

УДК 616.34–008.7:616–009.11.2]:615.322

## Досвід застосування фітотерапевтичних засобів у профілактиці та лікуванні порушень мікробіоценозу кишечника

*Е. Й. Архій, Л. А. Коцюбняк, В. М. Канчій, В. М. Боднар,  
Г. М. Семенова, Л. А. Туряниця*

Ужгородський національний університет,  
Відділкова клінічна лікарня на станції Ужгород Львівської залізниці

**Ключові слова:** дисбактеріоз, фітотерапія, дискінезія, обстипаційний синдром, діарейний синдром, фізіотерапія.

У сучасній гастроентерології та гепатології досліджують роль інфекційних агентів (бактерій, вірусів) у розвитку захворювань травної та гепатобіліарної систем з огляду на виявлене персистування вірусних та бактеріальних агентів за виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, гастритів, захворювань підшлункової залози, хронічних гепатитів, цирозів, патології жовчовидільної системи та в пострезекційних станах. Дослідження останніх років виявили підвищення титрів антитіл до бактерій кишкової групи у хворих із названою патологією.

Відомо, що стан кишкового мікробіоценозу значно впливає на загальний стан здорової людини. Нормальна кишкова мікрофлора є важливим чинником формування й становлення імунної системи, визначає опірність організму до кишкових інфекцій, бере участь у багатьох складних реакціях обміну речовин. Порушення якісного й кількісного співвідношення мікроорганізмів кишечника зумовлює зниження опірності організму, появу різноманітної інфекції, алергізацію, погіршення перебігу захворювань внутрішніх органів. Останніми роками почастишали захворювання кишечника, причиною яких є порушення якісного та кількісного співвідношення аеробної та анаеробної мікрофлори в просвіті цього органа — дисбактеріоз кишечника. Запалення завжди супроводжує дисбактеріоз, сприяє підвищенню проникності слизової оболонки кишки для бактеріальних токсинів та антигенних структур, що може у хворих із патологією гепатобіліарної, травної систем тощо зумовити імунопатологічні процеси. Дослідження довели, що дисбактеріоз кишечника може спричинити навіть серцево-судинні недуги, адже кишечник і серце поєднані між собою: венозна кров нижнього відділу прямої кишки потрапляє до серця безпосередньо, без очищення в печінці.

Стан мікрофлори кишок у хворих на хронічні гепатити та цирози печінки різної етіології, зміни мікрофлори товстої кишки залежно від тяжкості перебігу цих захворювань мало вивчені. Тому вивчити стан кишкової флори в таких хворих, щоб виявити вплив мікробіоценозу кишечника на перебіг основного захворювання, та розробити рекомендації щодо діагностування дисбактеріозу й коригування стану мікрофлори в лікуванні патології гепатобіліарної системи — актуальне завдання.

Від дисбактеріозу кишечника потерпає близько 80 % людей. Зовнішні та внутрішні чинники, неправильний ритм харчування, споживання забрудненої води, неконтрольоване застосування антибіотиків, вживання недоброякісних і таких, що мають штучне походження, генетично модифікованих продуктів, виснаження організму, ріст недоброякісних пухлин, алергізація — усе це призводить до порушення рівноваги мікробних асоціацій у здоровому організмі, тобто до дисбактеріозу. З огляду на це своєчасне та якісне діагностування дисбактеріозу, правильний вибір лікування є нашим найважливішим завданням.

Метою нашого дослідження було вивчити якісний та кількісний склад мікрофлори товстої кишки бактеріологічним методом, визначаючи протеолітичну активність агентів фекалій, у разі порушення моторно-евакуаторної функції кишок за дисбактеріозу I–II ступенів тяжкості у хворих на хронічні гепатити та цирози печінки, що супроводжуються дискінезією жовчовивідних шляхів, а отже й дискінезією товстої кишки, з обстипаційним і діарейним синдромами та нормалізувати їхній стан засобами фітотерапії.

### Матеріали і методи

Обстеження, дослідження та лікування хворих на гепатити та цирози печінки в поєднанні з дискі-



нетичними порушеннями біліарної системи провели на базі терапевтичного й хірургічного відділень залізничної клінічної лікарні. Під спостереженням перебували 15 хворих: 5 чоловіків і 2 жінки — хворі на хронічний гепатит, середній вік 48,2 року, 5 жінок — хворі на хронічний безкам'яний холецистит, 3 хворих на цирози чоловіки, середній вік 53 роки. Тривалість захворювання від 2 до 8 років. У 10 хворих діагностували дискінетичні порушення із супровідною патологією органів травлення.

Провели загальноклінічні, лабораторні, ультразвукові обстеження органів черевної порожнини. Бактеріологічні дослідження фекалій з визначенням кількісного та якісного складу мікрофлори виконали за стандартною методикою дослідження калу на дисбактеріоз.

Клінічна картина характеризувалася основною клінічною ознакою — діареєю з надмірним виділенням, що є прикметною в разі порушення абсорбції, і з помірним виділенням — за наявності синдрому подразнення товстої кишки. Запори виникали здебільшого за вікового дисбактеріозу, колітів унаслідок того, що мікрофлора втрачає здатність стимулювати перистальтику товстої кишки. Другий синдром — метеоризм, порушення абсорбції і виділення газу внаслідок змін кишкової стінки, що зумовлює відчуття важкості, супроводжується неприємним присмаком у роті, печією. Майже 80% обстежених скаржилися на виразне бурчання в різних відділах черева. Часто за дисбактеріозу відзначали біль у животі тягнучого монотонного характеру по ходу товстої кишки та навколо пупка, у нижньому відділі висхідної кишки та в сліпій. Переважали скарги на метеоризм, печію, відчуття гіркоти в роті, важкість у правому підребер'ї після прийняття їжі (у хворих із дискінезією), позиви на дефекацію із запорами невдовзі після прийняття їжі (у разі дискінезії гіпокінетичного типу). Пронеси чергувалися із запорами. Хворі не пов'язували біль із прийманням їжі, але визначити його причину не могли. Мав місце також астено-невротичний синдром. Хворі відзначали підвищену дратівливість, добрий апетит. У деяких обстежених виявили зміни лейкоцитарної формули крові, ШОЕ, біохімічних показників, що було пов'язане з основним захворюванням. Детально зібраний анамнез та клінічне обстеження виявили, що 70% хворих приймали протягом 3–4 днів антибіотики, проте ще до призначення їх виникли тріщини в кутках рота, почервоніння слизової оболонки ротової порожнини та ін. Ці ознаки дали змогу підтвердити дисбактеріоз I–II ступеня.

#### Результати дослідження

Проаналізовано 15 випадків дисбактеріозу кишечнику з обстипаційним і діарейним синдромом.

В абсолютній більшості обстежених виявили зниження загальної кількості кишкової палички та відзначили низьку ферментативну активність нормальної фекальної мікрофлори, біфідо- та лактобактерій. Кишкова паличка висівалася в середньому в кількості  $10^5$  (норма  $10^7$ – $10^8$ ). Біфідобактерії висівалися в кількості  $10^4$  (норма  $10^9$ ), лактобактерії —  $10^5$  (норма  $10^9$ ). Гемолітичні форми кишкової палички траплялися в 15% осіб. У 25% обстежених виявлено ріст грибової флори. Майже в усіх обстежених (90%) прогресувала умовно-патогенна флора (в основному *Escherichia coli* та *E. aerogenes*). У хворих на хронічні гепатити переважала мікрофлора гнилісного характеру, тобто була збільшеною кількість спорозночних анаеробів. Ці порушення негативно впливають на функціональний стан печінки, обтяжують процеси автоінтоксикації і навіть загрожують виникненням енцефалопатій. Зміни складу мікрофлори товстої кишки виявлені вже на початкових стадіях хронічного гепатиту, глибші — за цирозу печінки. Зміни стосувалися переважно кількості кишкової палички, біфідо- й лактобактерій.

Лікування дисбактеріозу передбачає вплив на патогенну мікрофлору, відновлення нормальної, нормалізацію процесів травлення та всмоктування, усунення моторно-евакуаторних порушень, відновлення фізіологічних функцій. З цією метою ми запропонували корекцію дисбактеріозу такими фітозборами.

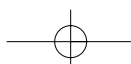
*У разі обстипаційного синдрому:*

звіробій звичайний,  
деревій,  
ромашка лікарська,  
крушина ламка,  
шипшина корична,  
меліса,  
ехінацея пурпурова.

*У разі діарейного синдрому:*

чорниця (сухі плоди),  
кірка граната або кора дуба,  
ромашка лікарська,  
м'ята перцева,  
ехінацея пурпурова.

Водночас із комплексною терапією проводили лікування відварами наведених фітозборів короткими курсами впродовж 10–15 днів із перервою на 10 днів — усього 2 курси. Уже на сьомий чи восьмий день у пацієнтів зменшився біль у череві по ходу товстої кишки, а до 15-го дня самопочуття значно поліпшилося. Симптоми кишкової диспепсії у хворих — гіркота, сухість у роті, метеоризм, — а також дратівливість, поступово зникали. Бактеріологічні дослідження фекалій провели також після лікування — через 22 дні від початку приймання фітозборів. Повна клініко-лаборатор-



на ремісія настала у 8 (53%) хворих на хронічний безкам'яний холецистит та хронічний гепатит, у 2 хворих на цироз печінки. Після лікування кількість кишкової палички збільшилася до  $10^7$  у 7 хворих та на кілька порядків збільшилася кількість лактобактерій. Кількість умовно-патогенних мікроорганізмів нормалізувалася в 10 хворих.

Поряд із фітотерапевтичним лікуванням усім пацієнтам провели фізіотерапію. Зокрема, хворим із виразним больовим синдромом по ходу товстої кишки та із синдромом подразнення призначали ультразвукову терапію — методика сегментарної дії на кишечник паравертебрально на ділянку  $D_8 - L_1$  з інтенсивністю 0,2–0,6 Вт/см<sup>2</sup>, по 5 хв щодня або через день. У частини хворих лікування поєднували з магнітотерапією. Індуктори-соленоїди розташовували по ходу кишки, інтенсивність 30%, 10 Гц, по 10 хв — перші три процедури, далі режим змінювали: інтенсивність 100%, 100 Гц, по 15 хв, щодня, 12 процедур на курс лікування.

Таке поєднання фіто- й фізіотерапії дало ще кращий ефект у профілактиці та лікуванні дисбіозу кишечника.

#### Висновки

1. За результатами проведених клінічних спостережень, застосування фітотерапії в разі дисбактеріозу кишечника сприяло поліпшенню клініко-бактеріологічної картини після лікування, що супроводжувалося позитивними змінами мікробіоценозу кишечника.

2. Фітотерапію можна і потрібно застосовувати в складі комплексної терапії хворих на хронічні гепатити та цирози печінки різної етіології в період ремісії як із діарейним, так і з обстипаційним синдромами та під час лікування антибіотиками.

3. Вважаємо за доцільне в лікуванні дисбактеріозу кишечника поєднувати фітотерапевтичні засоби та фізіотерапію, зокрема ультразвукову й магнітну.

#### Література

1. Ганич Т. М. Практичні рекомендації для гастроентерологів, терапевтів, сімейних лікарів / Т. М. Ганич, В. В. Свистак, М. М. Блецкан.— Ужгород, 2002.— 13 с.
2. Дисбактеріозы желудочно-кишечного тракта / В. М. Бондаренко, Б. В. Боев, Е. А. Лыкова, А. А. Воробьев// Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.— 1998.— № 1.— С. 23–25.
3. Диагностика та лікування дисбактеріозу кишечника у ревматологічних хворих: Метод. рекомендації / Г. І. Лисенко, І. Ж. Білко, О. І. Нікольська, Л. В. Теслюк.— К.: Знання, 1999.— 22 с.
4. Панчишина М. В. Дисбактеріоз кишечника / М. В. Панчишина, С. Ф. Олейник.— К.: Здоров'я, 2004.— 118 с.
5. Сучасна фармакотерапія дисбактеріозу кишечника: Метод. рекомендації / Академія медичних наук України.— К., 2001.— 26 с.
6. Чекман І. С. Дисбактеріоз кишківника — сучасні методи лікування.— К., 2000.— 11 с.

#### Опыт применения фитотерапевтических средств в профилактике и лечении нарушений микробиотоза кишечника

Э. И. Архий, Л. А. Коцюбняк, В. М. Канчий, В. М. Боднар, Г. Н. Семенова, Л. А. Турияница

В связи с возрастанием частоты случаев дисбактериоза кишечника, требующих немедленной коррекции, авторами предложено использовать фитотерапевтические сборы для профилактики и лечения данного заболевания.

#### An experience of the use of phytotherapeutic agents the prophylaxis and treatment of the intestinal microbiocenosis disorders

E. Y. Arkhii, L. A. Kotsiubniak, V. M. Kanchii, V. M. Bodnar, H. M. Semenova, L. A. Turianytsia

With account of the fact of the growing incidence of intestinal disbacteriosis requiring immediate correction we suggest to use phytotherapeutic agents for prophylaxis and treatment of this disorder.