайного (*Poligonum aviculare* L.) та стебел парила звичай-

ного (*Agrimonia eupatoria* L.) 1 10 в рівних співвідношеннях (Фролов В.М., Пустовой Ю.Г.,

Гришина В.С. Оценка эффективности фитотерапии токсических поражений печени у больных туберкулезом // Проблемы екологічної та медичної генетики і клінічної імунології 36 наук праць - Київ, Луганськ, Харків, 2000 - Вип 6(32) - С 212-218)

Цей спосіб найбільш ефективний з існуючих і тому обраний в якості прототипу. До недоліків прототипу відноситься те, що у частини хворих довго тривають біохімічні зсуви, а саме гіпертрансафераземія, що свідчить про збереження патологічного процесу з боку печінки.

Задачею винаходу було підвищення ефективності існуючого способу фітотерапії та скорочення тривалості лікування, тобто, прискорення досягнення стійкої клініко-біохімічної ремісії захворювання.

Вказана задача винаходу досягається введенням хворим на туберкульоз з наявністю ГТГ коренів кульбаби лікарської (*Taraxacum officinale* Web.), солодки голої (*Glycyrrhiza glabra* L.) та айру тростинного (*Acorus calamus* L.)

Корені кульбаби лікарської містять до 40% полісахариду інуліну, 18% цукрів, а також глікозиди тараксацин і тараксацирін (до 10%), жирну олію, білкові речовини. Відвар коренів кульбаби лікарської володіє гепатозахисною та помірно жовчогінною дією, чітко вираженим холеретичним ефектом, покращує процеси травлення

(13) A

(11) 59815

(19) UA

Корені і кореневища солодки голої містять у своєму складі сапонін гліциризин (6-12%), який обумовлює солодкий смак коренів. Гліциризин являє собою кальцієво-кальєву сіль гліциризинової кислоти, причому в організмі хворого при гідролізі гліциризину звільняється гліциризинова кислота, яка виявляє кортикостероїдоподібну дію, суттєво зменшує запальні процеси, запобігає виділенню гістаміну, брадикініну та серотоніну і тому обумовлює протизапальний та протиалергійний ефекти. Глікозид ліквірицин, який також входить до складу кореню солодки, обумовлює спазмолітичну дію та прискорює процеси репаративної регенерації, нормалізує кислотність шлункового соку, сприяє загоєнню виразок та ерозій в шлунково-кишковому тракті, зменшує астеничні прояви.

Корені айру тростинного містять у своєму складі глікозид акорін, який володіє жовчогінною та діуретичною дією, підвищує тонус жовчного міхура. В коренях айру міститься 1,5-3,5% ефірної олії, в якій від 60 до 70% азарону та β -азарону, які володіють спазмолітичною, седативною дією, а також оказують протизапальний ефект.

Наша пропозиція щодо включення до складу фітозбору при лікуванні ПТГ у хворих на туберкульоз коренів кульбаби лікарської, коренів та кореневищ солодки голої та айру тростинного базується на вперше встановленій авторами заявці на винахід закономірності, що додаткове введення хворим на ПТГ відвару коренів кульбаби лікарської, коренів та кореневищ солодки голої та айру тростинного обумовлює суттєве покращення ефекту фітотерапії гепатиту, прискорює досягнення стійкої клініко-біохімічної ремісії, тобто сприяє реалізації задачі винаходу. Це обумовлено взаємно потенціюючою дією протизапального та адаптогенного ефектів речовин, що входять до складу відварів коренів кульбаби лікарської, коренів та кореневищ солодки голої та айру тростинного між собою та відносно астрагалу шерстистоквіткового. Раніше запропонований фітозбір для фітотерапії ПТГ у хворих на туберкульоз не використовувався.

В технічному плані заявлений спосіб використовується таким чином. Хворим на туберкульоз при виникненні ураження печінки, яке діагностується як ПТГ, відміняється введення гепатотоксичних хіміопрепаратів та призначається відвар лікарських рослин, який роблять з запропонованого фітозбору, а саме трави астрагалу шерстистоквіткового, споришу звичайного та стебел парипа звичайного, коренів кульбаби лікарської, коренів та кореневищ солодки голої та айру тростинного, які беруть в рівних співвідношеннях за масою у дрібному вигляді, ретельно змішують та готують з суміші відвар за фармакопейними правилами у відношенні 1:10, який потім призначають хворим по 30 мл (2 столових ложки) 3 рази на день за 30 хвилин до їжі протягом 20-30 діб поспіль. Вказана дозировка та тривалість введення відвару була встановлена авторами заявки дослідним шляхом, оскільки саме при запропонованій схемі введення відвару з фітозбору лікарських рослин досягається максимальний позитив-

ний ефект в плані скорочення тривалості збереження клінічної симптоматики ПТГ.

При розробці заявленого способу фітотерапії ПТГ у хворих на туберкульоз нами було обстежено 2 групи хворих - перша (48 осіб), яка отримувала фітотерапію відповідно до заявленого способу, та друга (42 особи), яка отримувала фітотерапію згідно з відомим способом - прототипом. Обидві групи були рандомізовані за віком, статтю хворих, тривалістю захворювання на туберкульоз та тяжкістю перебігу ПТГ.

До початку лікування клінічна картина ПТГ в обох обстежених групах була однотиповою та характеризувалася наявністю скарг на загальну слабкість та нездужання, головний біль, зниження апетиту, нудоту, відсутність працездатності, тяжкість у правому підребер'ї, потемнення сечі. У частини хворих відмічалось також блювання, поганий сон, наявність жовтяниці. При об'єктивному обстеженні відмічалася гепатомегалія печінки: виступала на 3-4 см з-під реберного краю, мали місце субіктеричність або жовтяничність склер, чутливість або болісність печінкового краю при пальпації. У частини хворих, переважно з більш тяжким перебігом ПТГ, відмічалася жовтяниця, а також більш виражений загально токсичний синдром, який характеризувався ломотою у всьому тілі, повною відсутністю апетиту, повторним блюванням, тяжкістю як в епігастрії, так і в правому підребер'ї.

При проведенні клінічних спостережень було встановлено, що заявлений спосіб має суттєві переваги перед відомим (прототипом), які полягають в прискоренні ліквідації симптомів загального токсикозу (слабкість, головний біль, нездужання, ломота у всьому тілі, зниження апетиту, нудота, блювання), а також більш швидкому зникненні симптомів ураження печінки (зменшення розмірів печінки та ліквідація болісності її краю, нормалізація кольору сечі, зникнення жовтяниці). Отримані дані щодо впливу заявленого способу фітотерапії на клінічні показники у хворих на ПТГ на тлі туберкульозу наведені у таблиці 1.

В таблиці 1 можна побачити, що використання заявленого способу фітотерапії хворих на ПТГ на тлі туберкульозу сприяє суттєвому зменшенню тривалості збереження загально токсичного синдрому, в тому числі таких симптомів, як загальна слабкість та нездужання (на $4,0 \pm 0,2$ доби), головного болю (на $2,5 \pm 0,1$ доби), зниження апетиту (на $3,6 \pm 0,15$ доби), нудота (на $3,0 \pm 0,1$ доби), блювання (на $2,0 \pm 0,06$ доби). Крім того, відмічено чітко виражена позитивна динаміка клінічних проявів захворювання з боку печінки: зменшувалась тривалість збереження гепатомегалії (на $6,2 \pm 0,2$ доби), болісності краю печінки при пальпації (на $4,8 \pm 0,2$ доби), субіктеричності або жовтяниці склер (на $4,2 \pm 0,3$ доби), потемнення сечі (на $4,2 \pm 0,25$ доби).

Таким чином, проведені клінічні спостереження свідчать про позитивний вплив заявленого способу фітотерапії на клінічні показники у обстежених хворих на ПТГ на тлі туберкульозу легень.

Проведення загальноприйнятого біохімічного обстеження щодо функціональних проб печінки

дозволило встановити, що в першій групі хворих більш швидко нормалізувалися біохімічні показники, такі, як рівень білірубину, концентрація фракції прямого білірубину, тимолова проба, активність амінотрансфераз сироватки крові (АлАТ та АсАТ), коефіцієнт альбуміни/глобуліни (А/Г), вміст фракції ЛДГ₅ (так званої печінкової фракції) в ізоферментному спектрі ЛДГ. Дійсно, як ми бачимо з таблиці 2, нормалізація загального рівня білірубину відмічена в першій групі на $4,8 \pm 0,2$ доби раніше, показника тимолової проби - на $5,4 \pm 0,3$ доби, активності АлАТ - на $7,2 \pm 0,35$ та АсАТ - на $6,1 \pm 0,2$ доби раніше, ніж у хворих другої групи. На 20-ту добу від початку проведення фітотерапії в першій групі у 40 пацієнтів ($83,3 \pm 4,6\%$) повністю нормалізувався вміст ізоферментів "печінкової" фракції (ЛДГ₅), тоді як в другій групі - тільки у 20 хворих ($47,6 \pm 2,9\%$), тобто в 1,8 рази рідше. Тривалість збереження зниженого коефіцієнту А/Г (менш 1,0) в першій групі була на $6,9 \pm 0,2$ доби менш, ніж у хворих другої групи. Отже, проведення лабораторного обстеження з вивченням в динаміці так званих функціональних проб печінки, дозволило встановити, що в першій групі більш швидко та в більшому % співвідношенні відмічена нормалізація печінкових проб, що свідчить про позитивний вплив запропонованого способу фітотерапії ГТГ у хворих на туберкульоз на стан печінкової паренхіми.

Оскільки позитивний вплив на динаміку біохімічних показників повністю співпадає з даними щодо динаміки клінічних симптомів, можна вважати, що задача винаходу досягнута, оскільки при використанні заявленого способу фітотерапії скорочувалась загальна тривалість збереження симптомів гепатиту та прискорювалось одужання хворих. В цілому на протязі 30 днів фітотерапії ГТГ повноцінна клініко-біохімічна ремісія гепатиту досягнута у 46 ($95,8 \pm 4,9\%$) хворих першої групи і лише у 32 ($76,2 \pm 4,3\%$) хворих другої групи, тобто на $19,6 \pm 2,1\%$ менш ($P < 0,05$).

Для більш детального патогенетичного обґрунтування заявленого способу нами було досліджено концентрацію так званих "середніх молекул" (СМ) та вміст циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) в сироватці крові обстежених хворих. При цьому було встановлено, що до початку фітотерапії в обох групах обстежених хворих на ГТГ на тлі туберкульозу мало місце суттєве підвищення концентрації СМ та ЦІК. З таблиці 3 видно, що використання заявленого способу фітотерапії хворих на ГТГ на тлі туберкульозу позитивно впливає на вивчені лабораторні показники. Так, повторне обстеження хворих на 20-ту добу від початку проведення фітотерапії дозволило відмітити, що в першій групі, яка отримувала фітотерапію згідно з заявленим способом, відмічається суттєве зниження концентрації СМ та ЦІК, причому ці показники досягають верхньої межі норми. В той же час в другій групі, яка отримувала лікування за допомогою відомого способу-прототипу, позитивні зміни вивчених лабораторних показників були значно менш.

Отже, отримані дані свідчать про суттєві переваги заявленого способу в патогенетичному плані, оскільки він сприяє нормалізації показників

ЦІК та СМ, що свідчить про ліквідації "метаболического" токсикозу та синдрому імунотоксикозу. У зв'язку з прискоренням одужання хворих на ГТГ на тлі туберкульозу, більш швидко нормалізації клініко-лабораторних показників, відмічено скорочення загальної тривалості лікування в групі хворих, яка отримувала фітотерапію згідно до заявленого способу, у середньому до $23,3 \pm 1,4$ ліжко-днів проти $30,6 \pm 1,5$ у хворих, що отримували фітотерапію за допомогою відомого способу, тобто в середньому на $7,3 \pm 0,8$ ліжко-дня ($P < 0,01$).

Таким чином, використання заявленого способу фітотерапії сприяє досягненню задачі винаходу та є патогенетичне обґрунтованим. Запропонований спосіб фітотерапії добре переноситься хворими, не має протипоказань для призначення, не дає яких-небудь несприятливих побічних ефектів. Умовний економічний ефект від використання заявленого способу фітотерапії ГТГ у хворих на туберкульоз складає біля 128 грн. на 1 хворого. Спосіб корисний для практичної медицини, оскільки він сприяє прискоренню одужання хворих на ГТГ на тлі туберкульозу, не потребує коштовних та дефіцитних лікарських рослин. Тому заявлений спосіб фітотерапії може бути рекомендований для широкого впровадження в клінічну практику.

Наводимо конкретні клінічні приклади використання заявленого способу.

Приклад 1

Хвора С., 45 років, поступила в облтубдиспансер зі скаргами на сухий кашель, підвищення температури тіла в межах $37,2-37,6^\circ\text{C}$, зниження апетиту, біль в грудях, головний біль, загальну слабкість, нездужання. Захворіла 2 роки тому, неодноразово обстежувалася та лікувалася в терапевтичному та пульмонологічному стаціонарах з діагнозом "загострення хронічного бронхіту" та "тривала бронхопневмонія". За останні 3 місяця схудла на 6 кг. При попередньому обстеженні в тубдиспансері встановлені клінічні ознаки туберкульозу легень, що було підтверджено при ретельному рентгенологічному обстеженні.

При огляді загальний стан хворої середньотяжкий, відмічається блідість шкіри, підвищена пітливість. При аускультатії над легенями жорстке дихання, зліва на верхівці - вологі хрипи в значній кількості, під лопаткою - сухі хрипи в помірній кількості. Тони серця ритмічні, приглушені. Пульс 92 уд/хв , ритмічний, задовільних якостей. АТ $115/65 \text{ мм рт.ст.}$. Живіт м'який, безболісний. Печінка та селезінка збільшені. Частота дихальних рухів 22 в 1 хв.

Ан. крові загальний Ер - $3,9 \cdot 10^{12}/\text{л}$, Нв - 118 г/л , КР - 0,85, Л - $11,6 \cdot 10^9/\text{л}$, е - 1, п - 8, с - 66, п - 22, м - 3, ШОЕ - 29 мм/год . Ан. сечі - без патології. На рентгенограмах та томограмах лівої легень в C_1 і C_2 на тлі інфільтративно-вогнищевих змін порожнина розпаду розмірами $1,6 \times 2,2 \text{ см}$. Після госпіталізації хворої відмічено відродження в неї незначної кількості слизово-гнійного харкотиння. Аналіз харкотиння характер слизово-гнійний, лейкоцитів 20-30 в полі зору, відмічені МБТ в помірній кількості (8-10 в полі зору).

Діагноз інфільтративний туберкульоз С₁С₂ лівої легені в фазі розпаду, МБТ+, ІА МБТ+

Хворий було призначено лікування ізоніазид 0,6г на добу, рифампіцин 0,6г 1 раз на добу, стрептоміцин 1,0г на добу, піразинамід 1,5г (0,5г 3 рази на добу). На десятю добу від початку прийому хіміопрепаратів (ізоніазиду, рифампіцину, піразинамиду) захворіла на ГТГ. Клінічні прояви токсичного гепатиту були типовими - наявність синдрому загальної інтоксикації (слабкість, нездужання, відсутність апетиту, головний біль, значна стомлюваність), помірно виражена жовтяниця (жовтушний колір шкіри та склер), потемнення сечі, гепатомегалія, з лабораторних показників відмічалася гіпербілірубінемія (69,9мкмоль/л), підвищення в крові фракції прямого білірубину (39,8мкмоль/л), активності АлАТ (2,69ммоль/год л) та АсАТ (2,88ммоль/год л), показника тимолової проби (9,8од), зниження коефіцієнту А/Г (0,89), підвищення вмісту ізоферменту ЛДГ₅ (6,9%). Маркери вірусних гепатитів В та С в крові методом ІФА - негативні, що дало можливість виключити дану патологію.

Клінічний діагноз гострий токсичний гепатит медикаментозної етіології, жовтянична форма, середньотяжкий перебіг.

Додаткове лабораторне обстеження дозволило виявити підвищення рівня СМ до 2,32г/л та ЦІК до 3,22г/л.

Після встановлення діагнозу ГТГ медикаментозного генезу хворий С було відмінено рифампіцин та піразинамід, оскільки дані препарати володіють значною гепатотоксичністю, дозу ізоніазиду знижено до 0,3 на добу, а також була призначена фітотерапія відповідно до заявленого способу, тобто хворий почали вводити відвар з лікарських рослин, який був приготовлений з суміші трави астрагалу шерстистоквіткового, споришу звичайного та стебел парила звичайного, коренів кульбаби лікарської, коренів та кореневищ солодки голої та айру тростинового, які були узяті в рівних співвідношеннях за масою у дрібному вигляді, ретельно змішані та з суміші приготовлений відвар за фармакопейними правилами у відношенні 1:10, який потім призначений хворому по 30мл (2 столових ложки) 3 рази на день за 30 хвилин до їжі протягом 20 діб поспіль.

Під впливом проведеного курсу фітотерапії загальний стан хворого та її самопочуття суттєво покращилися. На третю добу з початку проведення фітотерапії зникли головний біль, блювання та нудота, на четверту добу - ліквідувалися загальна слабкість, нездужання, покращився апетит, на п'яту добу від початку проведення фітотерапії зникла більшість печінкового краю при пальпації, нормалізувався колір сечі, на шосту добу - зникла жовтяниця. Суб'єктивність склер зникла на десятю добу від початку проведення фітотерапії.

Розміри печінки нормалізувалися на чотирнадцяту добу фітотерапії, на той час самопочуття та загальний стан хворого С вже були задовільними. З лабораторних показників тривалість гіпербілірубінемії склала сім діб, показники фракції прямого білірубину та тимолової проби досягли норми на 10-ту добу з початку проведення фіто-

терапії, гіпертрансфераземія зникла на 14-ту добу фітотерапії. При біохімічному обстеженні на 20-ту добу, тобто в останній день проведення фітотерапії згідно до заявленого способу, встановлена повна нормалізація вивчених біохімічних показників, а саме зниження рівня загального білірубину до 17,6мкмоль/л, прямого до 2,2мкмоль/л, непрямого - до 15,4мкмоль/л, тимолової проби - до 4,0од, АлАТ - до 0,61ммоль/год л, АсАТ - до 0,52ммоль/год л, вмісту ЛДГ₅ - 2,6%. В той же час коефіцієнт А/Г підвищився до 1,1, що свідчило про нормалізацію співвідношення альбумінів та глобулінів сироватки. При повторному лабораторному обстеженні було встановлено, що концентрація СМ знизилася до 0,62г/л, ЦІК - до 2,11г/л.

Отже, відмічено, що проведення фітотерапії відповідно до заявленого способу дало чітко виражені позитивні результати, була досягнута стійка клініко-біохімічна ремісія гепатиту. За даними подальшого нагляду протягом 6 місяців, патологія з боку печінки була відсутня.

Приклад 2

Хворий С, 49 років, хворіє протягом останніх 10 років на туберкульоз легенів. В теперішній час діагноз фіброзно-кавернозний туберкульоз правої легені в фазі інфільтрації та обсіменіння МБТ+, ІБ МБТ+. З приводу загострення патологічного процесу в легенях було призначено лікування протитуберкульозними препаратами, а саме ізоніазид 0,6г на добу, рифампіцин 0,6г 1 раз на добу, етамбутол 1,6г на добу, піразинамід 1,5г (0,5г 3 рази на добу). Наприкінці першого місяця з початку проведення хіміотерапії у хворого посипалася загальна слабкість, нездужання, виникли головний біль, запаморочення, важкість у правому підребер'ї, гіркота у роті, потемніла сеча. На другу добу виникла жовтяничність склер, на третю - шкіри обличчя та тулуба. Відмічалася також нудота, блювання, відсутність апетиту, погіршення сну, погане самопочуття.

При огляді встановлено наявність жовтяниці, гепатомегалії (печінка виступає на 4-6см з-під краю реберної дуги), обкладеності язика густим білим нальотом. Край печінки при пальпації болісний, поверхня гладка, чутлива, консистенція помірно щільна. При УЗД відмічено збільшення та підвищення ехощільності печінки. Пульс 86уд/хв, АТ - 110/60мм рт.ст. В легенях - жорстке дихання, з правого боку в підлопатковій ділянці значна кількість сухих та помірна - вологих велико- та середньоміхурчастих хрипів. Тони серця приглушені.

Ан. крові загальний Ер - $3,06 \times 10^{12}/л$, Нв - 118г/л, КР - 0,82, Л - $10,6 \times 10^9/л$, е - 1, п - 9, с - 58, л - 28, м - 4, ШОЕ - 48мм/год. АН. крові біохімічний білірубін загальний - 82,3мкмоль/л, прямий - 42,2мкмоль/л, непрямої - 40,1мкмоль/л, АлАТ - 2,46ммоль/год л, АсАТ - 2,58ммоль/год л, коефіцієнт де Рітиса - 1,05, тимолова проба - 8,9од, ЛДГ₅ - 6,3%, коефіцієнт А/Г - 0,92. Вивчення маркерів ВГ та ВГС за методом ІФА - негативне.

Клінічний діагноз гострий токсичний гепатит медикаментозної етіології, жовтянична форма, середньотяжкий перебіг.

Після встановлення діагнозу ГТГ медикаментозного генезу, хворому була призначена фітотерапія відповідно до заявленого способу, а саме введення відвару 1 10 з фітозбору, що містить у своєму складі суміш трави астрагалу шерстистоквіткового, споришу звичайного, стебел парила звичайного, коренів кульбаби лікарської, коренів та кореневищ солодки голої та айру тростинного в рівних співвідношеннях за масою, по 30мл (2 столових ложки) 3 рази на день за 30 хвилин до їди протягом 30 днів поспіль.

Під впливом проведеної фітотерапії як загальний стан хворого, так і його самопочуття суттєво поліпшилися. Вже на третю добу проведення фітотерапії зникли блювання, нудота, головний біль та запаморочення, на четверту - суттєво покращився апетит, зменшилися загальна слабкість та нездужання. На п'яту добу фітотерапії зникла більшість краю печінки при пальпації, суттєво зменшилася вираженість жовтяниці, колір сечі вже був нормальний. До кінця першого тижня з початку проведення фітотерапії повністю зникли загальна слабкість та нездужання, нормалізувався апетит, ліквідувалася жовтяниця. Суб'єктеричність склер зникла на десяту добу від початку проведення фітотерапії, розміри печінки нормалізувалися на 15-ту добу фітотерапії.

При біохімічному обстеженні на 20-ту добу від початку фітотерапії встановлена нормалізація

вивчених показників: зниження рівня загального білірубіну до 19,6мкмоль/л, прямого - до 2,6мкмоль/л, непрямого - до 17,0мкмоль/л, тимолової проби - до 5,0д, АлАТ - до 0,82мкмоль/год л, АсАТ - до 0,51мкмоль/год л, вміст ЛДГ₅ знизився до 2,4%, коефіцієнт А/Г підвищився до 1,09. Отже, виходячи з клініко-лабораторних даних у хворого досягнута стійка клініко-біохімічна ремісія гепатиту. Концентрація СМ знизилася до 0,66г/л, Ц/К - до 2,07г/л. Отримані дані свідчать про ефективність проведеної фітотерапії і досягнення повноцінної клініко-біохімічної ремісії гепатиту.

Таким чином, наведені дані дозволяють вважати перспективним та доцільним використання заявленого способу фітотерапії ГТГ у хворих на туберкульоз. Спосіб не потребує використання дефіцитних та коштовних фітопрепаратів, він виходить з застосування вітчизняних лікарських рослин, які є в достатній кількості в аптечній мережі України та доступні за ціною. Оскільки при застосуванні заявленого способу відмічається скорочення терміну досягнення стійкої клініко-біохімічної ремісії відносно відомого способу в середньому на 7,3±0,8 дні, умовний економічний ефект від використання заявленого способу складає понад 189 гривень на 1 хворого. Отже, винахід є корисним, та може широко використовуватися у клінічній практиці.

Таблиця 1

Вплив заявленого способу фітотерапії на клінічні показники у хворих на ГТГ на тлі туберкульозу (M±m)

Клінічні показники	Обстежені хворі		P
	Заявлений спосіб (n=48)	Відомий спосіб (n=42)	
Тривалість збереження (днів)			
загальної слабкості	4,8±0,3	8,8±0,35	<0,01
нездужання	4,9±0,25	8,9±0,3	<0,01
зниження апетиту	5,5±0,3	9,1±0,35	<0,01
нудоти	3,1±0,2	6,1±0,3	<0,01
блювання	2,2±0,1	4,2±0,2	<0,01
гепатомегалії	14,2±0,8	20,4±0,9	<0,01
більшості краю печінки	5,0±0,6	9,8±0,7	<0,05
жовтяниці	6,1±0,7	10,3±0,8	<0,05
суб'єктеричності склер	10,2±0,9	14,4±0,7	<0,05
потемніння сечі	5,2±0,3	9,4±0,6	<0,01
головного болю	3,6±0,2	6,1±0,25	<0,01

Таблиця 2

Вплив заявленого способу фітотерапії на функціональні проби печінки у хворих на ГТГ на тлі туберкульозу (M± m)

Біохімічні показники	Обстежені хворі		P
	Заявлений спосіб(n=48)	Відомий спосіб(n=42)	
Тривалість збереження(днів) гіпербілірубінемії	6,8±0,6	11,6±0,8	<0,01
підвищення прямого білірубіну	10,9±0,7	19,8±0,9	<0,01
тимолової проби	10,2±0,8	15,6±1,0	<0,01
активності АлАТ	12,8±0,9	20,0±1,2	<0,01
активності АсАТ	13,6±0,8	19,7±1,3	<0,05
Нормалізація на 20-ту добу фітотерапії вмісту ЛДГ ₅ (% і абс)	<u>83,3±4,6</u> 40	<u>47,6±2,9</u> 20	<0,01
коефіцієнту А/Г	16,9±1,2	23,8±1,9	<0,05

Таблиця 3

Вплив заявленого способу фітотерапії на показники ЦІК та СМ ($M \pm m$)

Показники	Норма	Обстежені хворі		Р
		Заявлений спосіб (n=48)	Відомий спосіб (n=42)	
ЦІК, г/л	1,88±0,03	<u>3,26±0,12</u>	<u>3,22±0,14</u>	>0,1
		2,05±0,06	2,52±0,09	<0,01
СМ, г/л	0,52±0,02	<u>2,36±0,12</u>	<u>2,28±0,09</u>	>0,1
		0,61±0,08	1,25±0,11	<0,01

Примітки в чисельнику показники до початку проведення фітотерапії, в знаменнику - на 20-ту добу фітотерапії, Р підраховано між показниками в першій та другій групах обстежених