

38. Юрьев К.Л. От частного к общему, или эстафету принимает имупрет / К.Л. Юрьев // Укр. мед. часопис. – 2008. – № 3(65). – С. 1-13.

39. Ющук Н.Д. Лекции по инфекционным болезням / Н.Д. Ющук, Ю.Я. Венгеров. – В 2 т. – Т. 2. – [2-е изд.]. – М.: ВУНМЦ, 1999. – С. 394-409.

40. Foster S. Echinacea Nature's immune enhancer / S. Foster. – Wernont: Rochester, 1991. – 150 p.

41. Gunning K. Echinacea for the prevention of upper respiratory tract infections / K. Gunning, P. Sttelle // J. Fam. Pract. – 1999. – Vol. 48, № 2. – P. 93-94.

42. Melchart D. Immunomodulation with Echinaceae: systematic review of controlled clinical trials / D. Melchart, K. Linde, F. Worku // Phytomed. – 1994. – Vol. 1. – P. 245-254.

43. Schar D. Echinacea, the plant boosts your immune system / D. Schar. – London: Souvenir Press Ltd., 1999. – 136 p.

Надійшла до редакції 11.09.2009

УДК 616.9(035).3:638.1:658.381

В.М. Князевич, Т.П. Гарник, М.П. Жданова, В.М. Фролов, Н.А. Пересадін, В.В. Поханевич

ЛЕЧЕНИЕ ВОЛЬНЫХ ГРИППОЗНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СРЕДСТВ НАРОДНОЙ И НЕТРАДИЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ

Ключевые слова: грипп, лечение, фитотерапия, апитерапия, народная и нетрадиционная медицина

В статье обобщены данные литературы и собственный опыт авторов, касающиеся лечения гриппа с применением средств народной и нетрадиционной медицины, прежде всего фитотерапии и апитерапии. Показана эффективность средств народной и нетрадиционной медицины в лечении гриппозной инфекции.

V.M. Kniasevych, T.P. Garnik, M.P. Zhdanova, V.M. Frolov, N.A. Peresadin, V.V. Pokhanovich

THE USAGE OF FOLK AND NON-TRADITIONAL MEDICINE IN TREATMENT OF INFLUENZA

Key words: influenza, phytotherapy, apitherapy, CAM

The literature data and the personal experience of authors in the effective treatment of influenza with methods of folk and non-traditional medicine, mainly phytotherapy and apitherapy (products of beekeeping), are represented.

□

УДК 616.22:612.035:159.9.018

- Т.П. Гарник¹, д. мед. н., проф., зав. каф. фітотерапії, гомеопатії та біоенергоінформ. мед.
В.М. Фролов², д. мед. н., проф., зав. каф. інфекц. хвороб та епідеміол.
М.О. Пересадін³, д. мед. н., проф. каф. соціальної роботи
І.В. Білоусова¹, к. мед. н., доц. каф. фітотерапії, гомеопатії та біоенергоінформ. мед.
В.О. Петрищева¹, к. фарм. н., доц. каф. фітотерапії, гомеопатії та біоенергоінформ. мед.

■ ¹ Київський медичний університет Української асоціації народної медицини

² Луганський державний медичний університет

³ Луганський інститут праці і соціальних технологій

ЭФЕКТИВНІСТЬ КОМБІНОВАНОГО ФІТОПРЕПАРАТУ ІНТЕЛЛАНУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА СИНДРОМ ВИГОРАННЯ, ЙОГО ВПЛИВ НА СТАН ЛІПОПЕРОКСИДАЦІЇ ТА АКТИВНІСТЬ СИСТЕМИ АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ

Термін "синдром вигорання" (СВ) (англ. – burn-out syndrome) був введений у спеціалізовану наукову літературу американським психіатром Н. Freudenberger [32] у 1974 р. для характеристики психологічного стану осіб, що знаходяться в інтенсивному і тісному спілкуванні з клієнтами (пацієнтами) в емоційно

насиченій атмосфері при наданні професійної допомоги. Згідно сучасного визначення ВООЗ, СВ – це фізичне, емоційне або мотиваційне виснаження, що характеризується порушенням продуктивності праці, зтомою, безсонням, підвищеною схильністю до соматичних захворювань тощо [6]. На сьогодні проблеми виробни-

чого стресу, тобто синдрому, що розглядається в рамках емоційного вигорання, виділені в МКХ-10 як "синдром вигорання" під рубрикою Z.73.0 (проблеми, що пов'язані з труднощами управління своїм життям) [15]. Розвитку СВ сприяють особисті особливості: підвищений рівень емоційної лабільності; високий самоконтроль, особливо при вольовому придушенні негативних емоцій; раціоналізація мотивів своєї поведінки; схильність до підвищеної тривоги і депресивних реакцій, пов'язаних з недосаженістю "внутрішнього стандарту" і блокуванням в собі негативних переживань; ригідна особова структура [3, 11, 17, 23].

У 1986 р. американські дослідники С. Maslach і S. Jackson [34] охарактеризували три основні групи проявів даного стану: емоційна виснаженість, деперсоналізація і редукція професійних досягнень. Під емоційним виснаженням розуміють відчуття емоційної спустошеності і втомі, що обумовлені професійною діяльністю; під деперсоналізацією (з даною випадку) розуміється не класичне психіатричне поняття даного словосполучення, а скоріше зниження особового компоненту, а саме дегуманізація відносин до об'єктів своєї діяльності (пацієнти, клієнти): холодність, формалізація контактів, цинізм, черствість тощо; при цьому негативні установки, що виникають, можуть спочатку мати прихований характер і виявлятися у внутрішньо стримуваному роздратуванні, що з часом проривається назовні і призводить до конфліктів [3]. Редукція особистих професійних досягнень проявляється в заниженні професійних успіхів і виникненні відчуття власної некомпетентності у своїй професійній сфері [6]. Відомо, що на СВ хворіють переважно представники так званих професій, "що допомагають" та керівний персонал: медичні працівники, психологи, робітники соціальних служб, педагоги, продавці, менеджери, адвокати, співробітники правоохоронних органів [15, 19, 24, 30].

У даній роботі, кажучи про корекцію проявів СВ, ми робимо акцент на фітотерапевтичне лікування вказаного синдрому, оскільки за даними багатьох дослідників, традиційне лікування із застосуванням психотерапевтичних методик (раціональна психотерапія, особистоорієнтована психотерапія, аутогенне тренування і так далі) є неефективним [3, 6, 11, 21].

Одним з перспективних напрямів сучасної фармакотерапії СВ та споріднених станів (синдром хронічної втомі, синдром підвищеної стомленості та ін.) є лікування та медична реабілітація із застосуванням засобів рослинного походження з вираженою адаптогенною дією, що позитивно впливають на вищі інтеграційні функції головного мозку, основним проявом яких є поліпшення процесів навчання і пам'яті при їх порушеннях з ураженням відносно низької токсичності фітопрепаратів у порівнянні з синтетичними ліками [18, 26, 28]. У цьому плані нашу увагу привернув су-

часний комбінований фітозасіб інтеллан, показаннями для застосування якого є хронічні стресові ситуації, нервове перенапруження і втомі, зниження інтелектуальних здібностей, розлади уваги і/або пам'яті, підгострі депресивні стани і підвищена тривожність, нейро-сенсорні порушення, порушення мозкового кровообігу; затримка психічного і фізичного розвитку дітей [10].

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами: робота є фрагментом теми комплексної науково-дослідної роботи Київського медичного університету асоціації народної медицини, 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 сучасного комбінованого фітопрепарату інтеллану у лікуванні хворих на СВ.

Матеріали та методи дослідження

Під спостереженням було 67 хворих зі встановленим експертним шляхом діагнозом СВ [6]. За даними анамнезу загальна тривалість захворювання у обстежених становила від 1,5 до 4,5 років з поступовим погіршенням психоемоційного стану. Вік обстежених пацієнтів був від 20 до 55 років, з них чоловіків – 32 (47,7 %), жінок – 35 (52,3 %).

Обстежені пацієнти були розподілені на дві групи – основну (31 особа) та групу зіставлення (36 хворих), рандомізовані за віком, статтю, тяжкістю перебігу СВ. Хворі основної групи в комплексі лікування отримували сучасний комбінований фітопрепарат інтеллан по 2 капсули 2 рази на день після їди впродовж 30-40 днів поспіль, пацієнти групи зіставлення лікувалися лише за допомогою загальноприйнятої терапії (полівітаміни, психотерапевтичні засоби).

Комбінований фітозасіб інтеллан затверджений Наказом МОЗ України № 18 від 22.01.2007 р. як лікарський препарат, зареєстрований в Україні та дозволений до клінічного застосування (реєстраційне посвідчення № UA/2009/02/01) [10]. Інтеллан діє як нейрогуморальний модифікатор трансмісії і справляє стимулюючий ефект на обмін речовин кори головного мозку, стимулює активність мозку і розвиток пам'яті, покращує кровообіг в головному мозку, підвищує забезпечення живлення нервових клітин, видалення продуктів метаболізму тощо. М'який нейростимулюючий ефект фітозасобу знижує неспокій і допомагає при лікуванні підгострих депресивних станів [10]. Дія цього препарату зумовлена сукупною дією його компонентів. Інтеллан містить у своєму складі суші екстракти листя гінкго дволопатевого, трави центели азійської, трави терпестису манієра, трави

коріандру посівного, плодів амомуму шилоподібного, плодів ембліки лікарської [10].

Гінкго дволопатева (*Ginkgo biloba*) – реліктова рослина, яка містить у своєму складі флавоноїдні глікозиди та терпенлактони [5, 30]. Засоби з гінкго білоба чинять перешкоджаючий вплив на утворення вільних радикалів і перекисне окислення ліпідів клітинних мембран, сприяють збільшенню кількості мітохондрій і накопиченню АТФ в клітинах організму, підвищують утилізацію кисню і глюкози, виявляють судинорозширювальний ефект, мають протинабрякову дію, стимулюють звільнення з пресинаптичних терміналей та інгібують зворотне захоплення біогенних амінів (норадреналіну, дофаміну), підвищують чутливість постсинаптичних мускаринових рецепторів до ацетілхоліну [8]. Спрямованість на ацетилхолінергічну систему обумовлює ноотропний, а на катехоламінергічну систему – антидепресивний ефект, що в клінічному плані сприяє поліпшенню когнітивних функцій, покращує пам'ять і здібність до навчання, надає позитивний ефект щодо порушень пам'яті, уваги, психомоторних функцій, оптимізації біоелектричної активності головного мозку [35].

Центела азіатська або готу кола (*Hydrocotyle asiatica*) – багаторічна рослина родини зонтикових. Листя центели містять тритерпенові глікозиди (азіатикозид, мадекассозид, брамозид, центелозид), стероли (бета-стерин, стигмастерол), ефірні олії [22, 33]. Засоби із *Hydrocotyle asiatica* надають дозозалежну вазорегулюючу дію – стимулюють продукцію ендотеліального релаксуючого фактору, підвищують тонус вен, регулюють кровонаповнення судин, що в цілому поліпшує мікроциркуляцію [34]. В експерименті показана антиоксидантна активність азіатикозиду, застосування якого протягом тижня показало істотне збільшення ферментативних та неферментативних антиоксидантів [2, 35].

Херпестис монієра (*Herpestis monnierea*) – містить алкалоїди (брахмін, херпестин), глікозиди, сапоніни, амінокислоти (аспаргінова та глютамінова кислоти, серин, аланін, гліцин, лейцин) [36]. Має стимулюючу дію, покращує мозковий кровообіг, підвищує постачання до мозку кисню і глюкози [34].

Коріандр посівний містить ефірну олію, борнеол, тимол, камфен, бетанинен, цитронеллол, нерол [5, 13]. Засоби з коріандру проявляють капіляророзміцнювальним, тонізуючий та антиоксидантний ефекти [8, 25].

Амомум (кардамон) шилоподібний або непальський (*Amomum subulatum*) – багаторічна трав'яниста рослина родини імбирних. Плоди цієї рослини містять до 8 % ефірної олії, до складу якої входять α -терпінеол, мірцин, лімонін, сабінин, β -фелладрин, борнеол [35]. Ще Гіппократ рекомендував приймати кардамон при кашлі, болю у животі, спазмах, нервових розладах. В індійській медицині він вважається одним з кращих стимуляторів

травлення, який, на відміну від перців, гірчиці, цибулі, часнику, трину не справляє дратівливої дії на слизову оболонку рота і шлунка [33]. У традиційній медицині Китаю амомум використовують для лікування респіраторних захворювань, лихоманки, хвороб сечостатевої і травної систем, а також як антидепресивний засіб [22]. Кардамон регулює виділення шлункового соку, підвищує апетит, має протизапальну, збудливу, сечогінну, а також чітко виражену стимулюючу дію [30].

Ембліка лікарська (*Embllica officinalis*) містить вітаміни С, В₁, В₂, мікроелементи, кальцій, фосфор, залізо, пектин [36]. За рахунок вмісту у плодах великої кількості аскорбінової кислоти засоби з ембліки лікарської чинять потужний антиоксидантний ефект, сприяють репродукції мезенхімальних тканин [2, 35].

Оцінка проявів СВ проводилася за допомогою опитувальника [4]. Для об'єктивізації ступеня вираженості астеничних розладів та їх динаміки у процесі лікування використувалася Суб'єктивна шкала оцінки астенії (MFI-20) з 5 підшкалами і Візуальна аналогова шкала астенії (10-бальний варіант). Психологічне обстеження включало визначення рівня тривожності за допомогою шкали Спілберґера-Ханіна. Психофізіологічне дослідження включало тест TOVA (the Test of Variables of Attention) – тест безперервної діяльності, заснований на пред'явленні зворому у випадковому порядку значущих і незначущих стимулів у вигляді геометричних фігур [6].

Крім загальноприйнятого клініко-лабораторного обстеження в усіх зворих, які були під наглядом, додатково проводили біохімічне обстеження, яке включало визчення активності ферментів системи антиоксидантного захисту (АОЗ) – супероксиддисмутази (СОД) [20] і каталази (КТ) [12] спектрофотометрично. Обчислювали інтегральний індекс Φ як співвідношення СОД:КТ/МДА [29]. Визначали рівень окисленого глутатіону (ОГ) та відновленого глутатіону (ВГ) [16]. Активність перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) оцінювали за вмістом у крові проміжних продуктів пероксидації ліпідів – дієнових кон'югат (ДК) [7] та кінцевого продукту ПОЛ – малонového діальдегіду (МДА) [1] спектрофотометрично.

Статистичну обробку одержаних результатів здійснювали на персональному комп'ютері AMD Athlon 3600 за допомогою дисперсійного аналізу з використанням пакетів ліцензійних програм Microsoft Office 2003, Microsoft Excel Stadia 6.1/prof і Statistica, при цьому враховували основні принципи використання статистичних методів у медико-біологічних дослідженнях [14].

Результати дослідження та їх обговорення

При клінічному обстеженні зворих на СВ до початку проведення лікування було встановлено, що найбільш типовими скаргами

осіб, що були під наглядом, були зтома, яка не проходила після відпочинку, відчуття виснаження, чутливість до змін показників зовнішнього середовища, астенизація, часті головні болі невизначеної локалізації, погана переносимість раніше звичних навантажень; м'язова слабкість; мігруючий біль у м'язах; розлади шлунково-кишкового тракту, надлишок або нестача ваги, задихка, безсоння, відчуття неусвідомленого неспокою, нудьги, образи, розчарування, провини, непотрібності; зниження рівня ентузіазму, роздратованість, поява труднощів при ухваленні рішень, дистанціювання від клієнтів/пацієнтів і прагнення до дистанціювання від колег, загальна негативна установка на життєві перспективи. Для таких пацієнтів було характерним недолік емоцій, песимізм, цинізм і черствість у роботі і особистому житті, байдужість, відчуття безпорадності і безнадійності; агресивність, дратівливість; тривога, посилення ірраціонального неспокою, нездатність зосередитися; депресія, відчуття провини, істерики, душевні страждання; втрата ідеалів, надій або професійних перспектив. Хворі відмічали появу нав'язливого бажання відпочити на початку робочого дня, байдужість до їжі; виправдання звичанн тютюну, алкоголю, ліків; збільшення частоти виникнення нещасних випадків (падінь, побутові та робочі травми, аварії). В цілому вищезазначені ознаки вважають характерним для СВ [3, 6, 17, 19, 21, 24, 34].

Відомо, що істотну роль у патогенезі так званих межових психопатологічних станів, до яких належить СВ, відіграють порушення у системі ПОЛ-АОЗ. Дійсно, проведення додаткового біохімічного дослідження до початку лікування дозволило встановити пригнічення функціонального стану системи АОЗ на тлі підвищення ОГ та зменшення рівня ВГ з паралельним підвищенням активності процесів ліпопероксидації у сироватці крові хворих обох груп (табл. 1).

З даних, наведених у таблиці 1, видно, що на момент першого обстеження в усіх хворих з діагнозом СВ відмічалася зниження показників як ферментної, так і неферментної ланок системи АОЗ. Так, було встановлено зменшення активності СОД – у пацієнтів основної групи до $(14,1 \pm 2,1)$ МО/мгНв, тобто в 2,1 рази нижче норми ($P < 0,01$), а у хворих групи зіставлення – $(14,4 \pm 2,3)$ МО/мгНв, що було нижче норми в 2,05 рази ($P < 0,01$).

Активність КТ зазнавала різноспрямованих змін, а саме – її підвищення мало місце у 3 (9,7 %) хворих основної групи та у 4 (11,1 %) пацієнтів групи зіставлення; зниження – у 22 (71,0 %) хворих основної групи та (72,3 %) групи зіставлення; активність КТ в межах норми спостерігалася у 5 (16,1 %) випадків в основній групі та у 6 (16,6 %) групи зіставлення. В цілому встановлено, що у хворих основної групи активність КТ у цей період обстеження становила $(241 \pm 8,1)$ МО/мг Нв, у пацієнтів групи зіставлення – $(249 \pm 8,3)$ МО/мг, тобто даний показник був в середньому відповідно в 1,63 та 1,57 рази нижче норми $(392 \pm 11,0)$ МО/мг Нв; $P < 0,05$. При аналізі інтегрального індексу Φ , який сумарно характеризує співвідношення про- та антиоксидантних потенцій крові, було встановлено, що в усіх обстежених хворих на СВ коефіцієнт Φ був знижений (тому що активність СОД у всіх обстежених пацієнтів знижувалася, а рівень МДА, навпаки, підвищувався). У хворих основної групи зниження індексу Φ сягало $(404,5 \pm 9,5)$, у пацієнтів групи зіставлення – $(448,2 \pm 11,1)$, тобто кратність зменшення цього показника була відповідно 7,9 та 7,17 рази щодо показника норми ($P < 0,001$).

У результаті проведених досліджень було також встановлено, що в обох групах хворих мав місце дисбаланс у неферментній ланці системи АОЗ, а саме у системі глутатіону. Дійсно, рівень ВГ у крові обстежених був знижений і становив у хворих основної групи в

Таблиця 1

Біохімічні показники у хворих на СВ до початку проведення лікування (М±m)

Біохімічні показники	Норма	Групи обстежених хворих		P
		основна (n=31)	зіставлення (n=36)	
СОД, МО/мгНв	$29,5 \pm 1,4$	$14,1 \pm 2,1^{***}$	$14,4 \pm 2,3^{***}$	$> 0,05$
КТ, МО/ мгНв	$392 \pm 8,0$	$241 \pm 8,1^{**}$	$249 \pm 8,3^{**}$	$> 0,05$
Φ	3212 ± 24	$404,5 \pm 9,5^{***}$	$448,2 \pm 11,1^{***}$	$> 0,05$
ВГ, ммоль/л	$1,0 \pm 0,05$	$0,62 \pm 0,03^{**}$	$0,64 \pm 0,04^{**}$	$> 0,05$
ОГ, ммоль/л	$0,16 \pm 0,02$	$0,55 \pm 0,01^{***}$	$0,54 \pm 0,02^{***}$	$> 0,05$
ВГ/ОГ	$6,25 \pm 0,06$	$1,13 \pm 0,02^{***}$	$1,19 \pm 0,02^{***}$	$> 0,05$
МДА, мкмоль/л	$3,6 \pm 0,03$	$8,4 \pm 0,15^{**}$	$8,0 \pm 0,2^{**}$	$> 0,05$
ДК, мкмоль/л	$9,6 \pm 0,12$	$18,6 \pm 0,3^{***}$	$18,3 \pm 0,35^{***}$	$> 0,1$
ПГЕ, %	$3,1 \pm 0,06$	$9,3 \pm 0,8^{***}$	$9,0 \pm 0,6^{***}$	$> 0,1$

Примітка: вірогідність різниці по відношенню до норми * – при $P < 0,05$, ** – $P < 0,01$, *** – $P < 0,001$; стовпчик P – вірогідність різниці між показниками в основній групі та групі зіставлення.

середньому ($0,62 \pm 0,03$) ммоль/л, а у пацієнтів з групи зіставлення – ($0,64 \pm 0,04$) ммоль/л, що було відповідно у 1,6 та 1,5 рази нижче норми ($1,0 \pm 0,07$ ммоль/л; $P < 0,01$). Рівень ОГ у крові обстежених, навпаки, підвищувався – в обстежених основної групи до ($0,55 \pm 0,01$) ммоль/л, тобто в 3,6 рази вище норми, а в хворих групи зіставлення – до ($0,54 \pm 0,02$) ммоль/л, а саме у 3,1 разів вище за нормальні значення ($0,16 \pm 0,02$ ммоль/л). Коефіцієнт ВГ/ОГ у обстежених, що склали основну групу, дорівнював $1,13 \pm 0,02$, а у пацієнтів групи зіставлення – $1,19 \pm 0,02$, тобто був знижений відносно норми у 5,5 рази та 5,25 рази відповідно ($P < 0,001$).

Щодо показників ліпопероксидації до початку лікування були отримані наступні дані. В основній групі обстежених хворих підвищення вмісту у крові кінцевого метаболіту ПОЛ, а саме МДА дорівнювало ($8,4 \pm 0,15$) ммоль/л, тобто в середньому в 2,3 рази вище норми ($P < 0,01$). У групі зіставлення до початку проведення лікування концентрація МДА в сироватці крові була в 2,2 рази вище за норму ($P < 0,01$) і становила в середньому ($8,0 \pm 0,2$) ммоль/л ($P < 0,01$). Концентрація проміжних продуктів ліпопероксидації – ДК – у основній групі дорівнювала ($18,6 \pm 0,3$) мкмоль/л та у групі зіставлення ($18,3 \pm 0,35$) мкмоль/л, що в перевищувало норму відповідно у 1,94 ($P < 0,001$) та 1,9 рази ($P < 0,001$) при відсутності вірогідних розбіжностей між рівнем ДК в обох групах в цей період обстеження (рис. 1).

З метою дослідження впливу процесів пероксидації ліпідів на стан еритроцитарних біомембран було також проаналізовано вираженість перекисної резистентності еритроцитів за показником ПГЕ, який у хворих основної групи дорівнював ($9,3 \pm 0,8$) %, що було вище норми у середньому в 3,0 рази ($P < 0,001$), а в групі зіставлення – ($9,0 \pm 0,6$) %, що перевищувало нормальні значення у 2,9 рази ($P < 0,001$).

Повторне вивчення біохімічних показників системи ПОЛ-АОЗ було проведено після завер-

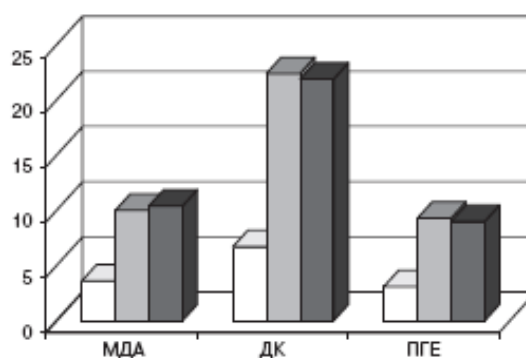


Рис. 1. Показники ПОЛ у хворих на СВ до початку лікування: □ – ряд 1; ■ – ряд 2; ■ – ряд 3

шення курсу лікування: в групі зіставлення – загальноприйнятого, в основній – із застосуванням інтеллану. При цьому було встановлено, що в основній групі хворих на СВ за вказаний термін відмічена практично повна нормалізація вивчених показників, тоді як у хворих групи зіставлення, незважаючи на деяку тенденцію до покращання, значення даних показників на момент завершення лікування істотно відрізнялися як від показників норми, так і основної групи (табл. 2).

Як видно з даних, наведених у таблиці 2, в основній групі хворих на СВ у повній мірі реалізувався антиоксидантний ефект інтеллану, що сприяло нормалізації вивчених біохімічних показників. Дійсно, у хворих на СВ основної групи вихідна понижена активність СОД в ході лікування мала чітко виражену позитивну динаміку, а саме в основній групі активність СОД на момент завершення лікування досягла ($28,6 \pm 1,9$) МО/мгНв, що практично відповідає нормі.

У хворих на СВ групи зіставлення активність СОД виросла відносно початкового рівня лише в 1,56 рази, досягнувши при цьому ($22,5 \pm 1,8$) МО/мгНв, що було менше показника норми в 1,33 рази ($P < 0,05$) та актив-

Таблиця 2

Біохімічні показники у хворих на СВ після завершення лікування (M±m)

Біохімічні показники	Норма	Групи обстежених хворих		P
		основна (n=31)	зіставлення (n=36)	
СОД, МО/мгНв	29,5±1,4	28,6±1,2	22,5±1,8*	<0,05
КТ, МО/мгНв	392±8,0	382±6,2	322±8,2*	<0,05
Ф	3212±24	2875,1±28,6	1326,9±25,6**	<0,001
ВГ, ммоль/л	1,0±0,05	0,99±0,05	0,77±0,04*	<0,05
ОГ, ммоль/л	0,16±0,02	0,18±0,02	0,35±0,03**	<0,01
ВГ/ОГ	6,25±0,06	5,5±0,05*	2,2±0,03**	<0,05
МДА, мкмоль/л	3,6±0,08	3,8±0,15	5,46±0,2*	<0,05
ДК, мкмоль/л	9,6±0,12	9,7±0,12	13,8±0,18*	<0,05
ПГЕ, %	3,1±0,06	3,6±0,1	5,8±0,15*	<0,05

ності СОД у хворих основної групи в 1,27 рази ($P < 0,05$). Після лікування у пацієнтів основної групи відмічено нормалізацію показника активності КТ, тобто цей показник підвищився до $(382 \pm 6,2)$ МО/мгHb, що перевищувало вихідний показник у середньому в 1,6 рази ($P < 0,05$). У хворих із групи зіставлення, в яких також до початку лікування активність КТ була пониженою, теж відмічалася тенденція до нормалізації даного показника, однак менше виражена, ніж у обстежених із основної групи, тому активність КТ після завершення загальноприйнятого лікування становила лише $(322 \pm 8,2)$ МО/мг Hb, що було меншим за показник норми в 1,22 рази ($P < 0,001$).

Аналогічні дані отримані також відносно динаміки інтегрального коефіцієнта Φ [29]. У групі зіставлення індекс Φ дорівнював $(1326,9 \pm 25,6)$, що було в середньому в 2,42 рази нижче норми ($P < 0,001$) та в 2,14 рази нижче відповідного показника у хворих основної групи ($P < 0,01$). Щодо інтегрального коефіцієнту Φ у хворих основної групи, то цей показник наблизився до значень практично здорових осіб, а саме індекс Φ досягав $(2875,1 \pm 28,6)$.

Вивчення показників системи глутатіону після завершення лікування дозволило встановити підвищення вмісту ВГ та зниження ОГ у крові хворих обох груп, однак більш суттєвими були позитивні зміни у осіб, які склали основну групу. У той час, коли у хворих групи зіставлення спостерігали підвищення концентрації ВГ щодо вихідного рівня лише в 1,2 рази, у пацієнтів основної групи відмічено практично повне відновлення вмісту ВГ у крові. Отже, у осіб, які в комплексі лікування отримували інтеллан на момент завершення лікування рівень ВГ у крові зріс в середньому в 1,6 рази і становив при цьому $(0,99 \pm 0,05)$ ммоль/л, тобто практично відповідав нормі. У групі зіставлення рівень ВГ у цей період обстеження в середньому $(0,77 \pm 0,04)$ ммоль/л, однак при цьому залишався нижче як норми, так і аналогічного показника в основній групі ($P < 0,05$). Концентрація ОГ в ході лікування, навпаки, мала тенденцію до зниження, але також неоднаково виражену. В обстежених із основної групи даний показник знизився відносно початкового рівня у середньому в 3,1 рази, що практично відповідало нормі ($P > 0,1$), у групі зіставлення протягом лікування рівень ОГ у крові понизився у порівнянні з вихідним в 1,54 рази, та становив в середньому $(0,35 \pm 0,03)$ мкмоль/л, він залишався вище аналогічного показника основної групи в 2 рази ($P < 0,01$) та норми – в 2,1 рази ($P < 0,01$). Коефіцієнт ВГ/ОГ у пацієнтів основної групи становив у цей період обстеження $(5,5 \pm 0,03)$; у групі зіставлення – в середньому $(2,2 \pm 0,02)$, що свідчило про збереження дисбалансу з боку системи глутатіону у хворих групи зіставлення.

Аналогічні дані були отримані щодо показників ПОЛ (табл. 2). Концентрація МДА в обстежених основної групи понизилася відносно вихідного значення у середньому в 2,2 рази, тобто до $(3,8 \pm 0,15)$ мкмоль/л, що відповідало верхній межі норми ($P < 0,05$). У групі зіставлення даний показник знизився до $(5,46 \pm 0,2)$ мкмоль/л, тобто в 3,5 рази відносно вихідного значення, однак залишився вище норми в середньому в 1,52 рази ($P < 0,05$). Щодо рівня ДК, то у групі зіставлення даний показник в ході лікування понизився до $(13,8 \pm 0,18)$ мкмоль/л, що було нижче вихідного значення цього показника в середньому в 1,33 рази, але все ж таки залишався вірогідно вище норми в 1,44 рази ($P < 0,05$) та аналогічного показника в основній групі також у середньому в 1,44 рази ($P < 0,05$). Показник ПГЕ також знижувався після проведеного лікування як в основній, так і в групі зіставлення, при цьому його динаміка залежала від характеру лікування (рис. 2).

Так, в основній групі відмічалася зниження його рівня до верхньої межі норми $(3,6 \pm 0,3 \%)$. В цілому ПГЕ понизився в цій групі відносно початкового рівня у середньому в 2,6 рази ($P < 0,01$). У групі зіставлення ці зміни були менше вираженими, показник ПГЕ хоч і понизився відносно вихідного значення в 1,9 рази, однак перевищував як норму в 1,55 рази ($P < 0,05$), так і відповідний показник у основній групі в 1,33 рази ($P < 0,05$).

Отже, з наведених даних можна судити про позитивний вплив інтеллану на стан процесів ліпопероксидації, що проявляється зменшенням у сироватці крові концентрації проміжних та кінцевого метаболітів ПОЛ (МДА та ДК), а також зменшення активності пероксидації ліпідів біомембран, зокрема, мембран еритроцитів, про що свідчить зниження показника ПГЕ.

Отже, із вищезазначених даних можна зробити висновок, що включення інтеллану до курсу лікування пацієнтів, які страждають на СВ, забезпечує відновлення активності фермен-

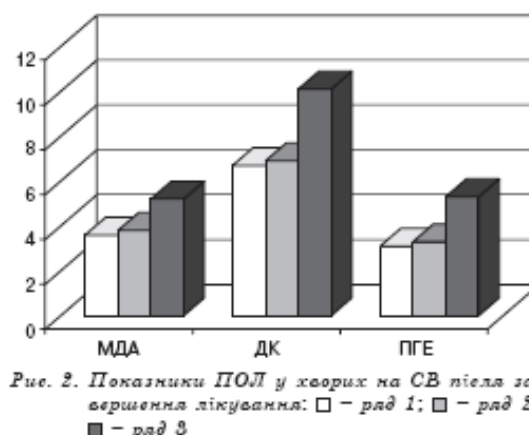


Рис. 2. Показники ПОЛ у хворих на СВ після завершення лікування: □ – ряд 1; ■ – ряд 2; ■ – ряд 3

тив системи АОЗ – СОД і КТ, ліквідацію дисбалансу у системі глутатіону, а також сприяє нормалізації процесів ліпопероксидації.

У клінічному аспекті застосування інтеллану сприяло покращанню загального самопочуття хворих, ліквідації загальної слабкості, покращання емоційного стану, нормалізацію сну, стабілізацію ваги тіла, підвищенню розумової та фізичної працездатності, в цілому пацієнти почали більш позитивно ставитися до своєї роботи і особистого життя.

Отже, отримані дані свідчать, що включення препарату рослинного походження інтеллану до комплексу лікування хворих на СВ патогенетично обґрунтоване та клінічно ефективно, оскільки даний засіб рослинного походження сприяє як ліквідації клінічних проявів захворювання, так і нормалізації показників системи ПОЛ-АОЗ.

Висновки

1. Клінічна картина СВ в обстежених пацієнтів характеризується наявністю астено-невротичної або астено-депресивної симптоматики (загальної слабкості, нездужання, підвищеної стомлюваності, напруження та скутості м'язів шиї і спини, дифузного головного болю, зниження апетиту та працездатності, дратівливості, емоційної лабільності, порушення нічного сну). Характерним для хворих з СВ є зниження об'єму пам'яті, концентрації уваги, фізичної і розумової працездатності, насамперед пов'язаної з виконанням професійних обов'язків.

2. При біохімічному обстеженні до початку лікування у хворих на СВ виявлено пригнічення ферментної ланки системи АОЗ, а саме суттєве зниження активності СОД – у середньому в 2,1 рази стосовно норми ($P < 0,001$), дорівнюючи при цьому $(14,1 \pm 2,1)$ МО/мгНв; активність КТ в цей період обстеження становила в середньому $(245 \pm 8,2)$ МО/мг Нв, що було в 1,6 рази нижче норми ($P < 0,001$); зниження інтегрального індексу Φ , сягало в середньому $(426,8 \pm 9,9)$, що було менш норми у 7,7 разів ($P < 0,001$). У обстежених пацієнтів

мав місце також значний дисбаланс у системі глутатіону – рівень ВГ у крові обстежених був знижений в 1,55 рази ($P < 0,01$) і становив у середньому $(0,63 \pm 0,03)$ ммоль/л, рівень ОГ у крові обстежених, навпаки, підвищувався в середньому в 3,35 рази ($P < 0,001$) і сягав $(0,55 \pm 0,02)$ ммоль/л, коефіцієнт ВГ/ОГ знижувався в середньому в 5,3 рази ($P < 0,001$) та дорівнював $1,16 \pm 0,02$.

3. У пацієнтів з наявністю СВ до початку лікування мало місце підвищення активності процесів ліпопероксидації, що відображалось у зростанні рівня кінцевого метаболіту ПОЛ – МДА в середньому до $(8,2 \pm 0,17)$ ммоль/л, що перевищувало нормальні значення у середньому в 2,2 рази ($P < 0,01$), рівень проміжних продуктів ПОЛ – ДК в середньому був більш норми у 1,92 рази ($P < 0,001$) та становив $(18,4 \pm 0,3)$ мкмоль/л. Показник ПГЕ дорівнював у середньому $(9,15 \pm 0,7)$ %, що було вище норми у середньому в 2,95 рази ($P < 0,001$).

4. Включення до комплексу лікування хворих на СВ сучасного комбінованого фітопрепарату інтеллану сприяло покращанню загального стану хворих, ліквідації в них астено-невротичної або астено-депресивної симптоматики. При цьому відмічалось покращання загального самопочуття, ліквідація загальної слабкості, покращання емоційного стану, нормалізація сну, стабілізація ваги тіла, підвищення розумової та фізичної працездатності, в цілому пацієнти почали більш позитивно ставитися до особистого життя та професійної діяльності.

5. Установлено позитивний вплив комбінованого фітозасобу інтеллану на стан показників системи АОЗ, зокрема, підвищення активності у крові ферментів – КТ і СОД, збільшення

вмісту ВГ, що обумовлювало ліквідацію дисбалансу у системі глутатіону, а також зниження активності процесів ліпопероксидації, що документовано нормалізацією вмісту продуктів ПОЛ – МДА та ДК у сироватці. Отже внаслідок лікування хворих з СВ за допомогою сучасного фітозасобу інтеллану поряд з позитивним

клінічним ефектом відмічається нормалізація співвідношення ПОЛ-АОЗ.

6. У подальшому можна бачити перспективним продовження досліджень механізмів фармакологічної дії фітозасобу інтеллану при лікуванні хворих на СВ, в тому числі вивчення його впливу на імунологічні показники.

Література

1. Андреев Л.И. Методика определения малонового диальдегида / Л.И. Андреев, Л.А. Кожемакин // *Лабор. дело.* – 1988. – № 11. – С. 41-43.
2. Барабой В.А. Биантиоксиданты / В.А. Барабой. – Киев: Книга плюс, 2006. – 462 с.
3. Бойко В.В. Синдром "эмоционального выгорания" в профессиональном общении / В.В. Бойко. – СПб.: Питер, 1999. – 216 с.
4. Бурлачук Л.Ф. Словарь-справочник по психодиагностике / Л.Ф. Бурлачук, С.М. Морозов. – СПб.: Питер, 2001. – 190 с.
5. Вайс Р.Ф. Фитотерапия: руководство / Р.Ф. Вайс, Ф. Финдельман; пер. с нем. – М.: Медицина, 2004. – 552 с.
6. Водопьянова Н.Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова. – СПб.: Питер, 2005. – 336 с.
7. Гаврилов Б.В. Анализ методов определения продуктов ПОЛ в сыворотке крови по тесту с ТБК / Б.В. Гаврилов, А.Р. Гаврилова, Л.М. Мажуль // *Вопросы мед. химии.* – 1987. – Т. 33, № 1. – С. 118-123.
8. Гитун Т.В. Лекарственные травы и корни / Т.В. Гитун. – М.: Мир книги, 2007. – 256 с.
9. Зборовская И.А. Антиоксидантная система организма. Ее значение в метаболизме. Клинические аспекты / И.А. Зборовская, М.В. Банникова // *Вест. Росс. акад. мед. наук.* – 1995. – № 6. – С. 53-60.
10. Интеллан: інструкція для медичного застосування препарату / Затверджена 22.01.2007 р. Наказом МОЗ України № 18.
11. Комарова Е.Л. Растения восстановительной терапии Готу Кола – gotu kola [Электронный ресурс]: Режим доступа www.naturalingredients.ru.
12. Королюк М.А. Метод определения активности каталазы / М.А. Королюк, Л.И. Иванова, И.Г. Майорова // *Лабор. дело.* – 1988. – № 1. – С. 16-18.
13. Лавренова Г.В. Полная энциклопедия основных лекарственных растений / Г.В. Лавренова, В.К. Лавренов. – М.: АСТ, 2007. – 796 с.
14. Лалач С.Н. Основные принципы применения статистических методов в клинических испытаниях / С.Н. Лалач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич. – Киев: Морион, 2002. – 160 с.
15. Лукьянов В.В. Синдром эмоционального "выгорания" и механизмы психологической защиты у психиатров-наркологов / В.В. Лукьянов // *Наркология.* – 2007. – № 3. – С. 47-51.
16. Мальцев Г.Ю. Методы определения содержания глутатиона и активности глутатионпероксидазы в эритроцитах / Г.Ю. Мальцев, Н.В. Тышко // *Гигиена и санитария.* – 2002. – № 2. – С. 69-72.
17. Оболенов А.А. Выгорание и увлеченность работой: в кн. *Современные проблемы и исследования синдрома выгорания у специалистов коммуникативных профессий / под ред. В.В. Лукьянова, Н.Е. Водопьяновой, В.Е. Орла [и др.].* – Курск: изд-во КГУ, 2008. – С. 99-105.
18. Оптимізація підходів до медичної реабілітації хворих із синдромами хронічної втоми і підвищеної стомлюваності із використанням фітопрепаратів / В.М. Фролов, Т.П. Гарник, В.В. Поканевич [та інш.] // *Фітотерапія. Часопис.* – 2007. – № 2. – С. 16-22.
19. Орел В.Е. Феномен "выгорания" в зарубежной психологии: эмпирические исследования и перспективы / В.Е. Орел // *Психолог. журн.* – 2001. – Т. 2, № 1. – С. 23-26.
20. Поберезкина Н.Б. Биологическая роль супероксиддисмутазы / Н.Б. Поберезкина, Л.Ф. Осинская // *Укр. биохим. журн.* – 1989. – Т. 61, № 2. – С. 14-27.
21. Полунина О.В. Синдромы увлеченности работой и выгорания: особенности взаимосвязей / О.В. Полунина // *Психолог. журн.* – 2009. – Т. 30, № 1. – С. 1-13.
22. Преображенский В. Современная энциклопедия лекарственных растений / В. Преображенский. – Донецк: ООО ПКФ "Бао", 2006. – 592 с.
23. Решетова Т.В. Психофармакология для врача общей практики / Т.В. Решетова. – М.: Знание, 2004. – 59 с.
24. Ронгинская Т.И. Синдром выгорания в социальных профессиях / Т.И. Ронгинская // *Психол. журн.* – 2002. – Т. 2, № 3. – С. 18-25.
25. Товстуха Е.С. Фітотерапія / Е.С. Товстуха. – Київ: Здоров'я, 1990. – 304 с.
26. Фитотерапия больных с синдромом психоэмоционального выгорания / В.М. Фролов, Т.П. Гарник, Н.А. Пересадин, В.С. Гришина // *Фітотерапія. Часопис.* – 2007. – № 1. – С. 22-29.
27. Фролов В.М. Синдром повышенной утомляемости – патогенетические и клинические аспекты / В.М. Фролов, Г.Н. Дранник // *Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: зб. наук. праць.* – Київ; Луганськ, Харків, 2001. – Вип. 6 (38). – С. 195-199.
28. Фролов В.М. Оптимізація підходів до медичної реабілітації хворих із синдромами хронічної втоми і підвищеної стомлюваності із використанням фітопрепаратів / В.М. Фролов, Т.П. Гарник // *Фітотерапія. Часопис.* – 2007. – № 2. – С. 16-22.

29. Чевари С. Определение антиоксидантных параметров крови и их диагностическое значение / С. Чевари, Т. Андял, Я. Штрэнгер // *Лаб. дело.* – 1991. – № 10. – С. 9-13.

30. Энциклопедия лекарственных растений (*La Sante par les plantes*) / Б. Арналь-Шнебеллен, П. Гетц, Э. Грассар, М. Юнен и др. – Б.м. "Ридерз Дайджест", 2004. – 350 с.

31. Юрьева Л.Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников (формирование, профилактика, коррекция). – Киев: Сфера, 2004. – 272 с.

32. Freudenberger H.J. Staff burn-out / H.J. Freudenberger // *J. of Issues.* – 1974. – Vol. 30. – P. 159-165.

33. Khare C.P. *Indian medicinal plants* / C.P. Khare. – Springer-Science, 2007. – 836 p.

34. Maslach C. *The Maslach Burn-Out Inventory Manual* / C. Maslach, S.E. Jackson. – Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press, 1986. – 220 p.

35. Pengelly A. *The constituents of medicinal plants. An introduction to the chemistry and therapeutics of herbal medicines* / A. Pengelly. – Sunflower herbaris, 2006. – 105 p.

36. *The ayurvedic pharmacopoeia of India.* – Government of India. Ministry of health and family welfare department. – Dely, 2007. – 862 p.

Надійшла до редакції 04.09.2009

УДК 616.22:612.035:159.9.018

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

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ФИТОПРЕПАРАТА ИНТЕЛЛАНА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ВЫГОРАНИЯ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА СОСТОЯНИЕ ЛИПОПЕРОКСИДАЦИИ И АКТИВНОСТЬ СИСТЕМЫ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ

Ключевые слова: синдром выгорания, интеллан, липопероксидация, система антиоксидантной защиты, лечение

Применение современного фитопрепарата интеллана в лечении больных синдромом выгорания обеспечивает нормализацию клинических и лабораторных показателей, характеризующих активность процессов липопероксидации и состояние 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 интеллана в комплексную программу лечения больных с синдромом выгорания. □

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

THE EFFICIENCY OF THE COMBINED PHYTO-REMEDY INTELLAN IN TREATMENT OF THE BURN-OUT SYNDROME AND IT'S IMPACT ON LIPOPEROXIDATION AND THE ACTIVITY OF ANTIOXIDANT SYSTEM

Key words: burn-out syndrome, intellan, lipoperoxidation, antioxidant system, treatment

The usage of the plant remedy intellan in the treatment of patients with the burn-out syndrome provides the normalization of clinical and laboratory indexes, characterizing the activity of lipoperoxidation and antioxidant protective system, that indicates the normalization of metabolic homeostasis and improving the quality of the patient's life. These results allow for considering the inclusion of intellan in the complex program of treatment of patients with the burn-out syndrome pathogenetic and clinically justified. □

УДК 616.232-002.2:616.36-003:615.322.61

■ Р.В. Разумный, к. мед. н., доц. каф. внутрішньої медицини № 2

■ Луганський державний медичний університет

ЭФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ФИТОЗАСОБУ АЛФАГИНУ В КОРРЕКЦИИ СИНДРОМУ ПОСЛЯИНФЕКЦИОННОЙ АСТЕНИИ У ХВОРИХ ПОСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОЙ НЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ НА ТЛИ СТЕАТОЗУ ПЕЧИНКИ В ПЕРИОДИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

В умовах великих промислових регіонів, зокрема Донбасу, які характеризуються високим рівнем забруднення довкілля, в тому

числі атмосферного повітря, зкидами та відходами промислових підприємств хімічної, металургійної, коксохімічної, горновугіль-