

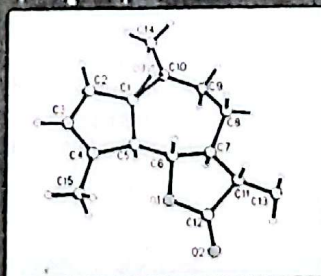


ПРАКТИЧЕСКАЯ ФИТОТЕРАПИЯ

2009 г.

В номере:

Оригинальные фитопрепараты в клинике



ОГЛАВЛЕНИЕ

Оригинальные исследования

Бондаренко О. А., Лыженин М. А., Курочкин Р. В., Курочкин О. Н., Мезенцева М. В. Клинический фитофармацевт ФИТОМАКС-40: принципы разработки системы стандартизации	3
Врагуханов А. С., Адыгаев Х. У., Асхаев Т. А. Коррекция исторического дисбаланса при куревой болезни с помощью экстракта куркумы с палладинфидом	11
Духов М. В., Духов В. М., Алексеев В. А., Афанасьев С. С., Пожалогины Л. В., Писенкова В. В., Корсун В. Ф. Противогрибковый потенциал лектиновых препаратов в фитопрепаратах: типы, механизмы и факторы действия против патогенных грибов человека	17
Алексеев С. М. Оригинальные фитопрепараты в клинике	25
Б. К. Наурзбаев Раноактивирующие фитопрепараты. Перспективы применения в хирургии	29
Бусинова Д. Д., Арыстан Л. Н., Шайдаров М. З., Адынов С. М. Терапевтическая эффективность препарата «Сауэсалин» при хронических диффузных заболеваниях печени	37
Насажиева Г. Е., Арыстан Л. Н., Алексеев С. М. Изучения эффективности препарата «Сауэсалин» в качестве противомикробного средства	44
Арыстан Л. Н. Противовоспалительный эффект сесквитерпенового лактона лискуватина из полыни белой <i>Artemisia leucodes schlegel</i>	48
Атжанова Г. А. Фитопрепараты на основе эфирных масел растений флоры Казахстана	52
Асанов Ж. К., Наурзбаев К. К., Каримова А. А., Смагулов М. К., Алексеев С. М. Изучение раноактивирующей и антимикробной активности мизи на основе эфирного масла аяния кустарничковой	64
Арыстан Л. Н., Большакова С. В., Абдиева А. Т., Алексеев С. М. Оценка гипохолестеремического действия оригинального препарата «Атералид» у больных с ИБС и сахарным диабетом	68
Габриэ Н. С., Жанбасинова Н. М., Тулеуов Б. Н., Итжанова Х. И., Алексеев С. М. Применение препарата «Экдифит» у больных туберкулезом легких	75
Серета В. Б., Бочкова Н. В., Кострова Е. В., Целикова Н. Л., Н. А. Кабиладина Применение фитопрепарата эргтабин в комбинированном лечении больных раком пищевода	81

Клинические наблюдения

Алексеева А. В., Мазур Л. И. Мелисса лекарственная как профилактика рецидивов пищевой диспепсии у детей	86
---	----

Краткое резюме Что? Где? Когда?

КОММЕНТАРИИ ПРИНЦИПЫ

Бондаренко
Мезенцева М.
Г. У. Россия
Г. У. Институт
им. Н. Ф. Гамки

Гласнолету
Одним из перво-
начальных ре-
зультатов
[Бондаренко О. А.
адаптирован с
к монографии
тестности в об-
суде растений
обладающих р-
свойств (Ярмее
Целью работы
важнейшего
онкология, общ.
МЕТОДЫ
препарата влия-
Влияние от-
опухолевых на
основании по из-
контрольным
антипролиферат
концентрация и
культуры.

Оценку инги-
бируемых фи-
включало две с-
интерферона (И-
интерферона, и-
феронизует дис-
систему укажите
титру ИФН, за-
человека при ви-
титру ИФН как
которого стоит ис-

Противопоказания

- индивидуальная непереносимость препарата
 - беременность и период лактации
- Лекарственное взаимодействие
Неблагоприятное взаимодействие с другими лекарственными средствами не зарегистрировано.

Производитель

ТОО «Карагандинский фармацевтический комплекс», Республика Казахстан, 100009, г. Караганда, ул. Ботаническая, 12; тел. (7212) 434017, факс (7212) 433773; e-mail: karfz.@nursat.kz



УДК 615.32:615.724.8

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА «ЭКДИФИТ» У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Н.С. Табриз, Н.М. Жанбасинова, Б.И. Тулеуов, Х.И. Итжанова, С.М. Адекенов
Карагандинский государственный медицинский университет,
Акционерное общество «Международный научно-производственный холдинг «Фитохимия», г.Караганда, Республика Казахстан, тел.8(7212)433773, e-mail: arglabin@phyto.kz, phytoinform@nursat.kz.

Воздействие внешних факторов (психогенных, социальных) на организм в сочетании с ростом соматической заболеваемости проявляется значительным ухудшением адаптационных возможностей организма в ответ на стрессовые ситуации, сопровождающиеся длительностью рецидивов основных заболеваний, снижением физической и умственной работоспособности. Поэтому разработка и углубленное исследование лекарственных средств анаболического и адаптогенного действия, является, актуальной проблемой и по сей день [1]. На смену традиционным и ранее широко используемым синтетическим средствам анаболического действия пришли препараты природного происхождения. Препараты растительного происхождения обладают низкой токсичностью, широкой областью применения, отсутствием фазы отрицательного последствие и привыкания даже при длительном применении [2].

К категории перспективных источников актопротекторных препаратов относится серпуха венценосная (*Serratula coronata* L.) [3-4]. На основе экстракта серпухи венценосной в АО «МНПХ «Фитохимия» создан лекарственный препарат «Экдифит», обладающий анаболическим, адаптогенным и тонизирующим свойством [5].

На базе Карагандинского областного противотуберкулезного диспансера и кафедры фтизиатрии КГМА проведена II фаза клинических испытаний препарата «Экдифит» в качестве анаболического, адаптогенного и тонизирующего средства.

Цель: изучение эффективности и безопасности применения препарата «Экдифит» в качестве анаболического, адаптогенного и тонизирующего средства у больных туберкулезом легких.

Методы обработки клинического материала служил препарат «Экдифит» (дисперсия) в качестве действующего вещества экстракт сирени венгерской 0,24 г.

В исследовании участвовало 200 больных обхоро пола с серифипропаном дисперсии дисперсионной, ошловый, инфузионный, рибурелет, по кин и экстрактивный препарат, обработанный ультрафиолетом в возрасте от 18 до 60 лет.

Таблица 1 - Число больных с прибавкой в весе после и через 1 месяц лечения препаратом «Экдифит» (абсолютное и относительное, в %)

Группы	1-я группа		2-я группа		3-я группа		4-я группа	
	Число больных	Всего	Число больных	Всего	Число больных	Всего	Число больных	Всего
1	100	100	100	100	100	100	100	100
2	100	100	100	100	100	100	100	100
3	100	100	100	100	100	100	100	100
4	100	100	100	100	100	100	100	100
5	100	100	100	100	100	100	100	100
6	100	100	100	100	100	100	100	100
7	100	100	100	100	100	100	100	100
8	100	100	100	100	100	100	100	100
9	100	100	100	100	100	100	100	100
10	100	100	100	100	100	100	100	100
11	100	100	100	100	100	100	100	100
12	100	100	100	100	100	100	100	100
13	100	100	100	100	100	100	100	100
14	100	100	100	100	100	100	100	100
15	100	100	100	100	100	100	100	100
16	100	100	100	100	100	100	100	100
17	100	100	100	100	100	100	100	100
18	100	100	100	100	100	100	100	100
19	100	100	100	100	100	100	100	100
20	100	100	100	100	100	100	100	100

В 1-ой группе больных прибавка в весе наблюдалась в препарат «Экдифит» по 1 таблетке 2 раза в день. Во 2-ой группе больных в амбулаторное с препаратом без прибавки в весе наблюдалась в препарат «Экдифит» по 2 таблетки 2 раза в день. В 3-ей группе в амбулаторное с препаратом без прибавки в весе наблюдалась в препарат «Экдифит» по 1 таблетке 2 раза в день. В 4-ой группе больных прибавка в весе наблюдалась в препарат «Экдифит» по 1 таблетке 2 раза в день. В 5-ой группе в амбулаторное с препаратом без прибавки в весе наблюдалась в препарат «Экдифит» по 1 таблетке 2 раза в день. В 6-ой группе в амбулаторное с препаратом без прибавки в весе наблюдалась в препарат «Экдифит» по 1 таблетке 2 раза в день. В 7-ой группе в амбулаторное с препаратом без прибавки в весе наблюдалась в препарат «Экдифит» по 1 таблетке 2 раза в день. В 8-ой группе в амбулаторное с препаратом без прибавки в весе наблюдалась в препарат «Экдифит» по 1 таблетке 2 раза в день. В 9-ой группе в амбулаторное с препаратом без прибавки в весе наблюдалась в препарат «Экдифит» по 1 таблетке 2 раза в день. В 10-ой группе в амбулаторное с препаратом без прибавки в весе наблюдалась в препарат «Экдифит» по 1 таблетке 2 раза в день. В 11-ой группе в амбулаторное с препаратом без прибавки в весе наблюдалась в препарат «Экдифит» по 1 таблетке 2 раза в день. В 12-ой группе в амбулаторное с препаратом без прибавки в весе наблюдалась в препарат «Экдифит» по 1 таблетке 2 раза в день. В 13-ой группе в амбулаторное с препаратом без прибавки в весе наблюдалась в препарат «Экдифит» по 1 таблетке 2 раза в день. В 14-ой группе в амбулаторное с препаратом без прибавки в весе наблюдалась в препарат «Экдифит» по 1 таблетке 2 раза в день. В 15-ой группе в амбулаторное с препаратом без прибавки в весе наблюдалась в препарат «Экдифит» по 1 таблетке 2 раза в день. В 16-ой группе в амбулаторное с препаратом без прибавки в весе наблюдалась в препарат «Экдифит» по 1 таблетке 2 раза в день. В 17-ой группе в амбулаторное с препаратом без прибавки в весе наблюдалась в препарат «Экдифит» по 1 таблетке 2 раза в день. В 18-ой группе в амбулаторное с препаратом без прибавки в весе наблюдалась в препарат «Экдифит» по 1 таблетке 2 раза в день. В 19-ой группе в амбулаторное с препаратом без прибавки в весе наблюдалась в препарат «Экдифит» по 1 таблетке 2 раза в день. В 20-ой группе в амбулаторное с препаратом без прибавки в весе наблюдалась в препарат «Экдифит» по 1 таблетке 2 раза в день.

Безопасность препарата «Экдифит» оценивалась по клиническому состоянию больных (диспепсия, метеоризм, запоры) и биохимическим параметрам (фрактам печени).

Статистическая обработка полученного материала выполняла оценку достоверности по критерию Стьюдента для независимых и зависимых выборок. Результаты: проведен анализ результатов лечения препаратом «Экдифит» и качестве антагонистического, адгезивного и тонизирующего средства у больных исследуемых групп.

Сравниваемые группы были практически идентичны по полу, возрасту, клиническим формам, распространенности процесса, частоте бактериовыделения и характеру лекарственной устойчивости, что позволило объективно оценить и сравнить эффективность лечения у данных больных.

В ходе клинических исследований препарат «Экдифит» у больных наблюдалось улучшение общего состояния, улучшение аппетита, прибавка в весе (таблица 1).

Прибавка к весу (от 1 до 5 кг) в первой группе после 2 недель и через 1 месяц лечения была выявлена у 82±5% и у 84±5% пациентов, соответственно. Во 2-ой группе аналогичная прибавка в весе установлена у 78±6% больных после лечения и у 88±4,6% больных через 1 месяц лечения. В 3-ей группе отмечалась прибавка в весе после лечения у 74±6,2%, через 1 месяц у 86±4,9% больных. Прибавка в весе в 4-ой группе установлена после лечения и через 1 месяц у 64±6,8% и 52±7,1% больных, соответственно.

Динамика исчезновения симптомов заболевания после окончания лечения препаратом «Экдифит» и через 1 месяц наблюдения представлена в таблице 2.

Таблица 2 - Динамика исчезновения симптомов заболевания после и через 1 месяц лечения препаратом «Экдифит»

Симптомы	1 группа		2 группа	
	После лечения, %	Через 1 месяц, %	После лечения, %	Через 1 месяц, %
Капиль	21,5±6,1	56,8±7,5***	31,8±7,7**	61,4±7,3***
Выделение мокроты	14,9±7,3**	69,8±7,0***	40,5±7,6***	81,0±3,9***
Боль в груди	44,4±1,7*	81,1±8,8*	59,1±10,5**	90,9±8,3***
Одышка	11,8±9,9	68,2±9,9*	17,2±9,9	70,8±9,1*
Повышение температуры	71,7±10,1	94,7±5,1	78,9±9,9	94,7±5,1
Вялость	48,1±9,6	88,9±6,0***	58,6±9,2**	88,7±5,6***
Слабость	29,7±7,3	43,9±8,2	40,5±8,1*	56,8±8,1
Снижение аппетита	97,1±10,8**	71,4±9,9*	61,9±10,6***	76,2±9,1**
Нарушение сна	30,1±7,7	81,5±11,7	75,0±13,3	100

Исходные	81, 20, 8***	100	87, 5+8, 9***	100
Время	40±0,8	40±0,4	40, 4±0,4*	50, 0±0,5
Безопасность	13, 2±0,3	12, 6±0,3	27, 1±0,8, 1*	41, 7±7, 1*
3 оптимизация				
4 оптимизация				
Время	27, 1±0,8***	43, 2±7,5	6, 7±1,7	29, 0±0,9
Время на оптимизацию	30, 2±7,0**	62, 6±7,4**	7, 1±1,9	31, 0±7,1
Безопасность	30, 0±11,2*	79, 0±9,7	14, 3±7,6	47, 6±10,9
Время	28, 0±0,0	30, 0±0,8	13, 6±7,3	36, 4±10,1
Время на оптимизацию	33, 0±11,1	93, 0±4,9	50±11,2	85±8,0
Время	31, 0±0,8	81, 3±7,3	24±8,2	44±9,9
Время	23, 7±0,8*	47, 4±8,1	15, 8±5,9	44, 7±8,1
Время на оптимизацию	34, 0±10,8**	93, 5±4,8***	12, 5±6,8	37, 5±7,9
Время на оптимизацию	22, 2±13,9	66, 7±15,7	33, 3±19,2	66, 7±19,2
Время	30, 8±0,8*	87, 5±6,8	36, 4±9,9	100
Время	33, 3±0,1	51, 9±7,6	20, 8±8,3	33, 3±9,6
Время	17, 4±1,6	29, 3±6,6	44±1,1	15, 6±5,5

Примечание: * - достоверность p<0,05; ** - p<0,01; *** - p<0,001

Средние значения времени в 1-ой группе через 14 дней и 15,2±5,3%, в 2-ой группе — 12,6±9%, соответственно во 2-ой группе в 27,1±6,6% и 41,7±7,1%, больных. Длительная исчезновения симптомов заболевания наблюдается через 14 дней после приема препарата «Экдифит» у 30,8±9,7% больных, в среднем 1 неделя после окончания приема у 28,3±6,6%, больных, а в 4-ой группе у 44±3,1% и 15,6±5,9%, больных, соответственно. Различия достоверны между 2-ой и 4-ой группами $P<0,05$.

В ходе экспериментов исследован эффект от «Дюлофита» в качестве антимикробного, антигистаминного и противовоспалительного средства у больных ревматоидным артритом (таблица 3).

Второй способ заключается в том, что в течение 10 минут кровь отбирают из периферической вены и помещают в пробирку, содержащую гепарин (100 и 200 мг) и инкубируют в 37° С в течение 1 ч. Выводимая из пробирки плазма используется в качестве плазмы для инкубации. Для второго способа плазму инкубируют в течение 1 ч с гепарином (100 и 200 мг) и инкубируют в 37° С в течение 1 ч. Плазму, выведенную из пробирки, используют в качестве плазмы для инкубации. В обоих случаях плазму инкубируют в течение 1 ч при 37° С и используют в качестве плазмы для инкубации.

у 16 и 22 больных из 37 пациентов, в четвертой группе - у 11 и 18 или из 36 больных, никаких патологических изменений в гистогрaмме.

Таблица 3 - Влияние препарата «Оксифит» на общий анализ крови через 14 дней и через 1 месяц лечения

Симптомы	1 группа		2 группа	
	После лечения %	Через 1 месяц, %	После лечения %	Через 1 месяц, %
Эритроциты	63,5±17,1	87,5±11,7	66,7±15,7	88,0±10,5
Гемоглобин	55,6±11,7	67,7±11,1	66,7±11,1	88,0±7,4
СОЭ	31,7±9,2	58,6±9,2	53,3±9,1	60,0±8,9
Лейкоциты	76,9±11,7	84,6±10,0	66,7±12,2	80,0±10,3
Плазматикоциты	75,0±21,7	100	0	0
Лимфоциты	77,8±9,8	88,9±7,4	64,7±11,6	82,4±9,2
Всего	51,3±8,0	61,5±7,8	52,6±8,1	63,2±7,8
	3 группа		4 группа	
Симптомы	После лечения %	Через 1 месяц, %	После лечения %	Через 1 месяц, %
Эритроциты	85,7±13,2	85,7±13,2	40,0±21,9	60,0±21,9
Гемоглобин	77,8±10,4	71,4±12,1	28,6±12,1	50,0±13,4
СОЭ	41,9±8,9	54,8±8,9	33,3±9,1	44,4±9,6
Лейкоциты	64,7±11,6	64,7±11,6	46,1±13,8	61,3±13,3
Плазматикоциты	60,0±21,9	60,0±21,9	30,0±25,0	50,0±25,0
Лимфоциты	36,1±17,4	66,8±11,6	30,0±12,3	66,8±11,6
Всего	41,2±8,1	59,3±8,1	31,3±7,8	51,4±8,3

Таблица 4 - Изменения биохимических показателей на протяжении лечения

Показатели	Группы			
	1	2	3	4
Этапы лечения	М±m	М±m	М±m	М±m
	В конце	В конце	В конце	В конце
Билир. г/л	3.09±2.0	7.26±2.2 ##	3.2±4.6 &	-1.82±3.6
АЛАТ, ЕД/мл	В конце	В конце	В конце	В конце
	38.17±18.4	8.22±7.4	6.96±7.1	61.12±34.0
АСТ, ЕД/мл	В конце	В конце	В конце	В конце
	11.2±6.3	5.50±7.3	4.67±6.1	12.04±15.9 &
АСАТ, ЕД/мл	В конце	В конце	В конце	В конце
	35.79±0.4 #	11.68±7.3	6.76±9.1	38.02±21.2
Креатинин, мкмоль/л	В конце	В конце	В конце	В конце
	1.22±3.3 #	10.14±8.0	-6.32±4.9	2.11±0.8 #
Мочевина, ммоль/л	В конце	В конце	В конце	В конце
	-3.98±4.1	2.56±7.9	-6.41±4.8 #	-0.18±2.7 #
Мочевая кислота, ммоль/л	В конце	В конце	В конце	В конце
	-1.27±6.1	22.77±10.8	-2.96±6.1	3.05±1.8
Примечания: # - по отношению к началу лечения, & - по отношению к концу лечения, # и & - достоверность, 95%; ## и && - достоверность, 99%				

Проведенные биохимические исследования сыворотки крови больных показали, что назначение препарата «Эклизифит» привело к увеличению концентрации билирубина в крови до нормальных величин (таблица 4).

При этом у больных второй группы, принимавших «Эклизифит» в дозе по 2 таблетки 2 раза в день, нарастание билирубина к концу лечения достигло 3.7%, а спустя месяц - 7.3%, что было достоверным ($P < 0.01$) и не отменялось ни в третьей, ни в четвертой группах. Использование анаболического препарата «Эклизифит» не только способствовало синтезу белка в организме, но и оказывало положительное влияние на азотистый обмен. Полученные данные свидетельствуют, что у больных

второй группы к концу лечения концентрация креатинина и мочевины возрастает на 10.1% и на 22.8%, соответственно. Использование препарата «Эклизифит» не привело к неблагоприятному воздействию на функцию печени, возрастание АСАТ, АЛАТ ретигстрировали лишь у 2-4% больных, как и в четвертой группе.

Выводы:

1. После проведения 2 фазы клинических исследований у больных ухудшение со стороны общего состояния и самочувствия, связанное с побочным действием препарата, не выявлено.

2. Установлено, что включение препарата «Эклизифит» в качестве анаболического, адаптированного и тонизирующего средства в комплексное лечение туберкулеза легких повышает эффективность лечения.

Список литературы:

1. Леоновская Е.Е., Пивоварова А.С., Фролова Н.Ю., Марченко Н.В., Дрожжина Е.В. Исследования взаимодействия растений адаптогенов // Актуальные проблемы создания новых лекарственных препаратов природного происхождения: Материалы V Международного съезда. СПб., 2001. - С.242.-246.
2. Ахрем А.А., Ковганко Н.В. Эклизифит: химия и биологическая активность. Минск, 1989.
3. Кусанова Д.Д., Карихан И. Актопротектор «Эклизифит» и его фармакологические показатели. // Фармация Казахстана. - Специальный выпуск. - 2005. - С.41-42.
4. Карихан И., Альжанов С.С., Бердин А.Г., Медиянова А.М., Кусанова Д.Д., Алексеев С.М. Адаптогенные свойства экстракта серпухи венечной // В сб.: «Человек и лекарство», Москва, - С.719-720.
5. Терешкина Н.Г., Альжанов С.С., Карихан И., Пак Р.Н., Алексеев С.М. Разработка твердой лекарственной формы на основе Сегациса сополимера L. // «Этапы становления, современное состояние и фундаментальные проблемы развития образования и науки Казахстана», Караганда, - С.181-183.

УДК 615.32:615.771.7

ПРИМЕНЕНИЕ ФИТОПРЕПАРАТА АРГЛАБИН В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПИЩЕВОДА

В. Б. Сирота, Н. В. Бочкова, Е. В. Кострова, Н. Л. Целикова, Н. А. Кабидина

КГКП «Областной онкологический диспансер», Карагандинский государственный медицинский университет, г.Караганда, Республика Казахстан, 8(7212)435393.
e-mail: yrota_vb@mail.ru.

Одним из путей дальнейшего повышения эффективности лучевой терапии является поиск оптимальных режимов распределения дозы во времени. К