

УДК 616.22:612.035:159.9.018

- Т.П. Гарник, д. м.н., проф., зав. каф. фітотерапії, гомеопатії та біоенергоінформаційної медицини
 - В.М. Фролов, д.м.н., проф., зав. каф. інфекційних хвороб та епідеміології
 - М.О. Пересадін, д.м.н., проф. каф. соціальної роботи
 - І.В. Білоусова, к.м.н., доц. каф. фітотерапії, гомеопатії та біоенергоінформаційної медицини
 - В.О. Петрищева, к. фарм. н., доц. каф. фітотерапії, гомеопатії та біоенергоінформаційної медицини
- *Медичний інститут Української асоціації народної медицини, м. Київ*
Луганський державний медичний університет, м. Луганськ
Луганський інститут праці і соціальних технологій, м. Луганськ

ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБУ РОСЛИННОГО ПОХОДЖЕННЯ АЛФАГІНУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА СИНДРОМ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ ТА ЙОГО ВПЛИВ НА СТАН СИСТЕМИ АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ

Термін «синдром вигорання» (англ. - «burn-out syndrome») був вперше визначений у науковій літературі в 1974 році американським психіатром Фроунденбергом (Freudenberger H.J.) при опису особливого психоемоційного стану крайньої втоми, деморалізації та розчарування, що спостерігалися автором у волонтерів служби психічного здоров'я США [23]. У теперішній час вважається, що синдром психоемоційного вигорання (СПЕВ) реєструється переважно у працівників так званих соціономічних професій, причому до детермінант вигорання відносять надлишок спілкування в процесі роботи (продавці, менеджери, викладачі, офіціанти), значні фізичні та психоемоційні навантаження (диспетчери, лікарі-психіатри, лікарі «швидкої допомоги», медичні сестри, водії громадського транспорту), матеріальну відповідальність (касири, економісти, бухгалтери, працівники банків), низький соціальний статус тощо [5, 12, 13, 15, 17, 19, 22].

Першопочатково СПЕВ розглядався переважно як суто психологічна або межева психопатологічна проблема [23], для корекції якої застосовували лише психотерапевтичні методи [19]. Дослідження останніх років свідчать про низьку ефективність таких підходів психотерапевтичного характеру при лікуванні хворих на СПЕВ, що робить актуальним пошук нових патогенетично обґрунтованих схем лікування даного захворювання. Авторами даної статті за останнє десятиріччя суттєва увага приділяється саме вивченню патогенетичних механізмів формування СПЕВ, при цьому ми вважаємо, що найбільш перспективним у терапії СПЕВ можуть бути препарати рослинного походження з урахуванням їхньої відносно низької токсичності у порівнянні з синтетичними ліками, особливо антидепресантами [20], а також чітко вираженою адаптогенною дією, яка є характерною саме для фітопрепаратів [6, 21]. У цьому плані нашу увагу привернув сучасний комбінований

фітозасіб алфагін, показаннями для застосування якого є наявність астеничних проявів або астено-невротичного синдрому [2].

Раніше нами вже була досліджена ефективність алфагіну при СПЕВ [7, 8, 9]. При цьому було встановлено, що включення до терапевтичного комплексу у хворих на СПЕВ комбінованого фітозасобу алфагіну сприяє покращанню загального стану хворих, зменшенню в них астеничних, невротичних та депресивних проявів [7]. В імунологічному плані призначення алфагіну сприяє відновленню показників функціонального стану моноцитів/макрофагів, у тому числі індексу перетравлення, та в цілому підвищення фагоцитарної активності моноцитів периферійної крові, що свідчить про підвищення функціональної спроможності активності системи фагоцитуючих макрофагів [7]. Було також встановлено позитивний вплив алфагіну на стан показників клітинної ланки імунітету, що проявляється у ліквідації Т-лімфопенії, оптимізації субпопуляційного складу Т-лімфоцитів, а також підвищенні їхньої функціональної активності, тобто зростанням вихідно зниженого показника РБТЛІ [9]. Виявлено позитивний вплив алфагіну на показники мікрогемоциркуляції в таких хворих [8]. Отже, ми вважаємо актуальним дослідження ефективності алфагіну з урахуванням його впливу на стан метаболічного гомеостазу, зокрема на активність як ферментної так і неферментної ланок системи антиоксидантного захисту (АОЗ).

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами: робота є фрагментом теми комплексної науково-дослідницької роботи медичного інституту асоціації народної медицини України (Київ), Луганського державного медичного університету та Луганського інституту праці і соціальних технологій "Синдром психоемоційного вигорання: іммунопатогенез, лікування, медична і соціальна реабілітація" (№ держреєстрації 0104U003267).

Метою роботи була оцінка ефективності засобу рослинного походження алфагіну в лікуванні хворих на СПЕВ та його вплив на стан системи антиоксидантного захисту.

Матеріали та методи дослідження

Під наглядом знаходилося 67 хворих на СПЕВ у віці від 20 до 59 років, з них чоловіків було 30 (44,8 %), жінок – 37 (55,2 %). Теоретико-методологічну основу дослідження склали концепції професійного вигорання в професіях системи «людина – людина» згідно загальноприйнятих методик [3, 5]. За даними анамнезу тривалість захворювання у обстежених становила від 1,5 до 4,5 років з поступовим погіршенням психоемоційного стану.

Обстежені пацієнти були розподілені на дві групи – основну (33 особи) та групу зіставлення (34 хворих), що були рандомізовані за віком, статтю, терміном розвитку СПЕВ. Хворі основної групи в комплексі лікування отримували фітопрепарат алфагін по 2 капсули 2 рази на день після вживання їжі протягом 30-40 днів поспіль, пацієнти групи зіставлення лікувалися лише за допомогою загальноприйнятої терапії (полівітаміни, загальнозміцнюючі засоби).

Фітозасіб алфагін затверджений Наказом МОЗ України №417 від 23.07.2007 р. в якості лікарського препарату, зареєстрований в Україні та дозволений до клінічного застосування (реєстраційне посвідчення № UA/6713/01/01). До складу фітопрепарату алфагіну входять рослини, які використовуються у традиційній медицині Сходу (китайської, тибетської та індійської): екстракти коріння женьшеню, плодів ембліки лікарської, стебел та листя люцерни посівної, насіння пажитника грецького, коріння елеутерококка колючого. Відомо, що женьшень (*Panax ginseng*) входить до складу більш ніж половини складних рецептів традиційної емпіричної медицини Китаю та Індії, оскільки китайські та індійські лікарі вважають його засобом, нормалізуючим циркуляцію енергії в організмі та навіть сприяючим його омолодженню [24, 25]. До складу кореня женьшеню входять тритерпенові глікозиди (панаксозиди), що за хімічним складом відносяться до тетрациклических тритерпенів даммаранового ряду. Дані сполуки обумовлюють тонізуючу дію, стимулюють синтез білків, знижують рівень цукру у крові, підвищують розумову та фізичну активність [6, 21]. Препарати з женьшеню володіють стимулюючим, адаптогеним, тонізуючим та загальнозміцнюючим ефектами.

Плоди ембліки лікарської (*Fruct. Emblicae officinalis*) містять в значній кількості аскорбінову та нікотинову кислоти, а також каротин, рибофлавін, тіаміну бромід, метіонін, триптофан, кальцій, залізо, фосфор; крім того, у м'якуші плодів багато флавоноїдів, дубильних речовин і пектину. Препарати з

ембліки лікарської застосовують як стимулятор травлення, а також з метою сповільнення процесів старіння, зміцнення серцевого м'язу, подолання депресивних станів, підсилення антиінфекційних спроможностей сироватки крові та шкіри [24, 25].

У стеблах та листі люцерни посівної (*Herb. Medicago sativa*) містяться сапонізи, циклічні сполуки, фітоестрогени (геністеїн, куместрол), амінокислоти, таніни, ненасичені жирні кислоти, вітаміни А та С, кальцій, фосфор, залізо. Засоби з люцерни посівної підвищують апетит, стимулюють життєздатність, володіють сечогінним ефектом, що обумовлює дезінтоксикаційну дію [18].

Насіння пажитника грецького (*Fruct. Trigonella foenum graecum*) містить стероїдні глікозиди (сапогеніни), холестерин, холін, дубильні речовини, нуклеопроїєїни, ефірні олії, алкалоїди (тригонелін), жирну олію, слизисті речовини [21]. Пажитник грецький володіє зміцнюючою, протизапальною, кардіотонізуючою, сечогінною та гіпотензивною діями [24].

Корінь елеутерококку колючого (*Rad. Eleutherococci senticosus*) містить полісахариди, що мають імуностимулюючу дію, елеутерозиди (даукостерол, глікозид кумарину, сирігарезитенол), сапоніни, гетероглікани (елеутерани) [6, 18]. Завдяки наявності елеутерозидів засоби з елеутерококку колючого підвищують розумову та фізичну працездатність, стійкість до несприятливих чинників довкілля, підвищують гостроту зору, покращують обмін речовин, виявляють помірно виражений стимулюючий, гонадотропний та гіпоглікемічний ефекти, володіють адаптогенною дією [21, 25].

Крім загальноприйнятого клініко-лабораторного обстеження у всіх хворих, які були під наглядом, додатково проводили біохімічне обстеження, яке включало вивчення активності ферментів системи АОЗ – каталази (КТ) [10] і супероксиддисмутази (СОД) [16]. Також була досліджена неферментна ланка системи АОЗ, а саме концентрація у сироватці крові вітамінів з антиоксидантними властивостями – аскорбату (вітаміну С), α -токоферолу та ретинолу уніфікованими методами [23].

Статистичну обробку одержаних результатів досліджень здійснювали на персональному комп'ютері AMD Athlon 3600 за допомогою дисперсійного аналізу з використанням пакетів ліцензійних програм Microsoft Office 2000, Microsoft Excel Stadia 6.1/prof і Statistica, при цьому враховували основні принципи використання статистичних методів у медико-біологічних дослідженнях [11].

Результати дослідження та їх обговорення

При клінічному обстеженні хворих на СПЕВ до початку проведення лікування було встановлено, що найбільш типовими скарга-

ми були виражена загальна слабкість, нездужання, дифузний головний біль тиснучого або невизначеного характеру без їх чіткої локалізації, що істотно посилювалися при розумовому навантаженні професійного характеру, напруження м'язів шиї і спини, яке поєднувалося з відчуттям їх скутості, зниження апетиту, а у окремих пацієнтів, навпаки, його різке підвищення, що граничить з булімією, порушення сну у вигляді пізнього засинання, раннього просинання, поверхневого нічного сну з частими пробудженнями і кошмарними сновидіннями з відсутністю відчуття утрішньої свіжості і повноцінного нічного відпочинку. У частини пацієнтів, що спостерігалися нами, відзначалося часткове або повне перекирчування формули сну у вигляді безсоння в нічний час і підвищеної сонливості вдень, особливо в період виконання пацієнтами своїх професійних обов'язків. Серед основних психічних проявів були недолік емоцій, песимізм, цинізм і черствість в роботі та особистому житті, байдужість і втома, відчуття фрустрації і безпорадності, безнадійність, дратівливість, агресивність, тривога, посилення ірраціонального занепокоєння, нездатність зосередитися, депресія, відчуття провини, втрата сподівань як особистого так і професійного характеру, що вважають характерним для СПЕВ [5]. Практично у всіх обстежених з діагнозом СПЕВ мало місце зниження фізичної і розумової, перш за все професійної працездатності, падіння ефективності трудового процесу і якості праці. Таким чином, у хворих зі СПЕВ відмічалися прояви астено-невротичного або астено-депресивного реєстрів.

При біохімічному дослідженні до початку лікування у переважної більшості хворих СПЕВ встановлено суттєве зниження актив-

ності СОД та КТ, що свідчило про пригнічення ферментативної ланки системи АОЗ у цих хворих. Так, активність КТ у пацієнтів обох груп була знижена в середньому в 1,27-1,3 рази (при нормі $392 \pm 11,0$ МО мг/Нб), і складала в основній групі $307 \pm 10,1$ МО мг/Нб ($P < 0,05$), в групі зіставлення – $300 \pm 9,6$ МО мг/Нб ($P < 0,05$). Активність СОД в основній групі пацієнтів з СПЕВ складала $16,7 \pm 1,1$ МО/мгНб ($P < 0,01$), у групі зіставлення – $17,1 \pm 1,2$ МО/мгНб ($P < 0,01$), що в середньому перевищувало показник норми в 1,8-1,7 рази (при нормі $28,4 \pm 0,9$ МО/мгНб). Отже, до початку лікування в обстежених хворих на СПЕВ відмічена наявність однотипових зсувів з боку біохімічних показників, які характеризують активність ферментів АОЗ – СОД та КТ (табл. 1).

При дослідженні рівня вітамінів з антиоксидантними властивостями – ретинолу (вітаміну А), аскорбінової кислоти (вітаміну С) та α -токоферолу (вітаміну Е) на момент початку лікування були отримані наступні дані (табл. 2).

З таблиці 2 видно, що до початку проведення лікування у обох групах хворих на СПЕВ, які були під наглядом, відмічалось суттєве зниження вмісту у крові вітамінів А, С і Е, що володіють антиоксидантними властивостями. В основній групі обстежених до початку лікування рівень ретинолу (вітаміну А) у крові хворих становив $13,3 \pm 0,6$ мкг/мл, у хворих, що увійшли до групи зіставлення – $13,6 \pm 0,5$ мкг/мл.

Вміст аскорбінової кислоти (вітаміну С) у хворих на СПЕВ, що були під наглядом, також знижувався, і дорівнював у осіб основної групи $25,1 \pm 1,2$ мкмоль/л, у пацієнтів групи зіставлення – $25,6 \pm 1,1$ мкмоль/л. Концентрація α -токоферолу (вітаміну Е) була

Таблиця 1

Активність ферментів системи АОЗ у хворих на СПЕВ до початку проведення лікування ($M \pm m$)

Показники	Норма	Групи хворих на СПЕВ		P
		основна (n=33)	зіставлення (n=34)	
КТ, МО мг/Нб	$392 \pm 11,0$	$307 \pm 10,1^*$	$300 \pm 9,6^*$	$> 0,1$
СОД, МО мг/Нб	$29,5 \pm 2,4$	$16,7 \pm 1,1^{**}$	$17,1 \pm 1,2^{**}$	$> 0,1$

Примітки: у табл. 1-4 відповідність різниці стосовно норми * - при $P < 0,05$, ** - $P < 0,01$, *** - $P < 0,001$; стовпчик P - відповідність різниці між основною групою і групою зіставлення.

Таблиця 2

Вміст вітамінів з антиоксидантними властивостями у крові хворих на СПЕВ до початку лікування ($M \pm m$)

Показники	Норма	Групи хворих на СПЕВ		P
		основна (n=33)	зіставлення (n=34)	
Ретинол, мкг/мл	$20,7 \pm 1,5$	$13,3 \pm 0,6^{***}$	$13,6 \pm 0,5^{***}$	$> 0,1$
Аскорбат, мкмоль/л	$55,6 \pm 2,2$	$25,1 \pm 1,2^{***}$	$25,6 \pm 1,1^{***}$	$> 0,1$
α -токоферол, нмоль/л	$18,9 \pm 1,1$	$9,1 \pm 0,6^{***}$	$9,3 \pm 0,8^{***}$	$> 0,1$

пониженою до $9,1 \pm 0,6$ нмоль/л у пацієнтів, що склали основну групу та $9,3 \pm 0,8$ нмоль/л у хворих групи зіставлення (рис. 1).

Повторне проведення біохімічних досліджень системи АОЗ – як її ферментної так і неферментної ланок – після завершення курсу лікування показало, що застосування фітозасобу алфагіну сприяло нормалізації початково зниженої активності системи АОЗ у хворих на СПЕВ основної групи (табл. 3).

Дійсно, у хворих основної групи після завершення лікування відбулося підвищення показника КТ до верхньої межі норми, а саме до $388 \pm 10,4$ МО мг/Нб ($P > 0,1$), а у групі зіставлення нормальні показники активності КТ зареєстровані у незначній кількості пацієнтів, тому даний показник був зниженим в середньому в 1,2 рази ($P < 0,05$) і дорівнював $346 \pm 9,8$ МО/мгНб. Активність СОД в основній групі підвищилася в середньому до $28,8 \pm 1,9$ МО/мгНб, тобто до нижньої межі норми, у групі зіставлення дорівнювала $22,5 \pm 1,5$ МО/мгНб, що було в 1,3 нижче норми ($P < 0,05$). Таким чином, застосування алфагіну в патогенетичному комплексі ліку-

вання СПЕВ сприяло підвищенню активності ферментної ланки системи АОЗ.

При повторному дослідженні вмісту у крові вітамінів, які володіють антиоксидантними властивостями, на момент завершення лікування було визначено наступне.

Концентрація ретинолу у пацієнтів основної групи після завершення лікування підвищилася від $13,3 \pm 0,6$ мкг/мл до $19,5 \pm 0,9$ мкг/мл, тобто практично до нормального значення ($P > 0,05$); в той самий час у обстежених пацієнтів з групи зіставлення, незважаючи на зростання концентрації ретинолу відносно початкового рівня в 1,16 рази ($13,3 \pm 0,5$ мкг/л), даний показник все ж таки залишався менше норми в 1,3 рази ($P < 0,05$) (рис. 2). Концентрація аскорбінової кислоти у хворих, які приймали фітозасіб алфагін, підвищилася до $53,7 \pm 1,1$ мкмоль/л, тобто у середньому в 2,1 рази, а концентрація β -токоферолу – до $18,6 \pm 0,8$ нмоль/л, що було вище вихідного значення в два рази і наближалось до норми ($P < 0,05$) (табл. 4).

У пацієнтів із групи зіставлення незважаючи на деяку тенденцію до підвищення

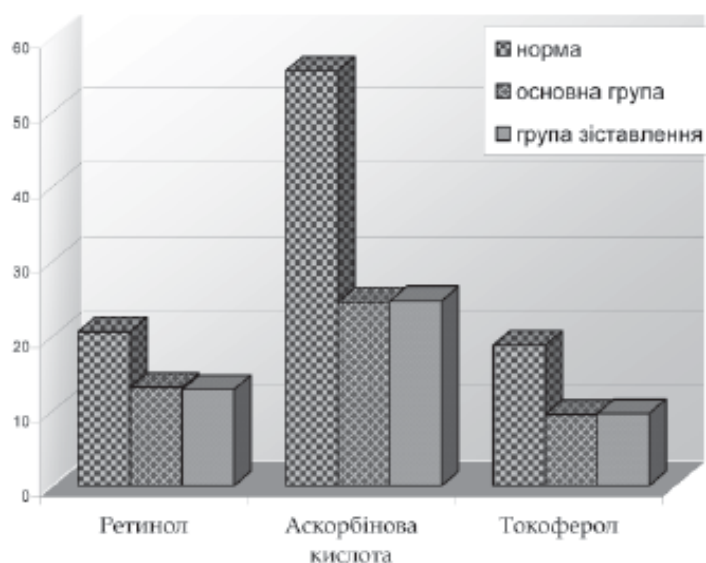


Рис. 1. Концентрація вітамінів з антиоксидантними властивостями у хворих на СПЕВ до початку лікування.

Таблиця 3

Активність ферментів системи АОЗ у хворих на СПЕВ після завершення лікування ($M \pm m$)

Показники	Норма	Групи хворих на СПЕВ		P
		основна (n=33)	зіставлення (n=34)	
КТ, МО мг/Нб	$392 \pm 11,0$	$388 \pm 10,4$	$346 \pm 9,8^*$	$< 0,05$
СОД, МО мг/Нб	$29,5 \pm 2,4$	$28,8 \pm 1,9$	$22,5 \pm 1,5^*$	$< 0,05$

Вміст вітамінів з антиоксидантними властивостями у крові хворих на СПЕВ після завершення лікування (M±m)

Показники	Норма	Групи хворих на СПЕВ		P
		основна (n=33)	зіставлення (n=34)	
Ретинол, мкг/мл	20,7±1,5	19,5±0,9	15,8±0,6*	<0,05
Аскорбат, мкмоль/л	55,6±2,2	53,7±1,1	43,1±0,9*	<0,05
α-токоферол, нмоль/л	18,9±1,1	18,6±0,8	14,9±0,6*	<0,05

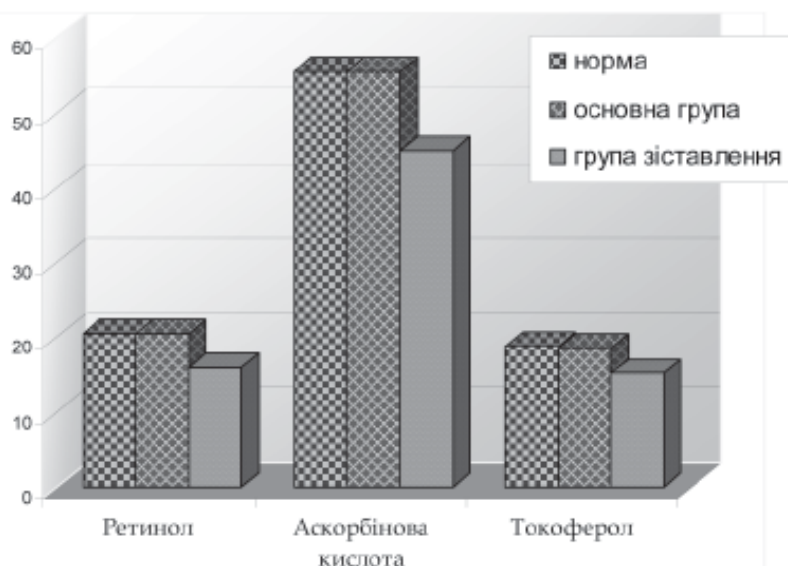


Рис. 2. Концентрація вітамінів з антиоксидантними властивостями у хворих на СПЕВ після лікування.

концентрації як вітаміну С, так і вітаміну Е, вивчені показники залишалися вірогідно нижче норми, що пояснюється відносно низькою біодоступністю синтетичних вітамінів у порівнянні з природніми засобами.

Так, у цій групі концентрація аскорбінової кислоти підвищилася в процесі лікування в 1,7 рази (до 43,1±0,9 мкмоль/л), але була нижче норми в 1,3 рази (P<0,05); рівень токоферолу виріс по відношенню до вихідного показника в 1,6 рази, тобто до 14,9±0,6 нмоль/л, але залишався нижче норми і показника в основній групі в 1,26 рази (P<0,05).

В клінічному аспекті застосування алфагіну сприяло покращанню загального самопочуття хворих, ліквідації загальної слабкості, нездужання, забезпечило відновлення апетиту, покращання емоційного стану, нормалізацію сну, підвищення розумової та фізичної працездатності, в цілому пацієнти почали більш позитивно ставитися до своєї роботи і особистого життя.

Таким чином, отримані дані свідчать, що включення комбінованого фітопрепарату алфагіну до комплексу лікування хворих на СПЕВ є патогенетично обґрунтованим та клінічно ефективним, оскільки даний засіб сприяє як ліквідації клінічних проявів захворювання, так і нормалізації показників системи АОЗ – як ферментної так неферментної її ланок.

Висновки

1. Клінічна картина СПЕВ в обстежених пацієнтів характеризувалася наявністю астено-невротичної або астено-депресивної симптоматики (загальна слабкість, нездужання, підвищена стомлюваність, напруження та скутість м'язів шиї і спини, дифузний головний біль, зниження апетиту та працездатності,

дратівливості, емоційна лабільність, порушення сну, зниження фізичної і розумової працездатності тощо).

2. При біохімічному обстеженні у хворих на СПЕВ виявлено пригнічення як ферментної ланки системи антиоксидантного захисту (АОЗ), а саме вірогідне зниження активності СОД та КТ, так і неферментної ланки АОЗ – зменшення концентрації вітамінів з антиоксидантними властивостями (ретінолу, аскорбату та α -токоферолу) у крові таких пацієнтів.

3. Включення до комплексу лікування хворих на СПЕВ комбінованого фітопрепарату алфагіну (який включає у своєму складі екстракти коріння женьшеню, плодів ембліки лікарської, стебел та листя люцери посівної, насіння пажитника грецького, коріння елеутерококка колючого) сприяє покращанню загального стану хворих, зменшенню в них вираженості астено-невротичних або астено-депресивних проявів.

4. Крім позитивного впливу фітозасобу алфагіну на клінічні показники та загальний стан хворих на СПЕВ було встановлено, що в основній групі хворих, які отримували даний фітопрепарат, мала місце позитивна динаміка активності ферментів системи АОЗ – КТ і СОД та водночас підвищення до нижньої межі норми концентрації у крові вітамінів з антиоксидантними властивостями – аскорбінової кислоти, α -токоферолу та ретінолу.

5. Виходячи з отриманих даних, можна вважати патогенетично обґрунтованим, доцільним та клінічно перспективним включення до комплексної терапії хворих на СПЕВ сучасного комбінованого фітопрепарату алфагіну.

6. У подальшому можна вважати перспективним продовження досліджень механізмів фармакологічної дії алфагіну при лікуванні хворих на СПЕВ, у тому числі вивчення його впливу на інтерфероновий статус організму.

Література

1. Александровский Ю.А. Клиническая иммунология психических расстройств // Ю.А. Александровский, В.П. Чехонин. – М.: Гэстар-Медиа, 2005. – 256 с.
2. Алфагін: інструкція для медичного застосування препарату / Затверджена 23.07.2007 р. Наказом МОЗ України № 417.
3. Бойко В.В. Синдром «емоціонального вигорання» в професіональному обциении / В.В. Бойко. – СПб.: Питер, 1999. – 216 с.
4. Вайс Р.Ф. Фитотерапия: руководство / Р.Ф. Вайс, Ф. Финдельма; пер. с нем. – М.: Медицина, 2004. – 552 с.
5. Водольянова Н.Е. Синдром вигорання: діагностика и профилактика / Н.Е. Водольянова, Е.С. Старченко. – СПб.: Питер, 2005. – 336 с.
6. Гарник Т.П. Деякі аспекти застосування лікарських рослин в медицині / Т.П. Гарник, Ф.А. Мітченко, Т.К. Шураєва // Фітотерапія. Часопис. – 2002. – № 1 – 2. – С. 70-72.
7. Гарник Т.П. Оцінка ефективності сучасного фітозасобу алфагіну в лікуванні хворих з синдромом

психоемоційного вигорання та його вплив на стан системи фагоцитуючих макрофагів / Т.П. Гарник, В.М. Фролов, М.О. Пересідін // Український медичний альманах. – 2009. – Т. 12, № 1. – С. 45-49.

8. Гарник Т.П. Вплив фітозасобу алфагіну на морфологічні показники мікроциркуляції у хворих з синдромом психоемоційного вигорання / Т.П. Гарник, В.М. Фролов, М.О. Пересідін // Український морфологічний альманах. – 2009. – Т. 7, № 1. – С. 22-26.

9. Гарник Т.П. Фітозасіб алфагін в лікуванні хворих на синдром психоемоційного вигорання та його вплив на стан клітинної ланки імунітету / Т.П. Гарник // Проблеми екології та медич. генетики і клініч. імунології: зб. наук. праць. – Київ; Луцьк; Харків. – 2009. – Вип. 4 (91). – С. 163 – 173.

10. Коралюк М.А. Метод определения активности каталазы / М.А. Коралюк, Л.И. Иванова, И.Г. Майорова // Лабораторное дело. – 1988. – № 1. – С. 16-18.

11. Лапач С.Н. Основные принципы применения статистических методов в клинических испытаниях / С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бобич. – Киев: Морисон, 2002. – 160 с.

12. Лукьянов В.В. Синдром эмоционального «выгорания» и механизмы психологической защиты у психиатров-наркологов / В.В. Лукьянов // Наркология. — 2007. — № 3. — С. 47 — 51.
13. Обознов А.А. Выгорание и увлеченность работой: в кн. *Современные проблемы исследования синдрома выгорания у специалистов коммуникативных профессий* / под ред. В.В. Лукьянова, Н.Е. Водольяновой, В.Е. Орла [и др.]. — Курск: КГУ, 2008. — С. 99-105.
14. Оптимізація підходів до медичної реабілітації хворих із синдромами хронічної втоми і підвищеної стомлюваності із використанням фітотерапевтичних препаратів / В.М. Фролов, Т.П. Гарник, В.В. Покопевич [та інш.] // Фітотерапія. — 2007. - № 2. — С. 16 — 22.
15. Орел В.Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования и перспективы / В.Е. Орел // Психологический журнал. — 2001. — Т. 2, №1. — С. 23- 26.
16. Побережина Н.Б. Биологическая роль супероксиддисмутазы / Н.Б. Побережина, Л.Ф. Осинская // Укр. биохимический журнал. — 1989. — Т. 61, №2. — С. 14 — 27.
17. Полунина О.В. Синдромы увлеченности работой и выгорания: особенности взаимосвязей / О.В. Полунина // Психологический журнал. — 2009. — Т. 30, № 1. — С. 1-13.
18. Преображенский В. Современная энциклопедия лекарственных растений / В. Преображенский. — Донецк: ООО ПКФ «Бос», 2006. — 592 с.
19. Ронгинская Т.И. Синдром выгорания в социальных профессиях / Т.И. Ронгинская // Психологический журнал. — 2002. — Т.2, № 3. — С. 18- 25.
20. Фитотерапия больных с синдромом психоэмоционального выгорания / В.М. Фролов, Т.П. Гарник, Н.А. Пересадин, В.С. Гришина // Фитотерапія. Часопис. — 2007. — № 1. — С. 22- 29.
21. Энциклопедия лекарственных растений (La Sante par les plantes) / Б. Арноль-Шнебеллен, П. Гетц, Э. Гроссар, М. Юнен и др. — Б.м. «Ридерз Дайджест», 2004. — 350 с.
22. Юрьева Л.Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников (формирование, профилактика, коррекция). — Киев: Сфера, 2004. — 272 с.
23. Яшевский В.В. Клиническая биохимия / В.В. Яшевский. — Минск: «Беларусь», 1987. — 232 с.
24. Freudenberger H. J. Staff burn — out // Journal of Issues. — 1974. — V. 30. — P. 159-165.
25. Khare C.P. Indian medicinal plants / C.P. Khare. — Springer-Science, 2007. — 836 p.
26. The ayurvedic pharmacopoeic of India. — Government of India Ministry of health and family welfare department of aush. — Dely, 2007. — 862 p.

Надійшла до редакції 23.03.2009 р.

УДК: 616.22:612.035:159.9.018

Т.П. Гарник, В.М. Фролов, Н.А. Пересадин, И.В. Билоусова, В.А. Петришчева

ПРИМЕНЕНИЕ СРЕДСТВА РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ АЛФАГИНА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ

Ключевые слова: синдром психоэмоционального выгорания, алфагин, система антиоксидантной защиты

Применение средства растительного происхождения алфагина в лечении больных синдромом психоэмоционального выгорания обеспечивает нормализацию клинических и лабораторных показателей, характеризующих активность состояния системы антиоксидантной защиты, что свидетельствует о ликвидации нарушений метаболического гомеостаза и в целом способствует повышению качества жизни обследованных пациентов. Полученные данные позволяют считать патогенетически оправданным и клинически целесообразным включение алфагина в комплексную программу лечения больных синдромом психоэмоционального выгорания. □

T.P. Garnik, V.M. Frolov, N.A. Peresadin, I.V. Bilousova, V.A. Petrishcheva

THE INFLUENCE OF PLANT'S GENESIS REMEDY ALFAGIN AT TREATMENT OF THE PATIENTS WITH BURN-OUT SYNDROME AND HIS INFLUENCE ON THE STATE OF ANTIOXYDANT SYSTEM

Key words: burn-out syndrome, alfagin, antioxydant system

Use the plant's genesis remedy alfagin in the treatment of the patients with burn-out syndrome provides normalization of clinical and laboratory indexes, that characterized of activity of of antioxydant system, that testifies to liquidation of violations of metabolic homeostasis and is on the whole instrumental in upgrading life of the inspected patients. Finding allow to consider pathogenetically justified and clinically expedient inclusion of alfagin in the complex program of treatment of the patients with burn-out syndrome. □