

ФІТОТЕРАПІЯ

науково-практичний
часопис

4'2017

ISSN 2522-9680

Передплатний індекс 06684

Заснований у березні 2002 року
Виходить щоквартально
УДК 615.322.61.57.014

Головний редактор

Гарник Т. П.

Редакційна колегія

Бойчук Т. М. (м. Чернівці)
Ветютнева Н. О. (м. Київ)
Весельський С. П. (м. Київ)
Геращенко І. І. (м. Київ)
Горбань Є. М. (м. Київ)
Гриценко О. М. (м. Київ)
Губський Ю. І. (м. Київ)
Дорошенко С. І. (м. Київ)
Жаліло Л. І. (м. Київ)
Івнєв Б. Б. (м. Київ)
Князевич В. М. (м. Київ)
Козименко Т. М. (м. Київ)
Коновалова О. Ю. (м. Київ)
(науковий редактор)
Копчак О. О. (м. Київ)
Корпачов В. В. (м. Київ)
Матяш М. М. (м. Київ)
Мегедь В. П. (м. Київ)
Марушко Ю. В. (м. Київ)
Мельник В. П. (м. Київ)
Назар П. С. (м. Київ)
Островська Г. В. (м. Київ)
Пономаренко М. С. (м. Київ)
Рибальченко В. К. (м. Київ)
Сенчук А. Я. (м. Київ)
Середа П. І. (м. Київ)
Скиба В. В. (м. Київ)
Скрипнюк З. Д. (м. Київ)
Товстуха Є. С. (Київська обл.)
Трохимчук В. В. (м. Київ)
Туманов В. А. (м. Київ)
(науковий редактор)
Харченко Н. В. (м. Київ)
Цуркан О. О. (м. Київ)
Чабан Т. І. (м. Київ)
Чекман І. С. (м. Київ)
Шаторна В. Ф. (м. Дніпро)
Янчій Р. І. (м. Київ)

Відповідальний секретар

Шураєва Т. К.

Засновники журналу

ВГО «Асоціація фахівців з народної
і нетрадиційної медицини України»

ПВНЗ «Київський медичний університет»
Журнал зареєстрований Міністерством юстиції України
(Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу
масової інформації Серія КВ № 22869-12769ПР)

Включено до рекомендованих видань Атестаційною
колегією МОН України від 28.04.2015 р.
(Наказ МОН України від 12.05.2015 р.
№ 528 п. 6, додаток 10 № 121)

Журнал є фаховим виданням
для публікацій основних результатів
дисертаційних робіт у галузі медичних,
фармацевтичних, біологічних наук.
(Рішення Атестаційної колегії МОН України
від 28.04.2015 р. Наказ МОН України від 12.05.2015 р.
№ 528, п. 6, додаток 10 № 121)

Рекомендовано до друку

Вченою Радою ПВНЗ «Київський медичний університет»
(Протокол № 4 від 28.11.2017).

Підписано до друку: 22.12.2017

Формат 60x90/8. Ум. друк. арк.

Облік.-видав. арк. Зам. № 1429 від 19.12.17

Наклад – 1000 прим.

Дизайн та верстка Школяренко Л. В.

Друк: ФОП Клевцова Г. Є.

м. Київ, вул. Кибальчича, 8 А, оф. 87

Тел. (044) 425-60-44,

e-mail: uhlpress@gmail.com

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до
державного реєстру видавців, виготовлювачів
і розповсюджувачів видавничої продукції
ДК № 5836 від 05.12.2017 р.

Адреса редакції:

01004, м. Київ, вул. Л. Толстого, 9,

ПВНЗ «Київський медичний університет»

тел.: (050) 353-03-26.

e-mail: phitotherapy.chasopys@gmail.com

www.uanm.org.ua

ЗМІСТ

Медицина

МЕДИЦИНА

**Л. В. Андріюк, В. М. Яцюк,
С. І. Федяєва**

Внутрішнє застосування мінеральних вод у
лікарській практиці 4

Н. О. Горчакова

Головні властивості компонентів фітозбору для
профілактики респіраторних захворювань 12

А. В. Хабарова, Я. А. Соцька

Динаміка клітинної ланки імунітету у хворих на
неалкогольний стеатогепатит на тлі перенесеного
інфекційного мононуклеозу при застосуванні
сучасних імуномодуляторів у періоді медичної
реабілітації 17

**Л. В. Андріюк, В. М. Яцюк,
С. І. Федяєва**

Принципи харчування осіб похилого
та старечого віку
(Огляд літератури) 22



Біологія та фармація

БІОЛОГІЯ ТА ФАРМАЦІЯ

І. В. Саханда, К. Л. Косяченко, Т. С. Негода

Характеристика чинників, які визначають
потребу у високоефективних лікарських
препаратах рослинного походження
для лікування серцево-судинних захворювань . . . 28

**Ю.Є. Шиморова, В. С. Кисличенко,
В. Ю. Кузнєцова, Н. А. Сущук**

Дослідження леткої фракції коренеплодів
пастернаку посівного (*Pastinaca sativa* L.) 34

**Я. В. Попова, О. В. Мазулін, І. А. Лукіна,
Г. В. Мазулін**

Дослідження фармакологічної дії ліофілізованого
екстракту з трави осоту звичайного
(*Cirsium vulgare* (Savi) Ten.) 37

**О. А. Кисличенко, В. В. Процька,
І. О. Журавель**

Дослідження жирних кислот у сланях пармелії
перлинової 40

КОНГРЕСИ, КОНФЕРЕНЦІЇ, СИМПОЗИУМИ МАТЕРІАЛИ КОНГРЕСУ

Т. П. Гарник

Звіт за результатами проведення наукового
конгресу з міжнародною участю «Сучасні
теоретичні та практичні аспекти розв'язання
і впровадження стратегії розвитку народної і
нетрадиційної медицини у первинну ланку
охорони здоров'я» 43

О. І. Волошин, В. П. Присяжнюк

Сучасні гепатопротекторно-жовчогінні
фітопрепарати в комплексному лікуванні
коморбідних уражень гепато-біліарної системи. . . 47

О. І. Волошин, О. І. Доголіч, Б. П. Сенюк

Особливості терапевтичної дії фітопрепарату
«Гепанекс» при захворюваннях печінки і
жовчовивідних шляхів. 48

Матеріали конгресу

Р. В. Разумний

Використання фітопрепарату «Імупрет» у медичній реабілітації хворих зі стеатозом печінки після перенесеної негоспітальної пневмонії. 48

В. О. Меньшова, В. І. Березіна

Інтродуковані лікарські рослини на присадибних ділянках. 49

Н. В. Мацко, О. В. Грабоус

Лікувальна дія ароматів. 50

С. В. Потоцька

Lobelia inflata. Випадки практичного застосування. 50

Н. І. Чекаліна, Ю. М. Казаков, Ю. Г. Бурмак, С. Є. Петров, С. В. Шуть, Т. А. Грибрат

Протизапальний вплив ресвератролу у хворих на ІХС та ІХС у сполученні з аутоімунним тиреоїдитом. 54

Н. В. Мацко

Лікування невротії лицевого нерву методами рефлексотерапії і фізіотерапії. 55

О. Л. Компанієць, С. М. Федоров

Вплив краніосакральної терапії на вегетативну нервову систему у пацієнтів з ознаками синдрому хронічної втоми і хворих на хронічну хворобу нирок V ступеня. 56

Л. О. Семенова

Рефлексотерапія Су Джок, її розвиток в Україні. 57

А. І. Парахін, В. В. Самбір, Р. В. Антюхов, В. А. Новохатній

Альтернативна медицина у США. 58

А. І. Мельник

Результати лабораторних досліджень впливу ефекту форми спіралі на біологічні об'єкти. 59

Матеріали конгресу

Ю. Д. Котляров

Методи традиційної китайської медицини в практиці сучасного лікаря. 61

І. Є. Валовень

Гнів в традиційній китайській медицині та його вплив на організм. 62

О. П. Глоба, І. В. Медков, О. В. Залевський, Б. О. Вихованець

Комплементарна реабілітологія: методи і форми професійного співробітництва різнопрофільних фахівців. 67

Т. В. Євтушенко

Особливості викладання методів діагностики давньої та сучасної традиційної медицини студентами випускних курсів. 69

Л. Я. Адегова

Керований стрес у рамках біологічної медицини. 71

Т. В. Чорна, А. П. Чуприков, І. О. Семенова

Місце альтернативної медицини і виховання в сучасній дитячій психіатрії. 74

О. Д. Осипенко

Нові авторські методики діагностики і корекції в астропсихології для формування позитивних життєвих цінностей людини. 75

О. Н. Соколенко

Роль і місце фунготерапії в наданні паліативної допомоги пацієнтам. 78

С. В. Семенова

Алгоритм здоров'я з позицій альтернативної медицини. 79

Інформація про конференції. 80

ВНУТРІШНЄ ЗАСТОСУВАННЯ МІНЕРАЛЬНИХ ВОД У ЛІКАРСЬКІЙ ПРАКТИЦІ

- Л. В. Андриюк, д. мед. н., проф., зав. каф. реабіл. та нетрадиц. мед.
В. М. Яцюк, к. мед. н., асист. каф. реабіл. та нетрадиц. терап. ФПДО
С. І. Федяєва, к. мед. н., асист. каф. реабіл. та нетрадиц. терап. ФПДО
- *Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького*

Водолікуванню, його прийомам і методам, використанню вод як для зовнішнього, так і внутрішнього застосування присвячено трактат у «Каноні лікарської науки», написаному найвідомішим таджицьким ученим Абу Алі Ібн Сіною (Авіцена) майже тисячу років тому. Але першими джерелами, що свідчать про успішне використання мінеральних вод (МВ) з метою лікування в древній Індії більше 5 тисяч років тому, є індійські веди – їхні розділи Аюрведи, Ригведи. Є дані про застосування МВ єгиптянами, асирійцями, вавілонянами та іудеями. Жителі Месопотамії використовували МВ близько 3 тисяч років тому [7].

Прийоми водолікування були запозичені з єгипетських джерел Піфагором (582-507 р. до н.е.) і перенесені в античну Грецію, де широко використовувалися і знайшли свій подальший розвиток у дослідженнях Гіпократів (460-377 р. до н.е.) [7].

Лікувальні властивості багатьох природних факторів відомі зі стародавніх часів і на території України використовувалися ще з античності. Так, перші закарпатські кам'яні басейни епохи Римської імперії (Гетодакійська купальня) для водолікування в місцях виходу мінеральних вод були прототипами сучасних бальнеологічних курортів [5, 7].

Перші відомості про наявність лікувальних мінеральних вод на території сучасної України стосуються Передкарпаття і належать до кінця XVI-початку XVII ст. Так, джерела курортів Шкла, Великого Любена, Немирова, Трускавця (Львівська область) описав видатний польський лікар В. Очко в 1578 р. Перші бальнеологічні курорти в Україні виникли на мінеральних водах у Шкло (1576 р.), Трускавці (1827 р.), Моршині (1877 р.) Львівської області, Березівці під Харковом (1862 р.) і Миргороді Полтавської області (1917 р.); грязеві – на Сакському озері в Криму (1799-1803 рр.), на Одеських лиманах (1828 р.), Слов'янських озерах у Донбасі (1832 р.), в Євпаторії (1890 р.) і Бердянську (1902 р.) [4, 5, 6, 7, 13].

На території України виявлено досить значні ресурси різних типів мінеральних лікувальних вод.

Гідромінеральне багатство України визначається наявністю таких мінеральних вод як вуглекислі, сульфідні, радонові, залізисті та миш'яковисті, йодні, бромні та йодо-бромні, борні, кременисті води, з підвищеним

вмістом органічних речовин та води без специфічних компонентів і властивостей [1, 2, 3, 4, 8, 10].

Лікувальні мінеральні води – це природні води, які містять в підвищених концентраціях мінеральні (рідше органічні) компоненти, різні гази або мають специфічні фізичні властивості: радіоактивність, температуру, активну реакцію середовища, завдяки чому вони виявляють на організм людини дію, що відрізняється від дії прісної води.

Основа МВ складають чотири взаємопов'язані компоненти: неорганічні мінеральні речовини, гази, органічні речовини і аутохтонна мікрофлора. Їх складний комплекс утворює слабодиссоціюючі суперкластери, властивості яких обумовлені хімічною природою МВ. Доведено, що чим більший ступінь впорядкованості структури МВ, тим краще вона засвоюється живим організмом, причому це положення більшою мірою є характерним для МВ слабкої мінералізації.

З огляду на складний вміст природних МВ, дослідники розглядають їх застосування як дію природного фізичного фактора, який надає комплексний лікувальний вплив. Дію МВ на пацієнтів визначають механічний, термічний і хімічний компоненти [7, 9, 11, 12, 14].

Механічний фактор МВ діє при прийомі води і викликає розтягнення стінок шлунка і подразнення барорецепторів, які знаходяться там. У процесі курсового лікування МВ періодично подразнюють нервові закінчення, розташовані в слизовій оболонці початкових відділів шлунково-кишкового тракту. Початковий рефлекс на прийняту воду виникає в ротовій порожнині. Подразнюючі нервові закінчення слизової оболонки порожнини рота, МВ рефлекторно змінює діяльність шлунка, при більш тривалій затримці МВ в порожнині рота її рефлекторний вплив більш виражений.

Термічний фактор МВ модулює моторну і секреторну діяльність шлунково-кишкового тракту, а також швидкість всмоктування в ньому хімічних речовин. Тепла вода зменшує надлишкову моторику шлунка, знімає спазм ворота, знижує секреторну активність шлунка. На відміну від неї, холодна вода стимулює рухову і секреторну активність шлунка, активує перистальтику кишечника і посилює дію хімічних речовин. Температура води впливає на швидкість переходу води зі шлунка в кишечник, тому що

холодна вода, посилюючи моторику шлунка і кишечника, переходить по шлунковому тракту значно швидше.

Чим глибша зона формування води, тим вища її температура. Мінеральні води за температурою поділяють на 4 групи:

- холодні (до 20 °С);
- теплі або субтермальні (< 20-35 °С);
- гарячі або термальні (< 35-42 °С);
- дуже гарячі (>42 °С).

Для питного лікування використовують прохолодну (25-30 °С), теплу (35-37 °С) і гарячу (40-45 °С) воду. Більшість джерел мінеральних вод на території України є холодними, тому найчастіше воду доводиться підігрівати до потрібної температури.

Провідним в дії природних питних МВ на організм є хімічний фактор – іонний склад прийнятих вод. Потрапляючи в травний тракт, іони, що містяться в МВ, рефлекторно стимулюють виділення слини, змінюють секреторну діяльність шлункових залоз, склад і властивості шлункового соку. Накопичуючись в крові, вони подразнюють хеморецептори судин і надають різноманітну рефлекторну дію на різні органи і тканини. У МВ виявлено близько 50 різних хімічних елементів, проте найчастіше зустрічаються і в основному визначають лікувальні властивості вод 6 іонів.

З окремих компонентів, що входять до складу питних МВ, найбільше значення мають катіони кальцію, натрію, калію і магнію.

Іони кальцію (Ca^{2+}) є месенжерами (вторинними посередниками) регуляції метаболізму клітин і регуляторами синаптичної передачі. Під дією кальцієвих МВ зменшується спазм гладких м'язів шлунково-кишкового тракту, гальмується моторна функція кишечника, відновлюється збудливість нейронів головного мозку, підвищується згортання крові. За рахунок протективної дії на клітинні мембрани і капілярне русло іони кальцію мають протизапальний вплив на слизову оболонку шлунка. Взаємодія катіонів кальцію і аніонів хлору формує легко всмоктувані з'єднання, що підсилюють ефект питного лікування.

Іони натрію (Na^+) активують калій-натрієву АТФ-азу базолатеральних мембран парієтальних клітин шлунка і індукують накопичення в цитоплазмі іонів калію, які за допомогою K^+/H^+ симпорту підсилюють транспорт протонів у просвіт шлунка. Іони натрію, потрапляючи в інтерстицій і кров, відновлюють осмолярність, що грає кардинальну роль в транскapілярному транспорті поживних речовин і рідини.

Іони калію (K^+) активують виділення соляної кислоти і беруть участь в окисному фосфорилуванні і реполяризації нейронів і гладких м'язів. У крові іони калію відновлюють ємність гемоглобінової буферної системи крові. Іони калію беруть участь у синтезі білка на рибосомах, стимулюють дефосфорилування вуглеводів на внутрішньоклітинних мембранах, а також посилюють гліколіз і гліконеогенез.

Іони магнію (Mg^{2+}) підсилюють ентеро-інсулярну вісь і стимулюють утворення гістогормонів шлунка. У крові вони відновлюють дефіцит іонів магнію, який розвивається при хронічних атрофічних гастритах. Такі іони, будучи коферментами ряду ключових ензимів гліколізу і протеолізу, беруть участь в обміні білків і вуглеводів, а також в реакціях фосфорилування АТФ і активації протеїнази.

Серед аніонів, що входять до складу МВ, виражену активність виявляють, перш за все, іони гідрокарбонату, хлору і сульфату.

Гідрокарбонатні іони (HCO_3^-) пригнічують цАМФ-залежне фосфорилування ферментів гліколізу і ліполізу і суттєво обмежують надходження відновних еквівалентів обміну жирів і вуглеводів в цикл трикарбоних кислот (Кребса) і на дихальний ланцюг мітохондрій. В результаті питного лікування такою водою гальмується утворення і перенесення протонів через апікальні мембрани парієтальних клітин в просвіт шлунка і секреція соляної кислоти. Нейтралізація вмісту шлунка гідрокарбонатом викликає рефлекторне підвищення секреції тонкого кишечника і підшлункової залози.

Аніони хлору (Cl^-) з'єднуються з іонами водню (H^+) у шлунку і утворюють соляну кислоту (HCl). Вони також стимулюють утворення кишкового соку, жовчогінну функцію печінки, підвищують інтенсивність гліколізу і ліполізу в паренхіматозних органах.

Іони сульфату (SO_4^{2-}) за рахунок пригнічення активності рецепторів антрального відділу шлунка гальмують секрецію і прискорюють евакуацію їжі. Вони практично не всмоктуються в кишечнику і підсилюють його рухову функцію, надаючи послаблювальну дію. У поєднанні з іонами калію сульфати активують мікросомальну ензимну систему печінки, ущільнюють судинну стінку, зменшують вміст внутрішньоклітинної води і слизу при запальних процесах слизової шлунково-кишкового тракту.

Органічні речовини, що входять до складу МВ, підсилюють мінеральний обмін і всмоктування води з кишечника і сприяють виробленню антибактеріальних і біологічно активних компонентів. Вони є похідними нафти або торфу і на 80-90 % представлені гумінами і бітумами, рідше зустрічаються нафтеніві кислоти і феноли. Органічні речовини, як правило, містяться в поверхневих холодних маломінералізованих водах. Вони сприяють розвитку у воді мікроорганізмів, що виробляють антибактеріальні, гормоноподібні і біологічно активні речовини. Проте при сумарному вмісті у воді більше 40 мг/л органічних речовин проявляється їх токсична дія [6, 7].

До найбільш поширених мікроелементів, які містяться в мінеральних водах, відносяться залізо, йод, бром, миш'як і кремній. Для того, щоб віднести воду до специфічної за наявністю в ній одного або декількох мікроелементів, користуються наступними критеріями.

Залізисті води повинні містити не менше 20 мг/л

заліза. Виділяють 2 основні різновиди залізистих мінеральних вод – гідрокарбонатні, які містять іони закисного заліза (Fe^{2+}) з концентрацією не вище 90 мг/л, і сульфатні («купоросні»), які відрізняються нерідко дуже високою концентрацією (до декількох г/л) іонів закисного окисного заліза. Щодо залізовмісних МВ України, таких як «Келечинська», «Пастильська», «Слов'яногірська» і деяких інших, то відомо, що залізо, яке міститься в МВ, всмоктується краще, ніж його синтетичні препарати. Води цього типу розріджують жовч, знижують рівень білірубину в печінковій порції жовчі та збільшують його вміст у міхуровій, чинять жовчогінну дію, нормалізують функціональний стан печінки, підвищують чутливість організму до ультрафіолетових променів, які стимулюють утворення вітаміну D [2, 5, 7, 8].

Йодні води повинні містити не менше 5 мг/л йоду. Вони за хімічним складом, як правило, хлоридно-натрієві або гідрокарбонатно-хлоридно-натрієві з мінералізацією 10-15 г/л, містять понад 10 мг/л йоду і незначну кількість бромиду. Йодовмісні води опосередковано впливають на фізичний та психічний розвиток, диференціювання та формування тканин, активність імунної системи та опірність організму, діяльність серцево-судинної і нервової систем, органів травлення і насамперед печінки, кишечника, психічний стан людини.

Бромидні води повинні містити не менше 25 мг/л бромиду. Вони в основній своїй масі є хлоридно-натрієвими з мінералізацією від 10 до 300 г/л, містять від 25 до 800 мг/л бромиду і незначну кількість йоду. Бромидні води використовують як седативний засіб при неврозах.

Йодо-бромидні води, як правило, є хлоридно-натрієвими з мінералізацією 10-25 г/л, вони містять 25-100 мг/л бромиду і 5-45 мг/л йоду. Ці води виявляють болезаспокійливу дію, покращують кровообіг, нормалізують функцію центральної нервової системи обмін речовин.

Миш'яковисті (арсеністні) води повинні містити не менше 0,7 мг/л миш'яку. Міститься, в основному, у вигляді арсеністої кислоти. Джерела арсеністних вод знаходяться, в основному, на Сахаліні, Кавказі в Закарпатті. Арсеністні МВ мають дуже виражену профілактичну і меншою мірою лікувальну дію при променевих ураженнях. Дають високий лікувальний ефект при захворюваннях, у патогенезі яких відбувається порушення клітинного обміну, зокрема при атеросклерозі, гіпертонічній хворобі, ревматизмі, подагрі, ІХС, порушеннях функції яєчників у хворих на хронічні аднексити, гіпертиреозі. Арсен впливає на функціональний стан печінки і ШКТ та бере участь у кровотворенні, тому арсеністні МВ показані хворим на захворювання органів травлення в комплексі з анеміями.

Крем'яністі води повинні містити не менше 50 мг/л кремнієвої кислоти. Ці води використовують при сечокислому діатезі, подагрі, цукровому діабеті із захворюваннях шлунково-кишкового тракту, особливо при зниженій шлунковій секреції.

Колір, прозорість, запах нормами не регламентуються. Чиста питна вода не повинна мати забарвлення і запаху, а

за ступенем прозорості воду умовно поділяють на прозору, злегка мутну, мутну і сильно мутну.

Смак. Смак води має велике значення для пізнання генезису підземних вод. Солонуваті або солоні підземні води дають змогу говорити про їх зв'язок із соленими відкладами або з породами, які містять підвищений вміст солей, чи показують на глибинне походження вод. Кислий смак може вказувати на наявність у воді вільних кислот (сіркової або вугільної). У першому випадку це буває пов'язано з присутністю сульфідних мінералів у водовмісних породах або покладами сульфідних руд на глибинах, з якими стикаються при своєму русі підземні води, у другому – з проходженням зон тектонічних порушень, по яких піднімається на поверхню вуглекисла вода.

Густина. Як відомо, дистильована вода при температурі 4 °С має густину, рівну одиниці. Але природна підземна вода завжди містить в собі деяку кількість мінеральних речовин, які потрапляють в неї з повітря разом із атмосферними опадами та в результаті розчинення і вилугування порід, з якими вона стикається при русі в надрах земної кори. Тому її густина завжди більша за одиницю, причому чим більше в ній розчинених речовин, тим більша її густина.

Загальна мінералізація води. Загальна мінералізація (інтегральний критерій) – це сумарна кількість всіх розчинених у воді речовин, виражена в грамах на літр. За загальною мінералізацією мінеральні води поділяються таким чином: прісні – до 1 г/л, малої мінералізації – 1-5 г/л, середньої мінералізації – 5-15 г/л, високої мінералізації – 15-35 г/л, розсоли – 35-150 г/л, міцні розсоли – вище за 150 г/л (таблиця). Загальна мінералізація може бути незначною (менше 1 г/л), що наближає такі води до прісних. У той же час, максимальна мінералізація мінеральних вод може досягати 350-400 г/л. По загальній мінералізації мінеральні води поділяють на наступні групи :

- води малої мінералізації (> 1-5 г/л) ;
- води середньої мінералізації (> 5-15 г/л);
- води високої мінералізації (> 15-35 г/л);
- розсоли (> 35-150 г/л);
- міцні розсоли (> 150-350 г/л);
- дуже міцні розсоли (> 350 г/л).

Розсолами можуть бути підземні води, води солоних озер, лиманів і штучних водойм. За домінуючими хімічними елементами розрізняють хлоридно-натрієві, натрієво-кальцієві магнієво-кальцієві розсоли. Деякі з них містять в значній кількості бром, йод, залізо, сірководень. Зазвичай розсоли в розбавленому вигляді застосовують для ванн питного лікування.

Газовий склад води

Мінеральні води найчастіше містять вуглекислий газ, кисень, сірководень, азот, метан та радон. Для питного лікування найбільше значення мають води, що містять вуглекислий газ або радон. Вуглекислий газ стимулює секрецію та моторику шлунково-кишкового тракту при

концентрації його у воді понад 1 г/л. За вмістом вуглекислого газу мінеральні води поділяють на 3 групи:

- слабовуглекислі (> 0,5-1,4 г/л);
- середньовуглекислі (> 1,4-2,5 г/л);
- сильновуглекислі (> 2,5 г/л).

Розчинність газів обернено пропорційна температурі води, тому при необхідності дегазувати воду її слід підігріти.

Активна реакція середовища мінеральних вод

За реакцією середовища води, які використовують для питного лікування, поділяють на три групи:

- слабокислі (рН < 5,5-6,8);
- нейтральні (рН < 6,8-7,2);
- слаболужні (рН < 7,2-8,5).

Мінеральні води з рН меншим 5,5 та більшим 8,5 середину не вживають через можливість виникнення різких зрушень у кислотно-лужному стані організму, вони придатні для зовнішнього застосування.

Окиснювально-відновлювальний потенціал (Eh)

Показує інтенсивність окиснювальної чи відновлювальної дії системи і таким чином дає уявлення про природні умови формування підземних вод.

Для вод, які, без сумніву, мають лікувальний ефект, характерні від'ємні значення Eh, що вказує на розвиток в них анаеробних процесів бактеріального руйнування органічної речовини, особливо процесу сульфатредукції, який обумовлює появу у воді сірководню. Води, які характеризуються слабкими лікувальними властивостями, мають позитивне значення Eh (близько 100-300 мВ). Це вказує на те, що ці води формуються в перехідних окисно-відновних умовах.

Проведеними дослідженнями встановлений тісний зв'язок між величиною Eh вод і концентрацією в них сірководню і кисню. При вмісті сірководню більше 0,1 мг/л Eh води завжди має негативне значення. Однак, у зв'язку з невисоким вмістом сірководню у воді значення Eh не бувають нижчими – 40 мВ. Якщо у воді є сліди сірководню і вміст кисню сягає десятих часток міліграма на літр, то Eh змінюється від 200 до 100 мВ, іноді знижується до +40 мВ. Окисно-відновний потенціал розчинів, які містять кисню більше 1 мг/л (сірководень відсутній), становить 445-300 мВ, рідше 250 мВ.

Крім того, мінеральні води характеризуються вмістом макро- (NaCl, CaSO₄, CaCO₃, MgCO₃, FeCO₃, глинозем, SiO₂) та мікроелементів (Li⁺, Ba²⁺, Sr²⁺, Fe²⁺+Fe³⁺, Br, I, F, As, Mn, HPO₄, HBO₂, SiO₂, Ra, Rn та ін.) хімічного складу; вмістом органічних речовин (вуглеводні, феноли, бітуми, лізини, гумінові речовини, жирні кислоти та ін.), мікрофлори (бактерії), газів (CO₂, O₂, N₂, H₂S, CH₄ та ін.).

Радіоактивність мінеральних вод

Обумовлена вмістом радіоактивного газу радону. За вмістом радону розрізняють води:

- слаборадонові – 185-1480 Бк/л, або 5-40 нКи/л, або 14-110 од. Махе;
- середньорадонові – 1480-7400 Бк/л, або 40-200 нКи/л, або 110-550 од. Махе;

- високорадонові – вище 7400 Бк/л, мул вищий за 200 нКи/л, або вище 550 од. Махе.

Природні радонові води поширені переважно в гранітних породах, що містять уран і радій. Існують вуглекислі радонові води (курорт Хмільник), радонові води з підвищеним вмістом азоту (Белокуриха), холодні хлоридно-натрієві радонові розсоли. Проте більшість радонових вод відносяться до маломінералізованих (до 2 г/л, холодних (до 20 °С). Термальні радонові води є на курортах Белокуриха, Цхалтубо і Джети-Огуз.

Для питного лікування використовують високорадонові води з радіоактивністю від 100 до 13000 нКи/л. Такі води підсилюють секрецію і моторику шлунка, підвищують активність окиснювально-відновних процесів у печінці, знижують інтенсивність основного обміну, гальмуючи функції щитовидної залози, зменшують проникність клітинних мембран і за рахунок цього мають протизапальну і протисверб'яжну дію, знижують больові відчуття при захворюваннях суглобів і периферичної нервової системи, стимулюють імунобіологічну реактивність організму.

Формула хімічного складу мінеральної води

Основні дані, що характеризують певну воду, записують стисло у формулі М. Г. Курлова. На початку цієї формули позначається вміст в 1 л газу в грамах на літр, загальна мінералізація – буквою “М”, біля якої ставиться цифра, що відображає суму аніонів, катіонів і нерозщеплених молекул, розчинених у воді речовин (виключаючи вже вказаний газ) у грамах на літр. Потім у виді дробу записують аніони (в чисельнику) і катіони (в знаменнику) у відсотках; причому за 100 % приймається сума всіх аніонів, що є в даній воді і окремо – катіонів. Іони, що містяться у воді в кількості менше за 20 % за еквівалентною масою, які не визначають клас води, беруться в квадратні дужки. Після дробу вказують вміст у воді біологічно активних речовин в г/л, радіоактивність – вміст радону в Бк/л, потім вказують рН, температуру води на виливі.

Класифікації мінеральних вод в Україні

Перші критерії оцінки мінеральних лікувальних вод розроблені хіміком Грюнхутом і прийняті Наугеймською радою у 1911 р. За цими критеріями оцінювали 14 різних параметрів складу води, за перевищення яких вода, як вважали, змінювала якість питної на якість мінеральної, тобто лікувальної. Рівнозначними залишаються «сухий залишок» (мінералізація), вміст літію, стронцію, вуглекислоти, радону і та ін., тобто компонентів з бальнеологічними властивостями. Такий принцип виділення мінеральних вод з усього розмаїття природних вод залишився до теперішнього часу.

Перші критерії Грюнхута були отримані шляхом статичного опрацювання даних про склад «звичайних» питних вод і беззаперечно мінеральних, відомих з досвіду користування ними багатьох поколінь.

Відповідно до стану науки перші класифікації мінеральних вод були досить примітивними. Наприклад,

мінеральні води розподіляли на:

- а) непослаблювальні;
 - б) з незначною послаблювальною дією;
 - в) енергійно послаблювальні (класифікація Лиманна);
- або на:
- 1) муріатичні, тобто з вмістом кухонної солі;
 - 2) такі, що містять сірку;
 - 3) гіркі;
 - 4) вуглекислі;
 - 5) залістисті;
 - 6) лужні;
 - 7) термальні (залежно від авторства).

У 20-і роки ХХ століття в класифікаціях природних (і мінеральних в т. ч.) вод закріпився принцип аналізу хімічних властивостей (класифікації А. А. Лозинського, Н. С. Звоницького, С. А. Щукарева, Е. Е. Карстенса, В. А. Александрова та ін.).

У нижчеподаній таблиці коротко викладені дані щодо розвитку уявлень про бальнеологічні показники мінеральних вод, які стосуються тільки критеріїв розподілу мінеральних вод: від перших критеріїв Грюнхута, які стали основою практично в усіх країнах (колонка 2), до критеріїв, застосованих у «Класифікації мінеральних вод України» 2001 р. (колонка 4). У колонці 3 зібрані критерії, які застосовували у колишньому Радянському Союзі, зокрема в Україні. Критерії, в основному, наведені за відомою «Классификацией минеральных вод» Іванова-Невраєва.

Підхід класифікації Іванова-Невраєва до визначення критеріїв принципово відрізняється від підходу до перших критеріїв розподілу мінеральних вод. У класифікації Іванова-Невраєва більшість критеріїв аналізувалися на основі фармакотерапевтичної практики застосування лікарських засобів, які містять у своєму складі компонент (наприклад, йод, бром, залізо). Деякі критерії визначили за результатами різних дослідів (наприклад, вуглекислий газ, сульфід) [3, 5, 7].

Позиції класифікації Іванова-Невраєва закріпилися і, в принципі, залишаються одним з основних підходів до визначення критеріїв поділу мінеральних вод до теперішнього часу. Для деяких критеріїв (наприклад, мінералізації, концентрації кремнієвої кислоти) у цій класифікації підхід залишився старим – тобто порівняння та аналіз практично застосовуваних питних і мінеральних вод. Деякі критерії (літій, стронцій) були виключені зі списку біологічно активних речовин так само на основі порівняння лікувальних доз і вмісту цих речовин у відомих мінеральних водах. Критеріїв оцінки мінеральних вод щодо вмісту бору та органічних речовин автори не запропонували, вважаючи їх недостатньо вивченими. Класифікація Іванова-Невраєва була прийнята і протягом деякого часу була базою для розробки інших документів.

Нові дослідження, проведені після виходу класифікації, дозволили включити в наступні документи нові кри-

Таблиця

Порівняльні критерії поділу мінеральних вод

Основні показники	Перші критерії поділу мінеральних вод за Грюнхутом, 1911 р. (у дужках поправки 1932 р.)	Межі вмісту за діючими документами	Межі вмісту за новою класифікацією
Загальна мінералізація (загальний вміст розчинених солей)	Понад 1 г/л	Понад 1 г/л	Такі самі
Вміст CO ₂ вільної і розчиненої	250 (500) мг/л і більше	500 мг/дм ³ і більше	Такі самі
Вміст органічної речовини (у розрахунку на вуглець)	-	5-30 мг/дм ³	8-40 мг/дм ³ – води типу «Нафтуса», понад 40 мг/дм ³ – води типу «Брамштедт»
Вміст ортоборної кислоти (H ₃ BO ₃)	Метаборна кислота (HBO ₂) 1 г/л	35 мг/дм ³ і більше	Такі самі
Вміст метакремнієвої кислоти (H ₂ SiO ₃)	-	50 мг/дм ³ і більше	Ті ж самі
Вміст As	Гідроаксерніт (HAsCV) 1,3 мг/л	понад 0,7 мг/дм ³	0,7-2 мг/дм ³
Вміст Br	5 мг/л і більше	25 мг/дм ³ і більше	Такі самі
Вміст J	1,0 (5,0) мг/л	5 мг/дм ³ і більше	Такі самі
Вміст Li	1 мг/л	-	понад 5 мг/дм ³
Вміст Se	-	-	понад 10 мкг/дм ³
Вміст Ag	-	-	понад 0,1 мг/дм ³
Вміст Sr	10 мг/л	-	понад 0,001 мг/дм ³
Вміст Fe	Fe ²⁺ +Fe ³⁺ 10 (20) мг/л більше	Fe ²⁺ +Fe ³⁺ 10 мг/дм ³ і більше	Такі самі
Вміст Ba	10 мг/л	-	-
Вміст F	10 мг/л	-	-
Вміст H ₂ S _{заг} (H ₂ S+HS)	Титрована сірка 1 мг/л і більше	10 мг/дм ³ і більше	Такі самі
Вміст Rn	Понад 1,3 мкС (29 мкС)	180 Бк/дм ³ і більше	Такі самі

терії оцінки. Наприклад, для бору – 35 мг/л ортоборної кислоти, для органічних речовин – 5 мг/л (в СРСР) і 8 мг/л Сорг (у новій українській класифікації на основі досліджень, проведених в Україні). Уточнений критерій оцінки для заліза (Грюнхут – 10 мг/л, Іванов-Невраєв – 20 мг/л, ГОСТ 13273, ДСТУ 878-93 – 10 мг/л) [5, 7, 8].

З часу виходу класифікації Іванова-Невраєва минуло майже 40 років. Життя потребує введення нової класифікації.

У будь-якій класифікації мають бути виділені принципи (ознаки), які дозволяють окреслити предмет (об'єкт) класифікації, відрізнити його від інших природних об'єктів і на основі принципів класифікаційного розподілу створити можливість зручного практичного використання класифікації для конкретної мети. Цим пояснюється велика кількість класифікацій.

За даної ситуації кінцевою метою класифікації є систематизація знань про мінеральні води та їх лікувальні властивості у формі, максимально зручній для використання фахівцями різних галузей: гідрогеологами, які займаються пошуками, розвідкою та експлуатацією мінеральних вод, бальнеологами, які призначають лікування мінеральними водами, та іншими спеціалістами, які досліджують їх лікувальні властивості.

Нова «Класифікація мінеральних вод України» складена на основі аналізу минулого досвіду вивчення мінеральних вод, доступних документів і джерел літератури, останніх досягнень вітчизняної та зарубіжної науки. Класифікація починається з чіткого визначення предмета – мінеральних вод. Мінеральні води – це природні підземні води, які справляють на організм людини лікувальну дію, зумовлену підвищенням вмістом основних компонентів (гідрокарбонатів, сульфатів, хлоридів, кальцію, магнію, натрію, калію), специфічних компонентів (газового складу, мікрокомпонентного тощо), або специфічними фізичними властивостями (радіоактивність, температура, структура води, реакція води – рН, Еп тощо), що тією чи іншою мірою відрізняються від дії питної води.

Основною відмінністю предмета від критеріїв Грюнхута є чітке виділення мінеральних вод не тільки за власне критеріями (кількістю), а й за ефектом впливу (відрізняється від дії питної води). Таке формулювання прийняте на основі вивчення документів, що діють у сфері водного законодавства країн Європейського Союзу.

Таким чином, на основі накопиченого до ХХІ століття досвіду і знань лікувальну дію природних вод визначають три показники:

- 1) підвищений вміст її основних компонентів;
- 2) підвищений вміст специфічних компонентів;
- 3) специфічні фізичні властивості природних вод.

Специфіка медичного призначення великою мірою залежить від того, чи є у воді, наприклад, бром, чи його немає. Поряд з цим кальцій-, магній-, натрій (калій)-, хлор-, сульфат-, гідрокарбонат-іони називають «основними компонентами», оскільки вони мають висо-

кі кларки (належать до 1, 2 і 3 декад таблиці «парків В. І. Вернадського») і присутні в природних водах завжди. За даними бальнеологічних досліджень, існує достатньо типів вод, лікувальних тільки через кількісний та якісний склад основних іонів, тобто вод, в яких вміст специфічних компонентів не підвищений.

Інтегральним критерієм, що відображає присутність у воді основних компонентів, є мінералізація (сума основних компонентів). У поняття мінералізації входять також специфічні компоненти, проте їх підсумкова кількість не перевищує 1 % мінералізації. Цей інтегральний критерій – мінералізацію в 1 г/л – застосовують у світовій практиці для дещо формального розподілу питних і мінеральних вод. Конкретно мінеральні води мають тільки одне властиве їм значення – води, дія яких на організм відрізняється від дії питної води, що може бути застосоване з метою лікування. Цей критерій застосовують тільки з метою відокремлення вод за відсутності чогось кращого на сьогодні. Існування такої межі між питною і мінеральними водами не означає, що не можна пити воду з мінералізацією понад 1 г/л (це не рекомендується). Також це не означає, що не можуть бути лікувальними води з мінералізацією меншою за 1 г/л (за наявності специфічних компонентів або властивостей вони можуть бути лікувальними за низької мінералізації). Такий розподіл входить до різних нормативних документів, є основою для складання програм, розрахунків та ін.

До мінеральних вод відносять всі води, мінералізація яких перевищує 1 г/л, за умови доведення їх лікувальної дії. Це означає, що, застосувавши загальноприйнятну схему розподілу питних і мінеральних вод, ми переходимо безпосередньо до основної ознаки мінеральних вод. Ця основна ознака – наявність ефектів, відмінних від дії питної води. Такі бальнеологічні ефекти залежать від специфіки складу води. І отже, цей критерій означає, що ми визнаємо воду мінеральною, якщо сума основних компонентів перевищує 1 г/л, за умови встановлення лікувальних властивостей такої води. Інакше це не мінеральна (тобто лікувальна), а просто «мінералізована» вода.

Є ще одне цікаве питання, пов'язане з мінералізацією води і мінеральними водами. Мова йде про води з мінералізацією меншою за 0,1 г/л. Нові санітарні правила і норми (ДержСанПіН «Вода питна», наказ № 383 МОЗ України, 1996) встановлюють нижню межу мінералізації питних вод – 0,1 г/л на основі результатів численних досліджень, в яких встановлене при застосуванні такої води виникнення ефектів, відмінних від дії питної води. Це дає підстави віднести в майбутньому, після додаткових досліджень, такі води до мінеральних лікувальних. Дослідження, проведені з ультрапрісними водами, дозволяють зробити припущення, що їх специфічна дія на організм пов'язана не тільки з мінімальною концентрацією хімічних компонентів, а й з їх структурними особливостями.

Сучасний підхід до визначення критеріїв вмісту специфічних компонентів, за якими виділяють мінеральні во-

ди, дещо змінився з огляду на недоліки старих підходів. Для визначення критеріїв застосовують як багаторічний досвід, так і результати досліджень впливу складу питних вод, які вміщують в будь-яких невеликих кількостях специфічні компоненти, а також досліджень, проведених безпосередньо на курортах, токсикологічних досліджень, що входять до норм СанПіН, і т. ін.

Фізичні властивості води, пов'язані з її впливом на здоров'я, – найменш вивчена і розроблена галузь знань про мінеральні води. Загальна тенденція під час дослідження лікувальних властивостей води – це вивчення насамперед її хімічного складу. Фізичні властивості (рН, Еп, електропровідність, структурні особливості) мінеральних вод тільки-но почали привертати увагу дослідників, їх вивчення дало перші результати. В класифікації взятий до уваги досвід Росії та Японії в цій галузі.

Всього класифіковано 323 українських родовища і проявів мінеральних вод, їх упорядкований список додається до класифікації. У списку міститься класифікаційний порядковий номер типу води. За номером можна швидко знайти воду в класифікації і отримати з одного рядка класифікаційної таблиці такі відомості:

- 1) склад води, вказаний і формулою Курлова, повна назва води, шифр;
- 2) українські, російські та інші зарубіжні аналоги;
- 3) застосування води: внутрішнє, зовнішнє, комплексне;
- 4) застосування вод в Україні, Росії та інших країнах;
- 5) для вод зі специфічними компонентами – відомості про вміст цих компонентів;
- 6) для вод зі специфічними властивостями – відомості про ці властивості;
- 7) розташування родовища води по областях України.

У загальному списку родовищ і проявів додатково до порядкового номера типу води, за яким можна знайти всі зазначені відомості, ще раз вказано область України, в якій розташоване родовище або прояв даної мінеральної води, і зафіксоване джерело, звідки отримані відомості про мінеральну воду.

Механізм дії мінеральних вод при питному лікуванні

Залежить не тільки від хімічного складу, але і мінералізації. МВ малої мінералізації більшою мірою, ніж води високої мінералізації, полегшують надходження в загальний кровотік активних хімічних речовин, що коригують передачу нервового збудження. Встановлено, що мало мінералізовані МВ підвищують активність реакцій з рецепторів внутрішніх органів, тоді як високо мінералізовані гальмують їх або спотворюють, тому їх не використовують для внутрішнього прийому [6, 7, 11, 15].

Мінеральна вода реалізує свою дію:

- 1) за рахунок компонентів, які містяться в ній (іони, гази, органічні речовини) і температурного чинника;
- 2) за рахунок інформаційного сигналу, який несе в собі мінеральна вода, і реакції органів травлення на її прийом.

Умовно можна виділити:

1. Специфічні ефекти мінеральної води: хімічна дію всмокталася елементів води.

2. Неспецифічні системні ефекти мінеральної води: взаємодія мінеральної води з вмістом органів шлунково-кишкового тракту і вплив на органи-мішені, перш за все, на секреторні клітини слизової оболонки, вплив на регуляторні системи – нервові і гормональні. Вплив може бути прямим (на рецептори нервових і ендокринних клітин), дистантним, рефлекторним.

У механізмі загальної дії МВ при внутрішньому застосуванні виділяють 4 фази:

1. Фаза випереджальної готовності, обумовлена попередньою сприятливою настроюваністю до питного лікування і подальше виникнення обстановочного рефлексу.

2. Контактна фаза – пряма контактна дія, що реалізується двома шляхами. Перший – нервово-рефлекторний. Здійснюється внаслідок впливу імпульсів з рецепторних шляхів порожнини рота, шлунка і відділів ШКТ, внаслідок збудження смакових, термічних, хімічних та осмотичних рецепторів. Збудження передається кортикальним, субкортикальним регуляторним структурам, де формується відповідна реакція, спрямованість і інтенсивність якої визначаються складом води, її температурою та реактивністю рецепторів шлунка, кишок, печінки та жовчовивідних шляхів, а також самих кортикальних та субкортикальних утворень. Другий – негругуморальний: всмоктуючись в ШКТ хімічні елементи та гази, що містяться в МВ, надходять у внутрішнє середовище організму і, залежно від складу, впливають на процеси в клітинах, є пусковим механізмом різних ферментативних і гормональних реакцій.

3. Компенсаторно-відновлювальна фаза – відбувається трансмінералізація хімічних речовин, їхнього вибіркового депонування, включення в структуру деяких ферментів, вітамінів і гормонів, і виведення надлишків. Як наслідок, усувається порушена рівновага на клітинному, системному, організменному рівні.

4. Результативна фаза, або фаза післядії. Характеризується відновленням динамічної сталості внутрішніх середовищ організму на новому рівні, на новій функціональній основі. Специфічні реакції у відповідь на курсове застосування МВ зберігаються у вигляді стійких змін обмінних процесів, підвищення активності захисних та адаптаційно-приспосувальних реакцій організму.

Принципи внутрішнього застосування МВ з позицій рецептор-опосередкованої концепції базуються на засадах «окупаційної» теорії Кларка, згідно з якою ефективність лікування залежить, з одного боку, від спорідненості компонентів МВ до клітинних рецепторів, а з іншого – від кількості активних рецепторів, вільних від ксенобіотиків, метаболітів тощо.

Мінеральна вода, подразнюючи рецептори слизової оболонки ротової порожнини, виявляє рефлекторну дію на слиновиділення, шлунково-кишковий тракт, нирки, серцево-судинну систему. Подразнення мінеральною водою рецепторів ротової порожнини і його переднього

відділу чинить рефлекторний вплив, головним чином, на секреторну та моторну функції шлунка, а подразнення рецепторів слизової оболонки задніх відділів ротової порожнини і кореня язика переважно впливає на функції кишечника. Чим довше контактує вода з рецепторами, тим сильніше проявляється її «ротова» фаза дії.

Збуджуючи численні рецептори слизової оболонки шлунка і кишечника, вода рефлекторно діє на функції печінки, підшлункової залози, нирок та інших органів. Необхідно відзначити ще один важливий аспект впливу мінеральних вод на травну систему – їх здатність за рахунок модифікації діяльності травної системи ініціювати процеси формування адаптивно-компенсаторних процесів через активацію гіпофізарно-надниркової системи (АКТГ і кортизолу) і фізіологічного антагоніста інсуліну – панкреатичного глюкагону (Н. Д. Полушина зі співавт., 1997).

В цілому, механізм неспецифічного впливу мінеральної води на гормональну регуляцію обміну речовин і розвиток процесів адаптогенезу уявляється наступним чином.

Широкий спектр гормональних реакцій, ініційованих внутрішнім прийомом мінеральної води, пояснює доцільність її застосування при лікуванні різних соматичних захворювань. Важливо підкреслити, що, активуючи окремі ланки ендокринної системи, мінеральна вода може використовуватися для спрямованої корекції функціональної активності залоз внутрішньої секреції (кора надниркових залоз, щитовидна залоза, підшлункова залоза, гіпофіз і т.ін.). Проте основний свій неспецифічний біологічний потенціал вона реалізує через зміну метаболічних процесів, оптимізацію процесів енергогомеостазу, вдосконалення механізмів адаптогенезу.

Показово, що в умовах здорового організму внутрішній прийом мінеральної води також сприяє підвищенню гормональної секреції, збільшує «потужність» і адаптаційні резерви різних функціональних систем, що може бути використано для первинної профілактики соматичних захворювань.

Правила прийому мінеральних вод

1. Доза призначеної води може коливатися від 1 столової ложки до 1 склянки на один прийом, що залежить від ваги та віку хворого. Води прісні (до 1 г/л) можна приймати 30-35 мл на 1 кг ваги без будь-якої шкоди для організму. При загальній мінералізації води від 2 до 15 г/л рекомендується прийом дорослим у разовій дозі 3 мл кг ваги. Для дітей разова доза становить 2-3 мл/кг ваги (за показаннями доза може бути збільшена).

2. Зазвичай мінеральні води застосовують кімнатної температури. При хронічних гастритах і виразковій хворобі, особливо з підвищеною секреторною функцією, а також при хронічних холециститах, жовчнокам'яній хворобі показані теплі або гарячі води.

3. Мінеральна вода, вжита в різні терміни – до їжі чи після її прийому – має різну дію. Методики лікування різних захворювань мінеральними водами відрізняються одна від одної. Прийом мінеральної води натще є основою питного лікування, бо при цьому більш виражений контакт води зі слизовою оболонкою. При необхідності активізації органів травлення, мінеральну воду приймають за 15-30 хв. до їди. Для зниження активності – слід пити підігріту до 35-40 °С воду за 60-90 хв. до їди.

4. Кількість прийомів може бути різною і залежати від конкретного захворювання. Наприклад, при урологічних захворюваннях мінеральну воду показано пити 6 разів на день.

5. Мінеральну воду слід пити повільно, невеликими ковтками, виключенням є випадки, при яких необхідно викликати послаблювальний ефект та при підвищеній кислотності шлунка.

6. Тривалість курсу лікування мінеральними водами зазвичай становить 4-6 тижнів. Надмірно тривале вживання мінеральних вод призводить до вимивання солей з організму. Повторний курс лікування рекомендується проводити через 4-6 місяців.

Ефект профілактики і лікування захворювання буде значно кращим, якщо пити мінеральну воду прямо з джерела, тому що первинна фізико-хімічна складова властивості води може змінюватись при переливанні в ємності для зберігання.

Література

1. Иммунофармакология микроэлементов / А. В. Кудрин, А. В. Скальный, А. А. Жаворонков [и др.]. – М.: КМК, 2000. – 537 с.
 2. Звіт про науково-дослідну роботу. Медико-біологічна оцінка якості та цінності підземних вод джерела № 118 смт. Східниця Стрийського р-ну Львівської області на підставі доклінічних випробувань / Н. Драгомирецька, І. Заболотна, Т. Малихіна [та ін.]. УкрНДІ МР та К МОЗ України, 2013 р. – 38 с.
 3. Методи оцінки буферних властивостей мінеральних вод / Лемко І. С., Гайсак М. О., Лендъел М. П., [та ін.]: Метод. рекомендації МОЗ України / НПО-реабілітація МОЗ України. – Ужгород, 2001. – 12 с.
 4. Мінеральна вода джерела № 118 Східницького родовища і методики її внутрішнього застосування: методичні рекомендації /

Л. В. Андріюк та співав. – Львів – Трускавець – Східниця.: – 2016 – 38 с.
 5. Мінеральні води Закарпаття. Питне лікувальне використання / за ред. М.В. Лободи, Л.П. Киртич. – Ужгород: Іва, 1997. – 174 с.
 6. Минеральная вода «Нафтуся» / М.С. Яременко, С.В. Ивасивка, И.Л. Попович [и др.]. – К.: Наукова думка, 1989. – 144 с.
 7. Мінеральні води України / за ред. Е.О. Колесник, К.Д. Бабов. — К.: Купріянова, 2005. – 524 с.
 8. Нікіпелова О. М. Фізико-хімічний склад і мікробний ценоз мінеральних вод України, які містять умовно есенціальні мікроелементи бор та кремній / О. М. Нікіпелова, С. І. Ніколенко, Л. Б. Солодова // Укр. бальнеол. журн. – 2001. – № 4. – С. 59-64.
 9. Основи курортології: посібник для студентів та лікарів / за ред. М.В. Лободи, Є.О. Колесніка. – К.: Купріянова О.О., 2003. – 512 с.

10. Панова Л.Н. Морфо-функциональный анализ действия борсодержащих вод в норме и при экспериментальной язве желудка: Автореф. дис. ... канд. биол. наук. – М. – 1989.

11. Пономаренко Г.Н. Структурная организация и лечебные эффекты науральных и искусственных вод / Г.Н. Пономаренко // Наук.-практ. конф. з міжнарод. участю «Актуальні проблеми застосування мінеральних вод у медичній практиці», 23-25 жовтня, Трускавець-Моришин. – К., 2001. – С. 27-28.

12. Пономаренко Г.Н. Физические методы лечения в гастроэнтерологии / Г.Н. Пономаренко, Т.А. Золотарёва. – СПб., 2004. – С. 194-208.

13. Серебряна Л. А. Реабилитация больных с патологией органов пищеварения / Л.А. Серебряна // – К.: Здоровье, 1985. – 202 с.

14. Трускавецькі мінеральні води і методики їх використання: методичні рекомендації / А.Л. Драновський та співавт. – Трускавець.: – 2014. – 45 с.

15. Физиотерапия заболеваний желудочно-кишечного тракта: руководство для врачей / А.Г. Шиман, А.В. Шабров, А.В. Максимов, А.А. Крылов. – СПб.: – 1999. – 209 с.

16. Balneotherapeutic effects of high mineral spring water on the atopic dermatitis-like inflammation in hairless mice via immunomodulation and redox balance. Bajgai J and BMC Complement Altern Med. 2017 Oct 13;17(1):481. doi: 10.1186/s12906-017-1985-8.

Надійшла до редакції 07.11.2017

УДК 613.38+615.327

Л. В. Андриюк, В. М. Яцюк, С. І. Федяєва

ВНУТРІШНЄ ЗАСТОСУВАННЯ МІНЕРАЛЬНИХ ВОД У ЛІКАРСЬКІЙ ПРАКТИЦІ

Ключові слова: мінеральна вода, внутрішній прийом, класифікація, іонний склад, методики застосування.

Природні мінеральні води сприяють виникненню комплексу лікувальних ефектів на організм людини. В санаторно-курортній практиці широко застосовується внутрішній прийом мінеральних вод, однак механізм їх лікувального впливу для лікарів загальної практики маловідомий. Знання про класифікацію, механізм впливу, лікувальні ефекти тих чи інших мінеральних вод значно підвищать ефективність лікування і якість життя пацієнтів.

Л. В. Андриюк, В. М. Яцюк, С. І. Федяєва

ВНУТРЕННИЙ ПРИЕМ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД ВО ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Ключевые слова: минеральная вода, внутренний прием, классификация, ионный состав, методики применения.

Природные минеральные воды способствуют возникновению комплекса лечебных эффектов на организм человека. В санаторно-курортной практике широко применяется внутренний прием минеральных вод, однако механизм их лечебного воздействия для врачей общей практики малоизвестен. Знание о классификации, механизме действия, лечебных эффектах тех или иных минеральных вод значительно повысит эффективность лечения и качество жизни пациентов.

L. V. Andriyuk, V. M. Yatsiuk, S. I. Fediaieva

INTERNAL RECEPTION OF MINERAL WATERS IN MEDICAL PRACTICE

Keywords: ineral water, internal reception, classification, ionic composition, methods of application.

Natural mineral waters contribute to the occurrence of a complex of therapeutic effects on the human body. In sanatorium and resort practice internal reception of mineral waters is widely used, but the mechanism of their therapeutic effect is not well-known for general practitioners. Knowledge about the classification, mechanism of influence, therapeutic effects of certain mineral waters will significantly improve the effectiveness of treatment and quality of life of patients.



УДК 615.262.3:615.454

ГОЛОВНІ ВЛАСТИВОСТІ КОМПОНЕНТІВ ФІТОЗБОРУ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ РЕСПІРАТОРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

- Н. О. Горчакова, д. мед. н., проф. каф. фармакол.
- Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця

Пошук та дослідження перспективних природних джерел речовин, що мають антирадикальну, антиоксидантну активність є вельми актуальним завданням. Порушення природного балансу швидкості вільнорадикального окиснення і активності антиоксидантного захисту організму, що виникає під впливом несприят-

ливих факторів (забруднення середовища, хронічний і емоційний стрес, високий вміст легкозасвоювальних вуглеводів та жирів з одночасним пониженням біоантиоксидантів) відіграє значну роль в патогенезі багатьох захворювань дихальної, серцево-судинної, травної та інших систем. Лікарські рослини складають особливу

групу об'єктів дослідження завдяки високій біологічній активності та накопиченням в них низькомолекулярних антиоксидантів, тому прийом препаратів з лікарських рослин сприяє надходженню в організм біологічно активних речовин, що проявляють фізіологічно активну дію і можуть мати профілактичний і лікувальний вплив. До головних діючих речовин рослин належать флавоноїди, поліфеноли, ефірні олії, смоли, дубильні речовини, вітаміни та інші.

Корені народної медицини сягають глибокої давнини, коли люди стали не просто застосовувати дари природи з лікувальною метою, але також вирішували, в якій лікарській формі вони краще засвоюються [21]. Частіше за все готували рідкі витяжки з рослин або зборів у вигляді настоїв, відварів, чаїв. У стародавні часи значну увагу приділяли настоянкам і рідким екстрактам. Сьогодні розуміють, що мікстури можна виготовляти і сухими, тобто створити суху суміш лікарських засобів, більшість з яких рослинного походження, а потім готувати настої, відвари та чай вдома. У наш час фіточай є найбільш вживаною рідкою лікарською формою. Взагалі, фіточай – це чай, що готують з лікарських рослин. Він може являти собою збір трав, суміш з відібраного листя, коренів, кори або квіток.

Розрізняють фіточаї лікувальної, дієтичної спрямованості і для дітей. Окрім того, їх можна поділити в залежності від призначення на ті, що вживаються в якості профілактики або лікування, хоча між ними немає чіткого розподілу. Для приготування лікарських фітозборів застосовують лікарські рослини, які широко використовуються у народній, традиційній та класичній медицині, а також у сфері харчування. Вони мають низьку токсичність та ряд властивостей, що обумовлюють можливість застосування їх як дієтичних домішок – спеціальних продуктів харчування. Одним з таких фітозборів є запропонований протизастудний та протикашльовий фітозбір, прийом якого є вельми актуальним восени і навесні. До складу цього фітозбору входять рослини, витяжки з яких мають протикашльову дію, пригнічують прояви нежиті, поганого самопочуття: *бедринця ломикаменевого коріння (Pimpinella saxifraga)*, *вересу звичайного трава (Lespedeza hdiysa rioides)*, *липи європейської квітки (Tilia europea)*, *підбілу звичайного (мати-й-мачухи) листя й квітки (Tussilago furfara)*, *медунки лікарської трава (Pulmonaria officinalis)*, *ряска мала (Lemna minor)*, *чебрецю звичайного трава (Thymus serpyllum)*, *смородини чорної листя (Ribes nigrum)*. Кожний компонент відомий як надбання народної медицини або із сучасної фітотерапії.

Бедринця ломикаменевого насіння здавна застосовують у кулінарії, виготовленні кондитерських виробів у якості заміни анісу та кмину [46]. Лікарською сировиною є коріння, що містить 0,3 % ефірної олії, цимпінелін, ізоцим, пізелін, фурукумарини, ізоергантен, бергантен, дубильні речовини, камідь, сапоніни [5, 14]. Для медичних досліджень значення надають ефіру жирної кислоти фенілпропанолу [39]. Він росте на луках разом з іншими рослинами, в яких для медичних цілей важливішим є

коріння [36]. Відвар і настоянку з коріння призначають як протикашльовий засіб. Також у водних витяжках відмічають вітрогінну активність, здібність нормалізувати функцію травного каналу. Є також посилення на наявність седативного, протимікробного, протигрибкового, протималярійного, протипротозойного, протигельмінтного ефекту, здатність підвищувати лактацію [42].

Трава **вересу звичайного** містить флавоноїди, феноли, антоціани, таніни, стильбени, цукри, природні олії, каротиноїди, вітаміни і мінерали. Водні витяжки з рослини призначали в народній медицині для лікування захворювань сечовивідних шляхів, травного каналу при гострих респіраторних захворюваннях, при ревматоїдному артриті. У медичній практиці готували водні та водно-спиртові витяжки [32]. Є також відомості про приготування витяжок з квіток або квітучих верхівок, які також містять флавоноїди, кверцетин, міртицетин, глікозид арбутин, ефірні олії, полісахариди, їх почали призначати при серцево-судинних, нервових хворобах [20, 28].

Леспедеци копійчастої трава більш відома як нефропротекторний препарат. Траву заготовляють у фазі бутонізації і цвітіння. Трава містить до 2,5 % флавоноїдів, флавонолових глікозидів: кемпферол-3-0-робінозид, біокверцетин, сапонаретин, вітексин, орієтин, гомоорієтин, ізовітексин, аглікони флавоноїдів: кемпферол, кверцетин, катехіни, фенолкарболові кислоти [23, 30].

Витяжка з трави леспедеци копійчастої чинить значну діуретичну та гіпоазотемічну дію. Тому водні витяжки з трави рекомендують вживати при нефриті, нирковій недостатності, сечокам'яній хворобі [26]. За участю трави леспедеци копійчастої випускають фіточай «Байкальський» у фільтр-пакетах, гранулах, як біологічно активну домішку. З трави також отримують препарат Хелепін в таблетках, мазі, який ефективний при лікуванні оперезуючого і звичайного пухирцевого лишая, ринітів, отитів, аденовірусного кон'юнктивіту, епідермального кератокон'юнктивіту [15].

Липи європейської квітки є лікарською, харчовою, технічною, медоносною рослиною. Квітки липи містять глікозиди, гесперидин, тімацин, сапоніни, дубильні речовини, каротин, вітамін С, фітонциди, флавоноїди, ефірні олії зі спиртом фарнезолом, сапоніни, слиз, віск, вуглеводи, мінеральні речовини [6]. Більш детально визначений якісний склад жирних кислот. Відмічено превалювання ненасичених жирних кислот, з яких домінують ліноленова, лінолева, олеїнова кислоти. Були також виділені з дубильних речовин елагова кислота, катехін, епікатехін, з флавоноїдів – рутин, ізокверцетин, апігенін, лютеолін, з гідроксикоричневих кислот – хлорогенава, кофейна, п-кумарова, ферулова, розмаринова [17]. Головними діючими компонентами також вважають флавоноїди (кверцетин, кемпферол, похідні апігеніну) [37].

Водні витяжки з квіток липи призначають при гострих респіраторних захворюваннях. Вони мають жа-

рознижувальний ефект, потогінні властивості завдяки розширенню поверхневих судин, підвищенню функції потових залоз. Крім того, препарати з квіток липи підвищують діурез, посилюють секрецію шлункового соку, утворення жовчі, мають м'яку седативну дію. Водні витяжки з квіток при місцевому застосуванні виявляють в'язучу, протизапальну і протимікробну дію, застосовуються для полоскання ротової порожнини [6, 14]. У народній медицині застосовують при болях у шлунково-кишковому тракті; крупі, кору, судомах, жовчокам'яній хворобі, атеросклерозі [4]. Експериментально доведено, що препарати з різних сортів липи мають протимікробну, антиоксидантну та проти-пухлинну дію [41].

У фітотерапії також широко використовується трава, листя та квітки **підбілу звичайного** (мати-й-мачуха). Листя підбілу звичайного містить гіркі глікозиди, ситостерин, галову, яблучну, винну кислоти, сапоніни, полісахариди, інулін та декстрин, дубильні і слизові речовини, ефірну олію, каротиноїди. У квіткових кошиках є стерини, ефірна олія, барвні речовини, вітамін С, флавоноїди, алкалоїди піролізидинового ряду – сенкіркін, тузилазін [14]. За допомогою хроматографії ідентифікували аглікони флавоноїдів (кемпферол та кверцетин), флавонів (лютеолін, діосметин). Полісахариди підбілу вміщують галактуронан [38]. Установлено, що значною мірою в листках, квітках, коренях підбілу звичайного містяться калій, кальцій, магній. При цьому вміст важких металів знаходиться в межах допустимих концентрацій [10]. Активність рослини також пов'язують з вмістом секвітерпеноїдів [43], її прикладають до наривів, лікують запалення шкіри, запалення вен на ногах [28, 34]. В експерименті визначено спазмолітичну дію водного відвару листя [11]. Крім того, полісахариди з підбілу звичайного можуть підвищити ефективність і понизити токсичність цитостатиків при моно- і комбінованій терапії [25].

Трава **медунки лікарської** застосовується у народній медицині і кулінарії. Вона містить каротин, вітамін С, В, сапоніни, дубильні речовини, слиз, ранозагоювальний алантоїн, поліфеноли, а з мікроелементів – мідь, марганець, макроелементи ванадій, титан, срібло, нікель, стронцій, кремнезем. Як з трави, так і з підземних органів визначені кумарин, фенокарбонові кислоти, вітаміни С, РР, В₁, В₂, Е, пігменти, органічні кислоти. Переважно в траві і підземній частині накопичуються калій, кальцій, силіцій [16]. Діючі речовини можуть стимулювати ріст, кровотворення, функцію залоз внутрішньої секреції, витяжки можуть мати пом'якшувальний вплив за рахунок слизу. Витяжка з трави медунки проявляє відхаркувальну дію, полегшує стан при бронхіальній астмі, бронхітах, запальних захворюваннях дихальних шляхів, при станах, які супроводжуються сухим кашлем. У народній медицині його призначають при гострих респіраторних захворюваннях, у тому числі бронхолегеневих, а також при проносах, захворюваннях шлунково-кишкового тракту. Останнім

часом досліджена антиоксидантна дія трави медунки, антихолінестеразна активність та властивість інгібувати тирозиназу [40].

З народної медицини відомо, що представники роду ряска є лікарськими засобами. **Ряска мала** містить флавоноїди, полісахариди, амінокислоти, аліфатичні кислоти, фенілкарбонові кислоти, антоціани, тритерпенові сполуки. Був вивчений амінокислотний склад ряски малої, при цьому ідентифікували 18 протеїнів, протеїногенних амінокислот, у тому числі 3 незамінних. Замінні амінокислоти представлені моноамінодикарбоновими, діамінокарбоновими, гетероциклічними амінокислотами. Незамінні амінокислоти є моноамінодикарбоновими та діамінодикарбоновими амінокислотами [18]. Завдяки складовим компонентам витяжки з екстракту ряски малої проявляють антиоксидантну дію [33]. В експерименті на мишах установлено, що екстракт ряски малої в дозах 100 мг/кг, 200 мг/кг при пероральному введенні мишам на моделі карагенінового набряку проявляє протизапальну дію [9]. Галенові препарати ряски мають антимікробну, жарознижувальну, протизапальну, десенсибілізуючу, відхаркувальну, сечогінну дію. Відоме застосування витяжок з ряски при кропив'янці, вітиліго, бронхіальній астмі, артритях, запаленнях слизових оболонок дихальних шляхів, набряках, грипі. Лікувальну активність ряски малої пояснюють вмістом амінокислот, у тому числі незамінних, та моноцукрів [19].

Трава чебрецю також вважається медичною, харчовою, фітомеліоративною і декоративною рослиною [1]. З трави чебрецю отримують рідкий екстракт, що входить до препарату «Пертусин», який застосовують при захворюваннях дихальних шляхів. У науковій медицині витяжки з трави використовують як антисептичний, відхаркувальний, протиглислий засіб [24]. Відхаркувальну дію настою чебрецю вивчали на моделі рухливого мерехтливого епітелію стравоходу жаби. Доведено, що настій чебрецю збільшує рухливість мерехтливого епітелію стравоходу, що підтверджує його відхаркувальну активність [2].

Надалі, досліджуючи хімічний склад трави чебрецю, звернули увагу на інші складові частини рослини, крім тимолу, що можуть надавати йому антиоксидантну властивість, а саме вміст карвакролу, бета-каріофілену, гама-терпінену, парацімолу, ліналоолу, камфори, бета-пінену, альфатерпінеолу, борнеолу, цетіберону, флавоноїдів, дубильних речовин, камеді, урацилової, оліанової кислот, при цьому спирались на значний вміст у чабреці флавоноїдів, вітамінів, природних олій, кислот, танінів. Надалі були проведені експериментальні дослідження, які ствердили наявність в екстрактах з трави чебрецю антиоксидантної, протимікробної, протизапальної, спазмолітичної складових [35]. Саме наявність антиоксидантної властивості чебрецю стало підставою для включення його до складу відвару БАД Байкальський [27]. Встановлено, що вміст антиоксидантів в 1 мг олії чебрецю складає $1,41 \times 10^{-3}$ моль/л. Саме рослинні олії чебрецю рекомендують застосовувати як відхар-

кувальний, анальгезуючий засіб при гострих та хронічних бронхітах, при цьому брали до уваги і наявність протимікробної і спазмолітичної активності витяжки з трави чебрецю [3]. У зв'язку з накопиченням у середовищі мутагенів, проводиться пошук детоксикантів з антимутагенною дією. При проведенні експериментів встановили, що застосування соку чебрецю з кислотою налідиксовою та фурациліном має антимутагенну дію [10]. Експериментально доведена здатність екстракту чебрецю пригнічувати активність оксиду азоту і брати участь у взаємодії з протеїнами індукцибельної NOS [45]. У народній медицині витяжки з трави чебрецю використовуються при лікуванні дизентерії, болю у шлунку, спазмах, лікуванні жіночих хвороб, безсонні, захворюваннях серцево-судинної, нервової систем, туберкульозі та при різних порушеннях обміну речовин. Чебрець широко застосовують у парфумерії і харчовій промисловості задля ароматизації.

Пошук перспективних джерел біологічно активних сполук, у тому числі вітамінів, стає стратегічним завданням фармакологічної науки. Одним з центральних джерел полівітамінних продуктів вважають плоди чорної смородини. Дана сировина застосовується у медичній практиці у вигляді настоїв у складі полівітамінних зборів, які показані при бронхіальній астмі, пародонтозі, захворюваннях травного каналу, гломерулонефриті, порушеннях серцевого ритму, кардіоневрозах. Сок з ягід чорної смородини корисний при простуді та інфекційних захворюваннях [7].

Смородина чорна є харчовою, вітамінозною, ефіроолійною, лікарською, медоносною, фітонцидною рослиною. У науковій медицині висушені ягоди використовують як сечогінний, потогінний і вітамінний засіб, а сироп – для пом'якшення смаку мікстур. Листки містять вітамін С і застосовуються як вітамінний засіб. У народній медицині ягоди і листки вживають проти кашлю, гіпертонії, ревматизму. Смородина чорна – добрий весняний медонос, пилконос, відвідується і запилюється лише бджолами. З головних нутрієнтів у смородині превалюють засвоювальні вуглеводи, сума цукрів складає 6,6-15,4 %. У складі цукрів більше фруктози (4,2 %), менше глюкози (1,5 %) та сахарози (1 %). Незасвоювальні вуглеводи представлені клітковиною (до 3 %) і пектином (до 1,5 %). При дозріванні вміст пектинових речовин знижується, збільшується сахаристість, що обумовлено дією пектинази, яка каталізує гідроліз пектинових речовин до сахарів і накопичення їх за ступенем дозрівання. Важливою якістю пектинів є здатність адсорбувати бактеріальні токсини, іони важких металів, у тому числі радіонукліди, виводити з організму холестерин, попереджати розвиток атеросклерозу, запобігати окисненню аскорбінової кислоти та катехінів у свіжих плодах [22]. Смородина чорна містить велику кількість полівітамінів та біологічно активних речовин, серед яких найбільш цінні антоціани [8].

Плоди та ягоди смородини містять комплекси життєво необхідних речовин, таких як вітаміни С, В₁, В₂, В₆, В₉, А, РР, Е, винну та лимонну кислоти, дубильні речовини, фе-

нолокарбонові кислоти та їх похідні – кофейну, хлорогенову, п-кумарову, о-кумарову, неохлорогенову, протокатехінову, хінну, пектинові речовини, ефірну олію, флавоноли: кемпферол, кверцетин, мірицетин, кемпферол-3-глікозид, ізокверцетин, мирицетин-3-глікозид, кемпферол-3-рутинозид, антоціани – ціанідин і дельфінідин-3-софорозиди, пеларгонідин, ціанідин і дельфінідин-3-глікозиди, катехіни. У плодах міститься зола і мікроелементи – К, Са, Mg, а також мікроелементи Mn, Cu, Zn, Co, Mo, Cr, Al, Se, Ni, Sr, Pb, В. У листі міститься зола, макроелементи К, Са, Mg, Fe [29].

Головним компонентом жирнокислотного складу листя, пагонів та вичавок плодів смородини чорної є олеїнова, лінолева, ліноленова та стеаринова кислоти. Зазначали, що у всіх об'єктах переважають ненасичені жирні кислоти [12]. У вичавках смородини чорної в значній кількості накопичуються залізо, магній, мідь та кальцій, а вміст важких металів перебуває у межах допустимих концентрацій [13]. Експериментально встановили, що екстракт листя смородини чорної стимулює утворення оксиду азоту в ізольованих ендотеліальних клітинах та фрагментах аорти свині [44]. Екстракт плодів та листя чорної смородини модифікує мембрани еритроцитів, посилює їх стійкість до впливу вільних радикалів та ультрафіолетового опромінення, що пов'язують з впливом екстрактів на мембранні ліпіди [31].

Фітозбір, який представлений у статті, не містить наркотичних, психотропних та сильнодіючих речовин. Усі компоненти можуть використовуватися разом як новий продукт. Фітозбір можна рекомендувати як додаткове джерело біологічно активних речовин (ефірні олії, флавоноїди, вітаміни групи С та В) з метою загального зміцнення організму та сприяння зменшенню кашлю при гострих респіраторних захворюваннях, трахеїтах, бронхітах, пневмонії, що сприяє полегшенню симптомів застудних захворювань та має протизапальні, відхаркувальні, сечогінні властивості, усуває подразнювальний та непродуктивний кашель. Протипоказаннями є вагітність та період лактації, індивідуальна чутливість до компонентів фітозбору, запальні захворювання шлунково-кишкового тракту у стадії загострення, тромбоз, порушення системи згортання крові. Спосіб застосування та рекомендована добова доза: 1/3 чайної ложки порошку залити 100 мл окропу, настоювати протягом 2-5 хв., вживати дорослим та дітям віком від 6 років та старшим за 15 хв. до прийому їжі 2-3 рази на добу.

Таким чином, рослини, що входять до складу фітозбору, будуть зменшувати симптоматику хворих із запальними захворюваннями верхніх дихальних шляхів (трахеїту, бронхіту, бронхотрахеїту) в якості харчової домішки. Вважаємо, що відбувається реалізація адитивного ефекту біологічних чинників рослин, які визначають їх лікувальний ефект при респіраторних захворюваннях, адже в народній медицині витяжки з цих рослин призначали при застудних захворюваннях.

1. Банаева Ю. А. Исследование химического состава эфирного масла представителей рода *Thymus* L., произрастающих на Алтае / Ю. А. Банаева, Л. М. Покровский, А. В. Ткачев // Хим. растит. сырьё. – 1999. – №. 3. – С. 41-48.
2. Бубенчикова В. Н. Изучение отхаркивающей активности растений рода тимьян / В. Н. Бубенчикова, Ю. А. Старчак // Мед. вестн. Башкортостана. – 2013. – Т. 8, №. 5. – С. 78-80.
3. Варданян Р. Л. Антиоксидантное действие экстрактов омелы белой (*Viscum album* L.), произрастающей на различных деревьях / Р. Л. Варданян, Л. Р. Варданян, Л. В. Атабекян // Хим. журн. Армении. – 2011. – Т. 64, №. 3. – С. 335-343.
4. Гарник Т. П. Основы фармакогнозии і фітотерапії / Т. П. Гарник, В. М. Князевич, В. А. Туманов [та ін.] – Житомир: Рута, 2015. – 432 с.
5. Губанов И. А. 981. *Pimpinella saxifraga* L. – Бедренец-камнеломка / И. А. Губанов // Иллюстрированный определитель растений Средней России. В 3 т. – М.: Т-во науч. изд. КМК, Ин-т технолог. иссл., 2003. – Т. 2. – С. 644.
6. Довженко В. Р. Мир целебных растений / В. Р. Довженко, А. В. Довженко. – Минск: Беларусь. – 2000. – 117 с.
7. Егорова А. В. Анатомо-морфологическое исследование плодов черники обыкновенной (*Vaccinium myrtillus* L.) / А. В. Егорова, В. А. Куркин, Г. Н. Суворова [и др.] // Аспирант. вест. Поволжья. – 2011. – №. 5-6. – С. 244-246.
8. Егорова А. В. Изучение возможностей комплексного использования плодов черной смородины (*Ribes nigrum* L.) / А. В. Егорова, В. А. Куркин, А. М. Каримова // Извес. Самарс. науч. центра Академии Наук. – 2012. – Т. 14. – №. 1-9.
9. Замощина Л. А. Биологическая активность спиртовых извлечений из ряски малой (*Lemna minor* L.) в отношении процесса воспаления / Т. А. Замощина, Л. А. Никифоров, Е. Ю. Просекина, Т. А. Томова // Вест. Томск. гос. универ. Биол. – 2011. – №. 2. – С. 73-80.
10. Кацуба І. К. Мінеральні речовини листя, квіток і коренів *Tussilago farfara* / І. К. Кацуба, В. С. Кисличенко, О. М. Новосел // Фітотер. Час. – 2014. – №. 1. – С. 58-59.
11. Кацуба І. К. Вивчення морфологічних та анатомічних ознак листя мати-й-мачухи / І. К. Кацуба, В. С. Кисличенко, О. М. Новосел // Фітотер. Час. – 2012. – №. 1. – С. 74-76.
12. Кисличенко В. С. Дослідження жирнокислотного складу ліпідів смородини чорної / В. С. Кисличенко, Н. А. Суцук, В. Ю. Кузнецова // Фітотер. Час. – 2012. – №. 1. – С. 76-78.
13. Кисличенко В. С. Елементарний склад трави грициків звичайних та вичавок плодів смородини чорної / В. С. Кисличенко, Ю. С. Колісник, Н. А. Суцук, В. Ю. Кузнецова // Фітотер. Час. – 2013. – №. 4. – С. 53-55.
14. Липкан Г. Н. Лекарственные растения в медицине / Г. Н. Липкан // Энциклопедия. – Т. 3. – С. 475-478.
15. Лисюк Р. М. Рослини роду *Lespedeza* як перспективні джерела сучасних лікарських засобів / Р. М. Лисюк, Р. С. Дармограй // Фітотер. Час. – 2015. – №. 2. – С. 31-35.
16. Лобурцова М.С. Фармакогностичне вивчення медунки темної та створення субстанцій на її основі: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. фармац. наук: 15.00.02 «Фармацевтична хімія та фармакогнозія» / М. С. Лобурцова; Нац. фармац. ун-т. – Харків, 2012. – 20 с.
17. Луканюк, М. І. Фармакогностичне дослідження рослин роду *Tilia* L.: автореф. дис. канд. фармац. наук: 15.00.02 / М. І. Луканюк. – Х., 2013. – 26 с.
18. Никифоров Л. А. Изучение аминокислотного состава ряски малой (*Lemna minor* L.) / Л. А. Никифоров, М. В. Белоусов, Н. С. Фурса // Булл. сибир. мед. – 2011. – Т. 10, №. 5. – С. 74-77.
19. Никифоров Л. А. Сравнительное исследование веществ первичного обмена ряски малой (*Lemna minor* L.), ряски тройчатой (*Lemna trisulca* L.) и многокоренника обыкновенного (*Spirodella polyrrhiza* L. Schleid.) / Л. А. Никифоров, Н. С. Фурса, М. В. Белоусов // Булл. сибир. мед. – 2017. – Т. 16, №. 1. – С. 15-19.
20. Онегин С. В. Количественное определение суммы гидроксикоричных кислот в траве вереска обыкновенного из различных мест произрастания / С. В. Онегин, Н. С. Фурса // Рос. мед.-биол. вест. им. акад. И. П. Павлова. – 2007. – №. 3. – С. 97-103.
21. Панасенко Н. И. Народная медицина и удивительный мир растений глазами филолога, или диссертация на тему... / Н. И. Панасенко. – К.: Генеза. – 2005. – 232 с.
22. Петрова С. Н. Состав плодов и листьев смородины черной *Ribes nigrum* (обзор) / С. Н. Петрова, А. А. Кузнецова // Хим. растит. сырьё. – 2014. – №. 4. – С. 43-50.
23. Попова Н. В. Лекарственные растения мировой флоры / Н. В. Попова, В. И. Литвиненко. – Х.: СПДФО Мосякин ВН, 2008. – 510 с.
24. Рыжов В. М. Исследование возможности вторичной переработки шрота травы тимьяна ползучего как отхода производства лекарственного препарата «Пертуссин» / В. М. Рыжов, В. А. Куркин, Е. В. Степанова // Извес. Самар. науч. центра АН. – 2012. – Т. 14. – №. 1-9.
25. Сафонова Е. А. Повышение эффективности и снижение токсичности комбинации цислатина и этопозида с помощью полисахаридов *Tussilago farfara* L. / Е. А. Сафонова, К. А. Лопатина, А. М. Гурьев [и др.] // Рос. биотерапевт. журн. – 2016. – Т. 15, №. 1. – С. 98-99.
26. Товстуха Е. С. Фітотерапія / Е. С. Товстуха. – К.: Здоров'я. – 1990. – 304 с.
27. Цыбикова Е. Н. Антиоксидантная активность отвара БАД Байкальский-5 в экспериментах *in vitro* / Е. Н. Цыбикова, И. П. Убеева, Д. Н. Олейников [и др.] // Acta Biomed. Scien. – 2010. – №. 2. – С. 226-230.
28. Чекман І. С. Клінічна фітотерапія: навчальний посібник для студентів вищих медичних навчальних закладів / І. С. Чекман. – Видання 2-ге, доповнене. – Київ: Рада, 2006. – 656 с.
29. Шапошник Е. И. Биологически активные вещества плодов *Ribes* L. / Е. И. Шапошник // Науч. вестн. Белгород. гос. универ. Серия: Естественные науки. – 2011. – Т. 15, №. 9. – С. 239-249.
30. Штрыголь С. Ю. Лекарственные растения, почки и обмен мочевой кислоты: монография / С. Ю. Штрыголь, О. В. Товчига, О. О. Коїро, С. И. Степанова. – Нац. фармацевт. ун-т., Харьков: Титул, 2014. – с. 370-420.
31. Bonarska-Kujawa D. Biological Activity of Blackcurrant Extracts (*Ribes nigrum* L.) in Relation to Erythrocyte Membranes / D. Bonarska-Kujawa, S. Cyboran, R. Żyłka [et al] // Biomed Res Int. – 2014. – P. 1-13.
32. Dróżdż P. Extracts of forest herbs and fruits – the Antioxidant activity and the content of Biophenols / P. Dróżdż, K. Pырзыńska // 17th International Symposium and Summer School on Bioanalysis, 2-8 July 2017 Ohrid, Republic of Macedonia. – 2017. – P. 31.
33. Flores-Rojas N. C. Antioxidative stress responses in the floating macrophyte *Lemna minor* L. with cylindrospermopsin exposure / N. C. Flores-Rojas M. Esterhuizen-Londt, S. Pflugmacher // Aquatic Toxicol. – 2015. – Vol. 169. – P. 188-195.
34. Ghosh J. *Tussilago farfara* L., a promising ethnomedicinal plant of Sikkim / J. Ghosh, M. Midday, D. Maity // Explor. Anim. and Med. Res. – 2017. – Vol. 7, №. 1. – P. 100-103.
35. Hayrapetyan S. A. Antioxidant activity of creeping thyme (*Thymus Serpyllum* L.) in cumene oxidation reaction / S. A. Hayrapetyan, L. R. Vardanyan, R. L. Vardanyan // Chem. and Biol. – 2013. – Vol. 2. – P. 23-31.
36. Hovstad K. A. The importance of spring and autumn grazing for seedling establishment in semi-natural grasslands / K. A. Hovstad // The multiple roles of grassland in the European bioeconomy. Proceedings of the 26th General Meeting of the European Grassland Federation, Trondheim, Norway, 4-8 September 2016. – NIBIO, 2016. – P. 723-725.
37. Ieri F. Phenolic composition of "bud extracts" of *Ribes nigrum* L., *Rosa canina* L. and *Tilia tomentosa* M. / F. Ieri, M. Innocenti, L. Possieri [et al] // J. of pharmac. and biomed. anal. – 2015. – Vol. 115. – P. 1-9.
38. Kovaleva A. M. Phytochemical research of *Tussilago farfara* L. leaves / A. M. Kovaleva, A. P. Osmachko, M.V. Kryvenok // Topical issues of new drugs development : abstracts of XXIII international scientific and practical conference of young scientists and student, April 21, 2016. – Kh., 2016. – Vol. 1. – P. 79-80.
39. Martin R. Reinvestigation of the phenylpropanoids from the roots

of *Pimpinella* species / R. Martin, J. Reichling, H. Becker // *Planta med.* – 1985. – Vol. 51, № 3. – P. 198-202.

40. Neagu E. Antioxidant activity, acetylcholinesterase and tyrosinase inhibitory potential of *Pulmonaria officinalis* and *Centarium umbellatum* extracts / E. Neagu, G. L. Radu, C. Albu // *Saudi J. of Biol. Scien.* – 2016. – P. 1-8.

41. Nikolić M. Chemical composition, antimicrobial, antioxidant and antitumor activity of *Thymus serpyllum* L., *Thymus algeriensis* Boiss. and *Reut* and *Thymus vulgaris* L. essential oils / M. Nikolić, J. Glamočlija, I. C. Ferreira [et al] // *Industr. Crops and Prod.* – 2014. – Vol. 52. – P. 183-190.

42. Özbek H. Phenylpropanoids, Sesquiterpenoids and Flavonoids from *Pimpinella tragioides* Vill. subsp. *lithophila* (Schischkin) Tutin / H. Özbek, Z. Güvenalp, A. Kuruüzüm-Uz [et al] // *Records of Natur. Prod.* – 2016. – Vol. 10, №. 2. – C. 207.

43. Song K. Development of an efficient fractionation method for the preparative separation of sesquiterpenoids from *Tussilago farfara* by counter-current chromatography / K. Song, K. J. Lee, Y. S. Kim // *J. of Chromatogr. A.* – 2017. – Vol. 1489. – P. 107-114.

44. Tabart J. The leaf extract of *Ribes nigrum* L. is a potent stimulator of the endothelial formation of NO in cultured endothelial cells and porcine coronary artery rings // *J. of Berry Res.* – 2016. – T. 6. – №. 3. – C. 277-289.

45. Xu J. Chemical and biological profiles of *Tussilago farfara*: Structures, nitric oxide inhibitory activities, and interactions with iNOS protein / J. Xu, S. Xiaocong, K. Jing [et al] // *J. of Funct. Foods.* – 2017. – Vol. 32. – P. 37-45.

46. Zulfugarova P. Some Wild Food Plants of Apiaceae Lindl Family Spread in Azerbaijan Flora / P. Zulfugarova // *The 3rd Internat. Sympos. on EuroAsian Biodivers.* – Minsk, 2017. – P. 380.

Надійшла до редакції 24.11.2017

УДК 615.262.3:615.454

Н. О. Горчакова

ГОЛОВНІ ВЛАСТИВОСТІ КОМПОНЕНТІВ ФІТОЗБОРУ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ РЕСПІРАТОРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Ключові слова: фітозбір, склад та властивості компонентів.

У статті представлений фітозбір, який містить бедринця ломикомевого коріння, вересу звичайного траву, леспедеци копійчастої траву, липи європейської квітки, медунки лікарської траву, ряску малу, траву чебрецю звичайного, смородини чорної листя. Наведений склад рослин, застосування у науковій та народній медицині, деякі експериментальні дані. Також наданий спосіб вживання фітозбору.

Н. А. Горчакова

ОСНОВНЫЕ СВОЙСТВА КОМПОНЕНТОВ ФИТОСБОРА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Ключевые слова: фитосбор, состав и свойства компонентов.

В статье представлен фитосбор для профилактики респираторных заболеваний, который содержит бедренца камнеломкового корень, вереска обыкновенного траву, леспедеци копеечной траву, липы европейской цветки, медунки лекарственной траву, ряску маленькую,

траву тимьяна обыкновенного, смородины черной листя. Приведен состав растений, применение в научной и народной медицине, некоторые экспериментальные данные. Также представлен способ применения фитосбора.

N. A. Gorchakova

THE MAIN PROPERTIES OF THE PHYTOSPECIES' COMPOUNDS FOR THE RESPIRATORY DISEASES PROPHYLACTICS

Keywords: phytospecies, components' composition and properties.

In the paper, it is presented the phytospecies for the respiratory diseases prophylactics that contains of *Pimpinella saxifraga* root, *Calluna vulgaris* herba, *Lespedeza hedysauoides* herba, *Tilia euopaea* flores, *Tussilago farfara* leaves and flowers, *Pulmonaria officinalis* herba, *Lemna minor*, *Thymus serpyllum* herba, *Ribes nigrum* leaves. It is given the plants' composition, uses in scientific and ethnoscience medicine, some experimental results. It is presented the means of phytospecies dose.



УДК:616.36-002-003.826-07:616.322-022:615.32

ДИНАМІКА КЛІТИННОЇ ЛАНКИ ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ НА ТЛІ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ СУЧАСНИХ ІМУНОМОДУЛЯТОРІВ У ПЕРІОДІ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

■ А. В. Хабарова, аспір. каф. інфекц. хвор. та епідеміол.
Я. А. Соцька, д. мед. н, проф., зав. каф. інфекц. хвор. та епідеміол.

■ ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Поширеність неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖБП) в загальній світовій популяції варіює від 6,3 до 37,3%. Результатом такого патологічного стану є хронічне

запалення паренхіми печінки (неалкогольний стеатогепатит – НАСГ) і прогресування фіброзу [7, 12]. Саме НАСГ на цей час є однією з актуальних проблем сучасної гепа-

тології в медико-соціальному аспекті. Тенденція до збільшення частоти захворюваності на НАСГ в економічно розвинутих країнах зумовлена, насамперед, порушеннями ліпідного та вуглеводного обміну у вигляді ожиріння, цукрового діабету, гіперліпідемії і гіперхолестеринемії, синдромом кантамінації кишечника і т. д. [6]. За даними сучасних епідеміологічних досліджень, встановлено досить широке розповсюдження НАСГ серед мешканців екологічно несприятливих регіонів з високим рівнем забруднення довкілля ксенобіотиками, що стосується і великого промислового регіону Донбасу.

Існує певна модель патогенезу НАСГ, яка свідчить про вплив на паренхіму печінки так званих «двох ударів». «Первинний удар» характеризується збільшенням надходження в печінку вільних жирних кислот (ВЖК) і розвитком на цьому тлі стеатозу. Теорія «вторинного удару» об'єднує реакцію окиснення ВЖК і утворення продуктів перекисного окиснення ліпідів (ПОЛ), тобто виникає оксидативний стрес, який призводить до розвитку стеатогепатиту [1, 7, 8]. Згідно з даними сучасної літератури, відомо, що існує зв'язок між станом гепатобіліарної системи та тяжкістю багатьох інфекційних захворювань. В якості «вторинного удару» можуть виступати різні клінічні форми герпес-вірусної інфекції, у тому числі і вірус Епштейна-Барр (ВЕБ). Відомо, що інфекційний мононуклеоз (ІМ) нерідко супроводжується гепатомегалією поряд із змінами функціональних проб печінки та розвитком цитолітичного синдрому [1, 13]. Існує думка, що ВЕБ не чинить пряму цитопатичну дію, тим не менш, руйнування гепатоцитів пов'язано з токсичною дією вільних радикалів, які беруть участь у перекисному окисненні ліпідів та розвитку імунодефіцитних станів.

Доведено, що виражені порушення структурно-функціонального стану печінки при ІМ спостерігаються імунологічними змінами, а саме – Т-лімфопенією, дисбалансом субпопуляційного складу Т-лімфоцитів, зниженням числа Т-хелперів/індукторів (CD4+) та як внаслідок цього – зменшенням імунорегуляторного індексу CD4/CD8, а також суттєвим пригнічення функціональної активності Т-клітин за даними РБТЛ. Також доведено, що застосування загальноприйнятого лікування не забезпечує повної нормалізації вищевказаних порушень з боку клітинної ланки імунітету [5]. Вважається, що одним з основних способів підтримки нормального функціонування імунної системи і відновлення імунітету при порушенні його стану є застосування імуномодуляторів. Саме тому, виходячи з необхідності корекції імунного стану хворих на дану коморбідну патологію, можна вважати доцільним використання в програмі медичної реабілітації хворих імуноактивних препаратів. У нашому уявленні найбільш прийнятними для організму людини є препарати рослинного походження. В цьому плані нашу увагу привернула можливість застосування сучасного вітчизняного препарату імуноплюсу в поєднанні з імуномодулятором з інтерфероногенною і протівірусною активністю циклофероном з метою реабілітації.

Імуноплюс – це сучасний рослинний біогенний стимулятор з ехінацеї пурпурової, який має протизапальну та імуномодуючу дію, стимулює кістковомозкове кровотворення, активує показники клітинного імунітету, внаслідок чого збільшується число лейкоцитів. Підвищує фагоцитарну активність макрофагів і хемотаксис гранулоцитів, сприяє вивільненню цитокінів, збільшує продукцію інтерлейкіну-1 макрофагами, підсилює Т-хелперну активність. Також має позитивний вплив на стан гуморальної ланки імунітету, оскільки прискорює трансформацію В-лімфоцитів у плазматичні клітини. Препарат випускають у формі таблеток, кожна з яких містить у своєму складі 100 мг віджатого сухого соку з ехінацеї пурпурової [2].

Циклоферон – низькомолекулярний індуктор інтерферону, який здійснює протівірусну, імуномодуючу та протизапальну дію. Його імуномодуючий ефект виражається в активації фагоцитозу, нормалізації балансу між субпопуляціями Т – хелперів і Т – супресорів і корекції імунного статусу організму при імунодефіцитних станах різного походження.

Метою роботи було вивчення динаміки показників клітинної ланки при застосуванні комбінації препарату рослинного походження – імуноплюсу та індуктора ендогенного інтерферону – циклоферону у хворих на НАСГ на тлі перенесеного ІМ у період медичної реабілітації.

Матеріали та методи дослідження

Обстежено 68 пацієнтів з діагнозом НАСГ на тлі перенесеного ІМ у віці від 18 до 48 років, з них 36 чоловіків (52,9 %) та 32 жінки (47,1 %), які були поділені на дві групи. Перша група (33 пацієнта) отримувала в комплексі імуноплюс поряд з циклофероном з метою реабілітації, та друга (35 осіб), яка одержувала загальноприйнятну реабілітаційну терапію. Обидві групи були рандомізовані за віком, статтю та частотою загострень НАСГ. Діагноз НАСГ у свій час був встановлений у відповідності з протоколом діагностики та лікування органів травлення, а також на підставі даних анамнезу, клінічного та інструментального (УЗД органів черевної порожнини) обстеження, з обов'язковим урахуванням даних загальноприйнятих біохімічних показників [3, 4]. Наявність вірусної етіології ураження печінки в обстежених хворих виключалася шляхом дослідження маркерів гепатитів В та С у крові за методом імуноферментного аналізу (ІФА). Також критеріями виключення хворих із дослідження були аутоімунний гепатит, цироз печінки, зловживання алкоголем.

Збиралися дані анамнезу щодо тривалості хвороби печінки, а також особливостей перенесеного ІМ. У свій час діагноз ІМ був встановлений на підставі анамнезу захворювання, клінічної картини, лабораторних підтверджень у вигляді лімфоцитозу і наявності атипичних мононуклеарів понад 10%, виявлення специфічних антитіл класу IgM до капсидного антигену VCA, до раннього антигену (EA), до ядерного антигену (NA-1) в період гострої хвороби в сироватці крові методом ІФА, а також виявленням

методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) ДНК вірусу. На момент дослідження хворі перебували в стадії реконвалесценції, що підтверджувало підвищений вміст антитіл класу IgG до антигенів вірусу [11]. Обов'язковими умовами було виключення ВІЛ-інфекції, реплікативних інших форм герпесвірусних інфекцій: ВПГ^{1/2}, ВВЗ, ЦМВ, ВПГ 6.

Пацієнти обох груп отримували загальноприйнятую реабілітацію НАСГ у вигляді гепатозахисних препаратів рослинного походження, антиоксидантів (аскорбінова кислота, токоферолу ацетат), ентеросорбентів (полісорб, ентеросгель) [3]. Крім того, пацієнти першої групи додатково отримували імуноплюс по 1 таблетці (100 мг) 2 рази на добу всередину незалежно від часу прийому їжі протягом 20-25 днів та циклоферон по 150 мг (1 таблетці) внутрішньо 2 рази на тиждень.

При проведенні лабораторного обстеження в усіх хворих, що знаходилися під спостереженням, вивчали біохімічні показники, які характеризували функціональний стан печінки: рівень загального білірубину та його фракцій у сироватці крові, активність амінотрансфераз – АлАТ та АсАТ, показник тимолової проби, активність екскреторних ферментів – лужної фосфатази (ЛФ) та гаммаглутамілтранспептидази (ГГТП) уніфікованими методами.

При визначенні імунологічних показників, які характеризували стан клітинної ланки імунітету, аналізували вміст у периферійній крові популяцій Т- (CD3+) та В-лімфоцитів (CD22+), субпопуляцій Т-хелперів/індукторів (CD4+) та Т-супресорів/кілерів (CD8+), який вивчали у цитотоксичному тесті із застосуванням моноклональних антитіл (МКАТ). Вираховували імунорегуляторний індекс CD4/CD8, який трактували як співвідношення лімфоцитів з хелперною та супресорною активністю (Th/Ts). Функціональну активність Т-лімфоцитів вивчали за допомогою реакції бластної трансформації лімфоцитів (РБТЛ) при її постановці мікрометодом з використанням в якості неспецифічного мітогену фітогемаглютиніну (ФГА) [9].

Статистичну обробку отриманих даних проводилися з використанням пакету прикладних програм SPSS, розробленого в Стенфордському університеті (США). Для дослідження взаємозв'язку між кількісними ознаками застосовували кореляційний аналіз з використанням

коефіцієнта лінійної кореляції Пірсона (r). Зазначені імунологічні дослідження здійснювали до початку лікування та на наступний день після його завершення.

Результати дослідження та їх обговорення

Протягом диспансерного спостереження у низки хворих виявлялися клініко-лабораторні ознаки високої ймовірності виникнення загострення патологічного процесу у ГБС. У більшості хворих виявлялася тяжкість у правому підребер'ї, значна кількість пацієнтів скаржилася також на слабкість, нездужання, зниження емоційного тону. В цілому спостерігалися прояви астеничного, астено-невротичного, рідше астено-депресивного регістру. При об'єктивному огляді до початку проведення медичної реабілітації спостерігалася незначна субіктеричність склер більше ніж у половини пацієнтів, гепатомегалія різного ступеня вираженості.

У більшості обстежених хворих з НАСГ після перенесеного ІМ загальний білірубін був початково завищений (табл. 1). Так, концентрація загального білірубину в першій групі була збільшена в 1,2 рази відносно показника норми, у пацієнтів другої – приблизно в 1,3 рази. Крім того, до початку реабілітації вдалося виявити деякий синдром цитолізу: підвищення активності сироваткових амінотрансфераз – АлАТ у першій групі було більше норми в 2,6 разів і у другій групі – майже в 2,8 рази; АсАТ у першій групі – в 2,5 рази, а в осіб другої групи – більше нормальних значень майже в 2,4 рази. Показник тимолової проби, що свідчить про наявність диспротеїнемії, був в 1,25 та 1,3 рази вище норми відповідно. Рівень екскреторних ферментів у сироватці крові більшої частини хворих також незначно перевищував нормальні показники. Так, активність ГГТП була підвищена у пацієнтів першої групи в 1,07 рази, а у другої – в 1,09 рази відносно норми. Активність ЛФ у обстежених обох груп була збільшена приблизно в 1,3 рази відносно норми.

При імунологічному дослідженні до початку проведення медичної реабілітації у хворих на НАСГ на тлі перенесеного ІМ були виявлені незначні порушення з боку клітинної ланки імунітету, які характеризувалися наявністю Т-лімфопенії, зниженням кількості циркулюючих у периферійній крові CD4+–лімфоцитів при незначному зменшенні рівня CD8+–клітин у межах норми, та зменшенням

Таблиця 1

Динаміка лабораторних показників у хворих НАСГ на тлі перенесеного ІМ до реабілітації

Показник	Дані здорових осіб (норма)	Перша група 33 пацієнта	Друга група 35 пацієнтів	P
Білірубін заг., мкмоль/л	20,5±0,6	24,7±0,6*	25,8±0,7*	> 0,1
АлАТ, ммоль/л·г	0,59±0,03	1,56±0,04*	1,64±0,04*	> 0,1
АсАТ, ммоль/л·г	0,45±0,03	1,12±0,04	1,09±0,03	> 0,1
Тимолова проба, од.	4,0±0,1	5,03±0,3	5,2±0,4	> 0,1
ГГТП, мкмоль/л·г	1286±34	1372±18**	1401±22***	> 0,1
ЛФ, ммоль/л·г	2,99±0,12	3,74±0,18***	3,76±0,22***	> 0,1

Примітка: у табл. 1 та 2 вірогідність різниці відносно норми * – при P<0,05, ** – при P<0,01, *** – при P<0,001; стовпчик P – вірогідність відмінностей між показниками першої та другої групи

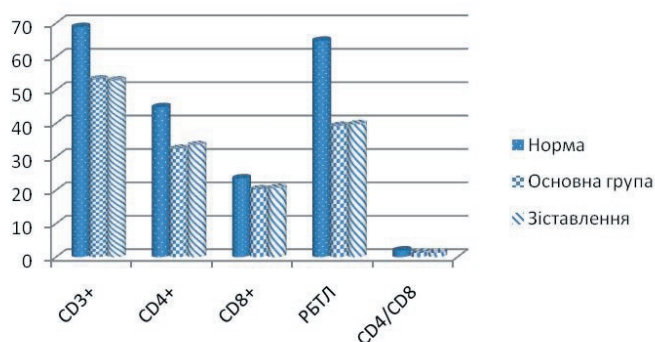


Рис. 1. Імунологічні показники до лікування

внаслідок цього імунорегуляторного індексу CD4/CD8 (рис. 1).

Кількість В-лімфоцитів у більшості обстежених осіб була в межах фізіологічної норми, або мала незначні відхилення в бік зменшення. Щодо імунорегуляторного індексу CD4/CD8, вдалося виявити, що він був значно знижений. Те ж саме стосується показника РБТЛ з ФГА, який відображає функціональну активність Т-лімфоцитів.

Якщо детальніше, то всі показники виглядали наступним чином: відносна кількість CD3+-клітин у крові пацієнтів першої групи була знижена в 1,29 рази відносно норми ($P < 0,01$), другої групи – приблизно в 1,3 рази ($P < 0,01$) (рис. 1), абсолютна кількість CD3+-лімфоцитів (тотальна популяція Т-лімфоцитів) – відповідно в 1,52 рази ($P < 0,001$) та 1,54 разів ($P < 0,001$). Відносна кількість CD4+-лімфоцитів була знижена в осіб першої групи в 1,4 рази ($P < 0,01$) та в осіб другої – в середньому в 1,3 рази ($P < 0,01$); абсолютна кількість CD4+-клітин знизилась в обох групах в 1,6 рази ($P < 0,001$). Показник CD8+ мав незначні зміни щодо нормальних значень. Імунорегуляторний індекс CD4/CD8 відповідно до показника норми був знижений приблизно в 1,6 рази ($P < 0,001$) в першій групі, а в другій – в 1,5 рази ($P < 0,001$). Показник РБТЛ з ФГА був знижений в середньому в 1,64 рази у пацієнтів першої групи ($P < 0,001$) та в другій – в 1,62 рази ($P < 0,001$).

При проведенні реабілітації з використанням комбінації препаратів «Імуноплюс» та «Циклоферон» більшість хворих першої групи вже через кілька днів від початку терапії відзначала істотне поліпшення загального самопочуття. Майже через тиждень у обстежених хворих з основної групи скарги на стан здоров'я вже були відсутні,

у тому числі з боку гепатобіліарної системи. У пацієнтів другої групи ми також спостерігали позитивну динаміку, однак менш активну: скарги на нездужання, загальну слабкість, підвищену стомлюваність, періодичні диспепсичні розлади і гіркота у роті затримувалися в середньому на тиждень відносно хворих першої групи.

У всіх пацієнтів, які отримували реабілітаційні заходи комбінацією препаратів «Імуноплюс» та «Циклоферон», достовірно знизилася і практично повністю нормалізувалися значення показників цитолізу, холестази (табл. 2), що підтверджує позитивний вплив на структуру мембран гепатоцитів. У хворих, які отримували загальноприйнятую реабілітацію, аналогічні показники також мали тенденцію до зниження, але менш активно, і залишалися відносно високими.

При повторному проведенні імунологічного обстеження після завершення медичної реабілітації була встановлена чітко виражена позитивна динаміка у вигляді збільшення імунологічних показників під впливом комбінації рослинного препарату з ехінацеї «Імуноплюс» та індуктора ендогенного інтерферону «Циклоферон». Так, у першій групі хворих відносна кількість тотальної популяції Т-лімфоцитів, що відображає показник CD3+, практично досягала межі норми та становила $65,3 \pm 1,7$, в другій – зберігався зниженим в 1,2 рази відносно норми, тобто становив $57,3 \pm 2,6$ (рис. 2). Абсолютна кількість Т-клітин (CD3+) у пацієнтів першої групи зросла після проведеної медичної реабілітації в середньому в 1,4 рази та досягла рівня $1,3 \pm 0,04$ Г/л, що відповідало нижній межі норми ($P > 0,05$), а другої – в 1,2 рази. Кількість CD4+-лімфоцитів (Т-хелперів/індукторів) у відносному обчисленні збільшилася щодо вихідного рівня в середньому в 1,3 рази та досягла показника $42,8 \pm 1,2$ %, ($P > 0,05$) у пацієнтів першої групи, а другої – $34,6 \pm 1,4$, що зовсім не досягала норми, тому що була все ще зменшена в 1,3 рази. Щодо абсолютного рівня CD4+-клітин, за даними діаграми, наочно видно, що у пацієнтів першої групи показник був практично на рівні норми, при цьому в другій групі був помітно нижче нормальних значень.

Імунорегуляторний індекс CD4/CD8 збільшувався під впливом медичної реабілітації у пацієнтів першої групи в середньому в 1,5 рази відносно вихідного рівня та досягав при цьому $1,92 \pm 0,04$, тобто відповідав межах норми, що не спостерігалось у хворих другої групи, а саме – показник становив $1,52 \pm 0,05$, що ніби і збільшилось в 1,2 рази

Таблиця 2

Динаміка лабораторних показників у хворих НАСГ на тлі перенесеного ІМ після реабілітації

Показник	Данні здорових осіб (норма)	Перша група 33 пацієнта	Друга група 35 пацієнтів	P
Білірубин заг., мкмоль/л	$20,5 \pm 0,6$	$18,5 \pm 0,4$	$21,8 \pm 0,6^*$	$> 0,1$
АлАТ, ммоль/л·г	$0,59 \pm 0,03$	$0,61 \pm 0,03$	$0,75 \pm 0,04^*$	$> 0,1$
АсАТ, ммоль/л·г	$0,45 \pm 0,03$	$0,48 \pm 0,03$	$0,54 \pm 0,04$	$> 0,1$
Тимолова проба, од.	$4,0 \pm 0,1$	$3,1 \pm 0,3$	$4,6 \pm 0,3$	$> 0,1$
ГГТП, мкмоль/л·г	1286 ± 34	1263 ± 31	$1278 \pm 25^{***}$	$> 0,1$
ЛФ, ммоль/л·г	$2,99 \pm 0,12$	$2,42 \pm 0,12$	$2,93 \pm 0,15^{***}$	$> 0,1$

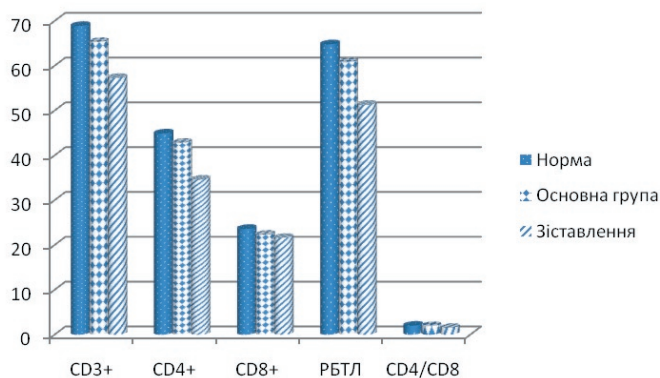


Рис. 2. Імунологічні показники після лікування

відносно вихідного, але все ж таки залишилося нижчим за норму в 1,3 рази. Показник РБТЛ з ФГА у хворих першої групи за період проведення реабілітаційних заходів з включенням комбінації імуноплюсу та циклоферону збільшився в середньому в 1,5 рази відносно вихідного рівня та досягнув значення $60,8 \pm 2,2$ %, що, знову ж таки, не спостерігалось у пацієнтів другої групи внаслідок того, що показник залишався нижчим за норму в 1,3 рази, хоча і збільшувався відносно попереднього також в 1,3 рази.

Таким чином, призначення комбінації рослинного препарату з ехінацеї пурпурної імуноплюсу та індуктора ендogenous інтерферону циклоферону сприяло практично повній нормалізації показників клітинної ланки імунітету: як кількісних, так і якісних (функціональних). Дані дослідження підтверджують, що обрана комбінація препаратів сприяє усуненню Т-лімфопенії, збільшенню кількості циркулюючих лімфоцитів у периферійній крові з фенотипом CD4+, нормалізації імунорегуляторного індексу CD4/CD8, що відображає співвідношення між Т-клітинами з Т-хелперною і Т-супресорною активністю, а також підвищенню показ-

ника РБТЛ з ФГА, що вказує на підсилення функціональної активності Т-клітин.

Висновки

1. Аналізуючи клінічні дані хворих на НАСГ на тлі перенесеного ІМ, було з'ясовано, що абсолютно всі пацієнти мали досить мляву клінічну картину, скаржилися на слабкість та нездужання, більшість пацієнтів відзначали незначну тяжкість у правому підребер'ї, періодичну гіркоту в роті.

2. До початку медичної реабілітації в обстежених пацієнтів виявлені дані, що свідчили про наявність уповільненого запального процесу в паренхімі печінки: незначне підвищення рівня загального білірубину, деяке збільшення активності амінотрансфераз, тимолової проби та ексcretорних ферментів.

3. Окрім того, у пацієнтів з НАСГ на тлі перенесеного ІМ при імунологічному дослідженні були виявлені деякі порушення з боку клітинної ланки імунітету, які характеризувались наявністю Т-лімфопенії, зниженням кількості циркулюючих у периферійній крові CD4+-лімфоцитів при зовсім незначних змінах числа CD8+-клітин, а також зниженням функціональної активності Т-лімфоцитів за даними РБТЛ з ФГА.

4. Включення до комплексу медичної реабілітації засобу рослинного походження з ехінацеї пурпурної – імуноплюсу та індуктора ендogenous інтерферону – циклоферону сприяє не тільки нормалізації клініко-біохімічних даних, але й нормалізації кількісних показників клітинної ланки імунітету та сприяє відновленню функціональної активності згідно даних РБТЛ з ФГА.

5. Таким чином, використання імуноплюсу та циклоферону з метою реабілітаційних заходів у пацієнтів з НАСГ на тлі перенесеного ІМ можна розглядати як патогенетично обґрунтовану схему і рекомендувати в клінічній практиці.

Литература

1. Жураковська Н. О. Роль процесів перекисного окиснення ліпідів у механізмах ураження печінки при інфекційному мононуклеозі // *Гепатол.* – 2014. – № 4. – С. 40-45.
 2. Імуноплюс: інструкція для клінічного застосування препарату / затверджена 16.11.2006 р. Наказом МОЗ України № 758.
 3. Наказ МОЗ України від 06.08.2014 № 826 Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Неалкогольний стеатогепатит».
 4. Наказ МОЗ України від 13.06.2005 № 271 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги хворим за спеціальністю Гастроентерологія».
 5. Степанов Ю. М. Особливості змін показників Т- та β-клітинного імунітету залежно від індексу маси тіла у пацієнтів з неалкогольною жировою хворобою печінки у поєднанні з ожирінням і патологією біліарного тракту / Ю. М. Степанов, О. Ю. Філіпова // *Укр. терапевт. журн.* – 2016. № 4. – С. 46-54.
 6. Філіпова О. Ю. Надлишкова маса тіла і ожиріння як причина прогресування ендogenous інтоксикації у пацієнтів з неалкогольною жировою хворобою печінки // *Запорж. мед. журн.* – 2016. – № 3 (96). – С. 63-66.
 7. Буторова Л. И. Неалкогольная жировая болезнь печени как проявление метаболического синдрома: эпидемиология, патогенез, особенности клинического проявления, принципы диагностики, воз-

можности лечения. – М.: Пособие для врачей, 2012. – 52 с.
 8. Звенигородская Л. А., Нилова Т. В., Петраков А. В. Перекисное окисление липидов и активность липопротеин-ассоциированной фосфолипазы А2 в сыворотке крови у больных неалкогольной болезнью печени // *Поликлиника.* – 2015. – № 4. – С. 9-15.
 9. Иммунология. Методы исследований / Под ред. И. Лефковитса, Б. Пернуса. – М.: Мир, 1983. – С. 188-212.
 10. Львов Н. Д. Ключевые вопросы диагностики Эпштейна-Барр вирусной инфекции / Н. Д. Львов, Е. А. Дудукина // *Инфекц. болезни: новости, мнения, обучение.* – 2013. – № 3. – С. 24-33.
 11. Кадаева С. Г. Показатели реактивации хронической инфекции вируса Эпштейна – Барр / С. Г. Кадаева // *Вест. молод. учен.* – 2015. – № 2. – С. 32-34.
 12. Полунина Т. Е. Неалкогольная жировая болезнь печени. Алгоритм диагностики и лечебной тактики. – М.: Пособие для врачей общей практики, терапевтов и гастроэнтерологов, 2014. – 32 с.
 13. Тотолян Г. Г. Течение хронических заболеваний печени различной этиологии у больных, инфицированных вирусами простого герпеса (ВПГ-1, ВПП-2, ВЭБ, ЦМВ): автореф. дис. к. мед. наук / Г. Г. Тотолян – М.: ВМедА, 2012. – 35 с.

Надійшла до редакції 13.11.2017

УДК: 616.36-002-003.826-07:616.322-022:615.32

А. В. Хабарова, Я. А. Соцька

ДИНАМІКА КЛІТИННОЇ ЛАНКИ ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ НА ТЛІ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ СУЧАСНИХ ІМУНОМОДУЛЯТОРІВ У ПЕРІОДІ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Ключові слова: неалкогольний стеатогепатит, інфекційний мононуклеоз, імуноплюс, циклоферон, реабілітація.

Проведено вивчення клітинної ланки імунітету у хворих з неалкогольним стеатогепатитом на тлі перенесеного інфекційного мононуклеозу. Дослідження продемонструвало, що в таких хворих відмічається Т-лімфопенія, зниження кількості CD4+-лімфоцитів, імунорегуляторного індексу та функціональної активності Т-лімфоцитів. Включення до комплексу медичної реабілітації хворих на НАСГ на тлі перенесеного ІМ імуноплюсу та циклоферону сприяє прискоренню нормалізації клініко-біохімічних показників, позитивній динаміці показників клітинної ланки імунітету, а також збереженню довготривалої ремісії.

А. В. Хабарова, Я. А. Соцкая

ДИНАМИКА КЛЕТОЧНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ НА ФОНЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ СОВРЕМЕННЫХ ИМУНОМОДУЛЯТОРОВ В ПЕРИОДЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Ключевые слова: неалкогольный стеатогепатит, инфекционный мононуклеоз, имуноплюс, циклоферон, реабилитация.

Проведено изучение клеточного звена иммунитета у больных с неалкогольным стеатогепатитом на фоне перенесенного инфекционного мононуклеоза. Исследование продемонстрировало, что у таких больных отмечается Т-лимфопения, снижение количества CD4+-лимфоцитов, иммунорегуляторного индекса и функциональной активности Т-лимфоцитов. Включения в комплекс медицинской реабилитации больных с НАСГ на фоне перенесенного ИМ иммуноплюса и циклоферона способствует ускорению нормализации клинико-биохимических показателей, положительной динамике показателей клеточного звена иммунитета, а также сохранению долговременной ремиссии.

A. V. Khabarova, Ya. A. Sotskaya

DYNAMICS OF CELLULAR IMMUNITY IN PATIENTS NONALCOHOLIC STEATOHEPATITIS ON THE BACKGROUND OF INFECTIOUS MONONUCLEOSIS IN THE APPLICATION OF MODERN IMMUNOMODULATORS IN PERIOD OF MEDICAL REHABILITATION

Keywords: non-alcoholic steatohepatitis, infectious mononucleosis, immunoplus, cycloferon, rehabilitation.

The study of cellular immunity in patients with non-alcoholic steatohepatitis on the background of infectious mononucleosis. The study demonstrated that these patients with marked T – lymphopenia, decrease in the number of CD4+lymphocytes, immunoregulatory index, the functional activity of T-lymphocytes. Incorporating to the complex medical rehabilitation of patients with NASH with IM in the background while using immunoplus and cycloferon accelerates normalization of clinical and biochemical indicators, positive dynamics of indicators of cellular immunity and maintain long-term remission.



УДК 612.673.9:612.3

ПРИНЦИПИ ХАРЧУВАННЯ ОСІБ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ (Огляд літератури)

- Л. В. Андріюк, д. мед. н., проф., зав. каф. реабіл. и нетрадиц. мед.
В. М. Яцюк, к. мед. н., асист. каф. реабіл. та нетрадиц. терапії ФПДО
С. І. Федяєва, к. мед. н., асист. каф. реабіл. та нетрадиц. терапії ФПДО
- *Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького*

В Україні, як і в усьому світі, число людей, старших 60-ти років, в суспільстві зростає, найвищі темпи зростання чисельності відзначені для населення у віці 80 років і старше. У похилому і старечому віці частота захворювань внутрішніх органів надзвичайно велика. Ними страждає більше як 90 % осіб цього вікового періоду.

За даними Американського товариства нутриціологів 2017 р., завданням охорони здоров'я є прогнозоване подвоєння у світовій популяції людей у віці більше 60 р. до 2050 року, особливо в регіонах, що розвиваються. У цьому огляді підкреслюється роль науки про харчування в просуванні здорового старіння і поліпшення прогнозу у випадках захворювань, пов'язаних з віком. Це служить

для виявлення ключових прогалин в знаннях для забезпечення достатнього обсягу харчування для здорового старіння. Також обговорюються рекомендації з управління для кількох найбільш частих хронічних захворювань, поширених у процесі старіння населення, в тому числі зниження когнітивних функцій і деменції, саркопенії і порушення імунітету до інфекційних захворювань.

Для нормального функціонування організму потрібно більше як 600 найменувань поживних речовин. Сам організм людини може виробляти лише невелику частину з них – решта надходить з їжею. З різних причин раціон сучасної людини далекий від ідеалу. Нещодавно проведено в Європі дослідження довело, що і у здорових літніх

людей нерідко відзначаються порушення харчування, білково-енергетична недостатність харчування в поєднанні з дефіцитом мікронутрієнтів.

Старіння людини – закономірний біологічний процес. Але затримати старіння, уповільнити інволютивні процеси можна за допомогою правильного способу життя, раціонального режиму і характеру праці та відпочинку, контрольованої фізичної активності, правильного харчування, враховуючі циркадні ритми організму, і, звичайно, відмови від куріння і зловживання алкоголем.

Відомо, що старіння організму характеризується поступовим зниженням інтенсивності обмінних процесів, що лежать в основі життєдіяльності організму. Це виражається в зниженні показників основного обміну, споживання кисню і виділення вуглекислоти, у зменшенні інтенсивності білкового обміну, накопичення ліпідних компонентів у тканинах, зниження швидкості утилізації глюкози, у падінні активності ферментів біологічного окиснення в тканинах печінки, нирок, серця та ін.

Старіння пов'язане з численними змінами в організмі, тканинах, а також змінами на клітинному рівні. З віком старіючі клітини накопичуються в багатьох тканинах, погіршуючи їх належне функціонування. Старіючі клітини сильно впливають на оточуючі клітини. Вони змінюють мікросередовище, виділяючи певні цитокіни, хемокіни та медіатори запалення. Це є однією з причин запалення низької градації, що спостерігається у людей старечого віку, і може індукувати старіння у сусідніх клітинах, а також підтримувати прогресування пухлини. Крім того, ці клітини мають здатність збільшувати: рівень інгібіторів клітинного циклу, активність пов'язаної зі старінням β-галактозидази, пошкодження ДНК. Підвищення пошкодження ДНК з віком є результатом порушення ефективності систем репарації ДНК. Вважається, що пошкодження ДНК є основною причиною старіння клітин. Це стосується функції реплікації (критично короткі тіломери розглядаються як дволанцюгові розриви молекули ДНК) та стресу (оксидативного, генотоксичного), викликаного старінням. Пошкодження ДНК пов'язане з нормальним функціонуванням клітин, і ефективні системи репарації є достатніми для захисту клітин. Проте, пов'язане з віком зниження здатності до відновлення ДНК викликає збільшення накопичення пошкоджень ДНК і, як наслідок, старіння клітин.

Під час клітинного старіння відбуваються зміни конденсації хроматину та експресії генів. Такі зміни в структурі хроматину можуть впливати на стабільність генома, що робить ДНК більш сприйнятливою до пошкоджень, що вважається головною причиною старіння. Сіртуїни відіграють важливу роль у збереженні цілісності генома. Вони беруть участь у підтримці нормального стану конденсації хроматину, репарації ДНК, модуляції окиснювального стресу та енергетичного обміну.

Є дані, які підтверджують думку, що сіртуїни відіграють важливу роль при старінні. Про це свідчить зниження

рівня практично всіх сіртуїнів у старіючих клітинах. Механізм їх дії дуже складний і ще не зовсім зрозумілий.

Регулятор SIR (сіртуїнів) та сіртуїн-гени є класом специфічних білків, виявлених у всіх живих організмів. У ссавців ідентифіковано сім сіртуїн-генів – від SIRT1 (сіртуїн 1) до SIRT7 (сіртуїн 7). Сіртуїни, на думку дослідників, є генами регулятора SIR та мають вплив на інші гени. Самі сіртуїни також можуть під впливом інших генів реагувати на велику кількість чинників, зокрема і навколишнього середовища. Вони, як стверджують дослідники, відіграють особливо важливу роль у реакції організму на певні типи стресу та у випадках токсичних уражень. Сіртуїни регулюють репродукцію і тривалість життя у найпростіших організмах (дріжджі, бактерії) та впливають на біологічні процеси старіння у ссавців.

Рівень практично всіх сіртуїнів зростає у відповідь на обмеження калорійності харчового раціону. Обмеження калорійності поки що є єдиним ефективним способом збільшення тривалості життя без генетичного або фармакологічного втручання. Тому на сьогодні саме варіанти гіпокалорійної дієти входять в сучасні рекомендації харчування для попередження старіння і наслідків, що з ним пов'язані.

Харчування людей похилого і старечого віку є одним із основних факторів, що підтримує нормальний фізіологічний стан і працездатність в похилому віці.

У старіючому організмі розвиваються розлади органів травної системи:

- зменшуються об'єми ротової порожнини та слинних залоз, атрофуються м'язи та жувальні м'язи, а також кістки лицьового черепа і за рахунок атрофії сосочків язика знижується чутливість на солодке (у 70 % людей похилого віку), а також на кисле та гірке (40 %);
- послаблення тонуусу стравоходу, погіршення проходження їжі по ньому, тобто до розвитку його дискінезії;
- товщина слизового шару шлунка зменшується, зменшується кількість кровоносних капілярів, і, як наслідок, знижуються інтенсивність та об'єм секреції шлункового соку, зменшується кислотність, знижується концентрація пепсину. Особливістю вікових змін шлунка є зниження і моторно-евакуаторної його функції. В умовах пониженої кислотності шлункового соку, тривалої затримки їжі в порожнині шлунка створюються сприятливі умови для виникнення бродильних процесів в шлунково-кишковому тракті як наслідок пониженої антимікробної спроможності шлункового вмісту. Виникає посилене газоутворення з відрижкою та підвищенням тиску в шлунку, переповнення і тяжкості в епігастрії;
- інволюційні зміни в підшлунковій залозі полягають в прогресуючій атрофії тканини органу і замість ацинозних клітин, що продукують компоненти панкреатичного соку, розростається сполучна і жирова тканина, зменшується сумарна кількість функціонуючих клітин підшлункової залози, що призводить до зниження інтенсивності та якості травлення: в умовах дефіциту панкреатичних фер-

ментів в кишечнику відбувається неповне переварювання всіх хімічних інгредієнтів харчової лінійки – білків, жирів, вуглеводів;

- у старечому віці поступово знижується інтенсивність кровопостачання печінки, зменшується кількість гепатоцитів. Швидкість синтезу білків печінкою в старості знижується більш ніж на 30 %, зменшується її участь в жировому, вуглеводному, пігментному, водно-електролітному обміні, пригнічується антитоксична, вітамінно-синтетична та інші функції. Інволюційні зміни знижують і тонус гладких м'язів жовчного міхура, у зв'язку з чим збільшуються його розміри, сповільнюється моторна функція та здатність до евакуації жовчі;

- знижується тонус стінки кишечника, послаблюється сила перистальтичних хвиль, погіршується просування кишкового вмісту, розвиваються явища атрофії структур слизової оболонки кишечника, особливо її ворсинок, що знижує площу слизової оболонки, на якій відбуваються основні процеси травлення їжі (мембранне травлення). Також поступово пригнічується перетравлювальна та всмоктувальна здатність слизової оболонки кишечника. Відбувається розвиток дисбіозу кишечника, що супроводжується бродильними процесами з утворенням великої кількості газів, здуттям петель, почуттям розпирання і бурчанням у животі. Надлишкове газоутворення призводить до посилення запорів, всмоктування в кишечнику і надходження в кров надлишкової кількості токсинів, що сприяють погіршенню загального самопочуття, настрою, сну, викликають підвищену стомлюваність

Важливими принципами режиму харчування людей похилого віку є регулярне харчування, що забезпечує нормальне травлення їжі та попереджає перенапруження всіх систем організму. Рекомендується 4-разовий режим харчування: 1-й сніданок – 25 % добової енергоцінності раціону; 2-й сніданок або підвечірок – 15-20 %; обід – 30-35 %; вечеря – 20-25 %. На ніч бажане вживання кисломолочних напоїв або сирих овочів та фруктів. За рекомендацією лікарів можливе включення розвантажувальних днів (сирних, кефірних, овочевих, фруктових), але не повного голодування. Під час хвороби бажаний 5-разовий режим

харчування: 1-й сніданок – 25 %; 2-й сніданок – 15 %; обід – 30 %; вечеря – 20 %; 2-га вечеря – 10 % добової енергоцінності раціону.

Для здорових людей похилого віку немає заборонених продуктів і страв, є лише більш-менш придатні. Існують стандартні рекомендації в харчуванні практично здорових людей похилого віку, в яких обмежують здобні та листові борошняні вироби, міцні м'ясні та рибні бульйони, жирне м'ясо, м'ясні субпродукти і яйця, жирні молочні продукти (у зв'язку з великим вмістом в них холестерину), рис, макаронні вироби, бобові, копчені та солоні продукти, цукор, кондитерські та кремові вироби, шоколад. Кулінарна обробка їжі має передбачати помірне механічне щадіння. Необхідно обмежити продукти і страви, що важко перетравлюються (жилаве м'ясо, гриби, пересмажені вироби та ін.), що обумовлено віковим зниженням секреторної функції шлунка і ряду функцій інших органів травлення. Припустима помірна стимуляція секреції травних залоз за рахунок кисло-солодких або розведених водою соків фруктів та ягід, томатного соку, слабких і знежирених бульйонів, лимонної кислоти та оцту, у тому числі яблучного, пряних овочів (цибуля, часник, зелень кропу, петрушки та ін.) і прянощів. Велике значення має регулярне включення до раціону продуктів, що нормалізують кишкову мікрофлору старіючого організму: кисломолочних напоїв, свіжих, квашених і маринованих овочів і плодів, продуктів, багатих харчовими волокнами. Слід враховувати, що у міру старіння в кишечнику починає переважати гнильна мікрофлора, яка несприятливо впливає на організм у зв'язку з токсичністю речовин, що виділяються нею. Вікові порушення мікрофлори кишечника негативно впливають на імунітет і вітамінну забезпеченість старіючого організму.

Згідно рекомендацій МОЗ по харчуванню літніх людей сформований середньодобовий набір харчових продуктів без диференціації статі та точного віку (таблиця 1).

В основі побудови раціону особам похилого віку лежить принцип енергетичної збалансованості між калорій-

Таблиця 1

Середньодобовий набір продуктів для людей старшого віку (затверджений МОЗ України)

Назва основних харчових продуктів	Кількість, у грамах на добу (брутто)	Назва основних харчових продуктів	Кількість, у грамах на добу (брутто)
Хліб пшеничний	75	Яйце (1-2 шт. на тиждень)	20
Хліб житній	150	Капуста	200
Макаронні вироби	50	Морква	100
Масло вершкове	20	Буряк	100
Олія	20	Картопля	150
М'ясо яловиче, ковбаси	60	Цибуля ріпчаста	50
Кефір	200	Горошок зелений	50
Сметана	20	Яблука (або інші фрукти)	500
Сир	50	Цукор (або мед)	30
Риба, рибні продукти	50		

ністю споживаної їжі та фактичними енерговитратами організму. Інтенсивність обміну у людей цієї категорії знижується в прямій відповідності із збільшенням віку. У старіючому організмі знижуються енерговитрати і основний обмін, зменшується фізична активність, скорочується м'язова маса тіла, тому кожні 10 років слід проводити корекцію енергетичної цінності харчування в бік її зниження. Рекомендована калорійність складає 1800 ккал для жінок у віці 60-74 років і 2000 ккал для чоловіків того ж віку; для чоловіків віком понад 75 років – до 1800 ккал, для жінок – до 1600 ккал на добу.

Білок у харчуванні осіб похилого віку. Встановлено, що обмеження харчування, у тому числі помірне зниження білкового складу раціону, що знижує імунну активність у молодому віці, у людей похилого віку викликає зворотну дію: активність факторів клітинного і гуморального імунітету зростає. Тому вважається доцільним у похилому та старечому віці зменшити споживання білка, бо в старіючому організмі знижений синтез гормонів, різних білкових структур, регенерація тканин, синтез ферментів, у тому числі тих, що розщепляють білково-ліпідні комплекси. Р важливо відзначити, що люди старшого віку погано переносять значний дефіцит білків у харчуванні: знижуються регенераторні процеси, наростає інтоксикація, погіршуються функції печінки, підшлункової залози, активізується патологічне (передчасне) старіння.

Рекомендована норма вживання білка в похилому віці складає 0,8-1 г/кг маси тіла і може бути збільшена до 1,25 г/кг за умови достатньої фізичної активності.

Важливо забезпечити оптимальну пропорцію між тваринними і рослинними білками в раціоні 1:1. При цьому з числа білків тваринного походження перевагу слід віддати білкам риби, молочних продуктів.

М'ясо, особливо старих тварин, печінку, мозок, жирні сорти риби (лосось, нельма, нототенія, осетр, палтус чорний, сайра, сардина, севрюга, оселедець жирний, івасі, скумбрія та деякі інші сорти) багаті пуриновими основами – джерелом утворення в організмі сечової кислоти, сприяючої виникненню гіперурикемії з формуванням сечокислого діатезу та подагри. Пуринові основи при варінні м'яса, птиці або риби переходять в бульйони.

Сорти м'яса, багаті на вміст заліза, також обмежують внаслідок підсилення залізом перикисного окиснення. Іншою причиною обмеження м'яса є поява в організмі надлишкової кількості продуктів азотистого походження (азотемії) внаслідок зниження метаболічних процесів. Крім того, жирні сорти м'яса містять значну кількість холестерину.

Бажано 1-2 рази на тиждень влаштовувати пісні дні, а в інші дні одноразово використовувати в раціоні м'ясну страву (100 г у готовому вигляді). Рекомендується м'ясо, рибу, а також птицю споживати у відвареному вигляді. Найбільш корисною є річкова риба (судак, щука, короп), а з морських риб – тріскові сорти. Кількість риби в раціоні повинна доводитися до 75 г на добу.

Людям похилого віку рекомендується вводити в раціон до 30 % білків за рахунок молочних продуктів Це, в першу чергу, м'який сир, кількість якого в щоденному раціоні може складати 100 г. і тверді сири 10-20 г. Особливо корисні кисломолочні продукти, які за рахунок наявності молочнокислої палички, достатня кількості якої підтримує нормальний склад кишкової мікрофлори, що перешкоджає розвитку гнильних процесів у кишечнику і покращує антитоксичну функцію печінки. Рекомендується щодня вживати 200 г кефіру або інших кисломолочних продуктів, краще у вечірні години, перед сном.

В раціоні дозволено 2-3 яйця на тиждень, краще звареного «в мішечку» або у вигляді омлету, або як доповнення до страви.

Рослинні білки представлені, головним чином, зерновими культурами та бобовими. У раціон зазвичай додається лише зелений горошок або стручкова квасоля як гарнір у невеликих кількостях. Окрім поганої переносимості, основною причиною обмеження бобових продуктів є високий вміст у них пуринових основ.

Із зернових культур найбільш корисні гречана та вівсяна крупи. Додавання до цих каш молока наближає їх амінокислотний склад до оптимального. При добрій переносимості в раціон включають пшоняну і перлову каші. Рис у зв'язку з його закріплювальною дією обмежують. Джерелом рослинного білка служить хліб, тому рекомендується введення до добового раціону житнього хліба. Краще використовувати хліб з борошна грубого помелу, або хліб із додаванням висівок. Хліб житній найбільш повноцінний за складом амінокислот. Разом з іншими зерновими культурами житній хліб є джерелом вітаміну В, мінеральних речовин і клітковини. У випадках, якщо житній хліб викликає печію або інші симптоми диспепсії, посилюючи бродильні процеси, його краще вживати в підсушеному вигляді. Хліб з пшеничного борошна грубого помелу або висівок, сприяючи випороженню кишечника, покращуючи його моторну діяльність, не дає неприємних відчуттів. Людям похилого віку рекомендується вживати до 300 г хліба на день. З них 1/3-1/2 від норми – хліб з борошна грубого помелу, або житній.

Жири в харчуванні осіб похилого віку. Кількість жирів в їжі старших людей має бути помірною, тому його квота має становити 25-30 % добової енергетичної цінності раціону (насичених жирів 10 %, моно- та поліненасичених теж по 10 %). Введення необхідної кількості рослинної олії диктується, у першу чергу, переважанням в ній поліненасичених жирних кислот. Ці кислоти не синтезуються в організмі. Другою дуже важливою складовою рослинних олій є фосфатиди (лецитин) і третьою – фітостерини. В сукупності усі ці біологічно активні речовини сприяють обміну холестерину.

При дефіциті рослинних олій та їх складової частини – фосфоліпідів – може формуватися стеатоз і стеатогепатит з відповідними цьому стану розладами обміну. Рос-

линні олії містять токофероли, які мають антиоксидантну дію, нівелюють вільнорадикальні реакції, покращують обмін ДНК, знижуючи дегенеративні зміни органів у процесі старіння. Ненасичені жирні кислоти за рахунок вибіркової їх взаємодії з насиченими жирними кислотами запобігають накопиченню ліпідів та їх метаболітів у тканинах. Серед тваринних жирів головне місце для людей похилого віку займає вершкове масло. Рекомендовано 15 г вершкового масла на добу (разом з готовою їжею), додаючи його безпосередньо перед подачею страви на стіл. Слід враховувати, що вершкове масло стійке до термічної обробки. У той же час у пацієнтів з гіперліпідемією прийом вершкового масла, як і інших тваринних жирів, необхідно обмежити.

Допустимим для осіб похилого віку вважається споживання 300 міліграмів холестерину на добу, джерелом якого є: жовтки яєць, мозок, риб'ячий жир, ікра риби, внутрішні органи тварин, жирне м'ясо і жирна риба, сало, креми, здоба, вершки, сметана та інші жирні молочні продукти. Зниження екзогенного холестерину, який надходить з їжею, нижче за фізіологічну норму може призвести в осіб старшого віку до розвитку цілої низки симптомів. При гіпохолестеринемії порушується проведення імпульсів по нервових стволах і пригнічується діяльність нервової клітини, оскільки холестерин є структурним елементом клітинних мембран, входить до складу оболонки нервових стволів. Раніше за все можуть розвинути ознаки погіршення психоемоційної діяльності, симулюючи клініку прогресу церебрального атеросклерозу. Також може виникнути симптоматика порушення діяльності периферичної нервової системи з розладами чутливості, парестезіями і т. д.

Холестерин є початковим матеріалом для синтезу стероїдних гормонів надниркових залоз і статевих залоз, тому внаслідок недостатнього надходження холестерину з їжею виникає недостатність гормональної діяльності.

Вуглеводи в харчуванні осіб похилого віку. Кількість вуглеводів у раціоні людей похилого віку повинна складати 55-60 % або 250-300 г на добу, що диктується насамперед загальним зниженням енерговитрат. Доцільне обмеження вуглеводів переважно за рахунок простого цукру і солодоців, тоді як овочі, фрукти та зернові культури мають бути в дієті у достатній кількості.

У старшому віці слід остерігатися надмірних кількостей цукру, інших продуктів, що містять прості вуглеводи, що може призвести до перенапруження діяльності підшлункової залози, сприяти розвитку цукрового діабету, негативно позначитися на функціях печінки і жовчовивідних шляхів. Надмірна кількість цукру збільшує концентрацію тригліцеридів, ліпопротеїдів низької щільності та підвищує рівень холестерину в крові, сприяючи до того ж надлишковому накопиченню жирової маси. Перевагу слід віддавати фруктам, ягодам або меду, де цукри представлені в основному фруктозою.

Доцільно збільшити споживання складних вугле-

водів (крохмалю) 55 % від загальної кількості вуглеводів і харчових волокон 25-30 г/добу. Клітковина і пектинові речовини майже не засвоюються. Завдяки своїм фізико-хімічним властивостям вони мають здатність адсорбувати харчові та токсичні речовини і покращувати мікробний вміст кишечника. Крім того, харчові волокна сприяють зниженню рівня холестерину в крові та жовчі.

Має бути на достатньому рівні і показник вітамінної забезпеченості, що дає можливість підтримувати інтенсивність обміну речовин на нормальному рівні і попередити таким чином розвиток в сполучній тканині склеротичних змін. У старості відзначаються явища ендогенної полівітамінної недостатності, викликані зносом і дизадаптацією ферментних систем, а також розвитком дисбіозу. В той же час насичення організму старших людей вітамінами особливо важливе, оскільки вітаміни С, Р, групи В, Е та інші служать стимуляторами і регуляторами окиснювальних процесів. Слід згадати про вибіркочу дію вітамінів С і Р на проникність судинної стінки, про позитивний вплив вітаміну С на обмін холестерину. Особливо важливо для осіб старечого віку забезпечення вітаміном А внаслідок його специфічної дії на стан шкірних покривів, слизової оболонки та органів зору.

Широкий спектр дії вітамінів групи В зобов'язує включати їх у раціон людей похилого віку. В нещодавно проведеному дослідженні доведено, що В вітаміни можуть знизити ризик розвитку деменції.

Повноцінний режим харчування, який рекомендується людям у старшому віці, збагачений зерновими культурами і фруктами у свіжому вигляді, зазвичай дозволяє збагатити раціон вітамінами. Аленавіть в літній та осінній сезони, коли в раціоні спостерігається велика кількість овочів і зелені, фруктів та ягід, їм необхідно додатково вводити вітамінні препарати. Хоча потреба в мінеральних речовинах відносно невелика, з віком відбувається накопичення в організмі деяких мінеральних речовин і зниження рівня інших. Вміст калію, міді, хрому, йоду, заліза та деяких інших падає, тоді як цинку, свинцю, натрію та ряду інших – збільшується. Як відомо, старіючий організм здатний накопичувати кальцій в стінках судин. В той же час дефіцит кальцію часто є однією з причин старечого остеопорозу. Недостатній вміст заліза призводить до залізодефіцитної анемії. В похилому віці змінюється співвідношення калію і натрію на користь збільшення останнього, що підвищує затримку рідини, негативний вплив на серцево-судинну та сечовидільну системи. Тому ідеальними продуктами, в яких низький вміст натрію поєднується з високим вмістом калію, є овочі та плоди.

Дуже багаті калієм сухофрукти: чорнослив, урюк, родзинки, курага. Овочі слід вживати без додавання солі, з рослинною олією або невеликою кількістю сметани. Кількість солі в раціоні пацієнтів, що досягли похилого віку, не повинна перевищувати 3-5 г на добу.

Таблиця 2

Перелік продуктів з лікувально-профілактичними властивостями

Продукт	Основні активні компоненти	Патологія
Яєчний жовток (сирий, молочно-яєчний коктейль)	Метіонін, лецитин, вітаміни, в т. ч. D	Атеросклероз, дегенеративні захворювання мозку, остеопороз
Риба (бажано сира – оселедець)	Таурин, омега-3	Міокардіодистрофія, дегенеративні захворювання мозку, атеросклероз
Сік сиріої картоплі	Аскорбати, калій	Сполучна тканина (судини, катаракта, остеопороз). Міокард, м'язова слабкість, закрепи
Томати	Лікопін	Канцерогенез
Солодкий перець	Аскорбати	Сполучна тканина, порушення імунітету
Морква, гарбуз	Каротиноїди, пектини	Канцерогенез, закрепи
Малина, вишня	Саліцилати	Тромбоутворення
Чорниця, чорна смородина	Проантоціаніди	Орган зору. Антиоксиданти
Лимони	Вітамін С, лимонна кислота	Сполучна тканина
Вівсяні, рисові висівки	Магній, селен, вітамін В ₁	Серцево-судинна система
Цибуля	Кверцетин	Антиоксидант
Зелені листяні овочі	Каротиноїди, аскорбати	Канцерогенез

Введення в раціон морської капусти, інших продуктів моря (креветки, морські гребінці, кальмари) не лише зменшує дефіцит йоду, але і покращує показники ліпідного обміну, зменшує активність здатності крові згущуватися, виявляючи антисклеротичну дію.

Кількість рідини в раціоні старших людей повинна відповідати фізіологічній потребі – 1,5 л на день (окрім ситуацій, коли вона обмежена внаслідок патології нирок або недостатності кровообігу). Рекомендується включати в раціон соки, компоти, відвар шипшини, слабкий чай з молоком та лимоном. Доцільно уникати міцної кави або чаю. Але дуже багато людей протягом життя звикли до цих напоїв. Можна поради пити каву з цикорієм або молоком, не більше 1 чашки на день; чай з лимоном. У старшому віці є вимоги до вибору продуктів і способів кулінарної обробки, оскільки відбуваються зміни в жувальному апараті, тому перевагу слід віддати продуктам і стравам, що легко перетравлюються і легко всмоктуються. Легше піддаються дії травних ферментів м'ясо в рубленому вигляді, риба, м'який сир. З овочів слід віддати перевагу саме сезонним: буряку, моркві (у свіжому, протертому вигляді), кабачкам, гарбузу, цвітній капусті, капусті брокколі, помідорам, картоплі у вигляді пюре. З плодів рекомендуються

усі солодкі сорти ягід і фруктів, цитрусові, яблука, чорна смородина, брусниця.

Не рекомендується людям похилого віку зловживати спеціями. Для надання смаку їжі можна додавати ароматичні трави, лимон.

При виражених порушеннях травної діяльності, загостренні гастриту, холециститу, коліту призначається дієта, відповідна цьому захворюванню.

Має значення температура їжі, вона має бути не занадто гарячою і не занадто холодною.

Ретельно підібраний раціон харчування людей похилого віку дозволяє попередити передчасне старіння та розвиток вікової патології. Нижче представлений перелік продуктів з лікувально-профілактичними властивостями (таблиця 2).

Підсумовуючи вищенаведене, необхідно зазначити, що у раціоні старших людей, безумовно, мають бути присутніми будь-які продукти, а дієта має бути змішаною, різноманітною. У харчуванні слід враховувати індивідуальні особливості. Основним є біологічна цінність раціону, його збалансованість і відповідність обмінним процесам.

Література

1. Амосов Н. М. *Энциклопедия Амосова. Алгоритм здоровья.* – Донецк: Сталкер, 2003. – 590 с.
 2. Барановский А. Ю. *Диетология* – СПб.: Питер, 2012. – 1022 с.
 3. Болотов Б. В. *Шаги к долголетию: Практические упражнения.* – СПб.: Питер, 2002. – 128 с.
 4. Брег П. С. *Здоровье и долголетие / Пер. с англ. – М.: Грегори – Пейдже, 1996. – 414 с.*
 5. Лифляндский В. Г. *Энциклопедия здоровья и долголетия: Новейшая энциклопедия медицинских знаний.* – М.: Эксмо, 2009. – 416 с.
 6. Мартинчик А. Н. *Питание человека (основы нутрициологии) / А. Н. Мартинчик, И. В. Маев, А. Б. Петухов.* – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗРФ, 2002. – 572 с.
 7. Скальный А. В. *Микроэлементы для вашего здоровья / А. В. Скаль-*

ный. – М.: «Издательский дом «ОНИКС 21 век», 2003. – 238 с.
 8. Харченко Н. В., Анохина Г. А. *Диетология.* – К.: Київ. 2012. – 526 с.
 9. Хорошилов И. Е., Панов П. Б. *Клиническая нутрициология* – СПб.: ЭЛБИ-СПБ, 2009. – 279 с.
 10. Wei M., Fabrizio P., Hu J., Ge H., Cheng C., Li L., Longo V. D. *Life span extension by calorie restriction depends on Rim15 and transcription factors downstream of Ras/PKA, Tor, and Sch9 // PLoS Genet.* 2008; Vol. 4: e13. [PMC free article] [PubMed].
 11. Grabowska W., Sikora E., Bielak-Zmijewska A. *Sirtuins, a promising target in slowing down the ageing process // Biogerontol.,* 2017, 18(4): P. 447-476. [PMC free article] [PubMed].

Надійшла до редакції 07.11.2017

УДК 612.673.9:612.3

Л. В. Андриюк, В. М. Яцюк, С. І. Федяєва

ПРИНЦИПИ ХАРЧУВАННЯ ОСІБ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Ключові слова: похилий вік, харчування, старіння, сиртуїни.

Зростання темпів чисельності людей старше 60 років у суспільстві призводить і до більш високих показників захворювань внутрішніх органів. Квота людей похилого віку серед загальної кількості пацієнтів на прийомі лікарів загальної практики найвища. Ретельно підібраний раціон харчування людей похилого віку дозволяє попередити передчасне старіння та розвиток вікової патології. Роль знань про харчування людей похилого віку і поліпшення прогнозу у випадках захворювань дуже висока для забезпечення достатнього обсягу харчування для здорового старіння.

Л. В. Андриюк, В. М. Яцюк, С. І. Федяєва

ПРИНЦИПЫ ПИТАНИЯ ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЕЧЕСКОГО ВОЗРАСТА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Ключевые слова: пожилой возраст, питание, старение, сиртуины.

Рост темпов численности людей старше 60 лет в обществе приводит и к более высоким показателям заболеваний внутренних органов. Квота пожилых людей среди общего количества пациентов на приеме врачей общей практики высока. Тщательно подобранный рацион питания пожилых людей позволяет предупредить преждевременное старение и развитие возрастной патологии. Роль знаний о питании людей пожилого возраста и улучшения прогноза в случаях заболеваний очень высока для обеспечения достаточного объема питания для здорового старения.

L. V. Andriyuk, V. M. Yatsiuk, S. I. Fediaieva

PRINCIPLES OF NUTRITION FOR ELDERLY AND SENILE PERSONS (LITERATURE REVIEW)

Keywords: elderly age, nutrition, aging, sirtuins.

The growth of quantity of people over the age of 60 in society leads to increase rate of diseases of internal organs. The quota of the elderly among the total number of patients on the reception of doctors is highest. The carefully selected diet for elderly allows prevention premature aging and development of age-related pathology. The role of knowledge about the nutrition of elderly people and improvement of prognosis in cases of diseases is very high to ensure adequate nutrition for healthy aging.



UDC: 615.224

CHARACTERISTICS OF THE FACTORS DETERMINING DEMAND FOR HIGHLY EFFECTIVE MEDICINAIE PRODUCTS OF PLANT ORIGIN FOR THE TREATMENT OF CARDIOVASCULAR DISEASES

- I. V. Sakhanda, assistant of the Department of Pharmacy and Industrial Technology of Drugs, Master of Pharmacy
K. L. Kosyachenko, Doctor of Pharmacy, Associate Professor, Head of the Department of Pharmacy and Industrial Technology of Drugs
T. S. Nehoda, Candidate of Pharmacy (PhD), Associate Professor of the Department of Pharmacy and Industrial Technology of Drugs
- *Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine*

At the stages of marketing research, the study of the assortment, the solvency of consumers should be conducted with the obligatory consideration of regional peculiarities, the real financial possibilities of the medical and preventive institution and the solvency of the population, as well as factors influencing the choice of the medicinal product by medical, pharmaceutical workers and the population [2].

In the pharmaceutical market of Ukraine, medicinal plants with plant origin (MP PO) dominated by drugs domestically, which significantly reduces the cost of therapy and makes many drugs affordable for the socially unprotected strata of the population [3].

Aim

Determination of demand for cardiac medicines in general, and (MP PO), in particular, is increasing along with

population, life expectancy, under the influence of socio-demographic factors, and, most important, with an increase in the population of elderly people. Along with solving problems facing health care in the field of drug provision for the population, a regular analysis of the pharmaceutical market and a projection of demand for medicines in the context of the pharmacotherapeutic group that is studied are necessary.

Materials and methods of research

A characteristic feature of the task of determining the need for highly effective medicinal products with plant origin is the presence of unpredictable factors affecting the complex system of formation and satisfaction of demand (the emergence of new medicines, different levels of doctors' awareness, educational work among the population, etc.) [5].

Taking into account the peculiarities of the current social

and economic situation, the inadequacy of financial drug assistance at the expense of the state budget and the need to address the problems of improving the organization of medicinal care for patients with cardiovascular pathology, we have forecasted the long-term demand for medicinal products with plant origin.

Results and its discussion

The problem of reliability of providing consumers of medicinal products with plant origin directly depends on the creation of an optimal stock of these medicines. WHO recommends the following approach: “The goal is to ensure that the size of the supply meets the demand, while the stock of medicines should be minimal, but to ensure that they are available in the event of an unexpected delay in delivery” [6].

An important stage in the choice of forecasting methods is

the possibility of attracting the required number of indicators, which is a characteristic of the normative method, whose accessibility and simplicity make it possible to be used by specialists who do not have special mathematical training at the level of medical and pharmaceutical organizations.

The basis of this method is calculated norms of drug consumption, which reflect the characteristic properties and regularities of the normalized object. Calculation of the rate of drugs consumption is based on the study of morbidity by nosological forms and the optimal set of drugs for the course of treatment, as well as the quantitative consumption of these drugs while prescribed for the patient.

The advantage of this method is the ability to take into account changes in factors that affect demand. The most difficult problem of using the normative method is the considerable laboriousness of the development of norms,

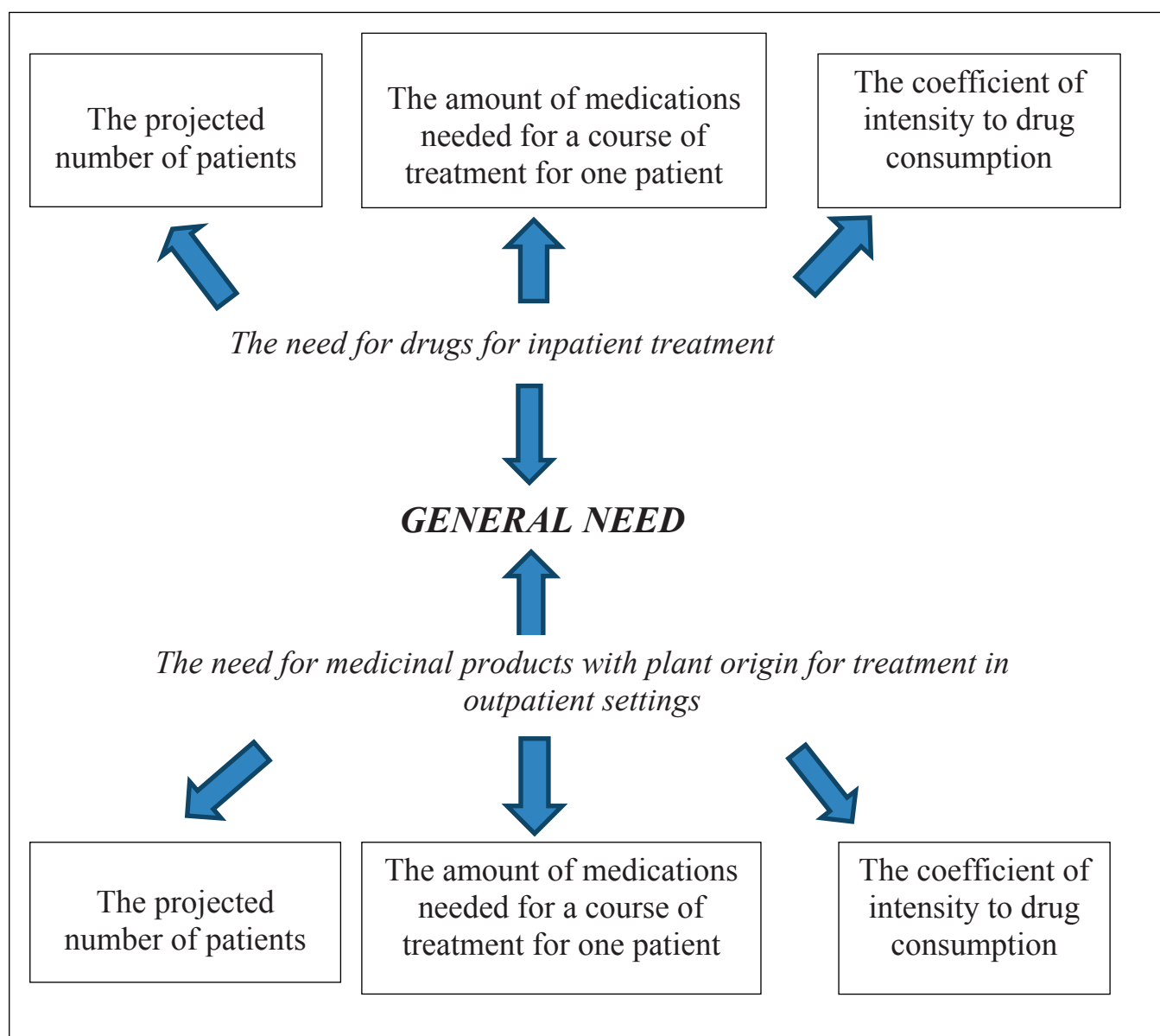


Fig. 1. A scheme for predicting the need for medicinal products with plant origin

which requires the processing and analysis of large amounts of information.

An algorithm for predicting the need for medicinal products of plant origin is shown in Figure 1.

The application of the normative method requires the calculation of the following indicators:

- projection of the number of medicinal products with plant origin users;
- consumption intensity factors for each drug;
- consumption of each medicinal product for one year of use by one consumer.

Calculation of demand for drugs for the treatment of *i*-th nosology in the hospital in physical terms (in packages) for both outpatient and inpatient was carried out according to the formula:

$$N_{ij} = X_{ij} \text{ fact} * I_{ij} * E_i \quad (1),$$

where: N_{ij} – the need for the *j*-th drug in the *i*-th nosology;

i – disease nosology;

j – specific drug;

X_{ij} – an approximate norm of the need of *j*-drug for the course of treatment of one patient with *i*-nosology;

I_{ij} – intensity factor of the *j*-drug requirement with *i*-nosology;

E_i – expected number of patients in the *i*-clinical group.

According to the proposed methodology, we determined the long-term need in 2011-2017 years in medicinal products with plant origin. The consumption of this group of drugs is predictable, since most drugs are prescription drugs. This fact makes it possible to accurately take into account the number of consumers in polyclinics and hospital departments. The need is calculated separately for each drug name in both quantitative and summary terms. In sum, the need for a drug for a course of treatment for one patient was determined by the formula

$$S = N_{ij} * C_j \quad (2),$$

where: N_{ij} – the need for medicinal product in quantitative terms;

C_j – the cost of medicinal product.

According to the scheme for determining the need for medicinal products with plant origin, it is necessary to know:

- the optimal assortment of medicinal products with plant origin;
- the amount of medicinal products with plant origin for one patient;
- the intensity of medicinal consumption product;
- the planned number of patients.

At the first stage, the intensity of consumption of drugs was calculated.

Calculation of the intensity of consumption, which was conducted on the basis of the study of letters of appointment in the history of the disease of cardiac patients of the cardiac dispensary. The intensity factor of consumption shows how often each specific medication is prescribed, in how many percentages of cases it is used, which part of consumers in total use this medication, and is calculated by the formula:

$$I_{ij} = \frac{ni}{N} \quad (3),$$

where: I_{ij} – intensity factor of medicinal products of plant origin consumption;

ni – the number of consumers who use the drug in this sample;

N – the total number of consumers in the sample ($N=420$ people).

The results of the calculation of the intensity factors are given in Table 1.

Then based on the analysis of the patient's case histories, drug intake standards were determined ($X_{ij} \text{ fact}$).

Recommendations for the obtained values $X_{ij} \text{ fact}$ as indicative of standards initially held their statistical processing on the coefficient of variation, which confirmed that the value of the average actual flow has little variation.

So the obtained values of $X_{ij} \text{ fact}$ can be used as an approximate standard and used to determine the need for medicines in the treatment of cardiovascular diseases. The expected number of patients was determined by the method of average geometric parameters according to statistical data for the period 2011-2016:

$$T_i = \frac{B_{i+1}}{B_i} \quad (4)$$

Table 1

Analysis of the frequency of medicinal products of plant origin for the treatment of cardiovascular disease (2006-2016)

Name of medicinal products with plant origin	The average price of the package (S), UAH	The number of appointments	Number of packages for the course of treatment (X)	<i>n</i>	<i>I_{ij}</i>
Digoxin tablets 0,25 mg № 30	8,40	323	1	156	0,37
Digoxin, solution for injection 0,25% – 1 ml № 10	28,20	20	1	71	0,17
Corglycon, solution for injection 0,06% – 1 ml № 10	21,20	335	1	53	0,13
Platyphyllini hydrotartras 0,2% – 1 ml № 10	28,50	500	1	40	0,10
Papaverine hydrochloride 2% – 2 ml № 10	20,20	1303	1	200	0,48
Strophantine D	22,20	200	1	32	0,08
Strophantine	21,20	10	1	15	0,04
Allapinin	356,00	144	1	64	0,15

$$T_{mid} = n^5 \sqrt{T_1 \cdot T_2 \cdot T_3 \cdot T_4 \cdot T_5} \quad (5),$$

where: B_1, B_2, \dots, B_5 – the number of patients with cardiovascular diseases for the first, second ... the 5th considered years in this hospital;

T_{mid} – average growth rate;

n – the number of consumers who use the drug in this sample.

The expected (planned) number of patients is determined by the formula:

$$B_i = B_{i-1} * T_{mid} \quad (6),$$

where: B_i – expected number of cardiac patients;

B_{i-1} – number of patients in the pre-planning period;

T_{mid} – average growth rate.

According to statistical data, the number of patients treated in the planned hospitals in Kyiv for the period 2006-2016 was:

- 2011 year – 2630 people;
- 2012 year – 2560 people;
- 2013 year – 2631 people;
- 2014 year – 2664 people;
- 2015 year – 2690 people;
- 2016 year – 2720 people.

From 2011 to 2016, the number of patients treated was steadily increasing.

The increase in morbidity, which occurs, we associate with the increase in the proportion of older age groups in the total population of the country. We calculated the expected number of patients with this pathology for city hospitals.

Next the calculation of the need for each medicinal products of plant origin over the period 2015-2017 was carried

out. The calculation took into account the period of treatment of 1 patient – 21 days. The results of the calculation are shown in Table 2.

Conclusions

1. Economic evaluation, together with studies of clinical effectiveness, allows a more rational allocation of available resources. Unfortunately, it should be noted that the low demand for pharmacoeconomic analysis results does not yet allow the full redistribution of the financial flow of budget funds to the full extent [5-8]. In this regard, special attention should be paid to the profitability of the drug from the "cost-minimization" position, which should be evaluated in a comprehensive manner, taking into account the cost of inpatient and outpatient care.

2. The system of measures to improve the organization and improve the quality of therapeutic care for the population should include organizational and methodological issues of providing and managing the quality of medical care and drug provision.

3. The most important place in reforming the industry should be allocated to improving the outpatient and polyclinic service are increasing the efficiency of using material and human resources, introducing new progressive forms of work into practice.

4. The solution of these problems is determined by the wide introduction of fairly simple and massive measures to improve the living environment, the implementation of preventive measures to prevent the realization of the risk of developing cardiovascular diseases, giving the maximum results at minimum costs.

Table 2

Calculation of hospital needs in medicinal products with plant origin which used to treat patients with cardiovascular pathology

Name of medicinal products with plant origin	Forecast needs for years					
	2015		2016		2017	
	absolute unit	sum, UAH	absolute unit	sum, UAH	absolute unit	sum, UAH
Digoxin tablets 0,25 mg № 30	333	2797,20	343	2881,20	353	2965,20
Digoxin, solution for injection 0,25 % – 1 ml № 10	21	592,20	22	620,40	23	648,60
Corglycon, solution for injection 0,06% – 1 ml № 10	345	7314,00	355	7526,00	366	7759,20
Platyphyllini hydrotartras 0,2 % – 1 ml № 10	515	14677,50	530	15105,00	546	15561,00
Papaverine hydrochloride 2 % – 2 ml № 10	1342	26840,00	1382	27640,00	1423	28460,00
Strophantine D	2060	45732,00	2122	47108,40	2186	48529,20
Strophantine	21	233,20	12	254,40	13	275,60
Allapinin	149	54385,00	154	56210,00	159	58035,00
Together		152570,90		157345,40		162233,80

5. In the present conditions, it is important to standardize the structure, types and volumes of treatment and rehabilitation activities, technologies and results, and the functioning of the system of medical and social care institutions for patients.

6. Prevention of diseases should be based on the implementation of government programs for prevention and promotion of health. This will improve and actively use methods of early detection of social and economic factors, which is a threat of development of diseases of the cardiovascular system.

Prospects for further scientific research.

Based on the studies, methodical recommendations have been developed that contribute to improving the quality of treatment for patients suffering from cardiovascular diseases.

Declaration on the absence of a conflict of interest.

There are no conflicts of interest in this article.

Литература

1. Авксентьева Е.М. Научное обоснование рациональной фармако-терапии / Е.М. Авксентьева, П.А. Воробьев // Ремедиум. – 2013. – № 12. – С. 11-12.

2. Авксентьева М.В. Экономическая оценка эффективности лекарственной терапии (фармакоэкономический анализ) / М.В. Авксентьева, П.А. Воробьев, В.Б. Герасимов // М.: Ньюдиамед, 2015. – 80 с.

3. Телицын В.И. Ассортимент и ассортиментная политика аптечного учреждения / В.И. Телицын // Разработка, исследование и маркетинг новой фармацевтической продукции: сб. науч. тр. ПятГФА. – Пятигорск, 2015. – Вып. 60. – С. 596-598.

4. Саханда І.В. Методичні підходи до визначення потреби в лікарських засобах рослинного походження, що застосовуються для лікування серцево-судинних захворювань / І.В. Саханда, Т.С. Негода, М.Л. Сятиня // Міжнародна науково-практична конференція «Актуальні питання сучасної медицини» (м. Львів, 18-19 грудня 2015 р.). – Львів, 2015. – С. 42-45.

5. Негода Т.С. Практика застосування антигіпертензивних лікарських препаратів // Т.С. Негода // Зб. наук. праць співробіт. НМАПО ім. П. Л. Шупика. – 2016. – Випуск 26. – С. 236-241.

6. Nehoda T. The concept of marketing planning / T.S. Nehoda, I.V. Sahanda // Międzynarodowa konferencja naukowo-praktyczna «Innowacyjne technologie w medycynie: doświadczenia Polski i Ukrainy» (Lublin, Polska, 28-29 kwiecień 2017). – Lublin, 2017.

7. Nehoda T. Measures marketing plan activities for branch offices of pharmacies (for phyto pharmacy departments) / T.S. Nehoda, I.V. Sahanda // III International Scientific and Practical Conference «Topical researches of the World Science» (Dudai, UAE, June 28, 2017). – Dudai, 2017.

8. Саханда І.В. Изучение антигипертензивного действия комбинированных препаратов / І.В. Саханда, М.Л. Сятиня, Т.С. Негода // Професійне видання «Рецепт». – Київ, 2017. – С. 32-36.

References

1. Avksenteva, E.M. (2013). Nauchnoe obosnovanie ratsionalnoy farmakoterapii [Scientific substantiation of rational pharmacotherapy]. *Remedium*, 12, 11-12 [in Russian].

2. Avksenteva, M.V. (2015). Ekonomicheskaya otsenka effektivnosti lekarstvennoy terapii (farmakoekonomicheskiy analiz) [Economic evaluation of the effectiveness of drug therapy (pharmacoeconomic analysis)]. M: Niudyamed [in Russian].

3. Telitsyn, V.I. (2015). Assortiment i assortimentnaya politika aptechnogo uchrezhdeniya [Assortment and assortment policy of the pharmacy institution]. *Razrabotka, issledovanie i marketing novoy farmatsevticheskoy produktsii – Development, research and marketing of new pharmaceutical products*, pp. 596-598. Piatyorsk [in Russian].

4. Sakhanda, I.V., Nehoda, T.S., Siatynia, M.L. (2015). Metodychni pidkhody do vyznachennia potreby v likarskykh zasobakh roslynnoho pokhodzhennia, shcho zastosovuiutsia dlia likuvannia sertsevo-sudyynykh zakhvoriuvan [Methodical approaches to the determination of the need for herbal medicines used to treat cardiovascular diseases]. *Mizhnarodna naukovo-praktychna konferentsiia «Aktualni pytannia suchasnoi medytsyny» - International scientific and practical conference “Actual problems of modern medicine”*. pp. 42-45. Lviv [in Ukrainian].

5. Nehoda, T.S. (2016). Praktika zastosuvannya antigipertenzivnih likarskykh preparativ [The practice of using antihypertensive drugs]. *Zbirnyk naukovykh prats spivrobitnykiv NMAPO imeni P.L. Shupyka – Collection of scientific works of NMAPE employees named after P.L. Shupyk*, (26), 236-241 [in Ukrainian].

6. Nehoda, T.S., Sahanda, I.V. (2017). The concept of marketing planning. *Międzynarodowa konferencja naukowo-praktyczna «Innowacyjne technologie w medycynie: doświadczenia Polski i Ukrainy»*. Lublin, Polska.

7. Nehoda, T.S., Sahanda, I.V. (2017). Measures marketing plan activities for branch offices of pharmacies (for phyto pharmacy departments). *III International Scientific and Practical Conference «Topical researches of the World Science»*. Dudai, UAE.

8. Sakhanda, I.V., Siatynia, M.L., Nehoda, T.S. (2017). Izuchenie antigipertenzivnogo deystviya kombinirovannykh preparatov [The study of antihypertensive action of combined drugs]. *Profesiine vydannia «Retsept»*, pp. 32-36. Kyiv [in Ukrainian].

Надійшла до редакції 15.11.2017

УДК: 615.224

І. В. Саханда, К. Л. Косяченко, Т. С. Негода

ХАРАКТЕРИСТИКА ЧИННИКІВ, ЯКІ ВИЗНАЧАЮТЬ ПОТРЕБУ У ВИСОКОЕФЕКТИВНИХ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТАХ РОСЛИННОГО ПОХОДЖЕННЯ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Ключові слова: лікарські препарати рослинного походження, серцево-судинні захворювання, маркетингові дослідження, потреба, прогнозування попиту.

Мета роботи – визначити потребу у високоефективних лікарських препаратах рослинного походження для лікування серцево-судинних захворювань.

Матеріали та методи. Прогнозування потреби в кардіологічних лікарських засобах в цілому, і в лікарських препаратах рослинного походження (ЛП РП) зокрема, зростає у міру збільшення чисельності населення, тривалості життя, під впливом соціально-демографічних чинників, а головне – зі збільшенням числа літніх людей. При вирішенні завдань, що стоять перед охороною здоров'я в області лікарського забезпечення населення, потрібний регулярний аналіз фармацевтичного ринку і прогноз

потреби в лікарських засобах у розрізі фармакотерапевтичної групи, що вивчається. На етапах маркетингового дослідження вивчення асортименту платоспроможності споживачів повинно проводитися з обов'язковим обліком регіональних особливостей, реальних фінансових можливостей лікувально-профілактичних закладів і платоспроможності населення, а також чинників, що справляють вплив на вибір лікарських засобів медичними, фармацевтичними працівниками і населенням, зокрема.

Результати. На фармацевтичному ринку України серед лікарських засобів рослинного походження домінують лікарські препарати вітчизняного виробництва, що значно знижує вартість терапії і робить багато лікарських препаратів доступними для соціально незахищених верств населення. Характерною рисою завдання визначення потреби у високо-ефективних лікарських засобах рослинного походження є наявність не-прогнозованих чинників, що впливають на складну систему формування і задоволення попиту (поява нових лікарських засобів, різний рівень інформованості лікарів, освітня робота серед населення та ін.).

Висновки. Зважаючи на особливості сучасних соціально-економічних умов, недостатність фінансової лікарської допомоги за рахунок державного бюджету і необхідність рішення проблем вдосконалення організації лікарської допомоги хворим з серцево-судинною патологією, нами проведено прогнозування перспективного попиту на лікарські препарати рослинного походження. Важливий етап при виборі методів прогнозування — це можливість залучення необхідного числа показників, що є характеристикою нормативного методу, доступність і простота якого дозволяють використати його фахівцями, які не мають спеціальної математичної підготовки на рівні медичних і фармацевтичних організацій. Профілактика захворювань повинна ґрунтуватися на здійсненні державних програм профілактики і зміцнення здоров'я. Це дозволить удосконалити і активно використати методи раннього виявлення соціальних і економічних чинників, які є загрозою розвитку захворювань серцево-судинної системи.

И. В. Саханда, К. Л. Косьяченко, Т. С. Негода

ХАРАКТЕРИСТИКА ФАКТОРОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ ПОТРЕБНОСТЬ В ВЫСОКОЭФФЕКТИВНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТАХ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Ключевые слова: лекарственные препараты растительного происхождения, сердечно-сосудистые заболевания, маркетинговые исследования, потребность, прогнозирование спроса.

Цель работы – определить потребность в высокоэффективных лекарственных препаратах растительного происхождения для лечения сердечно-сосудистых заболеваний.

Материалы и методы. Прогнозирование потребности в кардиологических лекарственных средствах, в целом, и в лекарственных препаратах растительного происхождения (ЛП РО), в частности, растет по мере увеличения численности населения, продолжительности жизни, под влиянием социально-демографических факторов, а главное – с увеличением числа пожилых людей. При решении задач, стоящих перед здравоохранением в области лекарственного обеспечения населения, необходим регулярный анализ фармацевтического рынка и прогноз потребности в лекарственных средствах в разрезе фармакотерапевтической группы, который изучается. На этапах маркетингового исследования изучение ассортимента платежеспособности потребителей должно проводиться с обязательным учетом региональных особенностей, реальных финансовых возможностей лечебно-профилактических учреждений и платежеспособности населения, а также факторов, оказывающих влияние на выбор лекарственных средств медицинскими, фармацевтическими работниками и населением, в частности.

Результаты. На фармацевтическом рынке Украины среди лекарственных препаратов растительного происхождения доминируют лекарственные препараты отечественного производства, что значительно снижает стоимость терапии и делает много лекарственных средств доступными для социально незащищенных слоев населения. Характерной чертой задачи определения потребности в высокоэффективных лекарственных препаратах растительного происхождения является наличие непрогнозируемых факторов, влияющих на сложную

систему формирования и удовлетворения спроса (появление новых лекарственных средств, разный уровень информированности врачей, просветительная работа среди населения и др.).

Выводы. Учитывая особенности современных социально-экономических условий, недостаточность финансовой лекарственной помощи за счет государственного бюджета и необходимость решения проблем совершенствования организации лекарственной помощи больным с сердечно-сосудистой патологией, нами проведено прогнозирование перспективного спроса на лекарственные препараты растительного происхождения. Важный этап при выборе методов прогнозирования – это возможность привлечения необходимого числа показателей, которые являются характеристикой нормативного метода, доступность и простота которого позволяют использовать его специалистами, не имеющими специальной математической подготовки на уровне медицинских и фармацевтических организаций. Профилактика заболеваний должна основываться на осуществлении государственных программ профилактики и укрепления здоровья. Это позволит совершенствовать и активно использовать методы раннего выявления социальных и экономических факторов, которые являются угрозой развития заболеваний сердечно-сосудистой системы.

I. V. Sakhanda, K. L. Kosyachenko, T. S. Nehoda

CHARACTERISTICS OF THE FACTORS DETERMINING THE NEED FOR HIGHLY EFFECTIVE MEDICINAL PRODUCTS OF PLANT ORIGIN FOR THE TREATMENT OF CARDIOVASCULAR DISEASES

Keywords: medicinal products of plant origin, cardiovascular diseases, marketing research, demand, demand forecasting.

Aim of the study is to determine the need for highly effective medicinal products of plant origin for the treatment of cardiovascular diseases.

Materials and methods. Forecasting the need for cardiac medicines in general, and in medicinal products of plant origin (MP PO), in particular, is increasing as the population, life expectancy, under the influence of socio-demographic factors, and, most importantly, with the increase in the number of elderly people. When solving problems facing health care in the field of drug provision of the population, a regular analysis of the pharmaceutical market and a forecast of the need for medicines in the context of the pharmacotherapeutic group that is being studied are necessary. At the stages of marketing research, the study of the range of consumers' solvency should be carried out with the obligatory consideration of regional peculiarities, the real financial possibilities of medical and preventive institutions and the solvency of the population, as well as factors influencing the choice of medicines by medical, pharmaceutical workers and the population, in particular.

Results. On the pharmaceutical market of Ukraine, among medicinal products of plant origin, domestically produced drugs, which significantly reduces the cost of therapy and makes many medicines available to socially unprotected populations. A characteristic feature of the problem of determining the need for highly effective medicinal products of plant origin is the presence of unpredictable factors affecting the complex system of formation and satisfaction of demand (the emergence of new medicines, different levels of doctors' awareness, educational work among the population, etc.).

Conclusions. Taking into account the peculiarities of modern social and economic conditions, the inadequacy of financial drug assistance at the expense of the state budget and the need to address the problems of improving the organization of medicinal care for patients with cardiovascular pathology, we have forecasted the long-term demand for medicinal products of plant origin. An important stage in the choice of forecasting methods is the possibility of attracting the necessary number of indicators that are characteristic of the normative method, the availability and simplicity of which allow using it by specialists who do not have special mathematical training at the level of medical and pharmaceutical organizations. Prevention of diseases should be based on the implementation of government programs for prevention and promotion of health. This will improve and actively use methods of early detection of social and economic factors that are a threat to the development of diseases of the cardiovascular system.



УДК: 582.794.1:543.635.7:547.474

ДОСЛІДЖЕННЯ ЛЕТКОЇ ФРАКЦІЇ КОРЕНЕПЛОДІВ ПАСТЕРНАКУ ПОСІВНОГО (*PASTINACA SATIVA* L.)

- ¹ Ю. Є. Шиморова, асп. каф. хімії природ. спол.
- ¹ В. С. Кисличенко, д. фарм. н., проф., зав. каф. хімії природ. спол.
- ¹ В. Ю. Кузнєцова, к. фарм. н., доц. каф. хімії природ. спол.
- ² Н. А. Сушук, к. фарм. н., ас. каф. технолог. ліків

- ¹ Національний фармацевтичний університет, м. Харків
- ² Одеський національний медичний університет

Пастернак посівний (*Pastinaca sativa* L.) – дворічна рослина родини селерові (*Apiaceae*), відома з VIII століття як лікарська. Пастернак вирощують в Україні, як пряно-овочеву культуру для одержання коренеплоду. Враховуючи соціальний запит щодо здешевлення лікарських засобів та розробки нових препаратів рослинного походження, фітохімічне вивчення пастернаку посівного як рослини, що має достатню сировинну базу, є доцільним.

Сучасною науковою медициною широко визнані лікувально-дієтичні властивості пастернаку. Встановлено, що при його споживанні покращується травлення, зміцнюються стінки капілярних судин, відмічена болезаспокійлива і відхаркувальна дія. У традиційній медицині пастернак застосовують для лікування і профілактики серцево-судинних захворювань, вітиліго. Рослина також має тонізуючі властивості. У народній медицині застосовують як сечогінний та збуджуючий статеву діяльність засіб, а також для підвищення апетиту, для пом'якшення і видалення мокротиння [1, 2].

Коренеплоди пастернаку містять ефірну олію, полісахариди (пектинові речовини, крохмаль, цукри), жирну олію, вітаміни (аскорбінову, ніотинову, пантотенову кислоти, рибофлавін, тіамін, каротин), мінеральні солі. За вмістом легкозасвоюваних вуглеводів пастернак займає одне з перших місць серед коренеплідних овочевих рослин [1, 3].

Аналіз літературних даних свідчить про наявність результатів досліджень здебільшого складу ефірної олії наземної частини рослини або плодів пастернаку посівного. Так, німецькими вченими встановлено, що домінуючими речовинами ефірної олії пастернаку посівного є октил бутират, октил ацетат, гексил бутират [4]. У свою чергу, турецькі дослідники вказують, що терпінолен, октил бутират і міристицин є основними сполуками ефірної олії коренеплодів та плодів пастернаку посівного [5]. Як показав аналіз літературних джерел, дані про компоненти леткої фракції коренеплодів пастернаку посівного, вирощеного на території України, відсутні.

Метою дослідження було визначення якісного та кількісного складу компонентів леткої фракції коренеплодів

пастернаку посівного (*Pastinaca sativa* L.). Дослідження проводили методом газової хроматографії з мас-спектрометрією (ГХ/МС).

Матеріали та методи дослідження

Об'єктом вивчення були леткі сполуки коренеплодів пастернаку посівного. Сировина була заготовлена на території Кіровоградської області восени 2016 року.

Вивчення летких сполук проводили методом ГХ/МС на хроматографі Agilent Technologies 6890 з мас-спектрометричним детектором 5973 з використанням хроматографічної колонки – капілярної DB-5 вн. діам. 0,25 мм і довжиною 30 м, при швидкості введення проби 1,2 мл/хв. протягом 0,2 хв., швидкості газу-носія (гелій) 1,2 мл/хв., температурі нагрівача введення проби – 250 °С, температурі термостата від 50 до 320 °С зі швидкістю 4 град/ хв. за наступною методикою [6, 7].

Наважку матеріалу (0,5 г) поміщали у віалу на 20 мл, додавали внутрішній стандарт. За внутрішній стандарт використовували тридекан з розрахунку 50 мкг на наважку з подальшим розрахунком отриманої концентрації внутрішнього стандарту, яка потім використовувалася для розрахунків. У пробу додавали 10 мл води і відганяли з неї леткі сполуки з водяною парою протягом 2-х год. з використанням зворотного холодильника з повітряним охолодженням.

У процесі відгону леткі речовини адсорбувалися на внутрішній поверхні зворотного холодильника. Адсорбовані речовини після охолодження системи змивали повільним додаванням 3 мл особливо чистого пентану в суху віалу на 10 мл. Змив концентрували продувкою (100 мл/хв.) особливо чистого азоту до залишкового об'єму екстракту 10 мкл, який повністю відбирали хроматографічним шприцом. Подальше концентрування проби проводили в самому шприці до об'єму 2 мкл.

Введення проби в хроматографічну колонку проводили в режимі splitless, тобто без поділу потоку, що дозволяло ввести пробу без втрати на поділ та істотно (в 10-20 разів) збільшити чутливість методу хроматографування.

Для ідентифікації компонентів використовували бібліотеку мас-спектрів NIST05 і WILEY 2007 із загальною

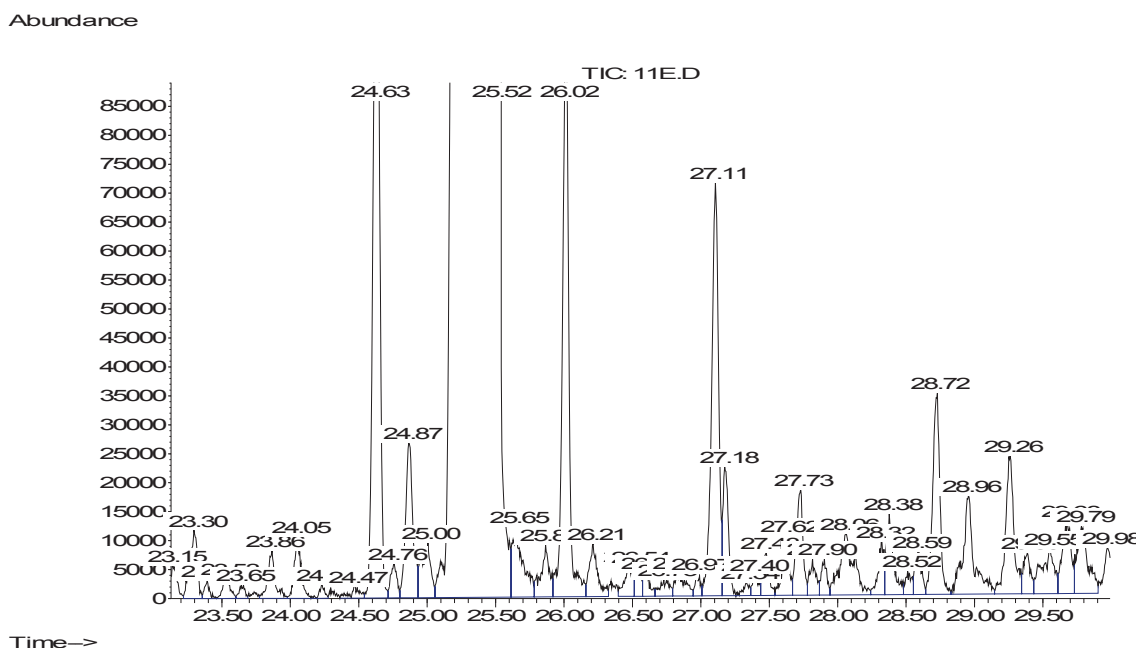


Рис. Фрагмент хроматограми компонентів леткої фракції коренеплідів пастернаку посівного

кількістю спектрів більш 470000 у поєднанні з програмами для ідентифікації AMDIS і NIST.

Для кількісних розрахунків застосовували метод внутрішнього стандарту.

Розрахунок вмісту компонентів проводили за формулою:

$$C = K_1 * K_2, \text{ мг/кг,}$$

де $K_1 = P/P_2$ (P_1 – площа піку досліджуваної речовини)

Таблиця

Компоненти леткої фракції коренеплідів пастернаку посівного

№ з/п	Речовина	Час утримання, хв.	Вміст, мг/кг
1	Бензенацетальдегід (оцимен)	9,5	1,95
2	2-ацетил-1,4,5,6-тетрагідропіридин	12,85	1,95
3	4-триметил-бензоетанол	14,4	16,86
4	2-метокси-4-вінілфенол (4-вінілгваякол)	18,6	5,19
5	2,4-нонадієналь	18,84	15,56
6	Евгенол	19,95	7,78
7	Гексилбутират	20,6	3,24
8	Каріюфілен	22,1	5,84
9	1-метил-4-(5-метил-1-метилен-4-гексеніл)-, (S)- циклогексан	24,9	6,48
10	1,3-Бензодіоксоль, 4-метокси-6-(2-пропеніл)- (міристицин)	25	5575,73
11	Бензол, 1,2,3-триметокси-5-(2-пропеніл)- (елеміцин)	25,97	21,40
12	Ізопропілміридат	33,7	2,59
13	1,2-Бензолдикарбонової кислоти, біс(2-метилпропіл) ефір (діізобутилфталат)	34,6	36,31
14	Гексадеканоїнова кислота, метиловий ефір (метилпальмітат)	36,2	22,69
15	Гексадеканоїнова кислота, етиловий ефір (етилпальмітат)	37,9	11,67
16	Лінолева кислота, метиловий ефір (метиллінолеат)	40,2	10,37
17	Октадеканоїнова кислота, метиловий ефір (метилстеаринат)	41	2,59
18	Лінолева кислота, етиловий ефір (етиллінолеат)	41,8	33,07
19	1,2-Бензолдикарбонової кислоти, моно(2-етилгексил) ефір (моноетилгексилфталат)	49,4	2,59
20	Сквален	54,7	22,69
	Всього:		5854,51

ни, P_2 – площа піку стандарту).

$K_2 = 50/M$ (50 – маса внутрішнього стандарту, мкг, введеного в зразок, M – наважка зразка, г).

Результати проведених досліджень наведені в таблиці та на рисунку.

Результати дослідження та їх обговорення

У леткій фракції коренеплодів пастернаку посівного встановлено наявність 20 компонентів, загальний вміст яких становив 5854,51 мг/кг у перерахунку на суху речовину.

Аналізуючи отримані дані, можна зробити висновки, що, з хімічної точки зору, серед летких сполук коренеплодів пастернаку посівного переважають речовини фенілпропанової природи (міристицин та елеміцин). У значно меншій кількості присутні ефіри карбонових кислот (диізобутилфталат, етиллінолеат, метилпальмітат), сквален (як основний представник тритерпенових сполук), альдегіди, серед яких переважає 2,4-нонадіеналь. Домінуючою речовиною є міристицин, вміст якого в коренеплодах пастернаку посівного становить понад 95 % (5575,73 мг/кг) від кількості всіх летких сполук.

Міристицин (1,2-метилендіоксі-6-метокси-4-аллілбензен) – представник алкенілбензолу, з фармакологічної

точки зору, діє як антагоніст серотонінових рецепторів, слабкий інгібітор моноаміноксидази [8]. Результати досліджень португальських вчених свідчать про апоптотичні властивості міристицину, а японські вчені дослідили його гепатопротекторні властивості [9]. Вченими з Індії були досліджені антиоксидантні та антибактеріальні властивості міристицину [10].

Проведеними дослідженнями визначено речовину маркер за допомогою якої можлива якісна та кількісна стандартизація коренеплодів пастернаку посівного.

Висновки

1. Методом газової хроматографії досліджено кількісний та якісний склад компонентів леткої фракції коренеплодів пастернаку посівного. В результаті проведеного дослідження ідентифіковано 20 компонентів.

2. Встановлено, що домінуючою речовиною є міристицин (5575,73 мг/кг), вміст якого становить понад 95 % від усіх ідентифікованих летких сполук коренеплодів пастернаку посівного.

3. Проведеними дослідженнями визначено речовину-маркер, за допомогою якої можлива якісна та кількісна стандартизація коренеплодів пастернаку посівного.

Література

1. Шиморова Ю. Є. Вивчення жирнокислотного складу коренеплодів *Pastinaca sativa* / Ю. Є. Шиморова, В. С. Кисличенко, В. Ю. Кузнєцова // *Фітотер. Час.* – 2017. – № 1. – С. 46-49.
2. Голембовська Н. В. Характеристика пряно-ароматичних коренеплодів / Н. В. Голембовська, Т. К. Лебська // *Одес. нац. акад. харч. технол. наук. праці. Вип. 46 (Т2)*. – С. 59-63.
3. Castro Alejandro. Parsnip (*Pastinaca sativa* L.) – Dietary fibre composition and physicochemical characterization of its homogenized suspensions / Alejandro Castro, Bjorn Bergenstad, Eva Tornberg // *Food Res. Internat.* – 2012. – № 48. – С. 598-608.
4. Farukh Sharopov. Phytochemistry and bioactivities of selected plant species with volatile secondary metabolites. Dissertation... Doctor of Natural Sciences / Sharopov Farukh.; Ruperto-Carola University of Heidelberg, 2015. – P. 140.
5. Kurkuoglu, M. Composition of the essential oil of *Pastinaca sativa* L. Subsp. *urens* (Req. Ex Godron) Celak. / M. Kurkuoglu, K. H. C. Baser, M. Vural // *Chem. of Natur. Comp.* – 2006. – Vol. 42 (№ 1). – P. 114-115.
6. Процька В. В. Дослідження летких компонентів кореневих частин коренями, листя та квіток хости подорожникової / В. В. Процька, І. О. Журавель // *Фітотер. Час.* – 2016. – № 2. – С. 57-61.
7. Вивчення летких фракцій сировини моркви посівної сортів «Яскрава» та «Нантська харківська» / Д.-М. В. Пазюк, І. О. Журавель, О. А. Кисличенко [та ін.] // *Scie. Rise: Pharmac. Scie.* – 2017. – № 3 (7). – С. 32-37.
8. Фармацевтичні аспекти тютюнопаління, алкоголізму, наркоманії і токсикоманії: Навч. посібник / С. В. Баюрка, В. С. Бондар, С. А. Карпушина [та ін.] – X., 2017. – 210 с.
9. Hepatoprotective Effect of Myristicin from Nutmeg (*Myristica fragrans*) on Lipopolysaccharide/d-Galactosamine-Induced Liver Injury / T. Morita, K. Jinno, H. Kawagishi [et al.] // *J. Agric. Food Chem.* – 2003. – № 51 (6). – P. 1560-1565.
10. Chemistry, antioxidant and antimicrobial potential of nutmeg (*Myristica fragrans* Houtt) / Ashish DeepGupta, Vipin Kumar Bansal, Vikash Babu [et al.] // *J. Genetic Engineer. and Biotechnol.* – 2013. – 11(1). – P. 25-31.

Надійшла до редакції 11.10.2017

УДК: 582.794.1:543.635.7:547.474

Ю. Є. Шиморова, В. С. Кисличенко, В. Ю. Кузнєцова,
Н. А. Сушук

ДОСЛІДЖЕННЯ ЛЕТКОЇ ФРАКЦІЇ КОРЕНЕПЛОДІВ
ПАСТЕРНАКУ ПОСІВНОГО (*PASTINACA SATIVA* L.)

Ключові слова: пастернак посівний, газова хроматографія, леткі сполуки.

Методом газової хроматографії з мас-спектрометрією встановлено якісний та кількісний склад леткої фракції коренеплодів пастернаку посівного. Серед 20 ідентифікованих сполук домінуючою речовиною є міристицин (понад 95 %), який можна вважати маркерною сполукою для стандартизації коренеплодів пастернаку посівного.

Ю. Е. Шиморова, В. С. Кисличенко, В. Ю. Кузнецова,
Н. А. Сушук

ИССЛЕДОВАНИЕ ЛЕТУЧЕЙ ФРАКЦИИ КОРНЕПЛОДОВ ПАСТЕРНАКА ПОСЕВНОГО (*PASTINACA SATIVA L.*)

Ключевые слова: пастернак посевной, газовая хроматография, летучие соединения.

Методом газовой хроматографии с масс-спектрометрией изучен качественный состав и количественное содержание компонентов летучей фракции корнеплодов пастернака посевного. Среди 20 идентифицированных соединений доминирующим веществом является миристицин (более 95%), который можно считать маркерным соединением для стандартизации корнеплодов пастернака посевного.

J. E. Shimorova, V. S. Kyslychenko, V. Yu. Kuznetsova,
N. A. Suschuk

STUDY OF VOLATILE FRACTION OF PARSNIP ROOTS (*PASTINACA SATIVA L.*)

Keywords: parsnip, gas chromatography, volatile compounds.

The qualitative composition and quantitative content of the volatile fraction of parsnip root were studied using method of gas chromatography. Among 20 identified compounds Myristicin was a dominant substance (95%) that could be used as a marker for standardization of parsnip roots.



УДК: 615.322.015.4:582.998.16

ДОСЛІДЖЕННЯ ФАРМАКОЛОГІЧНОЇ ДІЇ ЛІОФІЛІЗОВАНОГО ЕКСТРАКТУ З ТРАВИ ОСОТУ ЗВИЧАЙНОГО (*CIRSIIUM VULGARE (SAVI) TEN.*)

- Я. В. Попова, асист. каф. фармакотерап., управл. та економ. фармації ФПО
О. В. Мазулін, д. фарм. н., проф., зав. каф. фармакогн., фармхім. і технол. ліків ФПО
І. А. Лукіна, к. фарм. н., асист. каф. фармакогн., фармхім. і технол. ліків ФПО
Г. В. Мазулін, к. фарм. н., асист. каф. фармакогн., фармакол. та ботан.

- Запорізький державний медичний університет

Пошук та створення нових фітопрепаратів та лікарських засобів з рослинної сировини, підвищення якості та ефективності лікарського забезпечення населення є актуальним завданням фармації. Особлива увага приділяється рослинам з багатовіковим досвідом використання в медицині.

Перспективним джерелом фітопрепаратів є лікарська рослинна сировина до складу якої входять флавоноїди та гідроксикоричні кислоти, котрі широко розповсюджені у рослинному світі. Ці речовини дуже біологічно близькі організму людини, виявляють виражену протизапальну, противиразкову, гепатопротекторну, капилляррозміцнювальну, ранозагоювальну, антиоксидантну, детоксикаційну активність [6].

Рід осот (*Cirsium L.*) родини айстрові (*Asteraceae*) у сучасній світовій флорі налічує майже 300 доволі відомих видів багаторічних трав'янистих рослин, які поширені в Європі, Північній Африці, Північній та Центральній Америці. В Україні ідентифіковано понад 30 найбільш розповсюджених видів [3, 5, 8, 10].

У хімічному складі рослинної сировини видів роду *Cirsium L.* були ідентифіковані: флавоноїди, гідроксикоричні кислоти, фенольні сполуки, дубильні речовини, полісахариди, амінокислоти, жирні та органічні кислоти. Перспективним для впровадження в офіційну медичну практику є осот звичайний (*Cirsium vulgare (Savi) Ten.*). Це дворічна розвинута рослина 70-120 см заввишки, з міцним стрижневим коренем та прямостоячим розгалу-

женим стеблом. Листя жорсткі, виїмчасті, перисто розгалужені, колючі, знизу сірувато-волокнисті. Відтворює суцвіття-кошики: колючі, поодинокі, крупні, пурпурові, які складаються з трубчастих квіток. Розмножується рослина насінням та кореневими паростками. Цвіте в червні-серпні. Плід сім'янка, насіння обернено-яйцевидне (2,0-4,0 x 0,6-0,9 x 1,6 мм). Настій з трави рослини (1:10) досить широко використовують у народній медицині багатьох країн світу як ефективний протизапальний, протипухлинний, противірусний та гепатопротекторний засіб [5, 8, 10].

Встановлено, що свіжа трав'яна кашка або примочки з неї знімають запалення, свербіж, лікують екзему, фурункули, садна і лишай шкіри. Відвари з суцвіть і коренів (1:10) чинять терапевтичну дію при головних болях, епілепсії, нервово-психічних захворюваннях. Зовнішньо рани лікують примочками, зробленими з настоєм трави. Порошком із сухого листа присипають гнійні рани. Молоде листя і пагони вживають в їжу. Рослину також широко використовують у ветеринарії [5, 9].

Для збереження високого вмісту біологічно активних речовин (БАР) трави рослини, в тому числі термолабільних, було розроблено та апробовано технологію отримання ліофілізованого екстракту (ЛЕ) з трави осоту звичайного методом сублімаційного сушіння на установці Christ Alpha 1-2 LD plus, Німеччина).

Метою роботи було дослідження безпечності та протизапальної активності ліофілізованого екстракту з трави осоту звичайного (*Cirsium vulgare (Savi) Ten.*).

Матеріали та методи дослідження

Отриманий в асептичних лабораторних умовах ЛЕ з трави осоту звичайного – це порошок світло-зеленого кольору, гігроскопічний, з легким специфічним запахом, гіркуватого смаку, добре розчинний у воді очищеній, спирті різних концентрацій. Містить у своєму складі: флавоноїди, гідроксикоричні кислоти, фенольні сполуки, дубильні речовини, полісахариди, амінокислоти, органічні кислоти. Вихід з повітряно сухої рослинної сировини становить до 23-25 %.

Досліди виконані на білих безпородних щурах масою 140-170 г обох статей, отриманих з розплідника ДУ «Інститут фармакології та токсикології АМН України». Експерименти проведені відповідно до «Методичних рекомендацій за поданням документації на лікарські засоби в Фармакологічний центр МОЗ України» та положенням про використання тварин в біомедичних дослідках (Страсбург, 1986 р., із змінами, внесеними в 1998 р.), «Загальних етичних принципів експериментів на тваринах» (Київ, 2001). Статистичну обробку результатів проводили з використанням стандартного пакету аналізу програм статистичної обробки результатів, версії Microsoft Office Excel 2003. Достовірність відмінностей між експериментальними групами оцінювали за допомогою t-критерію Стьюдента і U-критерію Уїтні-Манна комп'ютерної програми «STATISTICA for Windows 6.0» (StatSoft Inc., №АХХR712D833214FAN5) [2, 4, 7].

Для визначення показників гострої токсичності ЛЕ використовували групи щурів по 6 тварин однієї статі та контрольну групу. За критерій прийнятності рандомізації вважали відсутність зовнішніх ознак варіювань і гомогенність груп за масою тіла ($\pm 20\%$). Досліджувані ЛЕ вводили внутрішньошлунково за допомогою металевого зонда в зростаючих дозах за Літчфілд-Уїлкоксоном. Для досягнення великих доз, вводили тваринам повторно з інтервалами 30 хв. протягом 2-3 год. (до 6 повторних введень). Контрольним тваринам вводили аналогічні максимальні обсяги води дистильованої (по 6 введень). Період подальшого спостереження становив 14 діб. За цей період реєстрували клінічні симптоми інтоксикації, показники загального стану, вагу, облік споживання корму та води. Через 14 діб тварини всіх експериментальних груп були піддані евтаназії тіопенталом натрію (доза 40 мг/кг) і морфологічному дослідженню.

Протизапальну активність досліджували на білих щурах лінії Вістар, масою 160-180 г обох статей. Всі тварини були розділені на чотири групи по п'ять тварин: 1 – контрольна, яким вводили флогоген (розчин карагеніну 1 %); 2- і 3- дослідні, яким на фоні введення флогогена призначали ЛЕ з трави осоту звичайного, і 4 – група, тваринам якої вводили комплексний рослинний референс-препарат «Зинаксин» виробництва FERROSAN (Данія). Флогоген вводили одноразово, субплантарно з розрахунку 0,1 мл на тварину. Досліджуваний ЛЕ з трави осоту звичайного вводили внутрішньошлунково за допомогою металевого зонду в дозі 100 мг / кг сухої речовини за три доби до і відразу після введення флогогену. Зинаксин застосовували аналогічно в дозі 225 мг / кг. Об'єм лапки вимірювали через кратні проміжки часу [1].

Результати дослідження та їх обговорення

Результати досліджень свідчать про те, що одноразове внутрішньошлункове введення максимально допустимого об'єму 5 мл у дозі більше 20000 мг/кг не викликає загибелі ні в одній з 6 тварин з групи протягом 14 діб. Видимих патологічних змін зовнішнього вигляду та поведінки експериментальних тварин на 1, 7 і 14-у добу після одноразового внутрішньошлункового введення ЛЕ не зареєстровано. Протягом 14-добового спостереження стан та показники тварин не відрізнялися від контрольних. Шерсть щурів всіх груп мала охайний вигляд, була блискучою, без облісіння. Зміни маси тіла тварин, яким одноразово вводили максимальні дози ЛЕ, були в межах фізіологічної норми. Не виявлено достовірних відмінностей в динаміці маси тіла між дослідними і контрольними тваринами. Тварини охоче споживали воду і їжу.

При макроскопічному дослідженні статевих відмінностей, а також впливу внутрішньошлункового шляху введення на стан внутрішніх органів не встановлено. Масові коефіцієнти внутрішніх органів тварин, які одержували ЛЕ, і контрольних, не мають достовірних відмінностей.

Дослідження гострої токсичності на нелінійних білих щурах показало, що значення LD_{50} ЛЕ з трави осоту звичайного для безпородних білих щурів при внутрішньошлунковому введенні вище 20000 мг/кг. Таким чином, досліджуваний екстракт відноситься до VI класу токсичності (відносно нешкідливі речовини). ЛЕ з трави осоту звичайного при одноразовому внутрішньошлунковому введенні в дозах понад 20000 мг/кг не викликали макроскопічних

Таблиця

Протизапальна активність ЛЕ з трави осоту звичайного на моделі карагенінового запалення

Група тварин (n = 5)	Набряк лапки (V мм) через проміжок часу (год.)					
	0,5	1,0	2,0	6,0	12	24
Контроль	0,33±0,02	0,54±0,05	0,58±0,02	0,93±0,06	0,98±0,07	0,85±0,05
ЛЕ з трави осоту звичайного	0,31±0,02	0,51±0,05	0,54±0,07	0,88±0,07	0,80±0,05*	0,51±0,02 *
Зинаксин	0,34±0,04	0,52±0,03	0,51±0,03	0,80±0,04	0,75±0,02*	0,41±0,02 *

Примітка: * $p < 0,05$ – відносно контрольної групи

змін і гіперволемічного набряку внутрішніх органів, що підтверджується величинами їх масових коефіцієнтів.

Результати дослідження протизапальної активності ЛЕ з трави осоту звичайного наведені у таблиці.

Дані, наведені у таблиці, свідчать, що ЛЕ з трави осоту звичайного виявляє виражену протизапальну дію на моделі карагенінового запалення. Протизапальна активність починає проявлятися через 6 год. після останнього введення, достовірна реєстрація спостерігається через 12 год. після введення. Максимально виражена протизапальна дія проявляється на 24 год. спостереження. Отримані результати свідчать про те, що в механізмі протизапальної дії досліджуваного ЛЕ з трави осоту звичайного лежить здатність гальмувати циклооксигеназний шлях синтезу прозапальних простагландинів. За виявленою протизапальною активністю ЛЕ з трави осоту звичайного може бути порівняним з комплексним рослинним препаратом «Зинаксин».

Висновки

1. За розробленою технологією отримано ліофілізований екстракт з трави *Cirsium vulgare (Savi) Ten.*, заготовленої під час цвітіння.

2. При внутрішньошлунковому введенні щуром ЛЕ з трави *Cirsium vulgare (Savi) Ten.* слід віднести до VI класу токсичності ($LD_{50} > 20000$ мг/кг). Не виявляє місцево подразнювальної, алергізуючої дії, макроскопічних змін і гіперволемічного набряку внутрішніх органів.

3. Досліджуваний екстракт в дозі 100 мг/кг при внутрішньошлунковому введенні виявляє протизапальну дію на моделі карагенінового запалення, достовірно знижуючи обсяг запалення з 12 год. після введення.

4. За протизапальною активністю ліофілізований екстракт з трави *Cirsium vulgare (Savi) Ten.* може бути порівняним з рослинним протизапальним препаратом «Зинаксин».

Література

1. Доклінічні дослідження лікарських засобів (методичні рекомендації): за ред. чл. кор. АМН України О. В. Стефанова. – Київ: ВД «Авіцена». – 2001. – 528 с.
2. Наукометодичні рекомендації з утримання лабораторних тварин та роботи з ними / Ю. М. Кожелякін, О. С. Хролов, М. А. Філоненко, Г. А. Сайфетдінова. – Київ: ВД «Авіцена», 2002. – 156 с.
3. Определитель высших растений Украины / Д. Н. Доброчаева М. И. Котов, Ю. Н. Прокудин и др.; под ред. Ю. Н. Прокудина. – К.: Наук. думка, 1987. – 548 с.
4. Статистичний аналіз результатів хімічного експерименту // Державна Фармакопея України / ДП «Науково-експертний фармакопейний центр». – 1-е вид. – Х.: РІПЕГ, 2001. – Додаток 1. – 2004. – С. 187-221.
5. Фітохімічне дослідження поліфенольних сполук із трави *Cirsium vulgare (Savi) Ten.* флори України / Я. В. Попова, О. В. Мазулін, Г. В. Мазулін, Т. В. Опрошанська // Актуал. питання фармац. і мед. науки та практ. – 2016. – № 1 (20). – С. 52-56.
6. Куркин В. А. Флавоноиды как биологически активные соединения лекарственных средств / В. А. Куркин, А. В. Куркина, Е. В. Авдеева // Фундамент. исслед. – 2013. – № 11. – С. 1897-1901.
7. European convention for the protection of the vertebrate animals used for experimental and other scientific purpose: Council of Europe 18.03.1986. – Strasbourg, 1986. – 52 p.
8. Gordon E. D. Tiley. Biological Flora of the British Isles: *Cirsium arvense (L.) Scop.* / E. D. Tiley Gordon // J. of Ecol. – 2010. – Vol. 98, № 4. – P. 938-983.
9. Nazaruk J. Components and antioxidant activity of fruits of *Cirsium palustre* and *Cirsium rivulare* / J. Nazaruk, A. Wajs-Bonikowska, R. Bonikowski // Chem. of Natur. Comp. – 2012. – Vol. 48. – № 1. – P. 9-10.
10. Phytochemical study our the constituents from *Cirsium arvense* / H. K. Ziaul, A. Farman, K. Shafulah, A. Irshad // Medtorran. J. of Chem. – 2011. – Vol. 1, № 2. – P. 64-69.

Надійшла до редакції 11.11.2017

УДК: 615.322.015.4:582.998.16

Я. В. Попова, О. В. Мазулін, І. А. Лукіна, Г. В. Мазулін ДОСЛІДЖЕННЯ ФАРМАКОЛОГІЧНОЇ ДІЇ ЛІОФІЛІЗОВАНОГО ЕКСТРАКТУ З ТРАВИ ОСОТУ ЗВИЧАЙНОГО (*CIRSIMUM VULGARE (SAVI) TEN.*)

Ключові слова: *Cirsium vulgare (Savi) Ten.*, фармакологічна дія, лікарська рослинна сировина.

Досліджена гостра токсичність ліофілізованого екстракту з трави осоту звичайного. Протизапальна активність ліофілізованого екстракту з трави *Cirsium vulgare (Savi) Ten.* за рівнем близька до комплексного рослинного препарату «Зинаксин».

Я. В. Попова, О. В. Мазулін, І. А. Лукіна, Г. В. Мазулін ИССЛЕДОВАНИЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ЛИОФИЛИЗИРОВАННОГО ЭКСТРАКТА ТРАВЫ БОДЯКА ОБЫКНОВЕННОГО (*CIRSIMUM VULGARE (SAVI) TEN.*)

Ключевые слова: *Cirsium vulgare (Savi) Ten.*, фармакологическое действие, лекарственное растительное сырье.

Исследована острая токсичность лиофилизированного экстракта травы бодяка обыкновенного. Противовоспалительное действие лиофилизированного экстракта травы *Cirsium vulgare (Savi) Ten.* сопоставимо с комплексным растительным препаратом «Зинаксин».

Ya. V. Popova, O. V. Mazulin, I. A. Lukina, G. V. Mazulin

STUDY OF PHARMACOLOGICAL ACTIVITY OF LIOPHILIZED EXTRACT FROM *CIRSIMUM VULGARE (SAVI)* TEN.)

Keywords: *Cirsium vulgare (Savi) Ten.*, pharmacological activity, herbal raw material.

The dose acute toxicity of the lyophilized herbal raw material extract of the *Cirsium vulgare (Savi) Ten.* was studied. Anti-inflammatory action of lyophilized herbal raw material extract of *Cirsium vulgare (Savi) Ten.* is comparable with complex plant anti-inflammatory drug «Zinaxin».



ДОСЛІДЖЕННЯ ЖИРНИХ КИСЛОТ У СЛАНЯХ ПАРМЕЛІЇ ПЕРЛИНОВОЇ

- О. А. Кисличенко, к. фарм. н., доц. каф. фармакогн.
В. В. Процька, асп. каф. ХПС
І. О. Журавель, д. фарм. н., проф. каф. ХПС

- Національний фармацевтичний університет, м. Харків

Вступ

Пармелія перлинова (*Parmeliaceae*) відноситься до лишайників і являє собою симбіотичну асоціацію гіфів гриба та водоростей. Пармелія перлинова широко розповсюджена на всіх континентах світу, зокрема на території Центральної та Західної Європи, на Кавказі та Далекому Сході [2, 3, 6]. В Україні пармелія перлинова належить до реліктових видів, зустрічається в Карпатах і занесена до Червоної книги України [10].

Хімічний склад пармелії перлинової за даними літератури, представлений унікальними та різноманітними біологічно активними речовинами. Зокрема, встановлено, що цей лишайник накопичує значну кількість полісахаридів, жирних кислот, терпенових та стероїдних сполук, лишайникових кислот [2, 3, 5, 6]. В індійській медицині пармелія використовується для лікування захворювань шкіри, розладів шлунка, зубних болях, хворобах крові, серцево-судинної та сечо-статевої систем. Встановлено, що біологічно активні речовини пармелії справляють антибактеріальну, літотичну, протипухлинну, антипроліферативну, антиоксидантну, антидіабетичну, гепатопротекторну, антимікотичну, протівірусну, спазмолітичну дії [1-3, 5, 6]. В Україні зареєстрований урологічний препарат «Спеман» (виробник Himalaya, Індія), до складу якого входить екстракт пармелії перлинової [8]. В Україні цей лишайник є неофіціальним, параметрів стандартизації сировини не існує, тому актуальним є його фітохімічне дослідження.

Жирні кислоти відіграють життєво необхідну роль в людському організмі. Вони входять до основних структурних компонентів клітин і виконують енергетичну функцію. Насичені та ненасичені жирні кислоти мають протизапальну, антимікробну, антидіабетичну та імунomodulatory властивості. Крім того, ці сполуки позитивно впливають на серцево-судинну систему, знижуючи ризик інфарктів, чинять антигіпертензивну та гіпохолестеринемічну дії [4, 7, 9].

Метою роботи було дослідження жирнокислотного складу сланей пармелії перлинової.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження жирнокислотного складу сланей пармелії перлинової було проведено в 5 серіях сирови-

ни. Зразок № 1 – виробник ТОВ «ФЦЕ», Росія; зразок № 2 – виробник ТОВ «Зерде-Фіто», Казахстан; зразок № 3 – виробник ТОВ «СвроАзіяФарм», Казахстан; зразок № 4 – виробник ТОВ «Азбука трав», Росія; зразок № 5 – сировина, заготовлена самостійно на території Казахстану в 2016 році.

Жирнокислотний склад сланей пармелії перлинової вивчали методом газової хроматографії. Для дослідження використовували гідролізовані ліпофільні фракції, отримані шляхом вичерпної екстракції гексаном.

Аналіз проводили за допомогою газового хроматогра «Селміхром-1» з полум'яно-іонізаційним детектором. Використовували хроматографічну колонку з нержавіючої сталі, довжина якої становила 2,5 метра, а внутрішній діаметр – 4 мм, нерухою фазою був інертон, який попередньо обробили 10 % діетиленглікольсукцинатом (DEGS) [11].

На хроматографі були задані наступні параметри: температура термостата колонок – 180 °С, температура випарника – 230 °С, температура детектора – 220 °С, швидкість потоку газу носія (азот) – 30 см³/хв., об'єм проби 2 мм³ розчину метилових естерів кислот у гексані [11].

Ідентифікацію метилових естерів жирних кислот проводили за часом утримання у порівнянні зі стандартом. Кількісний вміст метилових естерів жирних кислот обчислювали з використанням методу внутрішньої нормалізації. Для роботи використовували стандарти насичених та ненасичених метилових естерів жирних кислот фірми «Sigma». Реферативні зразки отримували за модифікованою методикою Пейскера для повного метилювання жирних кислот, використовуючи для цього суміш хлороформу з метанолом та кислотою сульфатною у співвідношенні 100:100:1. У скляні ампули відміряли 30-50 мкл ліпофільної фракції, додавали 2,5 мл метилюючої суміші та ампули запаювали. Ампули витримували в термостаті при температурі 105 °С 3 год. Після закінчення метилювання ампули розкривали, вміст переносили в пробірку, додавали порошокподібний цинку сульфат на кінчику скальпеля, 2 мл води очищеної та 2 мл гексану для екстракції метилових естерів. Після ретельного збовтування і відстоювання гексанову витяжку фільтрували і використовували для хроматографічного аналізу [11].

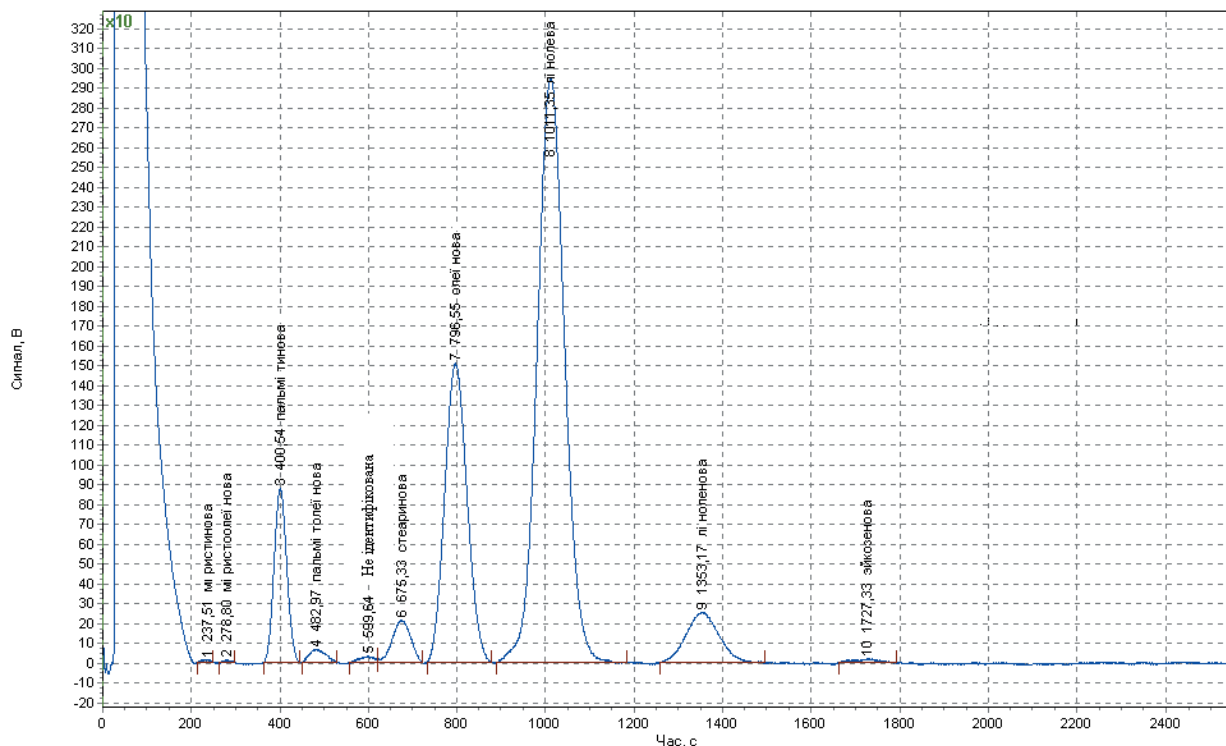


Рис. 1. Жирнокислотний склад сланей пармелії перлинової

Результати дослідження та їх обговорення

За результатами проведених експериментів було встановлено, що всі досліджувані зразки мають сталий жирнокислотний склад. В усіх зразках виявлено 10 жирних кислот, 6 з яких належать до ненасичених. Загальний вміст ненасичених жирних кислот у досліджуваних серіях сланей пармелії становив близько 88,00 %. При цьому, в усіх зразках виявлено по 0,42 % еідентифікованої жирної кислоти. Якісний склад та кількісний вміст жирних кислот у досліджуваних зраз-

ках сланей пармелії представлений на рисунку та в таблиці.

В усіх зразках домінували ненасичені лінолева та олеїнова жирні кислоти. Вміст лінолевої кислоти коливався в межах 55,24-56,60 % у відношенні до суми жирних кислот. Найбільший вміст цієї кислоти спостерігали в зразку № 5.

Вміст олеїнової кислоти був майже вдвічі нижчим, ніж лінолевої. Найбільша кількість олеїнової кислоти містилося у зразках № 1 та № 2. Вміст цієї сполуки становив

Таблиця

Кількісний вміст жирних кислот у дослідних зразках сланей пармелії перлинової

№	Метиллові естери жирних кислот	Вміст, (%) у перерахунку на суму жирних кислот				
		Зразок № 1	Зразок № 2	Зразок № 3	Зразок № 4	Зразок № 5
1	C 14:0 міристинова (тетрадеканова)	0,07	0,05	0,11	0,10	0,15
2	C 14:1 міристолеїнова	0,10	0,12	0,10	0,11	0,09
3	C 16:0 пальмітинова (гексадеканова)	8,34	8,51	8,40	8,44	8,11
4	C 16:1 пальмітинолеїнова (гексадеценнова)	0,83	0,59	0,63	0,71	0,92
5	Неідентифікована сполука	0,42	0,42	0,42	0,42	0,42
6	C 18:0 стеаринова (октадеканова)	3,00	3,02	2,99	2,97	2,96
7	C 18:1 олеїнова (октадеценнова)	25,37	25,40	24,60	24,86	24,50
8	C 18:2 лінолева (октадекадієнова)	55,57	55,24	56,44	56,20	56,60
9	C 18:3 ліноленова (октадекатрієнова)	6,05	6,23	6,16	6,01	5,95
10	C 20:1 гондоїнова (ейкозенова)	0,25	0,12	0,15	0,18	0,30
Вміст насичених жирних кислот, %		11,41	11,58	11,50	11,51	11,22
Вміст ненасичених жирних кислот, %		88,17	87,70	88,08	88,07	88,36
Вміст неідентифікованих жирних кислот, %		0,42	0,42	0,42	0,42	0,42

25,37 % для зразка № 1 та 25,40 % для зразка № 2. В усіх інших зразках олеїнової кислоти накопичувалося менше 25,50 %.

Найвищий вміст ліноленової кислоти було зафіксовано у зразку № 2 – 6,23 %. Вміст цієї поліненасиченої кислоти в усіх зразках не був нижчим за 5,95 %.

Серед насичених кислот в усіх серіях сировини, взятих для аналізу, домінувала пальмітинова кислота. Її вміст у сланях пармелії не перевищував 8,51 %. Найбільший вміст цієї жирної кислоти було відзначено в зразках № 2 (8,51 %), № 4 (8,44 %) та № 3 (8,40 %). Стеаринової кислоти в досліджуваних серіях сланей пармелії містилося близько 3,00 %.

У зразках № 1 та № 5 пальмітолеїнової кислоти містилося близько 1 %, а у зразках № 2, № 3 та № 4 дещо менше – 0,59 %, 0,63 % та 0,71 % відповідно.

Міристинової, міристолеїнової та гондоїнової кислот у досліджуваних зразках містилося менше 1 %. Вміст міристинової кислоти в зразках № 3, № 4 та № 5, гондоїнової кислоти в зразках № 2 і № 3 та міристолеїнової кислоти в усіх зразках був в межах 0,09 %-0,15 %. Найнижчий вміст міристинової кислоти було відмічено в зразках сировини

№ 2 та № 1 – 0,05 % та 0,07 % відповідно. Найвищий вміст гондоїнової кислоти виявлено в зразку № 5 (0,30 %).

Одержані дані в подальшому можуть бути використані при розробці методів контролю якості та лікарських засобів на основі сировини пармелії перлинової.

Висновки

1. Методом газової хроматографії вивчено якісний склад та визначено кількісний вміст жирних кислот у 5 серіях сланей пармелії перлинової.

2. Встановлено, що слані пармелії перлинової мають сталий жирнокислотний склад, представлений 10 жирними кислотами, серед яких за вмістом переважали ненасичені жирні кислоти.

3. В усіх досліджуваних серіях сировини кількісно переважали олеїнова та ліолева кислоти, вміст яких становив близько 56 % та 25 % відповідно. Дещо менше в досліджуваних зразках містилось пальмітинової та ліноленової кислот.

4. Отримані дані можуть бути використані при розробці методів контролю якості на сировину пармелії перлинової та лікарських засобів на її основі.

Література

1. Alwar Vidyalakshmi. Antibacterial activity of *Parmelia perlata* / Alwar Vidyalakshmi, Kandaswamy Kruthika. // *Asian Pacific J. of Tropic. Biomed.* – 2012. – № 1. – P. 892-894.
2. Anil K Sharma. Phytochemical investigation of therapeutic important lichen: *Parmelia perlata* / Anil K Sharma, M C Sharma, M P Dobhal. // *J. Nat. Prod. Plant Resour.* – 2012. – № 2 (1). – P. 101-106.
3. Goyal Parveen Kumar. Pharmacological and phytochemical aspects of lichen *Parmelia perlata*: a review / Goyal Parveen Kumar, Verma Santosh Kumar, Sharma Anil Kumar. // *Int. J. Res. Ayurveda Pharm.* – 2016. – № 7(1). – P. 102-107.
4. Fatty acids composition of vegetable oils and its contribution to dietary energy intake and dependence of cardiovascular mortality on dietary intake of fatty acids / Jana Orsavova, Ladislava Misurcova, Jarmila Vavra Ambrozova et al. // *Internat. J. of Molecul. Sci.* – 2015. – № 16. – P. 12871-12890.
5. Kumud Tanwar. Phytochemical investigation and anti-fertility activity of Lichen *Parmelia perlata* / Kumud Tanwar, Jaya Mathur, J. B. S. Kachhawa. // *Internat. J. of Rec. Res. and Rev.* – 2015. – Vol. VIII, Issue 4. – P. 30-38.
6. Payal Pratibha. GC-MS Analysis and Biological Activities of Medicinally Important Lichen: *Parmelia perlata* / Payal Pratibha, Sharma Mahesh C. // *Internat. J. of Pharmacogn. and Phytochem. Res.* – 2016. – № 81 (2). – C. 1975-1985.
7. Механізми кардіопротекторного ефекту омега-3 поліненасичених жирних кислот при гострому ушкодженні міокарда за умов іммобілізаційного стресу / Шиш А. М., Французова С. Б., Нагибін В. С., Мойбенко О. О. // *Фармакол. та лік. токсикол.* – 2013. – № 2 (33). – С. 76-83.
8. Наказ МОЗ України № 41 від 19.01.17 року «Про затвердження Переліку лікарських засобів, дозволених до застосування в Україні, які відпускаються без рецептів з аптек та їх структурних підрозділів» [електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/ru/z0194-17>.
9. Панасюк О.С. Омега-3 поліненасичені жирні кислоти нормалізують функцію мітохондрій, ферментів про- та антиоксидантної системи та експресію цитохрому P450 2E1 при ізопроterenоліндукованому пошкодженні серця / О.С. Панасюк, А.М. Шиш, О.О. Мойбенко // *Фізіолог. журн.* – 2016. – Т. 62, № 2. – С. 62-71.
10. Червона книга України [електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://nature.land.kiev.ua/red-book-96.pdf>.
11. Шульга Л. І. Жирнокислотний склад лікарських рослинних зборів / Л. І. Шульга, І. О. Журавель, Т. С. Безценна // *Фітотер. Час.* – 2012. – № 2. – С. 69-74.

Надійшла до редакції 14.11.2017

УДК 615.07 : 582.29 : 54.061 / . 062 : 543.544.3: 577.115.3

О. А. Кисличенко, В. В. Процька, І. О. Журавель ДОСЛІДЖЕННЯ ЖИРНИХ КИСЛОТ У СЛАНЯХ ПАРМЕЛІЇ ПЕРЛИНОВОЇ

Ключові слова: пармелія перлинова, лишайник, слані, жирні кислоти, газова хроматографія.

Пармелія перлинова належить до лишайників, які широко розповсюджені в усьому світі. В Україні вона є зникаючим видом і занесена в Червону книгу. За літературними даними, хімічний склад пармелії перлинової унікальний і різноманітний, представлений, зокрема, ли-

шайниковими кислотами, терпеновими та стероїдними сполуками. Пармелія перлинова здавна використовується в індійській медицині як антибактеріальний, простато- та гепатопротекторний, літолітичний та протипухлинний засіб. Відзначено позитивний вплив БАР пармелії на кровоносну та серцево-судинну системи. Для комплексного фармакогностичного вивчення сланей пармелії перлинової було досліджено їх жирнокислотний склад.

Методом газової хроматографії досліджено жирнокислотний склад 5 серій сланей пармелії перлинової.

В результаті аналізу встановлено, що слані пармелії мають сталий

жирнокислотний склад. В усіх досліджуваних зразках виявлено 10 жирних кислот, серед яких ідентифіковано 9. За кількісним вмістом переважали олеїнова, лінолева, ліноленова та пальмітинова жирні кислоти. Одержані дані можуть бути використані при розробці методів контролю якості на слані пармелії та розробці лікарських засобів на їх основі.

А. А. Кисличенко, В. В. Процкая, І. О. Журавель

ИССЛЕДОВАНИЕ ЖИРНЫХ КИСЛОТ В СЛОЕВИЩАХ ПАРМЕЛИИ ЖЕМЧУЖНОЙ

Ключевые слова: пармелия жемчужная, лишайник, слоевища, жирные кислоты, газовая хроматография.

Пармелия жемчужная принадлежит к лишайникам, которые широко распространены во всем мире. В Украине она является исчезающим видом и занесена в Красную книгу. По данным литературы, химический состав пармелии жемчужной уникален и разнообразен, представлен, в частности, лишайниковыми кислотами, терпеновыми и стероидными соединениями. Пармелия жемчужная издавна используется в индийской медицине в качестве антибактериального, простато- и гепатопротекторного, литолитического и противоопухолевого средства. Отмечено положительное влияние БАВ пармелии на кровеносную и сердечно-сосудистую системы. Для комплексного фармакогностического изучения слоевищ пармелии жемчужной был исследован их жирнокислотный состав.

Методом газовой хроматографии изучен жирнокислотный состав 5 серий сланей пармелии жемчужной.

В результате анализа установлено, что слоевища пармелии имеют постоянный жирнокислотный состав. Во всех исследуемых образцах обнаружены 10 жирных кислот, из которых идентифицированы 9.

По количественному составу преобладали олеиновая, линолевая, линоленовая и пальмитиновая жирные кислоты. Полученные результаты могут быть использованы при разработке методов контроля качества на слоевища пармелии и лекарственных средств на их основе.

O. A. Kyslychenko, V. V. Protska, I. O. Zhuravel

THE STUDIES OF FATTY ACIDS OF THE THALLOMS OF *PARMELIA PERLATA*

Keywords: *Parmelia perlata*, lichen, thalloms, fatty acids, gas chromatography.

Parmelia perlata is a kind of lichen widely distributed all over the world. The species is graded as an endangered one in Ukraine and is added to the Red Book of Ukraine. According to the literature data the chemical composition of *Parmelia perlata* is unique and diverse, represented, in particular, by lichen acids, terpenoidal and steroidal compounds. *Parmelia perlata* is used in Indian medicine since ancient times as antibacterial, prostate and hepatoprotective, litholytic and antitumor agent. The positive influence of biologically active compounds of *Parmelia* towards cardiovascular system was detected. The fatty acid composition of *Parmelia perlata* thalloms was investigated in terms of its complex pharmacognostic study.

The fatty acid composition of 5 series of *Parmelia perlata* thalloms was studied using gas chromatography.

Parmelia perlata thalloms were found to have stable fatty acid composition, as experimental results have shown. 10 fatty acids were detected in all the samples studied, 9 of which were identified. Oleic, linoleic, linolenic and palmitic acids dominated. The obtained results might be used at working out quality control methods for *Parmelia perlata* thalloms and development of remedies on their basis.



ЗВІТ

За результатами проведення наукового конгресу з міжнародною участю

«СУЧАСНІ ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ РОЗВ'ЯЗАННЯ І ВПРОВАДЖЕННЯ СТРАТЕГІЇ РОЗВИТКУ НАРОДНОЇ І НЕТРАДИЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ У ПЕРВИННУ ЛАНКУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я»

27 жовтня 2017 року

У Києві 27 жовтня 2017 р. за адресою вул. Льва Толстого, 9, ПВНЗ «Київський медичний університет» в on-line режимі на сайті <https://etutorium.com>, відбувся науковий конгрес з міжнародною участю «СУЧАСНІ ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ РОЗВ'ЯЗАННЯ І ВПРОВАДЖЕННЯ СТРАТЕГІЇ РОЗВИТКУ НАРОДНОЇ І НЕТРАДИЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ У ПЕРВИННУ ЛАНКУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я» (далі – Конгрес).

У науковому заході взяли участь фахівці народної і нетрадиційної медицини, науковці, викладачі вищих навчальних медичних закладів, практичні лікарі, психологи, молоді вчені з різних міст України, ближнього та далекого зарубіжжя. Загалом зареєстровано понад 180 осіб.

Метою проведення Конгресу було обговорення подальшої стратегії та концепції впровадження комплексної, альтернативної (народної та нетрадиційної) (НіНМ) медицини у первинну ланку охорони здоров'я. У рамках Конгресу відбулися пленарні засідання, круглий стіл, дискусія та наради.

ОРГАНІЗАТОРАМИ НАУКОВОГО ЗАХОДУ були:

Міністерство освіти і науки України

Міністерство охорони здоров'я України

ПВНЗ «Київський медичний університет»

Національна наукова медична бібліотека України

ДВНЗ «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького»

Дніпровський медичний інститут традиційної і нетрадиційної медицини

Академія наук вищої школи України, Відділення фундаментальних проблем медицини

ВГО «Асоціація фахівців з народної і нетрадиційної медицини України»

ГО «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги»

Оргкомітет висловлює вдячність усім за підтримку, надану допомогу та інформаційний супровід наукового Конгресу:

Біонорика, Німеччина

ESPARMA GmbH, Німеччина

Pharmaceutical Company «World Medicine»,
Великобританія

Медичному центру ТОВ «ФІТО-ДАНІМИР»,
м. Київ, Україна

Ботанічному саду ім. акад. О. В. Фоміна,
м. Київ, Україна

ННЦ «Інститут біології» Київського національного
університету ім. Тараса Шевченка

Астроцентру «Селена», м. Київ,
Україна – Ганновер, Німеччина

Центру нетрадиційної медицини «Енергетика»,
м. Київ, Україна

Центру здоров'я Миколи Яковчука,
м. Київ, Україна

Медико-виробничій компанії «ЛЯПКО», Україна

ІНФОРМАЦІЙНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ:

«Український медичний часопис»

«Медична газета «Здоров'я України»

«Здоров'я і довголіття»

«Фітотерапія. Часопис»

«Зелена планета Земної»

www.uanm.org.ua

Офіційні мови конгресу: *українська, російська, англійська.*

Було проведено 2 пленарних засідання, круглий стіл і заключне засідання.

У програму Конгресу були включені доповіді та дискусії за наступними тематиками:

1. Сучасні аспекти застосування методів НіНМ, фізіотерапевтичних та реабілітаційних методів у первинній ланці охорони здоров'я у комплексній, превентивній терапії та медичній реабілітації.
2. Способи інтеграції методів НіНМ у лікувальні схеми та пошук оптимальної ніші для кожного з методів.
3. Економічна доцільність застосування методів народної і нетрадиційної медицини в умовах соціально-економічних проблем в Україні. Фармакоэкономика фіто-, гомеопатичних засобів та інших методів НіНМ

у первинній ланці охорони здоров'я та паліативній і хоспісній допомозі.

4. Досвід та пропозиції щодо організації психотерапевтичних та навчальних психологічних груп для фахівців НіНМ, лікарів інших спеціальностей, профілактика синдрому професійного вигорання.
5. Інформаційна гігієна.

27 жовтня 2017 року о 9:00 відбулось відкриття наукового Конгресу.

Були заслухані урочисті привітання:

Поканевича Олександра Валерійовича – президента ПВНЗ «Київський медичний університет»

Наконечного Олександра Григоровича – президента Академії наук вищої школи України

Євтушенка В'ячеслава Вікторовича – заступника завідувача відділу з питань охорони здоров'я Департаменту гуманітарної та соціальної політики Секретаріату Кабінету Міністрів України

Li Yong Hong – офіційного представника в Україні Департаменту Охорони Здоров'я і Планового Дітнародження Провінції Ганьсу, Китай

Гокхена Айдогду – голови правління Асоціації комплементарної медицини, Туреччина

Терехова Еріка – голови правління Міжнародної асоціації комплементарної медицини, Латвія

Горової Елли Володимирівни – заступника начальника управління відділу контролю якості медичної допомоги Управління ліцензування та якості медичної допомоги МОЗ України

Радиша Ярослава Федоровича – доктора наук з державного управління, професора

Абрамова Сергія Вікторовича – ректора ДМІТНМ

НА ПЛЕНАРНИХ ЗАСІДАННЯХ

Були зроблені доповіді у відповідності до програми Конгресу

1. *Гарник Т.П., Андріюк Л.В., Євтушенко В.В., Гарник К.В., Поканевич О.В., Соколовський С.І.* Інтеграція народної медицини у первинну ланку охорони здоров'я в Україні на етапі додипломної і післядипломної освіти.
2. *Парахін А.І., Антюхов Р.В., Самбір В.В.,* Новохатній В.А. Світовий досвід впровадження нетрадиційної медицини у первинну ланку охорони здоров'я.
3. *Козименко Т.М.* Міжнародний досвід застосування гомеопатії у лікуванні онкологічних хворих.
4. *Глоба О.П., Медков І.В., Залевський О.В.* Комплементарна реабілітологія: методи і форми професійного співробітництва різнопрофільних фахівців.
5. *Коваленко О.Є., Коваленко Є.В.* Впровадження рефлексотерапії в сучасну медичну практику – сімейну медицину.

6. **Горова Е. В.** Стандарти методів народної і нетрадиційної медицини у первинній ланці охорони здоров'я – можливості і перспективи сьогодення в Україні і світі.
 7. **Гарник Т.П., Петріщева В.О., Туманов В.А., Гарник В.К.** Сучасний погляд на значення біологічно активних сполук у формуванні здорового способу життя: пробіотики останнього покоління та Омега-3 ПНЖК.
 8. **Осипенко О.Д.** Нові авторські методики діагностики і корекції в астрології для формування позитивних життєвих цінностей людини.
 9. **Чорна Т.В., Чуприков А.П., Мішиєв В.Д., Семенова І.А.** Місце альтернативної медицини та виховання в сучасній дитячій психіатрії.
 10. **Компанієць О.Л., Федоров С.М.** Вплив краніосакральної терапії на вегетативну нервову систему практично здорових людей і хворих на ХХН Vст.
 11. **Семенова Л.О.** Рефлексотерапія СУ-Джок, її розвиток в Україні.
 12. **Потоцька С.В.** Lobelia inflata. Випадок практичного застосування.
 13. **Марилонцева Н.А.** Медицина в стилі Holistic для жінок и не только. Опыт Holistic Healing medical centre (ННМС) in Dubai (UAE) and Family Care (Ukraine).
 14. **Мельник А.І.** Результати лабораторних досліджень впливу ефекту форми спіралі на біологічні об'єкти.
 15. **Валовень І.Е.** Гнів в традиційній китайській медицині и его влияние на организм, Беларусь.
 16. **Мацко Н.В.** Застосування ефірних олій при простудних захворюваннях
 17. **Гдиця О.В., Семенова С.В., Грабоус О.В.** Реалізація програми раннього втручання для дітей віком від народження до 4 років на прикладі діяльності навчально-реабілітаційного центру «Джерело».
 18. **Семенова С.В., Гдиця О.В., Грабоус О.В.** Алгоритм здоров'я з альтернативних позицій.
 19. **Лабінський П.А.** Застосування квіткового пилку для харчової корекції функціональних розладів біліарного тракту у дітей.
 20. **Грабоус О.В., Мацко Н.В., Гдиця О.В., Семенова С.В.** Су-Джок терапія в лікуванні постоваріоєктомічного синдрому у жінок.
 21. **Котляров Ю.Д.** Методи традиційної китайської медицини у практиці сучасного лікаря.
 22. **Абрамов С.В., Соколовський С.І.** Проблемні питання щодо інтегрування методів народної і нетрадиційної медицини при підготовці майбутніх фахівців.
 23. **Адегова Л.Я.** Керований стрес у межах біологічної медицини.
 24. **Євтушенко Т.В.** Особливості викладання діагностичних методів давньої і сучасної традиційної медицини випускному курсу ДМІТНМ.
 25. **Галян Я.О.** Тибетська медицина – древні практики і реалії сьогодення.
- На прощадках Конгресу були розміщені стендові доповіді:**
1. **Павленко Р.І.** До 25-річчя ренесансу скарбів народної медицини в Україні та світі – «Національна наукова медична бібліотека України: флагман літопису народних і наукових здобутків».
 2. **Волошин О.І., Доголіч О.І., Сенюк Б.П.** Особливості терапевтичної дії фітопрепарату «Гепанекс» при захворюваннях печінки і жовчовивідних шляхів.
 3. **Разумний Р.В.** Використання фітопрепарату «Імупрет» у медичній реабілітації хворих зі стеатозом печінки після перенесеної негоспітальної пневмонії.
 4. **Чекаліна Н.І., Казаков Ю.М., Бурмак Ю.Г., Петров Є.Є., Шуть С.В., Трибрат Т.А.** Протизапальний вплив ресвератролу у хворих на ІХС та ІХС у сполученні з аутоімунним тиреоїдитом.
 5. **Волошин О.І., Присяжнюк В.П.** Сучасні гепатопротекторно-жовчогінні фітопрепарати в комплексному лікуванні коморбідних уражень гепатобіліарної системи.
 6. **Мельник В.П., Панасюк О.В., Клименко М.Т., Радіш Г.В., Садомова-Андріанова Г.В., Хурса Т.Г., Гончарова Г.В., Якимова Я.О., Антонюк І.В.** Результати дослідження активності окремих засобів народної медицини у фізіотерапії.
 7. **Меньшова В.О., Березкіна В.І.** Інтродукція лікарських рослин на присадибних ділянках.
 8. **Мырзабаева Н.А.** Фито- и рефлексотерапия применительно к пациентам с дисфункциональными расстройствами билиарного тракта и ожирения, Казахстан.
 9. **Гевелюк М.М., Варламов Д.О., Постоєнко В.О.** Апітерапія – медицина майбутнього в стандартах превентивних заходів.
 10. **Гарник Т.П., Гарник К.В., Петріщева В.О.** Немедикаментозні методи корекції в комплексній терапії хворих на неалкогольні стеатогепатит та стеатогепатоз у поєднанні з патологією опорно-рухового апарату.
- Відбувся on-line КРУГЛИЙ СТИЛ за участю всієї наукової спільноти Конгресу, на якому були обговорені проблемні питання стратегії розвитку та інтегрування НіНМ у первинну ланку охорони здоров'я в Україні та світі. Учасники Конгресу неодноразово зверталися до регламентуючих документів ВООЗ щодо актуальності сьогодення «Стратегії розвитку народної медицини на 2014-2023 роки» та інтегрування методів і засобів НіНМ у первинну ланку охорони здоров'я, використовуючи принципи доказової медицини.**
- У межах Конгресу відбулася нарада правління ВГО «Асоціація фахівців з народної і нетрадиційної медицини України».**
- Після обговорення і пропозицій була ухвалена одноголосно резолюція Конгресу, яка включає наступне:**

Розвиток народної і нетрадиційної медицини надалі є одним з пріоритетних напрямків в оздоровленні населення в Україні.

Цього року ми знову приділяємо увагу економічним аспектам впровадження народної і нетрадиційної медицини в Україні. У зв'язку з цим були обрані перевірені вже методи дистанційного впровадження методів народної і нетрадиційної медицини. Навіть у скрутних економічних умовах дистанційна форма з застосуванням телемедичних технологій надала можливість фахівцям народної і нетрадиційної медицини провести повноцінний обмін досвідом.

Такий досвід вже мав місце при проведенні наукової конференції з інформотерапії за участі співробітників кафедри фітотерапії, гомеопатії та біоенергоінформаційної медицини КМУ у 2012 та конференції «Актуальні питання в народній і нетрадиційній медицині: здоров'я і довголіття – університет здоров'я» у 2015 році.

Набутий досвід дозволить кафедрам народної та нетрадиційної медицини по всій Україні знайти нові ефективні способи впровадження натуральних методів у практику.

На конференції були розглянуті питання впровадження комплементарної, альтернативної (народної та нетрадиційної) (НіНМ) медицини у первинну ланку охорони здоров'я.

Звернено особливу увагу на економічну доцільність застосування методів народної та нетрадиційної медицини. Комплексне вживання натуропатичних засобів та скринінгових методик дозволяє істотно зекономити кошти на лікування пацієнта та профілактику хронічних захворювань.

Резолюція Конгресу передбачає:

1. Надалі впроваджувати методи народної і нетрадиційної медицини шляхом доречного використання телемедичних технологій та онлайн конференцій, семінарів, курсів.
2. Інтегрувати методи народної і нетрадиційної медицини при підготовці майбутніх фахівців медичного профілю на етапах додипломної і післядипломної освіти, використовуючи вже набутий багатьма навчальними закладами досвід.
3. Розробляти методи і форми професійного співробітництва різнопрофільних фахівців з метою впровадження методів народної та нетрадиційної медицини, у тому числі і в первинну ланку охорони здоров'я.
4. Продовжити науково-методичне обґрунтування методів народної і нетрадиційної медицини в наукових та навчальних закладах, закладах охорони здоров'я.
5. Розширити співпрацю з міжнародними громадськими та професійними організаціями по обміну досвідом інтегрування методів НіНМ у первинну ланку охорони здоров'я. Запрошувати світових провідних фахівців комплементарної/альтернативної медицини, (НіНМ) до України.
6. Впроваджувати методичні розробки з НіНМ у клінічну практику та первинну ланку охорони здоров'я.
7. Розширити викладання НіНМ для лікарів загальної практики сімейної медицини.

Відбулися вручення сертифікатів, посвідчень, закриття Конгресу.

Матеріали Конгресу друкуватимуться на сторінках науково-практичного видання «Фітотерапія. Часопис» № 4, 2017 р., у ЗМІ, наукових виданнях та на сайтах учасників Конгресу.

Голова:

О. В. Поканевич – президент ПВНЗ «Київський медичний університет»

Б. Б. Івнєв – ректор ПВНЗ «Київський медичний університет» (заступник голови), д. мед. н., проф.

Співголови:

Р. І. Павленко – директор Національної наукової медичної бібліотеки України

О. Г. Наконечний – президент Академії наук вищої школи України; д. фізико-матем. н., проф.

Т. П. Гарник – президент ВГО «Асоціація фахівців з народної і нетрадиційної медицини України»; експерт-комісії з фітопрепаратів та гомеопатичних засобів ДЕЦ МОЗ України, зав. каф. фітотерапії, гомеопатії та біоенергоінформаційної медицини ПВНЗ «Київський медичний університет»; академік Академії наук вищої школи України; д. мед. н., професор

В. В. Абрамов – ректор Дніпропетровського медичного інституту традиційної і нетрадиційної медицини, к. мед. н., доцент

Л. В. Андріюк – зав. каф. реабілітації і нетрадиційних методів лікування ДВНЗ «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького», д. мед. н., професор



МАТЕРІАЛИ НАУКОВОГО КОНГРЕСУ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ

«СУЧАСНІ ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ РОЗВ'ЯЗАННЯ І ВПРОВАДЖЕННЯ СТРАТЕГІЇ РОЗВИТКУ НАРОДНОЇ І НЕТРАДИЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ У ПЕРВИННУ ЛАНКУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я»

УДК: 616.36+616.361]-085+615.244:615.322

СУЧАСНІ ГЕПАТОПРОТЕКТОРНО-ЖОВЧОГІННІ ФІТОПРЕПАРАТИ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ КОМОРБІДНИХ УРАЖЕНЬ ГЕПАТО-БІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ

- О. І. Волошин, д. мед. н., проф. каф. пропедев. внутр. хв.
В. П. Присяжнюк, к. мед. н., доц. каф. пропедев. внутр. хв.
- *ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці*

Актуальність

Сучасний пацієнт, особливо старших вікових груп, як правило, поліморбідний, у спектрі поліморбідності слід вирізняти коморбідні взаємозалежні процеси. Серед найбільш поширених захворювань – атеросклеротичні ураження різних органів, ожиріння, цукровий діабет, хвороби суглобів тощо. При зазначених захворюваннях завжди мають місце ураження гепато-біліарної системи (ГБС) метаболічні чи медикаментозно зумовлені. Тому серйозно постає проблема застосування засобів поліорганної та різнопланової метаболічної дії, як правило, комплексних.

Мета – дослідити ефективність фітопрепарату «Форслів» у комплексному лікуванні хворих з коморбідними ураженнями ГБС – стеатогепатозом та хронічним некаменевою холециститом.

Матеріал і методи дослідження

Дослідження проведені у 14 хворих на ІХС та метаболічний синдром, 12 хворих на цукровий діабет 2-го типу (ЦД), 6 хворих на остеоартроз (ОА) з медикаментозними ураженнями ГБС. Методи: клінічні, біохімічні, статистичні. У комплексному лікуванні зазначених хворих додатково призначали препарат «Форслів» по 2 капсули зранку всередину впродовж 30 днів. Складниками останнього є адеметіонін, L-аргінін та тіоктова кислота.

Результати дослідження

Встановлено, що, окрім сприятливого впливу на ураження ГБС (зникнення проявів біліарної диспепсії,

явищ дискінезії жовчевивідних шляхів, астенодепресивного синдрому, нормалізації ферментів цитолізу, холестази), покращувалися загальні результати лікування основної і коморбідних недуг, переносимість ліків базисної терапії. Зокрема, у хворих на ІХС зменшилися клінічні прояви гемодинамічних порушень, кардіалгій, показники ЕКГ; у пацієнтів із ЦД – зменшилися ознаки ангіо- та полінейропатій, покращився глікемічний профіль крові; у хворих на ОА досягнуто повної нормалізації печінкового ензимного спектру крові, що створило можливість реалізації медикаментозної корекції суглобового больового синдрому.

Виявлені позитивні терапевтичні якості форсліву зумовлені вдалою комбінацією його складників: адеметіонін – потужний метаболічний коректор функціонального стану печінки, усуває холестатичні явища та диспепсію, L-аргінін – системний судинно-метаболічний засіб, що усуває нітрозитивний та оксидативний стреси, тіоктова кислота – проявляє ангіо-, нейропротекторну, метаболітотропну дії. Побічних ефектів при застосуванні форслів не виявлено.

Висновки

Комбінований фітопрепарат форслів – один із сучасних ефективних гепатопротекторно-жовчогінних засобів комплексного лікування хворих із коморбідними ураженнями гепато-біліарної системи.



УДК: 616.36+616.361]-085+615.244:615.322

ОСОБЛИВОСТІ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ ДІЇ ФІТОПРЕПАРАТУ «ГЕПАНЕКС» ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ПЕЧІНКИ І ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ

- О. І. Волошин, д. мед. н., проф. каф. пропедев. внутр. хв.
О. І. Доголіч, к. мед. н., асист. каф. пропедев. внутр. хвор.
Б. П. Сенюк, к. мед. н., доц. каф. пропедев. внутр. хв.
- *ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці*

Актуальність

В останні десятиліття спостерігається прогресивне зростання захворювань гепатобіліарної системи (ГБС) як самостійних, так і при ожирінні, цукровому діабеті, гіпотиреозі та інших метаболічних недугах. Постає проблема використання комплексних препаратів поліорганної та різнопланової метаболічної дії. Такими можуть бути ліки рослинного походження.

Мета: дослідити особливості терапевтичної дії комплексного фітопрепарату «Гепанекс» при захворюваннях печінки і жовчовивідних шляхів.

Матеріали і методи дослідження

Спостереження проведені у 32 хворих із поєднаними ураженнями печінки і жовчовивідних шляхів (стеатогепатоз та хронічний некаменевий холецистит) на тлі ожиріння І-ІІ ступенів, цукрового діабету (11 осіб) та гіпотиреозу (8 осіб). Методи: клінічні, біохімічні, ультрасонографічні, статистичні. Тривалість спостереження – 1 місяць. У комплексному лікуванні 19 хворих додатково застосовано гепанекс по 1 капсулі 2 рази на добу (основна група). Клінічні групи спостереження були співставлені за всіма параметрами.

Результати дослідження

Встановлено, що у хворих основної групи на 2-4 дні раніше наставав стан клінічної ремісії, статистично вірогідним було покращання біохімічних параметрів крові (лужної фосфатази, гамаглутамілтрансферази, загального холестерину крові та гліцеридів), за даними динамічного ультрасонографічного спостереження виявлено зменшення ознак сладж-феномену в жовчному міхурі та товщини його стінки на 1-2 мм, покращання ехощільності печінки та тенденцію до нормалізації її розмірів. Соматично відмічено зменшення проявів астено-невротичного та диспепсичного синдромів. Зазначене може бути зумовлене складниками гепанексу: екстрактів артишоку 200 мг, кульбаби 30 мг, сілімарину 140 мг, холіну 100 мг, L-метіоніну 20 мг, які, всупереч сприятливої дії на ураження ГБС, виявляють метаболітотропну, регуляторну (на ЦНС, щитоподібну залозу) дії. Дослідження продовжуються.

Висновок

Комплексний фітопрепарат «Гепанекс» – ефективний засіб оптимізації лікування коморбідних уражень ГБС на тлі ожиріння та ендокринопатій (цукровий діабет, гіпотиреоз).



УДК: 616.36-003.826:616.24-002]-085.322+615.322

ВИКОРИСТАННЯ ФІТОПРЕПАРАТУ «ІМУПРЕТ» У МЕДИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ЗІ СТЕАТОЗОМ ПЕЧІНКИ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОЇ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ

- Р. В. Разумний, д. мед. н., проф. каф. профпатол. та клінічної імунології.
- *ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро*

У періоді диспансерного нагляду, після виписки хворих із стаціонару з приводу негоспітальної пневмонії (НП), було обстежено 96 осіб у віці 20-56 років зі стеатозом печінки (СП). Середньої тяжкості НП пе-

ренесли 68 пацієнтів (70,8 %), тяжкий перебіг мали 28 осіб (29,2 %). Усі обстежені були розподілені на 2 групи – І (52 особи) та ІІ групу (44 особи), що були рандомізовані за віком, статтю, тяжкістю НП у гостро-

му періоді хвороби та виразністю вторинного імунodefіцитного стану (ВІДС), який визначався за показниками клітинної ланки імунітету. Пацієнти І групи у періоді диспансерного нагляду отримували імупрет по 25 крапель 3 рази на день усередину після вживання їжі протягом 20-30 діб поспіль.

До початку проведення медичної реабілітації в обох групах хворих був виявлений ВІДС за відносним супресорним варіантом, про що свідчили помірна Т-лімфопенія, дисбаланс субпопуляційного складу Т-лімфоцитів переважно зі зниженням кількості циркулюючих Т-хелперів/індукторів (CD4+), зменшення CD4/CD8, а

також пригнічення функціональної активності Т-клітин за даними реакції бластної трансформації лімфоцитів (РБТЛ) з фітогемаглютиніном (ФГА).

Проведення медичної реабілітації у хворих І групи забезпечило ліквідацію ВІДС, що проявилось нормалізацією показників клітинного імунітету, що вивчалися. У пацієнтів ІІ групи, незважаючи на деяку позитивну динаміку, число (CD3+)- та (CD4+)-лімфоцитів в цей період дослідження було меншим нормальних значень у середньому в 1,2 рази ($P < 0,05$); індекс CD4/CD8 та показник РБТЛ був меншим за норму, відповідно, в 1,13 та 1,2 рази ($P < 0,05$).



УДК: 615.322:633.88-027.63]631.1.017.3

ІНТРОДУКОВАНІ ЛІКАРСЬКІ РОСЛИНИ НА ПРИСАДИБНИХ ДІЛЯНКАХ

- В. О. Меньшова, к. біол. н., ст. наук. співроб.
В. І. Березкіна, к. біол. н., ст. наук. співроб.
- *Ботанічний сад ім. акад. О. В. Фоміна ННЦ «Інститут біології та медицини» Київського національного університету ім. Тараса Шевченка*

Використання природних запасів лікарських рослин передбачає не тільки їх збирання, а й піклування про їхнє збереження та відновлення. З цієї метою у Ботанічному саду ім. акад. О. В. Фоміна проводяться інтродукційні дослідження з лікарськими рослинами як флори України, так і зарубіжних флор. Лікарські рослини можна виростити на присадибних чи дачних ділянках, тим самим створивши куточок фітотерапії.

Melissa officinalis L. (*Lamiaceae*) – лікарська, ефіроолійна та пряно-ароматична рослина, цінний медонос. Походить із Східного Середземномор'я. Розмножується вегетативно поділом кореневищ і зеленими живцями та насінням, яке можна висівати у відкритий ґрунт під зиму та навесні. Меліса любить добре освітлені ділянки з родючими ґрунтами. Добре реагує на внесення органічних, фосфорних та калійних добрив. Рослини в північній частині України необхідно укривати на зиму.

Archangelica officinalis Hoffm. (*Apiaceae*) – лікарська, ефіроолійна, харчова рослина. Батьківщина – північ Євразії. *A. officinalis* – дворічна монокарпічна стрижнекоренева трав'яниста рослина. Розмножується насінням, яке дозріває в липні – першій декаді серпня. Насіння потребує стратифікації. Рослини краще ростуть у півтіні на вологих поживних ґрунтах.

Salvia sclarea L. (*Lamiaceae*) – лікарська, ефіроолійна, медоносна дворічна рослина. Батьківщина

– Середземномор'я. Культивується висівом насіння у відкритий ґрунт навесні або під зиму для стратифікації насіння, добре розмножується самосівом. Вирощувати краще на легких водопроникних ґрунтах.

Myrrhis odorata (L.) Scop. (*Apiaceae*) – лікарська, ефіроолійна, пряно-ароматична рослина. Багаторічна трав'яниста рослина. Батьківщина – Південна Європа. Розмножується висівом насіння навесні або під зиму для стратифікації та вегетативно – поділом куща. М. *odorata* потребує достатнього зволоження, вирощувати краще на сонячних місцях, на поживних ґрунтах.

Levisticum officinalis Koch (*Apiaceae*) – лікарська, ефіроолійна рослина, використовується у кондитерській промисловості. Багаторічна трав'яниста рослина. Батьківщина – Іран. Розмножується висівом насіння навесні або під зиму для стратифікації та вегетативно – поділом куща. Рослина невибаглива до ґрунтів, можна вирощувати на напівзатінених ділянках.

Inula helenium L. (*Asteraceae*) – лікарська, медоносна рослина, використовується як овочева культура. Багаторічна трав'яниста рослина заввишки 1,5-2 м. Батьківщина – Кавказ, Середня Азія. Розмножується насінням та вегетативно. Рослина невибаглива до ґрунтів, потребує помірного поливу.

Monarda didyma L. (*Lamiaceae*) – лікарська, пряно-ароматична, декоративна, медоносна рослина. Багаторічна трав'яниста рослина до 1 м заввишки. Цвіте у червні

– серпні, квітки червоні, рожеві. Батьківщина – схід Північної Америки. Розмножується поділом куща та насінням. Культивується на вологих поживних ґрунтах, на напівзатінених ділянках.

Проведення інтродукційних досліджень дасть можливість зберегти та примножити генетичне розмаїття лікарських рослин, виявити найбільш перспективні рослини для вирощування на присадибних ділянках і створення промислових плантацій.



УДК: 615.216.8:612.86

ЛІКУВАЛЬНА ДІЯ АРОМАТІВ

- Н. В. Мацко, каф. реабіліт. та нетрадиц. мед.
О. В. Грабуос, каф. реабіліт. та нетрадиц. мед.
- *Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького*

Ефірні олії – летючі ароматичні есенції, які виділяються з рослин шляхом дистиляції, екстракції або пресування. За допомогою ароматичних олій, які носять назву «душа» рослин, можна впливати не лише на фізичні, але й на емоційні проблеми. Цілющі властивості ароматичних олій діють через шкіру і слизову оболонку носа. Олії можна застосовувати для розтирання або масажу, змішуючи з невеликою кількістю вершків або молока і підігрівачи на водяній бані, а також дихати випаровуваннями ефірних олій, нагрітих в аромалампі. Для внутрішнього застосування ефірні олії змішують з медом або цукром. Загальний об'єм ефірної олії, яку використовують, не має перевищувати 10 крапель на день.

При зовнішньому застосуванні ефірних олій необхідно переконатись у відсутності алергічної реакції на олію. Хімічний склад ефірної олії налічує близько 800 складових. Інгредієнти ароматичної олії впливають на роботу всіх систем організму, тому що вони діють на хімічні процеси і процеси обміну. Потрапляючи в кров, компоненти ароматичних олій вступають у взаємодію з ферментами і гормонами, що характерно для фармакологічної дії.

Однією з особливостей фізіологічної дії олії є здат-

ність виявляти збуджуючий або заспокійливий ефект. Але існують і протипоказання до застосування ефірних олій: при високому артеріальному тиску не можна застосовувати олії чабрецю, іссопа, шавлії і розмарину; хворим, які страждають на депресію, протипоказана олія кропу; олія мускатної шавлії несумісна з алкоголем; олії евкالیпту, чорного перцю, м'яти і камфари не застосовують з прийомом гомеопатичних препаратів; при вагітності дозу ефірної олії слід зменшувати вдвічі, а при лікуванні дітей концентрацію потрібно вибирати строго за схемою. Хороший ефект спостерігається при лікуванні шкірних хвороб, що обумовлено тим, що олії наносяться безпосередньо на уражену ділянку і діють місцево. Олії шавлії, лимона, евкالیпту, чабрецю, чайного дерева, гвоздики і лаванди застосовують при порізах, укусах комах і прищах. У боротьбі з синцями, забоями, інфікованими ранами, допоміжними є олії ромашки, деревію, лаванди. При опіках добре зарекомендували себе олії лаванди, троянди, апельсину, герані, ромашки і ладан. Застосовуючи аромати з багатьох рослин, можна досягнути внутрішньої рівноваги і комфорту.



УДК:615.015.32:582.997.2

LOBELIA INFLATA. СЛУЧАИ ПРАКТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ

- С. В. Потоцкая, врач народ. и нетрадиц. мед.
- *ООО «ЛДЦ «Медицинский центр Агапит», г. Киев*

Лобелия вздутая или **Индийский табак** – однолетнее травянистое растение высотой до 70 см. Имеет мелкие светло-синие цветки и плод в виде коробочки. Название дано в честь Маттиаса де Л'Обеля (1538-1616 гг.) – голландского ботаника и лейб-медика английского короля. Распространено это растение в Северной Америке. В Европе как лекарственное растение применяется с 1829 года. С лечебной целью используют надземные части. Лобелия вздутая принадлежит к растениям наркотического действия. Индейцы Северной Америки издавна курят траву лобелии как табак. В прошлом лобелию часто употребляли при крупе, дифтерите, коклюше. Многие врачи считали лобелию специфическим средством от астмы.

Лобелин (один из основных алкалоидов лобелии) способен возбуждать дыхательный центр при асфиксии у новорожденных, при поражении электрическим током или молнией, отравлении наркотиками и газами, при восстановлении дыхания утонувших и в других случаях, когда необходимо стимулировать дыхание. Время действия лобелина на дыхательный центр очень короткое – это, главным образом, рефлекторное действие, связанное со стимуляцией каротидного синуса. Оказывая непосредственное действие на дыхательный центр, лобелин также возбуждает нервные центры органов дыхания и жизненно важные центры продолговатого мозга, поэтому при его приёме наблюдается учащённое дыхание и снижение артериального давления. Алкалоиды лобелии снимают напряжённость мышц бронхов, судороги, оказывают успокаивающее действие, препятствуют образованию мокроты.

В народной медицине лобелию используют также при: параличе дыхательного центра, отвыкании от курения, острых инфекционных заболеваниях, лихорадке, угрозе коллапса, острой сердечной недостаточности, гипотонии, запорах, судорогах. Лобелин применяют в качестве прототипа нового класса психотерапевтических препаратов для лечения амфетаминовой наркомании. Применение препаратов лобелии требует осторожности, так как большие дозы её вызывают рвоту, боль в животе, понос, головокружение, сужение зрачков и приводят к летальному исходу, вызывая паралич дыхательного центра.

Гомеопатический препарат *Lobelia inflata* готовят из свежего растения. В гомеопатическую практику введён в 1941 году. Она облегчает болезненные состояния, развивающиеся вследствие подавления выделений и высыпаний.

Lobelia inflata обладает скорее широким, чем узким и локализованным действием. Её влияние на серозные выделения слизистых объясняет её действие при упорных формах хронических поносов (с серозными, а не водянистыми выделениями). Характерны изменения психоэмоциональной сферы: депрессия, истерические реакции, астено-невротические реакции. Пациенты суетливы, беспокойны. Алкоголизм, морфинизм. Доказано её действие на секрецию сальных желез («убирает» стеатомы на коже

череп). Они рассасываются или вскрываются. Местное применение при себорее способствует росту волос.

Препарат Lobelia inflata показан при:

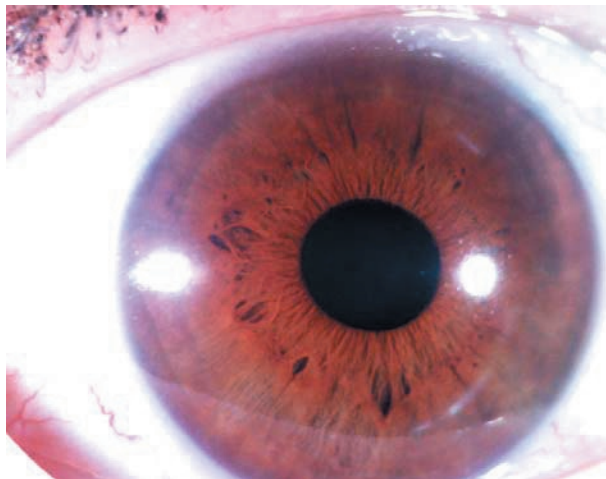
- сухом спастическом кашле с тошнотой, болью в желудке и ощущением сдавленной груди. При этом возникает ощущение слабости в эпигастральной области, иногда ваготонические кризы с тошнотой. У пациента вдох короткий, выдох затруднён и удлинён. Одышка при напряжении. Во время приступа очень бледное лицо, холодный пот, страх смерти. Приступы возникают от нервного потрясения, физической нагрузки, при перемене погоды, от вдыхания табачного дыма. Характерным признаком препарата является отвращение к табачному дыму, так как алкалоиды лобелина и никотина оказывают подобное фармакологическое действие на блуждающий нерв. Лобелию назначают при коклюше, бронхиальной астме неинфекционно-аллергического генеза, крупе, плеврите, приступах удушья, эмфиземе лёгких;
- головной боли в лобной области, сопровождающейся головокружением, тошнотой, дрожанием конечностей, усиливающейся от табачного дыма и прикосновения;
- гастрите, ларингите с ощущением сжатия в грудной клетке;
- токсикозе беременных, дисменорее, ригидности шейки матки, ревматизме, псориазе, стенокардии, обмороках, геморрое, анорексии, изжоге, желчно-каменной болезни.

Два случая практического применения препарата Lobelia inflata.

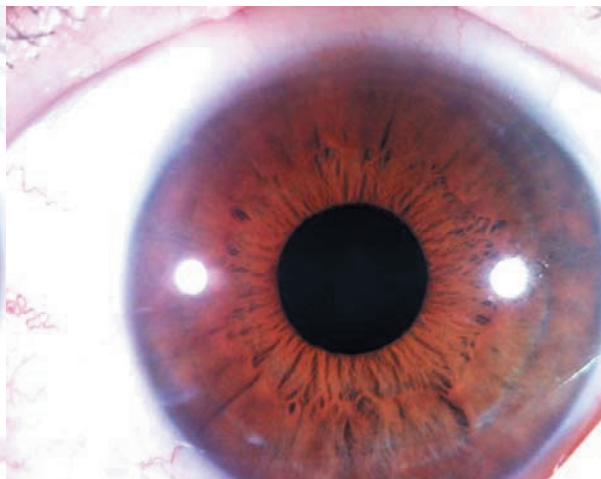
Случай 1. Женщина 66 лет обратилась за помощью в 2012 году с жалобами на приступы удушья. В детстве страдала дерматитом с множественными зудящими высыпаниями на коже лица, живота, конечностей. Лечилась гормональными мазями. С 30 лет появились приступы бронхиальной астмы, сопровождающиеся сухим спастическим кашлем и тошнотой. Приступы купировала сальбутамолом, беродуалом. Также беспокоили частые простудные заболевания, сопровождающиеся герпетическими высыпаниями на лице, заложенностью носа. Периодически повышалось артериальное давление до 180/100 мм. рт. ст. Беспокоили изжога, боли в эпигастральной области, приступы тошноты. Жаловалась на снижение памяти, бессонницу, шум в ушах.

При объективном осмотре выражена гиперемия и отечность кожи лица, мелкие папулезные зудящие высыпания в области носа, переносицы, щёк, беспокойное, возбуждённое поведение сопровождалось свистящим дыханием. В лёгких выслушивались разнокалиберные влажные и сухие свистящие хрипы. От ярко выражаемых эмоций при рассказе начинался приступ удушья. Со слов пациентки, приступы часто возникали после нервных переживаний в семье.

При осмотре радужной оболочки пациентки обнаружен гематогенный тип радужки, свидетельствующий о предрасположенности к аллергическим заболеваниям,



Случай № 1 OD



Случай № 1 OS

патологии печени и жёлчевыводящих путей. Отмечаются признаки выраженного снижения периферического кровообращения – формирующийся натриевый (склеротический) ободок. Выражена инфильтрация корней лёгких на правой и левой радужках. Лакуны в области поджелудочной железы на левой радужке свидетельствуют о наличии хронического панкреатита, а выраженность зрачковой каймы и депигментация зрачковой зоны – о наличии хронического гастрита. Натриевый (склеротический) ободок клинически проявляется бессонницей, наличием шума в ушах, беспокойством, повышением АД. Наличие адаптационных (нервных) колец свидетельствует о спастических реакциях в организме, которые могут провоцировать приступы удушья, истерические реакции, приступообразные боли в животе.

При ЭКГ обследовании: ритм синусовый, ЧСС 71 уд/мин. Горизонтальное положение электрической оси сердца. Гипертрофия левого желудочка. Анализ крови общий: Нб 142 г/л, эр. 4,5, ЦП 0,94, L 10,0, СОЭ 5 мм/час, Э-1, П-1, С-65, Л-28, М-5. Биохимия крови: общий белок 73 г/л, билирубин общий 16,2 ммоль/л, ЩФ 200 ед/л, ГГТ 30 ед/л, креатинин 45 мкмоль/л, мочевая кислота 0,3 ммоль/л, холестерин общий 5,2 ммоль/л, глюкоза 5,0 ммоль/л. На рентгенограмме органов грудной клетки: корни лёгких структурны, усилен сосудистый рисунок в прикорневой зоне, тень сердца расширена влево. Данные общего анализа крови и рентгенографии грудной клетки свидетельствуют об обострении хронического бронхита.

На первом и втором приемах были назначены гомеопатические препараты Sulfur 30, затем Apis melifika 30. Пациентка отмечает: улучшение общего состояния, состояния желудочно-кишечного тракта и кожи. Затем был назначен препарат Lobelia inflata 30С 1 раз в неделю 3 приёма. Прекратились приступы удушья, улучшились память и сон. Отмечает также улучшение эмоционального состояния. Катанез 4 года. Приступов бронхиальной астмы нет. Периодически посещает врача по поводу

гипертонической болезни 2-й стадии, дисциркуляторной энцефалопатии. Смогла значительно снизить дозу гипотензивных препаратов. Общий и биохимический анализ крови в норме.

Случай 2. Женщина 30 лет обратилась в августе 2015 года с жалобами на приступы кашля с удушьем по ночам. Состояние улучшалось в положении сидя и от свежего воздуха, ухудшалось от запаха никотина, малейшего напряжения, от прикосновения. Заболела после пребывания в сыром помещении. Другие жалобы: ощущение «комка» в горле, когда нервничает; запоры с твёрдым стулом; частые простудные заболевания, сопровождающиеся заложенностью носа, герпетическими высыпаниями в области нижней губы и в носу, выделениями из носа зелёного цвета; усталость с 12-ти часов и до следующего утра; пигментные пятна на лице, появившиеся после родов (ребёнку 4 года); пониженный аппетит. Беспокоили страхи будущего, неизлечимой болезни, смерти, рака. Выражена тревога за ребёнка. Из анамнеза: страх деспотичного отца, который обижал мать и много курил. С тех пор не переносит табачный дым и алкоголь. В детстве принимала йодомарин, до беременности эутирокс 25 мг. В настоящее время также принимает эутирокс 25-50 мг. Конфликты в отношениях с отцом продолжаются.

При осмотре на обеих радужных оболочках видим выраженный периферический токсический ободок тёмно-серого цвета, который свидетельствует об интоксикации организма. Также видим такой признак, как лимфатический розарий в виде белого цвета пятен преципитатов (больше на левом ирисе). Это важный иридологический признак, свидетельствующий о снижении иммунных функций, а также о гипофункции щитовидной железы. Деформация автономного кольца в зоне проекции головного мозга (с 11.00 часов до 1.00 часа), пигментация этой области и формирующиеся токсические лучи свидетельствуют о «напряжении» органа. Утолщение зрачковой каймы говорит о перевозбуждении вегетативной нервной системы. По краю автоном-



Случай № 2 OD



Случай № 2 OS

ного кольца выражен белый ободок в виде изогнутой линии – признак дисфункции соединительной ткани, в частности, позвоночника. А о наследственной «слабости» правого тазобедренного сустава свидетельствует лакуна у автономного кольца на 6.00 часов на правом ирисе. Также имеется лакуна в области проекции жёлчного пузыря (ОД – на 7 час. 30 мин), свидетельствующая о хроническом холецистите, и большая лакуна в области проекции щитовидной железы (ОД – на 3.00 часа), показывающая сниженную функцию данного органа. Также в этой области имеется втяжение автономного кольца, являющееся важным прогностическим признаком.

Обследована. Общий анализ крови: эр. $4.65 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин 119 г/л, тромбоциты $188 \cdot 10^9/л$, лейкоциты $6.2 \cdot 10^9/л$, юные 0 %, пал. 1 %, сегм. 51 %, моно 7 %, эозин. 2 %, базо 0 %, СОЭ 10 мм/час. Рентгенография органов грудной клетки: лёгкие и сердце без патологических изменений. УЗИ щитовидной железы: УЗ признаки гиперплазии щитовидной железы, хронического тиреоидита, узлов правой доли щитовидной железы. Заключение эндокринолога: Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма, узловый зоб 2-й степени, эутиреоз.

Назначен препарат *Lobelia inflata* 200. Приняла одну дозу. Кашель прекратился через 4 дня. Катамнез 2 года. Приступов удушающего кашля нет. Значительно улучшилось состояние нервной системы, аппетит, стул. Простудными заболеваниями болеет 1-2 раза в год. По поводу аутоиммунного тиреоидита постоянно принимает эутирокс 50 мг. По поводу других жалоб периодически принимает *Sepia 1M*, *10M*. Отмечает значительное улучшение общего состояния.

Выводы

1. Полученные результаты практического применения гомеопатического препарата *Lobelia inflata* свидетельствуют о высокой его эффективности при бронхоспастических состояниях, сопровождающихся приступами удушья у лиц с астено-невротическим синдромом, у которых диагноз бронхиальной астмы не был подтверждён лабораторными и рентгенологическими данными.

2. В данной работе также показана эффективность применения иридодиагностики как метода, позволяющего определить первичные и вторичные изменения в организме, ведущую и второстепенную патологию, степень выраженности симптомов и стадию развития заболевания.



УДК: [616.12-005.4+616.441-002]-085+615.276

ПРОТИЗАПАЛЬНИЙ ВПЛИВ РЕСВЕРАТРОЛУ У ХВОРИХ НА ІХС ТА ІХС У СПОЛУЧЕННІ З АУТОІМУННИМ ТИРЕОЇДИТОМ

- Н. І. Чекаліна, к. мед. н., доц., доц. каф.
Ю. М. Казаков, д. мед. н., проф., зав. каф.
Ю. Г. Бурмак, д. мед. н., проф., проф. каф.
Є. Є. Петров, к. мед. н., доц., доц. каф.
С. В. Шуть, к. мед. н., доц., доц. каф.
Т. А. Трибрат, к. мед. н., доц., доц. каф.

- *Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава
Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини з доглядом за хворими, загальної практики (сімейної медицини)*

Захворюваність на ішемічну хворобу серця (ІХС) у світі прогресивно зростає, незважаючи на широкий спектр лікувальних засобів її корекції. Відзначається значне збільшення захворюваності на аутоімунний тиреоїдит (АІТ), що зумовлено екологічними впливами, хроніостресом, надлишком ксенобіотиків. Доведена роль хронічного системного запалення (ХСЗ) у розвитку обох захворювань, тож є доцільною розробка спільних патогенетично обґрунтованих терапевтичних підходів. Високу протизапальну активність та широкий спектр біологічної дії мають рослинні поліфеноли, які активно запроваджуються у клінічну практику.

Мета дослідження: вивчення впливу поліфенолу ресвератролу на показники системного запалення у хворих на стабільну ІХС та за умов сполучення ІХС з АІТ.

Матеріали і методи дослідження

Обстежено 115 осіб обох статей віком 48-69 років, хворих на ІХС: стенокардію напруги стабільну, ФК II, СН 0-I, 30 з яких додатково мали діагноз АІТ (еутиреоз). 30 хворих на ІХС (група дослідження 1) та 30 хворих з супутнім АІТ (група дослідження 2) на тлі стандартної терапії приймали ресвератрол в дозі 100 мг на добу протягом 2 місяців. 55 хворих на ІХС склали групу порівняння. У крові хворих визначали рівні фактору некрозу пухлини (TNF α), інтерлейкіну-1 β (IL-1 β), IL-10, вміст фібриногену (ФГ), кількість циркулюючих ендотеліальних мікрочастинок (ЦЕМ) CD32⁺CD40⁺, експресію гену mRNA інгібітора каппа В (IkB) ядерного фактора транскрипції kB (NF-kB).

Результати дослідження

У хворих усіх груп виявлено збільшення рівнів цитокінів та кількості ЦЕМ CD32⁺CD40⁺ (p<0,05), підвищення вмісту ФГ (у 34 % хворих на ІХС та 25 % хворих на ІХС та АІТ), експресія mRNA IkB у групах дослідження вірогідно не відрізнялася. Під впливом ресвератролу у групі 1 знизився рівень IL-1 β (6,98 \pm 2,52 пг/мл проти 10,05 \pm 3,67 пг/мл, p=0,0022), TNF α (7,28 \pm 2,18 пг/мл проти 9,69 \pm 1,63 пг/мл, p=0,013). У групі 2 також вірогідно знизився вміст IL-1 β (6,87 \pm 2,13 пг/мл проти 10,06 \pm 2,79 пг/мл, p=0,0011) та TNF α (7,94 \pm 3,43 пг/мл проти 10,54 \pm 2,42 пг/мл, p=0,0005). Вміст IL-10 у групах вірогідно не змінився. Під впливом ресвератролу відбулося зниження ЦЕМ CD32⁺CD40⁺ у групі 1 та 2 (p>0,05). У групі порівняння вміст ЦК та ЦЕМ CD32⁺CD40⁺ не змінився. В усіх групах виявлено вірогідне зниження вмісту ФГ у плазмі крові (p<0,01). Експресія mRNA IkB знизилася у групі 2 (за методом 2^{- $\Delta\Delta$ Ct} - 2,006 \pm 0,53), у групі 1 й у групі порівняння – не змінилася (p=0,884 та p=0,570).

Висновки

У хворих на стабільну ІХС ресвератрол виявляє протизапальну активність: знижує рівні прозапальних ЦК, ФГ та зменшує запальну активацію ендотелію. У хворих на ІХС у сполученні з АІТ, поряд з зазначеними ефектами, ресвератрол блокує прозапальну NF-kB-опосередковану сигналізацію. Отримані дані обґрунтовують доцільність застосування ресвератролу у комплексній терапії ІХС, АІТ та в умовах сполучення цих захворювань.



УДК:616.833.17-085+615.814.1+615.83

ЛІКУВАННЯ НЕВРОПАТІЇ ЛИЦЕВОГО НЕРВУ МЕТОДАМИ РЕФЛЕКСОТЕРАПІЇ І ФІЗИОТЕРАПІЇ

- Н. В. Мацко, к. мед. н., доц. каф. реабіліт. та нетрадиц. мед.
- *Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького*

Причиною ураження лицевого нерву вважають різноманітні інфекції, а пусковим фактором розвитку захворювання – переохолодження.

Метою нашого дослідження було порівняти ефективність лікування невропатії лицевого нерву медикаментозними і немедикаментозними методиками.

Під нашим спостереженням знаходилось 30 осіб з гострим невритом лицевого нерву, яких ми розподілили на дві групи. До першої групи (15 чоловік) увійшли особи, які використовували лише медикаментозні засоби (галантамін, АТФ, вольтарен, серміон, вітамінні групи В та ін.), до другої групи ми віднесли осіб (15 чоловік), яким поряд з медикаментозним лікуванням застосовували методики немедикаментозної терапії (рефлексотерапію, гірудотерапію, вакуум-ковзаючий масаж, ароматерапію) і світлолікування апаратом Біоптрон.

Лікування завжди починалось з віддалених точок і точок загальної дії. Світлолікування включало в себе застосування червоного фільтру. На 2-3 сеанс ставили голки на здорову сторону обличчя за гальмівним методом, а через 15-17 хв. діяли збуджуючим методом на уражену сторону. В цей період ми застосовували червоний колір на хворій стороні обличчя і синій або зелений – на здоровій.

Доведено, що, в залежності від довжини хвилі, глибина проникнення окремих компонентів Пайлер-світла неоднакова. Найбільшу проникаючу здатність мають хвилі червоної частини спектра та інфрачервоний діапазон. Відстань від поверхні шкіри до кінцевої ділянки тканин, що може забезпечити апарат Біоптрон, становить від 10 до 25 мм.

Одночасно при дії Пайлер-світла на біологічно активну зону (точку акупунктури) як на рецептор, що сприймає електромагнітні хвилі, створюються умови для більш глибокого транспорту їх в організмі.

Пайлер-світло є багатофакторним фізичним агентом, кожний з компонентів якого викликає біологічну реакцію, яка не переходить в патологічну завдяки тому, що зміни не перевищують порогового рівня для поверхневих структур організму. Це також визначає взаємне посилення дії деяких факторів, наприклад, видимого світла і ближнього інфрачервоного або ультрафіолетового випромінювання.

Таким чином, виходячи з фізичних характеристик, Пайлер-світло може викликати різноманітні біологічні реакції, що обумовлені довжиною хвилі і дозою світлового випромінювання, діаметром світлового потоку, місцем його прикладання і режимом впливу.

Застосували також вакуум-ковзаючий масаж. Спочатку проводили масаж чола на ураженій стороні, потім переходили на ділянку щоки, виличної дуги і нижньої щелепи. Магнітно-акупресурні банки присмокування «ХаЧі» мають судинорозширювальну, трофічно-регенеративну, розсмоктувальну, слабку протизапальну, болетамувальну і гіпотензивну дію.

Гірудотерапію на початку лікування ми застосовували в точках SJ18, SJ19, або SJ20. У подальшому прикладали п'явки в точки SI19, SJ21, GB2. У місці постановки п'явки мікросудини розширюються, а у віддалених ділянках – звужуються, що забезпечує відтік крові з внутрішніх органів. Важливим механізмом гірудотерапії є її рефлекторний вплив на організм: як місцевий, так і загальний. Цей механізм починає діяти від моменту укусу п'явки. Імпульси передаються у відповідні сегменти спинного мозку, рефлекторно змінюючи функції вегетативної нервової-системи. Важливим є і те, що біологічно активні речовини активізують імунну систему організму.

Процеси відновлення почались у пацієнтів 2 групи на 5-6 день (з'явилися складки на чолі, почала поступово закриватись очна щілина) (48 %), на 10-12 день спостерігали утворення носо-губної складки і підняття кута рота при демонстрації зубів на ураженій стороні (73 %). У пацієнтів 1 групи процеси відновлення спостерігались значно пізніше (на 15-16 день), а у двох осіб (13 %) гострий неврит перейшов у підгострий з подальшим утворенням контрактури м'язів. У пацієнтів, які лікувались із приєднанням методів нетрадиційної медицини, контрактура м'язів не спостерігалась.

Таким чином, методи немедикаментозного лікування гострого неврити лицевого нерву дозволяють значно скоротити процеси одужання і запобігають утворенню ускладнень.



УДК: 616.839:[616.61-008.64:613.86]-615.825:615.89

ВПЛИВ КРАНІОСАКРАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ НА ВЕГЕТАТИВНУ НЕРВОВУ СИСТЕМУ У ПАЦІЄНТІВ З ОЗНАКАМИ СИНДРОМУ ХРОНІЧНОЇ ВТОМИ І ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК V СТУПЕНЯ

- ¹ О. Л. Компанієць, лікар-нефролог, лікар народ. і нетрадиц. мед.
- ² С. М. Федоров, доц. каф. мед. реабіл., фізіотерапії. і спорт. мед.
- ¹ ДУ «Інститут нефрології НАМН України», ТОВ Smart Medical Center, м. Київ
- ² Національна медична академія післядипломної освіти ім П. Л. Шупика МОЗ України, м. Київ

Актуальність

Визначення динаміки змін стану вегетативної нервової системи (ВНС) в процесі лікування пацієнтів із різною патологією є актуальним в сучасній медицині, тому що переважна більшість захворювань розвивається поступово, на тлі хронічної втоми та інших проявів дисфункції ВНС і має спочатку функціональний характер, а згодом порушення функції призводить до порушення структури тканин, органів і систем організму. Медикаментозне лікування не завжди корегує вищезгаданий стан, має цілий ряд протипоказань та побічних дій на організм. Вивчення впливу на ВНС краніосакральної терапії (КСТ) як одного з методів немедикаментозного лікування різної патології, є теж актуальним. Особливо при корекції її порушень у хворих з термінальною нирковою недостатністю, які отримують програмний гемодіаліз тричі на тиждень пожиттєво. Останнім часом науковці багато уваги приділяють вивченню ролі вегетативних порушень у розвитку серцево-судинних ускладнень у вищезгаданих хворих. Так, гіперсимпатикотонія є одним з факторів, що сприяє не тільки прогресуванню хронічної ниркової недостатності (ХНН), але і виникненню метаболічного синдрому та коморбідних станів.

Мета роботи – вивчення впливу КСТ на ВНС та впровадження її в клінічну практику.

Матеріали та методи дослідження

У дослідження включено 50 пацієнтів з ознаками синдрому хронічної втоми (СХВ) та 11 хворих на гемодіалізі. Проводились загальноклінічні і лабораторні дослідження, методи визначення функції ВНС (шкірні рефлекси, температура тіла, зіничні рефлекси, вісцеральні рефлекси, ортостатична проба, вимірювання артеріального тиску (АТ), підрахунок пульсу, опитувальник Вейна, визначення вегетативного індексу

Кердо, ЕКГ, варіаційна пульсометрія, кардіоінтервалографія) та використовувалась статистична обробка результатів.

Методика. Спочатку у пацієнтів перед проведенням КСТ виявлялись зони тіла, де краніосакральний ритм значно послаблений, асиметричний або взагалі відсутній. Сеанси КСТ проводились вищезгаданим пацієнтам, використовуючи 10 кроковий протокол проведення КСТ. Окремо працювали із системою мембран (інтракраніальні, поздовжні).

Результати дослідження

50 пацієнтів з ознаками СХВ відчували значне покращання після другого-третього сеансу КСТ, відзначалась нормалізація АТ, відсутність різких коливань АТ протягом дня, статистично достовірно ($p < 0,05$) покращувались показники опитувальника Вейна, індексу Кердо, кардіоінтервалографії, зникали м'язовий біль та біль у горлі. Після сеансу загальний стан пацієнтів, які знаходились на гемодіалізі, стабілізувався. Вже після першого сеансу припинялися різкі коливання АТ, знижувався АТ, показники стану гіперсимпатикотонії прагнули до нормотонії, збільшувався період відсутності гіпертонічних кризів, гіпотензивна терапія набувала ефективності, зменшувався больовий синдром в нижніх кінцівках, покращувався сон і минала спрага, що дозволяло хворим дотримуватися досить суворого питного режиму, що існує при термінальній ХНН.

Висновки

Отже, КСТ корегує функцію ВНС у вигляді покращання загального стану пацієнтів (зменшення болю, пітливості, ознобу, нормалізація сну), нормалізації пульсу та АТ, позитивно впливає на показники опитувальника Вейна, індексу Кердо, кардіоінтервалографії. Разом з іншими методами лікування КСТ може впроваджуватись у клінічну практику.



УДК: 615814.1 (477)

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ СУ ДЖОК, ЕЁ РАЗВИТИЕ В УКРАИНЕ

■ Л. А. Семенова, президент Украинской ассоциации акупунктуры Су-Джок, проф.

■ Украинская ассоциация акупунктуры Су-Джок, г. Киев

«Су Джок» в переводе с корейского означает кисть и стопа. То есть – это метод рефлексотерапии, который использует для лечебного воздействия только зоны и точки, расположенные на кисти и стопе.

Основы метода Су Джок терапии возникли в Корее более 3000 лет назад. Но в течение многих столетий эти знания были доступны только «посвященным», передавались от учителя ученику. Но в 1987 году выпускник Сеульского Национального Университета профессор Пак Чжэ Ву, сделал этот поразительный по своей эффективности лечебный метод достоянием всего мира. Он не только сам глубоко изучил древние знания, но стал передавать их другим людям. Стал печатать статьи, читать лекции.

В том же 1987 он основал Корейский институт Су Джок акупунктуры, в котором стал обучать врачей. Но основная заслуга профессора Пака заключается в том, что он развил эти древние учения, сделал много ценных открытий, превратил Су Джок акупунктуру в научное медицинское направление. Более того: он перевёл древние корейские знания на английский язык, стал пропагандировать эти знания в других странах. Он ездил с лекциями в разные страны мира на международные конгрессы, которые проводил Открытый Международный Университет Комплементарной Медицины. Ему была присуждена почетная докторская степень этого университета. Он активно участвовал в научных конференциях, развивал свои знания и делился ими с другими людьми.

Преимущества метода Су Джок перед другими методами рефлексотерапии:

- 1) Система соответствия на кисти и стопе имеет удивительную схожесть с телом человека, следовательно, лёгкость её изучения.
- 2) Не надо человека раздевать, т.е. можно оказать помощь в любом месте: в самолёте, поезде, метро, на улице.
- 3) Безопасность системы, так как она дана нам самой природой только для лечения, а не для вреда здоровью.

Если бы прикосновением к кисти или стопе можно было бы навредить здоровью, то все уже были бы больны. Ведь кисть и стопа чаще, чем остальные зоны соответствия подвергаются различным травматическим воздействиям.

- 4) Высокая эффективность и скорость получения результатов при лечении этим методом.

а) Кисть и стопа имеют самое большое представи-

тельство в коре головного мозга.

б) Точки соответствия не нужно запоминать (как в других системах), так как мы находим их по болевому эффекту, т.е. очень точно.

- 5) Простота освоения этого метода. Это очень красивая и логичная система. Научиться оказывать первую помощь может даже ребёнок.

- 6) Для лечения с помощью этого метода не требуются громоздкие дорогостоящие приборы. Всё необходимое помещается в маленькой коробочке. Кроме этого, ваши знания помогают оказать первую помощь, используя все, что есть вокруг нас: иглы растений, семена растений, камни, каштаны, орехи и т.д.

Высокая эффективность и скорость получения результатов при лечении этим методом, логика и простота изучения этого метода завоевали симпатии врачей всего мира. Все это, плюс активная деятельность профессора Пака привело к быстрому распространению и признанию этого метода. Было открыто множество медицинских Су Джок центров на всех континентах, во всех странах.

К нам в Украину акупунктура Су Джок попала в 1990 году.

Я в это время работала в поликлинике фирмы Киевинвест. Директор медслужбы С. М. Хоненко всегда приветствовал желание врачей повышать свою квалификацию, направлял на курсы, на конференции. Благодаря этому я попала на Международный конгресс по альтернативной медицине в Москву. На этом конгрессе было представлено много интересных методик лечения. Но выступление профессора Пака Дже Ву из Южной Кореи вызвало особый интерес. Всем хотелось узнать как можно больше про новый для нас метод лечения. Много кто хотел бы попасть на обучение в Южную Корею. Но из трёх тысяч участников конгресса повезло только шести врачам. Из бывшего Советского Союза я была единственной, кому выпало счастье поехать на обучение в Сеул. Остальные 5 человек были из других стран. Все расходы за обучение и пребывание в Корее взяла на себя Международная ассоциация акупунктуры Су Джок.

В Корейском институте акупунктуры Су Джок моими главными учителями были: президент Международной ассоциации акупунктуры Су Джок профессор Пак Дже Ву, доктор Шин Су Ен (по теории), доктор Хем Квон Тхек (по практике). Стажировку я проходила в самом большом медицинском центре Сеула «Киунг Хи».

Это целый медицинский город, в котором мирно

сосуществуют восточная и западная медицина, очень разумно дополняя одна другую.

В Корее мы с профессором Паком издали первую книгу по акупунктуре Су Джок (автор проф. Пак Дже Ву, перевод с английского Л. А. Семеновой). Эта книга на протяжении нескольких лет была единственным учебником на русском языке по акупунктуре Су Джок.

Профессор Пак сочувствовал народу Украины, пострадавшему от последствий аварии на Чернобыльской АЭС, и всей душой хотел ему помочь. Он готовил меня к самостоятельной работе, чтобы, вернувшись в Киев, я смогла сама обучать врачей Украины. Поэтому после завершения моего обучения в Корее, когда спустя несколько месяцев профессора Пака пригласили в Лиссабон для проведения обучения врачей Португалии, он предложил мне быть там его ассистентом.

Мы читали лекции, посещали клиники, давали интервью на Лиссабонском телевидении. Именно во время совместной работы в Лиссабоне мы договорились, что профессор Пак с группой корейских врачей приедет в Киев для организации лечения ликвидаторов Чернобыльской аварии и для проведения курсов обучения украинских врачей.

Кроме этого, профессор Пак принял решение перенести проведение Первой всемирной конференции по акупунктуре Су Джок из Лондона в Киев. Совместно была разработана программа организации этой конференции. На протяжении нескольких месяцев велась напряженная работа.

Значительную роль в проведении этой конференции сыграла фирма «Киевинвест» (Президент фирмы Г. Д. Малышевский) и поликлиника этой же фирмы, где я тогда работала (директор медслужбы С. М. Хоненко).

Большой вклад в развитие Су Джок в Украине внесли профессор Е. Л. Мачерет (Президент Украинской ассоциации акупунктуры и лазеропунктуры) профессор Л. М. Давиденко (профессор Киевского медицинского института УАНМ) и профессор О. Е. Коваленко (Президент Украинской ассоциации рефлексотерапии и медицинской акупунктуры), профес-

сор Гарник Татьяна Петровна (Председатель Комитета по народной и нетрадиционной медицине МЗ Украины).

I Всемирная конференция по акупунктуре Су Джок состоялась в Киеве в июле 1992 года. На неё съехалось около 500 врачей не только с Украины, а и со всего бывшего Советского Союза, а также было много иностранных гостей из Англии, Германии, Индии, Израиля, Португалии, Малайзии и из других стран. На этой конференции была создана Украинская ассоциация Су Джок акупунктуры и мне доверили быть её президентом.

После конференции профессор Пак провел курсы по обучению Су Джок терапии. Тогда же он со своими корейскими коллегами проводили (бесплатно) лечение чернобыльцев в отделении лучевой патологии 25-й больницы. Профессор Пак спонсировал деньги и инструменты на создание Украинского центра акупунктуры Су Джок.

Этот медицинский центр, созданный в октябре 1992 года, получил лицензию Министерства здравоохранения Украины и лицензию Министерства просвещения на право преподавания этого метода.

Все врачи, которые прошли обучение в нашей ассоциации, применяют эту замечательную методику, независимо от их специальности. Всем без исключения: и терапевтам, и педиатрам, и хирургам, и врачам других специальностей – метод Су Джок оказывает неоценимую помощь в работе.

Акупунктура Су Джок живет и развивается. Конечно, неоценимый вклад в развитие этой методики внёс сам профессор Пак Дже Ву. Но также много ценного, нового открыли и его ученики и последователи из Украины, России, Белоруссии и других стран мира.

В 2007 году профессор Пак проводил в Киеве курсы, мы отмечали 20-летие Су Джок Онури терапии. Тогда же профессор Пак поручил мне провести в Киеве конференцию по обмену опытом, посвященную 30-летию Су Джок. И 100 человек, которые предоставят наилучший клинический опыт, будут награждены именными памятными знаками, которые заказал и привез для наград сам профессор Пак.



УДК: 61:001.5 (73)

АЛЬТЕРНАТИВНА МЕДИЦИНА У США

- А. І. Парахін, к. мед. н., доц., зав. курс. мануал. терап. каф. неврол., психіатр., мануал. терап. та рефлексотерап.
В. В. Самбір, асист. каф. неврол., психіатр., мануал. терап. та рефлексотерап.
Р. В. Антюхов, асист. каф. неврол., психіатр., мануал. терап. та рефлексотерап.
В. А. Новохатній, від. підвищ. кваліф.

- ПВНЗ «Київський медичний університет»

У Сполучених Штатах Америки на рівні первинної ланки охорони здоров'я працюють фахівці, які закінчили профільні медичні коледжі й отримали наступні ступені: M.D. (доктор медицини), D.O. (доктор остеопатії), D.C. (доктор хіропрактики), N.D. (доктор натуропатії), D.A.O.M. (доктор акупунктури та східної медицини).

Доктор медицини: 4-річна програма навчання на медичному факультеті університету з присвоєнням кваліфікації «лікар». На додипломному рівні дисципліни з альтернативної медицини не вивчаються, але після завершення інтернатури (резидентури) фахівець може пройти курси підвищення кваліфікації за певним напрямком і застосовувати його у своїй практиці в межах своєї лікарської спеціальності.

Доктор остеопатії: 4-річна програма навчання відповідає програмі навчання на медичному факультеті університету і доповнюється поглибленим вивченням анатомії, пальпаторної діагностики, принципів і практики остеопатії та остеопатичних маніпуляцій. По завершенні коледжу лікар продовжує навчання в інтернатурі (резидентурі) за однією з лікарських спеціальностей, зокрема загальна практика-сімейна медицина, педіатрія, нейро-м'язово-скелетна терапія. Лікарська практика може проводитися як на амбулаторному, так і на стаціонарному рівні. Під час прийому лікар, окрім звичайних медичних діагностичних процедур, призначення лабораторних та функціональних досліджень, може провести остеопатичну візуальну і пальпаторну діагностику, виявити та усунути соматичні дисфункції опорно-рухового апарату, внутрішніх органів, структур черепа, кровоносних і лімфатичних судин та нервів, відновити порушені функції.

Доктор хіропрактики: 3,5-річна програма навчання з поглибленим вивченням анатомії, біомеханіки, теорії і практики хіропрактики, променевої діагностики, спортивної медицини, дієтики. Практика проводиться на амбулаторному рівні. Фахівці застосовують методи мануальної

медицини і дієтики для усунення дисфункцій опорно-рухового апарату та внутрішніх органів.

Доктор натуропатії: 4-річна програма навчання з поглибленим вивченням теорії і практики натуропатії, фітотерапії, гомеопатії, мануальної терапії та дієтики. Практика проводиться на амбулаторному рівні. Фахівці дають поради щодо здорового способу життя, харчування, призначають вітаміни, мінерали, мікроелементи, усувають соматичні дисфункції, проводять лікування захворювань внутрішніх органів за допомогою гомеопатичних або рослинних лікарських засобів.

Доктор акупунктури та східної медицини: 3-річна програма навчання з поглибленим вивченням таких дисциплін як теорія і практика традиційної китайської медицини (ТКМ), діагностика методами ТКМ, лікувальні техніки ТКМ, туїна (китайська масажна терапія), цигун, тай-дзі-цюань, лікарські засоби ТКМ, акупунктура, аурикулярна терапія, дієтика в ТКМ. Практика проводиться на амбулаторному рівні.

Особливістю альтернативної медицини є відмінний погляд на етіологію, патогенез та клініку гострих і хронічних захворювань. Дещо по-іншому, як правило ширше, відбувається збір анамнезу. До розгляду беруться й інші симптоми та синдроми, ніж у звичайній медичній практиці. Фахівці враховують принцип цілісності організму (холізм), приділяють значну увагу профілактиці захворювань і навчають здоровому способу життя.

З огляду на те, що дисципліни з альтернативної медицини, яку в Україні називають нетрадиційною, вивчаються в США на кафедрах у профільних коледжах, буде перспективним ознайомлення з навчальними планами і програмами, методами викладання, підручниками та посібниками з подальшим перейняттям кращого світового досвіду і впровадження його в Україні для підвищення кваліфікації лікарів за фахом «народна та нетрадиційна медицина» і на курсах тематичного удосконалення.



УДК: 57.08:57.012-023.834

РЕЗУЛЬТАТИ ЛАБОРАТОРНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ВПЛИВУ ЕФЕКТУ ФОРМИ СПІРАЛІ НА БІОЛОГІЧНІ ОБ'ЄКТИ

- А. І. Мельник, лікар-стоматолог, к. мед. н., член-кор. Міжнар. Академії освіти і науки
- ФОП «Мельник», м. Дубно, Рівенської обл.

Одним із напрямків розвитку методів надання медичної допомоги на етапі первинної ланки охорони здоров'я є рефлексотерапія, за основу якої взято принципи китайської «чжень-цзю»-терапії. Однак, адаптовуючи стародавні

технології медицини Сходу до вимог сучасної доказової медицини, необхідно враховувати і ті обставини, що сучасна людина піддається впливу сукупної енергії довкілля не тільки космічного походження, як у ті стародавні ча-

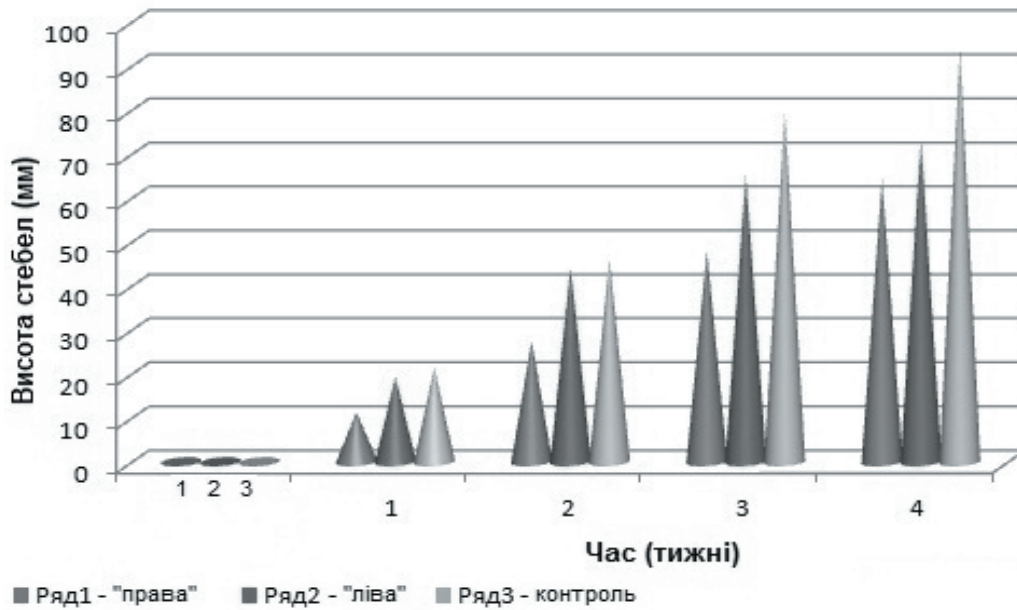


Рис. 1. Гістограма швидкості росту стебел цибулин під впливом циліндричних спіралей

си, а й енергії електромагнітних хвиль радіотелекомунікаційних мереж, що прискореними темпами збільшують свої потужності. Металеві голки для рефлексотерапії, що прийшли на зміну неметалевим (із кістки, бамбука, кременю, яшми та ін.), впродовж сеансу акупунктури, окрім механічного подразнення, виконують ще й роль приймальної антени електромагнітних радіохвиль. Особливо це стосується добре відомої в рефлексотерапії голки для акупунктури з ручкою у формі циліндричної спіралі, один кінець якої переходить у загострений робочий стрижень необхідної довжини [1].

Метою даної роботи було дослідження ефекту біогенного впливу металевих спіральних форм на біологічні об'єкти. Дослідження були проведені у лабораторних умовах на цибулі-сіянці і зернах ячменю в процесі їхнього проростання і росту стебел.

Методика дослідження передбачала вирощування цибулі-

сіянки і ячменю гідропонним методом у зоні постійного впливу ефекту форми спіралі. У досліджах використовувались дротяні циліндричні і плоскі спіралі лівостороннього і правостороннього напрямків кручення, заземлені і незаземлені. Циліндричні спіралі намотувались на пробірки мідним дротом товщиною 1 мм з кроком приблизно 5 мм, а плоскі спіралі Архімеда, із дроту такої ж товщини, укладали під чашками Петрі. Контролем дослідів слугували такі ж пробірки і чашки Петрі, тільки без спіральних конструкцій. Дно посудин устеляли фільтрувальним папером і заливали відстояною водою із місцевого водогону. У пробірки вкладали по одній цибуліні, а в чашки Петрі – по 11 цибулин або по 33 зерна ячменю. Місце проведення дослідів попередньо обстежували біолокаційним методом на предмет однорідності геопатогенної зони. Спостереження велось упродовж одного місяця із щотижневою реєстрацією показників швидкості росту стебел (мм/тиждень).

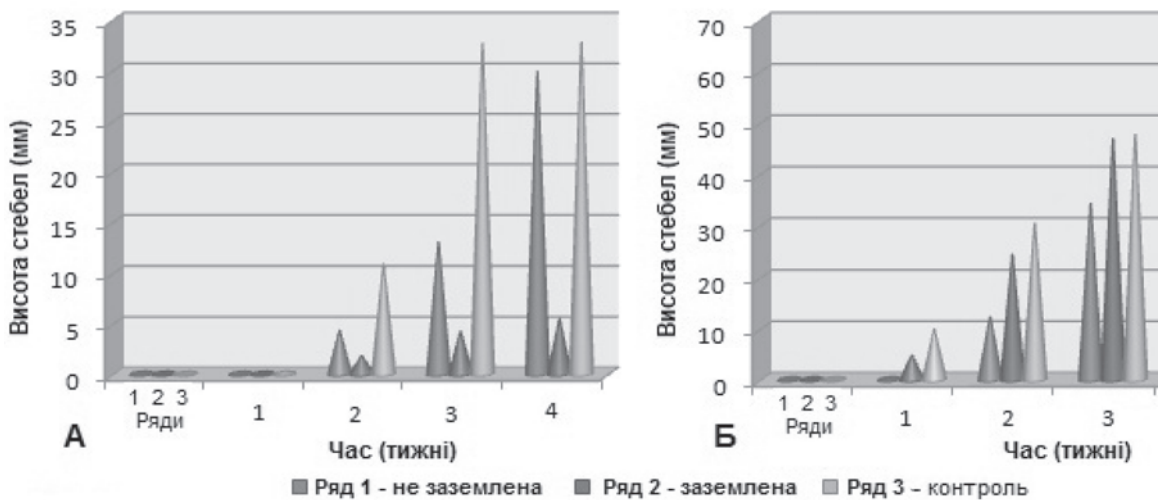


Рис. 2. Гістограми швидкості росту стебел ячменю під впливом плоских спіралей

У першому досліді було задіяно 5 пробірок із спіральними правосторонньої закрутки, 5 пробірок – лівосторонньої і 5 пробірок – контрольних. Як видно із гістограми (Рис. 1), поле спіральних форм гальмує швидкість росту стебел досліджуваних рослин, причому, спіралей правосторонньої закрутки – достовірно сильніше (ряд 1), ніж лівосторонньої (ряд 2).

Гістограма першого досліді (Рис. 1) стала взірцем співвідношення швидкості росту паростків у системі «правосторонні-лівосторонні-контроль» і відтворювалась в усіх подібних повторних дослідіх з цибулею-сіячкою і зернами ячменю у зоні впливу циліндричної і плоскої форм спіралей.

Цікавими виявились отримані результати дослідження біогенного впливу заземлених плоских спіральних конструкцій (Рис. 2).

На гістограмах (Рис. 2А і 2Б) представлені результати швидкості росту (мм/тиждень) стебел ячменю під впливом плоских спіралей Архімеда правосторонньої (А) і лівосторонньої (Б) закрутки, незаземлених (ряд 1) і заземлених (ряд 2), у порівнянні з контрольними проростками (ряд 3).

Заземлення металевих спіральних конструкцій, особливо спіралей правосторонньої закрутки (Рис. 2, варіант А, ряд 3), однозначно призводило до підсилення їхнього гальмівного впливу на швидкість росту стебел. У випадку ж заземлення спіралей лівосторонньої закрутки (Рис. 2, варіант Б, ряд 2), гальмівний ефект форм спіралей прояв-

лявся слабше і швидкість росту цих паростків надолужував контрольних (ряд 3).

Однак, не вдалось з'ясувати, який саме фактор вплинув на абсолютні показники швидкості росту паростків ячменю у досліді Б (Рис. 2) відносно таких же у досліді А, що призвело до їх збільшення майже удвічі.

Екстраполюючи отримані результати лабораторних досліджень біогенного впливу ефекту форми спіралі на об'єкти клінічної рефлексотерапії, слід наголосити на необхідності врахування впливу цього фактора, особливо у випадку використання металевих акупунктурних пристроїв, що конструктивно передбачають наявність спіральних елементів.

З метою цілеспрямованого стабілізуючого впливу на біоенергетичний гомеостаз людини пропонуються неінвазивні спіральні активатори різних форм (циліндричні, конічні, плоскі) і величини, зручні для впливу на зони БАТ, проекції чакр на поверхню тіла і на окремі ділянки акупунктурних меридіанів (пальця, передпліччя, гомілки). Форму та спосіб їх застосування зареєстровано як корисну модель [2].

Актуальність подальших досліджень у цьому напрямку впливає як із необхідності пошуку методів адаптації людини до всезростаючого техногенного тиску довкілля, так і з перспективності немедикаментозних методів і засобів надання медичної допомоги на етапі первинної ланки охорони здоров'я.

Література

1. Мачерет Е. Л., Самосюк И. З. *Руководство по рефлексотерапии*. Киев. – 1984. – 304 с.
2. Мельник А. І. Патент на корисну модель №114976 «Спосіб

відновлення біоенергетичного гомеостазу людини енергією довкілля за допомогою металевих спіралей Архімеда». 2017. – 4 с.

Надійшла до редакції 20.10.2017



УДК: 61:001.5(510)

МЕТОДЫ ТРАДИЦИОННОЙ КИТАЙСКОЙ МЕДИЦИНЫ В ПРАКТИКЕ СОВРЕМЕННОГО ВРАЧА

- Ю. Д. Котляров, ассист. каф. традиц. и нетрадиц. мед.
- *Днепропетровский медицинский институт традиционной и нетрадиционной медицины*

В последние годы происходит ухудшение состояния здоровья населения. В связи с этим, видимо, назрела продуманная стратегия реформирования здравоохранения и выработка новой концепции по восстановлению здоровья населения. Излагается точка

зрения на процесс восстановления здоровья человека, встраивающаяся в общую концепцию здравоохранения и медицинской науки в Украине на основе системных методов, используемых в Традиционной Китайской Медицине (ТКМ).

Вся современная медицина, ставя своей целью достижение здоровья, занимается, тем не менее, исключительно болезнями. Основным признаком современного подхода в лечении хронических или острых заболеваний является разорванность в подходах, где болезнями отдельно взятых органов или систем занимается какой-либо врач.

Совершенно новый взгляд на терапию появляется, исходя из представлений китайской медицины о причинах заболевания человека.

Врачи традиционной западной медицины стремятся лечить болезнь или ее проявления.

Врачи, использующие в практике методы ТКМ, рассматривают человеческий организм как единую систему, в которой все взаимосвязано. Методы ТКМ направлены на то, чтобы не допускать развития заболеваний. Китайский врач времен династии Тан, Сунь Сы-мяо (SūnSīmiǎo), внесший большой вклад во многие области традиционной китайской медицины, говорил: «Люди, искусные в сохранении здоровья, лечат болезнь, которой еще нет».

Причиной болезней или нарушений здоровья считаются внешние и внутренние факторы: нарушение равновесия энергии Инь и Ян, нарушения циркуляции жизненной энергии Ци, Крови и Жидкостей Тела, семь эмоций, диеты и образа жизни. Если нарушение этого равновесия длится во времени, то это всегда проявляется болезнями. Восстановление баланса является ключевой задачей лечения в китайской медицине.

Подходы, используемые в ТКМ, очень сильно отличаются от западных идей о здоровье. Методы и принципы ТКМ эффективны в лечении и сейчас внедряются в практику врачей западной медицины.

Основным принципом ТКМ является строго индивидуальный и системный подход. Самые распространенные методы ТКМ, известные всему миру, это – восточный массаж (гуаша, туйна); вакуум-терапия

с помощью банок различного диаметра; иглоукалывание или акупунктура; мокса-терапия – прогревание полынными конусами или сигарами, не касаясь кожи; китайская гимнастика Тай-цзы и Ци-гун; соблюдение режима и правильного питания – одно из важнейших условий здоровья, главное в питании – это сбалансированность вкусов: соленого, сладкого, горького, кислого и острого; врачи ТКМ используют лечение травами (фитотерапию) при самых разных заболеваниях. Многие травы, которые составляют основу траволечения, являются адаптогенами, помогающими организму справиться с воздействием окружающей среды: они укрепляют иммунитет, регулируют давление и уровень сахара в крови, укрепляют защитные силы и приводят в норму метаболизм. Действуют системно. В отличие от лекарств, полученных химическим путем, фитопрепараты действуют мягче. Препараты, изготовленные из лечебных трав, легче усваиваются организмом, имеют мало побочных эффектов, не вызывают привыкания. В результате умелого комбинирования различных лечебных трав, составляется фитопрепарат, подобранный для конкретного пациента и обладающий максимальным терапевтическим эффектом. Врачи, использующие методы ТКМ считают, что здоровье человека напрямую зависит от состояния его внутренних органов: сердца, почек, печени и желудочно-кишечного тракта. Метод фитотерапии позволяет воздействовать на эти органы путем доставки к ним веществ, из которых можно извлечь энергию и пищу.

Практически все методы китайской медицины неинвазивны и нетравматичны, имеют небольшой список противопоказаний и побочных эффектов. При этом они действительно оказывают оздоравливающее воздействие, и это не народные поверья, а научный факт.



УДК: 612.821.3:[61:001.5(510)]

ГНЕВ В ТРАДИЦИОННОЙ КИТАЙСКОЙ МЕДИЦИНЕ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ОРГАНИЗМ

- И. Е. Валовень, практик, травник РУДН и специалист-реабилитол. по фитотер. традиц. китайс. мед., волонтер
- *ОО «БелАПДИиМИ», Беларусь*

В китайской медицине принято считать, что в дополнение к чисто физическим функциям каждый орган обладает эмоциональной, ментальной и духовной функциями, т. е. душа и разум существуют в каждой

клетке организма и в его энергетическом поле. Поэтому внутренние органы рассматриваются в большей степени как единство тела, разума и духа, чем как просто анатомические образования с определенными

физиологическими функциями. Китайская медицина полагает, что на организм человека большое воздействие оказывает продолжительное внутреннее эмоциональное напряжение, которое непосредственно повреждает его внутренние органы. Поэтому, наряду с другими этиологическими факторами, эмоции всегда становятся одной из причин различных заболеваний, в том числе психоэмоциональных расстройств и онкологии. Однако, это происходит только в том случае, если человек на протяжении достаточно длительного времени (месяцы и годы) находится в определенном эмоциональном состоянии или разово получил сильнейший стресс. Неудивительно, что термин «эмоция» в китайской медицине (более точное ее название – «страсть») радикально отличается от понятия «эмоция» в официальной медицине, т. е. термин «печень», «сердце», «желудок», «легкие», «почки», «кровь» в официальной медицине не тождественен понятию «Печень» («Сердце» и др.) в китайской медицине. Китайцы полагают, что эмоции – это психические раздражители, которые ослабляют циркуляцию Ци и нарушают работу Разума (Шэнь), Эфирной души (Хунь) и Телесной души (По). В силу этого происходит изменение баланса внутренних органов, гармонии Ци и Крови, что в конечном итоге приводит к дисбалансу и возникновению заболевания. Однако эмоции – это не только то, что приходит извне во внутренние органы, изначально имеющие позитивную психическую энергию, и поражает их – любые нарушения в функционировании внутренних органов всегда являются спусковым крючком для возникновения негативных эмоций и выплескивания их наружу. Более того, в традиционной китайской медицине тандем «психика-тело» – это не пирамида, как это принято в официальной медицине, а круг взаимодействия между внутренними органами и их эмоциями (рис. 1).

Взаимодействие между эмоциями и внутренними органами и единство тела и разума – это один из наиболее важных отличительных аспектов китайской медицины. Кроме того, каждая эмоция отражает опреде-

ленную психическую энергию, которая принадлежит внутреннему органу. Эмоциональный стресс вызывает дисбаланс внутренних органов, а их нарушения, вызванные неэмоциональными причинами, в свою очередь вызывают эмоциональный дисбаланс. Например, такие продолжительные и чрезмерные эмоции как гнев и раздражительность (полный синдром) или плаксивость, депрессия и холодное безразличие (пустой синдром) поражают Печень, радость – Сердце, тревога – Легкие и Селезенку, задумчивость – Селезенку, страх – Почки, беспокойство – Легкие и Селезенку, грусть – Легкие и Сердце, шок – Сердце и Почки. Как видим, несмотря на то, что каждая эмоция воздействует на конкретный орган, отношения между данной эмоцией и конкретным органом не воспринимаются строго (как, например, в математике), поскольку любая эмоция может воздействовать более чем на один внутренний орган. В то же время, в определенных обстоятельствах эмоции (если они не чрезмерны) играют положительную роль. Например, грусть может укрепить социальные связи; гнев позволяет мобилизовать и удерживать на высоком уровне энергию; стыд обеспечивает общественный порядок и стабильность; страх побуждает избегать опасности. Кроме того, страх противодействует радости, радость – тоске, тоска – гневу, гнев – размышлениям, размышления – страху.

Следует помнить, что позитивное настроение – это протекающий в форме субъективных переживаний и физиологических реакций психологический процесс принятия и восприятия любой информации с полезной стороны, а вовсе не отрицание или избегание негатива, критических доводов и страх перед ними, как порой считают некоторые больные.

Всем пациентам предлагается запомнить одну очень важную деталь. Когда с точки зрения китайской медицины говорят о конкретном внутреннем органе, например, о печени или ее функциях, то понимают не совсем то, что в представлении об этом органе вкладывают врачи официальной (западной) медицины. Дело в том, что все многочисленные руководства по традиционной китайской медицине определяют Печень не просто как отдельный внутренний орган, известный любому школьнику из уроков биологии, а как комплексную систему, состоящую из многих подчиненных структур и выполняющую строго определенные функции. Именно поэтому название любой комплексной системы в китайской медицине всегда пишется с заглавной буквы, т. е. не печень, а Печень.

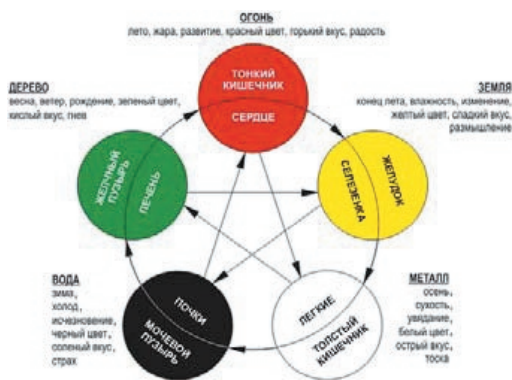


Рис. 1. Взаимодействие между внутренними органами и их эмоциями

Подчиненные структуры печени в китайской медицине

- Непосредственно сама печень
- Желчный пузырь
- Ножной канал Шао-Ян Желчного пузыря
- Ножной канал Цзюэ-Инь Печени
- Связки (ткань)
- Глаза (отверстие)

- Слезы (жидкость)
- Ногти (великолепие)
- Гнев (эмоция)
- Душа (Хунь)

Функции печени в китайской медицине

- Заведует движением энергии Ци, крови и всего энергетического механизма
- Хранит кровь, регулирует ее объем и препятствует развитию кровотечений
- Хранит желчь, стимулирует и регулирует желчевыделение
- Гармонизирует деятельность Печени и Желчного пузыря
- Стимулирует деятельность пищеварительной системы
- Регулирует и поддерживает обмен воды и жидкостей
- Обеспечивает питание глаз и ногтей
- Влияет на менструальный цикл у женщин и семяизвержение у мужчин
- Заведует связками и обеспечивает их бесперебойное питание
- Вмещает Душу Хунь
- Заведует решительностью, придает отвагу и храбрость
- Регулирует эмоциональную активность и обеспечивает гармоничное проявление всех эмоций

Следует учесть, что у китайцев под здоровьем понимается установление таких отношений с самим собой, своим телом и своим сознанием, которые ведут к равновесию и устранению в душе раздражения, горечи, обид, затаенного на кого-либо зла, зависти, ненависти и т. п. В то же время с помощью различных методов диагностики сегодня уже установлено, что все перечисленные чувства, будучи отрицательными по сути, еще сильнее ослабляют иммунную систему и стимулируют развитие многих заболеваний на физическом уровне, в том числе и онкологических. На такой эмоции, как гнев, остановимся более подробно, так как это чувство часто проявляется, причем не только пагубно влияя на здоровье больного, но еще и придавая ему «звериный» вид.

Термин «гнев» включает в себя и другие сходные

эмоциональные состояния, например, негодование, подавленный гнев, раздражительность, срыв, ярость, ненависть, возмущение, злоба, месть, горечь (Рис. 2). Многие пациенты наивно полагают, что гнев никак не связан с другими чувствами или со здоровьем, а тем более с болезнью, в т. ч. с возникновением онкологии. Чтобы показать абсурдность такой точки зрения, приведем следующую убедительную информацию.

В китайской медицине принято считать: если гнев и сходные эмоциональные состояния продолжают достаточно долгое время, то любое из них может повредить печень, вызвав застой энергии Ци Печени (главный отличительный признак – распирание и раздувание). Гнев, негодование и разочарование, особенно после еды, вызывают застой энергии Ци в Толстом кишечнике (главный отличительный признак – запоры в форме «овечьего кала»). Гнев и негодование могут привести к подъему Ян Печени (главный отличительный признак – пульсирующая головная боль в висках и раздражительность) или возгоранию Огня Печени (главный отличительный признак – гневливость, красные глаза и красный язык с покрасневшими краями и сухим желтым налетом). А так как Сердце служит домом для разума, который распознает и чувствует все эмоции, то Огонь Печени переносится на Сердце и превращается в Огонь Сердца. При этом гнев заставляет подниматься Ци и ведет к застою Крови Сердца (один из главных отличительных признаков застоя крови – ноющая, колющая и строго локализованная боль) в верхней части тела, поэтому многие симптомы и признаки гнева проявляются на голове и шее, в том числе головная боль, головокружение, звон в ушах, скованность шеи, покраснение лица и др. Вот почему гнев вызывает помутнение рассудка. Следует учесть, что последствия подавленной раздражительности зачастую приводят к гораздо более серьезным последствиям, чем раздражительность, выплескиваемая наружу.

Специалисты китайской медицины знают, что если в организме присутствует застой Ци Печени (устраняется, например, с помощью препаратов СяоЯоВань, ЧайХуШуГаньВань и др.), то имеется в нем и застой Крови Печени (устраняется, например, с помощью препаратов ШиСяоВань, ДаХуан и др.). А если имеется застой Ци Сердца (устраняется, например, с по-

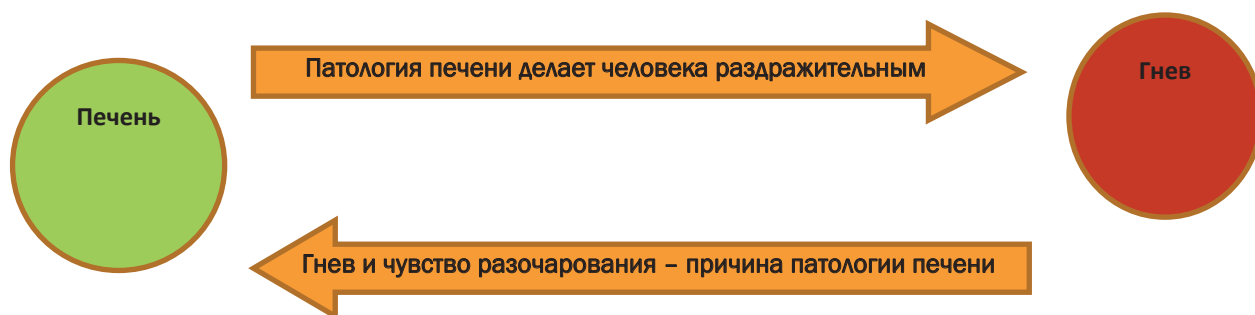


Рис. 2. Схема зависимости состояния печени от эмоции гнева

мощью препаратов ГуаньСиньСуХэВань, БаньСяХоуПуВань и др.), то возникает и застой Крови Сердца (устраняется, например, с помощью препаратов СюэФуЧжуЮйВань, ФуФанДаньШэньПянь и др.). В свою очередь, застой Ци Печени ведет к застою Ци Желудка (устраняется, например, с помощью препаратов ШуГаньВань, МуСянШунЦиВань и др.), а застой Ци Желудка – к Огню Желудка (устраняется, например, с помощью препаратов НьюХуанЦинВэйВань, ВэнДаньВань и др.) или застою Крови Желудка (устраняется, например, с помощью препаратов ШиСяоВань, ЛиШуан и др.). При этом длительный застой Ци Желудка способствует формированию Флегмы, или патологическому скоплению жидкостей (устраняется, например, с помощью препаратов ФуФанБаньМаоЦзяоНан, НэйСяоЛоЛиВань и др.). В отдельных случаях застой Ци Печени приводит к застою Ци и формированию Сырости в Толстом кишечнике (устраняется, например, с помощью препаратов ХоСянЧжэнЦиВань, МаЖэньЖуньЧанВань и др.). Именно длительный застой Крови вкупе с образовавшейся Флегмой, который первоначально возникает за счет хронического недостатка Ци Селезенки (устраняется, например, с помощью препаратов БуЧжунИциВань, СянШайнВэйВань и др.), хотя имеются и другие причины, например, застой Ци Легких (устраняется, например, с помощью препаратов ЭрЧэньВань, ЮйПинФэнСаньВань и др.), застой Ци Сердца, неспособность Почек принимать Ци (устраняется, например, с помощью препаратов ЮГуйВань, СуЦзыЯнЦиВань и др.), которая усугубляет его и ведет к возникновению не только припухлостей, узлов, но и различных опухолей.

Гнев, соединенный с печалью, порождает раздражительность, досаду, ропот и хроническое недовольство всем и всеми. Гнев, соединенный с унынием, порождает ненависть и презрение к самой жизни и даже нередко – агрессивный атеизм. Такое состояние является предвестником отчаяния и бывает одной из причин самоубийства. Гнев, соединенный с тщеславием, порождает зависть, злопамятность и мстительность. Для такого человека враг уже тот, кто в чем-то превзошел или опередил его. Он готов употребить против своего оппонента, в том числе и врача, самые низкие средства: язвительные насмешки, сплетни, клевету и донос. Гнев, соединенный с гордыней, порождает ненависть к человечеству, фанатизм и беспощадность.

У каждого пациента имеется немало возможностей справиться с гневливостью и недовольством. Главная из них – это успокоить самого себя и не пытаться что-то сказать или доказать доктору или оппоненту, поскольку если пациент сумел промолчать во время гнева и успокоился, то уже через небольшой промежуток времени он найдет совсем другие слова, чтобы сказать то, что хотел, но без злобы и раздражения. Не менее важна и перемена нравственных ориентиров человека. Специалисты знают, что одной из причин гнева явля-

ется отсутствие равновесия между желаниями и возможностями. Следовательно, в борьбе с гневом надо пересмотреть свои желания и стремления. Например, ложное желание быстрого выздоровления, основанное на страсти, вызывает и ложные представления о действительности: человек попадает в область иллюзий, образами которой питаются ум и сердце. Поэтому не исполненное в срок желание порождает внутри человека протест, как волна, ударившаяся о камень, обратную волну. Полагаем, чтобы победить гнев, необходимо определить главную цель жизни на данном этапе своего развития и приложить все усилия для ее выполнения, в том числе подчинить ей свои душевные силы. Для этого надо очистить ум от тех фантазий и воображений, которые порождают иллюзию мысли, а сердце – от гордости и притязаний на особое место в мире. Значит, борьбу с гневом надо начать с исправления мысленной силы (ума), затем – силы желаний и стремлений (области эмоций), а потом раздражительной (реактивной силы души). Именно поэтому без устранения в себе чувства гнева невозможно вылечить не только свою душу, но и сознание, и тело.

Чувства имеют объективную привязку, всегда личны и направлены внутрь («я люблю этого человека»), а эмоции – не имеют объективной привязки, публичны и направлены вовне, даже если и скрываются («мне страшно»). Каждый пациент для выхода из создавшегося психо-эмоционального состояния при заболевании проходит свой путь (этапы), в котором бывают как взлеты, так и падения.

Этапы психо-эмоционального развития пациента

1 этап. Состояние шока, сомнения или отрицания диагноза, т. е. неадекватное принятие диагноза и возникшей реальности.

2 этап. Восприятие своего тела и, соответственно, болезни как лютого врага и непреодолимого препятствия к жизни, т. е. отсутствие любви к себе.

3 этап. Борьба между желаниями, надеждами и реальностью, которая, как правило, выливается в протест, гневливость и поиск виновных в возникновении болезни, т. е. желание переложить ответственность за случившееся на других.

4 этап. Процесс «горевания» и страх перед болезнью с восприятием всего происходящего исключительно в отрицательных эмоциях, т. е. заикливание на установках «не сумел сберечь», «почему» или «за что».

5 этап. Самоотстранение от окружающего мира и игнорирование планов на будущее, т. е. дальнейшее отсутствие реальных шагов для решения возникшей проблемы.

6 этап. Восприятие себя как жертвы обстоятельств, а жизни – по принципу «были бы деньги, тогда и здоровье приложится» или «чем человек круче и богаче, тем у него больше возможностей выздороветь», т. е. игнорирование духовного развития, концентрация на материальных благах и удовлетворении желаний.

7 етап. Ожидание счастливого случая, иллюзии, вера в чудо или извечное русское «авось», т. е. торг, любовь к халяве и надежда на государство, врача, спонсора, Луну и т. п.

8 этап. Тяжелая депрессия (с постоянным плачем), отчаяние и отсутствие веры в свою способность победить болезнь и, соответственно, воли к жизни, т. е. неверие в себя и свои силы и страх смерти или ожидание скорой смерти.

9 этап. Робкий анализ прошлого, настоящего и определение своей вины в возникновении заболевания, т. е. осуществление первого реального шага для принятия ситуации и преодоления пределов привычного и комфортного для себя.

10 этап. Адекватное восприятие заболевания, переосмысление и признание его как части своей жизни и мудрого своевременного сигнала к переменам и к разрешению многих возникших проблем, причем не только со здоровьем, т. е. преодоление страха и появление уверенности.

11 этап. Коренное изменение отношения к себе и к окружающему миру, привычных стереотипов поведения, осознание возможности реализовать свою цель и стать другим, т. е. понимание того, что жизнь есть нечто большее, чем получение материальных благ, удовлетворение желаний или исполнение обязанностей перед обществом.

12 этап. Принятие ответственности за свое здоровье и нездоровье на себя, обретение надежды на выздоровление и способности осознанно строить свою жизнь в новых условиях, т. е. проявление дисциплинированности, адекватное реагирование на отрицательные события или критику и мобилизация воли, как процесса сознательной саморегуляции, обеспечивающей власть над собой.

13 этап. Глубокое осознание того, что человек создан по образу и подобию Творца, поэтому его основная миссия – быть участником сотворчества и развития, т. е. духовное и физическое развитие в унисон с общим развитием.

14 этап. Появление веры в излечение, возникновение установок «для чего» и «создавать», отказ от пассивного

образа жизни и восприятия себя как жертвы обстоятельств – с одновременным чувством благодарности болезни за преподнесенный урок жизни, т. е. осознание новых возможностей и активизация желания жить.

15 этап. Развитие личности и конкретные шаги по изменению своего образа мышления, уклада жизни, питания и достижение гармонии с самим собой и окружающим миром, т. е. путь к реальным изменениям физиологических процессов в организме.

16 этап. Укрепление веры в излечение, жажда жизни и усиление влияния на свою жизнь, обретение твердой позиции «Я выздоравливающий пациент!», а также искреннее желание помогать другим людям, попавшим в похожую ситуацию, т. е. этап управления и солидарности.

17 этап. Постоянное самосовершенствование и саморегуляция, самореализация, т. е. путь активной осознающей личности.

Очень часто больные даже не замечают, что их поступки, действия и слова отражают отрицательные внутренние эмоции (установки). Например, если пациент хочет выздороветь, он будет безукоризненно выполнять все назначения специалистов для того, чтобы повысить вероятность выздоровления. Если же больной считает, что умрет, то, скорее всего, сочтет все их предписания ненужными и бесполезными. Значит, даже само ожидание успеха помогает его достичь, а вот ожидание неудачи приводит к поражению. В то же время, продолжительная болезнь позволяет не только изменить характер и нравственные ценности человека, но и проявить недоступные для здорового человека силы и дарования.

Поскольку разум, тело и эмоции являются звеньями одной системы, то изменения на уровне психического сознания вызывают изменения и в физическом состоянии. Это своего рода замкнутый круг, в котором улучшение состояния здоровья укрепляет надежду, а надежда приносит дальнейшее улучшение здоровья.



УДК: 616-036.82

КОМПЛЕМЕНТАРНА РЕАБІЛІТОЛОГІЯ: МЕТОДИ І ФОРМИ ПРОФЕСІЙНОГО СПІВРОБІТНИЦТВА РІЗНОПРОФІЛЬНИХ ФАХІВЦІВ

- ^{1,2} О. П. Глоба, д. пед. н., проф. каф. ортопедагог. та реабілітол, голова правління
- ² І. В. Медков, реабілітолог
- ³ О. В. Залевський, співроб.
- ¹ Б. О. Вихованець, аспір.

- ¹ Національний педагогічний університет ім. М. П. Драгоманова, м. Київ
- ² ННВК «Life without medicines», м. Київ
- ³ «Company Smokoko S.A. title – CEO», м. Рівне

В останні роки в зв'язку з глибокими соціально-економічними й екологічними змінами питання щодо збереження та зміцнення здоров'я населення розглядається з позицій можливості існування цивілізації і виживання людства. Психологія сучасної людини багато в чому спрямована на турботу про власне здоров'я. Ця турбота стоїть у пріоритетному напрямку перед іншими видами діяльності, причому незалежно від віку, матеріального становища і рівня освіти.

«Попереджений – означає озброєний» – цей принцип лежить в основі створення будь-якої сучасної системи безпеки, у т.ч. безпеки системи життєдіяльності організму людини. Однак традиційна безкоштовна медицина просто розчаровує або навіть відлякує пацієнтів наданням медичних послуг низького і напівпрофесійного рівня. З цієї причини все більше людей звертаються у приватні медичні центри, центри здоров'я, установи нетрадиційної медицини, фізкультурно-оздоровчі та фітнес-клуби для отримання кваліфікованої консультації та якісної допомоги з питань моніторингу за станом свого здоров'я.

Ми вважаємо, що найкращий спосіб профілактики хвороб, підвищення рівня адаптаційних можливостей, збереження здоров'я людини на довготривалий час залежить не тільки від спадковості, стану імунітету та поведінки кожного з нас, але і від використання в повсякденному житті інноваційних індивідуально налаштованих технологій, новітніх пристроїв, якісних послуг, які дозволяють зробити турботу про здоров'я справою ефективною, комфортною й універсальною. Використовуючи сучасні технології, ми навчилися здійснювати безперервний контроль за станом здоров'я людини, організовувати своєчасну адекватну корекцію, підтримуючи високий рівень самопочуття й енергії організму!

В основу запропонованої нами моделі системи надання *корекційно-реабілітаційних послуг (КРП)* покладена європейська політика «Здоров'я-2020», а саме: забезпечення комплексного підходу до зміцнення здоров'я, профілактики та раннього виявлення захворювань, здійснення ефективного контролю за перебігом захворювань

та запобігання їх несприятливим наслідкам, підвищення рівня добробуту громадян, формування ефективної системи надання КРП, яка забезпечувала б загальне охоплення доступною та якісною, а відтак безпечною допомогою.

Формування зазначеної моделі потребує запровадження системи управління та безперервного покращання якості КРП, її адаптації до вимог нормативного регулювання ЄС. Пропонована нами соціальна програма «*Life without medicines*» – це програма створення в Україні та за її межами мережі центрів та консультаційних пунктів раннього виявлення та корекції порушень психофізичного стану у дітей і дорослих, профілактики захворювань і реабілітації, покращання рівня якості життя (*в тому числі психофізичної та соціальної реабілітації учасників АТО і членів їх сімей*).

Ми створили **Науково-Навчально-Виробничий Комплекс «Life without medicines»** (далі **ННВК**) щоб надати можливість кожній людині в будь-який час і в будь-якому місці отримати не тільки потрібну консультацію чи нашу допомогу й унікальну продукцію, але й актуальну інформацію про цінності життя для себе, своєї сім'ї та друзів. Ми змінюємо ставлення людини до свого здоров'я, майбутнього, якості свого життя. У планах ННВК організація та проведення семінарів, презентацій і консультацій; відкриття регіональних і міжнародних відділень ННВК; організація перепідготовки та підвищення кваліфікації психологів, реабілітологів, ерготерапевтів.

На нашому сегменті ринку йде гостра конкурентна боротьба. Спектр компаній, які пропонують оздоровчі послуги, книги та програмне забезпечення в мережі Internet дуже широкий. Оскільки всі вони мають різних власників, використовують різні моделі бізнесу і займають різні частки ринку, їх перелік зайняв би надто багато часу, що недоцільно в рамках цієї статті.

Нашою перевагою є науково-кадровий потенціал ННВК, знання, якими ми володіємо, наявність власного програмного продукту, методик і технологій надання полі-послуг. До складу експертної ради та творчої лабораторії **ННВК «Life without medicines»** входять провідні

науковці кафедр НПУ імені М. П. Драгоманова, Національного технічного університету «КПІ», ПНВЗ «Київський медичний університет», ВНЗ «Університет сучасних знань», Всеукраїнської асоціації корекційних педагогів, ВГО «Асоціація фахівців з народної та нетрадиційної медицини України», народні цілителі, представники бізнесу, громадських організацій тощо.

Життя і діяльність нашої висококваліфікованої команди визначається наступними цінностями: Свобода, Здоров'я, Інновації, Професіоналізм, Традиції, Досконалість, Відповідальність, Милосердя, Єднання, Процвітання. Ми будемо одну з найкращих у світі компаній у галузі розробки технологічних засобів відновлення і підтримки здоров'я, підвищення якості життя, успіх якої заснований на врахуванні індивідуальних потреб і можливостей наших партнерів і клієнтів.

Ринок інтелектуальних продуктів для навчання, моніторингу за станом здоров'я дітей та дорослих переживає бурхливе зростання. Основними факторами, що зумовлюють це зростання, є підвищення рівня життя і дефіцит часу. Працюючі батьки прагнуть використовувати будь-які можливості, щоб забезпечити собі і своїм дітям доступ до хорошої освіти та адекватних оздоровчих послуг. Ми пропонуємо їм отримати задоволення, відвідавши наш сайт, та отримуючи наші послуги. Ми даємо людям технології здоров'я, допомагаючи зробити їх життя якісним, реалізувати прагнення та мрії.

Діяльність наших учених, інженерів, педагогів, психологів і лікарів спрямована на створення різноманітних технологій, методик, комплексів, приладів у сфері **комплементарної реабілітології** (надання ефективної, інноваційної, корекційно-реабілітаційної, психолого-медико-педагогічної та соціальної допомоги). Наукові дослідження, практичні розробки та революційні досягнення в області поліпшення якості життя, підтримки рівня здоров'я людини дозволяють нам запропонувати унікальні продукти та послуги дорослим і дітям у будь-якій частині світу.

Комплементарна реабілітологія (*complementary* – доповнююча, суміжна, альтернативна) – це комплекс методів і засобів раннього виявлення (діагностики), корекції (відновлення без фармакології та інвазії),

моніторингу та комплексної реабілітації. Прикладом таких технологій оздоровлення людини можуть бути мануальна терапія, остеопатія, ерготерапія, кінезіологія, краніоксальна терапія, квантова та інформаційна навігація та інші методи оздоровлення і покращання якості життя. Щодо методів комплементарної реабілітології, то не слід нікого переконувати, що це панацея від усіх захворювань. Але можна з впевненістю та відповідальністю заявити, що це дієві інструменти для виявлення причин захворювань, відновлення діяльності основних систем організму, покращання якості життя.

Якісна квантова інформаційна навігація здоров'я людини – це дисципліна на стику генетики, нейропсихології, інформаційного та графічного дизайну, проектування. Це технологія, яка дозволяє повернути живий організм до його витоків, у початкове природне електромагнітне середовище, де колись і зародилося його життя, до стану гармонії з навколишнім світом.

Наша стратегія полягає в ідентифікації й освоєнні власної ніші на ринку освітніх і оздоровчих послуг та Web-сайтів. Це дозволить чітко визначити цільову аудиторію і створити постійну базу клієнтів. Надзвичайно важливим для успішного входження в ринок є визнання і підтримка нашої компанії з боку професійної аудиторії – лікарів, реабілітологів, ерготерапевтів, тренерів, учителів, адміністраторів, батьків і школярів.

Будь-які економічні витрати, спрямовані на збереження й підтримку здоров'я, рішення проблеми тривалості життя не будуть сприйматися людьми як надмірні, якщо є відповідність одержаних послуг світовому рівню, а ефект від них буде безпосереднім, візуальним, бо він буде підтверджуватися результатами обстеження стану здоров'я незалежними організаціями та підтримуватися завдяки створеній системі психолого-медико-педагогічного та соціального супроводу кожного з членів територіальної громади.

ННВК «Life without medicines» – це компанія великих можливостей для всіх, хто поділяє наші цінності. Разом із партнерами ми розвиваємо інноваційний бізнес, допомагаючи людям з різних країн бути здоровими і щасливими! Приєднуйтеся! З нами здорово!



УДК:61:001.5:37.091.321-057.87

ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ ДАВНЬОЇ ТА СУЧАСНОЇ ТРАДИЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ СТУДЕНТАМ ВИПУСКНИХ КУРСІВ

- Т. В. Свтушенко, зав. каф. традиц. і нетрадиц. мед.
- *Дніпровський медичний інститут традиційної і нетрадиційної медицини, м. Дніпро*

Сучасний рівень медицини визначив необхідність і актуальність йти разом з сучасними технологіями «не озираячись на захід» і повноцінно вивчати стародавні підходи, які частково використовуються в сучасній медицині і стали базовими для медицини дві тисячі років тому. Квантова фізика дозволила науково пояснити принципи древніх підходів. У наш час розвитку традиційної і нетрадиційної медицини в Україні, на фоні сучасних медичних технологій (електронних, квантових, інформаційних і тому подібне), що швидко розвиваються, актуально сконцентруватися при навчанні лікарів і студентів медиків в області діагностики, лікування, профілактики і реабілітації на своєчасному, досконалому і системному поданні інформації про методи натуральної медицини, класичних медичних знань різних народів, усвідомленню в сучасному контексті і гармонійному доповненню ними європейської медичної школи. Сьогодні актуально, щоб майбутній лікар володів цілісними багаторівневими знаннями патології людини, законів природи з позиції квантової фізики, системно і логічно використовував отриману інформацію на етапах діагностики, лікування, прогнозування, профілактики і реабілітації. Успішність діагностичних і терапевтичних можливостей лікаря залежить від знань і досвіду, комп'ютерних технологій і програм, які використовує фахівець.

Для ефективності всіх цих заходів, першочергово, за будь-яких умов роботи, незалежно від доступності до швидких додаткових обстежень, лікар повинен грамотно і точно встановити діагноз. Виконуючи це завдання, кафедра традиційної і нетрадиційної медицини Дніпровського медичного інституту традиційної і нетрадиційної медицини включила до навчальної програми елективний цикл «Біоклінічна медицина» на випускних курсах за спеціальностями «стоматологія» і «лікувальна справа» у кількості 10 лекційних, 90 практичних годин і 20 годин самостійної роботи. **Метою** цього циклу є: «навчити випускника користуватися фундаментальними медичними знаннями в області діагностики, які кристалізувалися тисячоліттями і допомагали лікарям у будь-яких умовах лікувати – по-перше, і по-друге – познайомити з найсучаснішими апаратними (комп'ютеризованими і некомп'ютеризованими) діагностичними технологіями, до того ж, розробленими і сертифікованими в Україні». Цими діагностичними

методиками володіє дуже незначна частина медиків, які допитливі, жадають новітніх знань і мають широкі фундаментальні наукові знання в галузі сучасної фізики, біології, хімії, тощо. А населення, яке обізнане в можливостях сучасної медицини, усе більше потребує допомоги цих фахівців і спрямоване до пошуку якісної повноцінної допомоги без шкоди своєму здоров'ю. В основі більшості діагностичних методів є знання, які наслідувані в традиційних законах медицини і природи організму. Ці закони визначають закономірності і порядок взаємодії систем, органів і всього організму з чинниками (патогенними, кліматичними, техногенними, харчовими, методів лікування, соціальними, віковими та ін.), що впливають на нього. Основною стратегією кафедри є послідовне, курс за курсом, навчання студентів різним напрямом традиційної натуральної медицини та їх принципам.

Упродовж попередніх років підготовки студентів на кафедрі ТНМ формується фундамент для циклу «Біоклінічна медицина». На першому курсі студенти навчаються в рамках циклів «Основи біоритмології» і «Основи натуропатії» спільності синхронізованого життя організму з життям планети Земля, розумінню ритмічності функціонування систем організму в періодах добових, місячних, річних та інших, ритмічної періодики фізіологічних і патологічних процесів, спільності медичної системи Сходу і Заходу. Завдання сучасного навчання в адаптації древніх понять аюрведи, тибетської і китайської медицини, які дозволяли лікарям без сучасних технологій гідно діагностувати і лікувати. На цих дисциплінах особлива увага приділяється діагностичним принципам та їх значущості. Ці знання є необхідним фундаментом для вивчення дисципліни «Біоклінічна медицина» і дозволяють адаптуватися студенту-медику на ранніх етапах отримання знань про альтернативні методи.

У період першого модуля циклу студенти систематизують знання з формування історії хвороби з урахуванням класичних візуальних діагностик, огляду і опитування в контексті класичної гомеопатії і акупунктури, проводять повне обстеження пацієнтів класичними традиційними методами, які ґрунтуються на класичних законах рефлексотерапії, мануальної терапії, гомеопатії та ін. Нині ці методики в руках майстрів демонструють мистецтво діагностування складних пацієнтів на першому етапі спіл-

кування за відсутності будь-яких досліджень, ухвалення правильного рішення з обстеження і тактики лікування. Студенти ведуть протокол самостійної роботи, в якому проводять аналіз кожного діагностичного метода, його значущість, оцінюють витрачений час, повноту отриманої інформації і розуміють, що методи необхідно вивчати і використовувати на практиці, оскільки сама суть людського організму не змінилася, а змінилося екологічне і техногенне навантаження. Знання стародавніх підходів до діагностики не відводить медиків від європейських підходів. Ці знання дозволяють комплексно і індивідуально підходити до діагностування, що сприяє точному вибору методів оздоровлення.

У рамках другого модуля навчальної програми циклу студенти знайомляться з усіма доступними апаратними методами діагностики на основі сучасних технологій, включаючи іридіодіагностику, тест «Акабане», електропунктурну діагностику по Накатані, Р. Фоллю, сегментарну, вегеторезонансну діагностику. Використовується устаткування українських розробників: комплекси «Діакор», «Рамед», «Барс» та ін. Особливу увагу треба приділити значущості сучасних українських розробок, одна з яких – метод З.-Д. Скрипнюка – метод мікрогенераторної інформотерапії, який дозволяє апаратним способом визначити стан компенсації і декомпенсації кожного органу, що в сучасній медицині на початкових етапах проводиться на основі теоретичної оцінки результатів дослідження. Так само заповнюється протокол із заключенням при аналізі отриманих даних, оцінкою цінності кожної діагностики, рівня можливостей з фіксацією витраченого часу.

Третій модуль дисципліни присвячений вивченню апаратних методів лікування, серед яких – електропунктура, магнітотерапія, лазеротерапія, біорезонансна терапія, вегеторезонансна терапія, інформотерапія та ін. Ці методи базуються на тих же фундаментальних знаннях. Студенти вибирають терапевтичні підходи до лікування обстеженого пацієнта, складають прогноз, план лікування, профілактики і реабілітації, формують рекомендації. Метод БРТ (біорезонансної терапії) – це універсальний метод корекції, легкий в усвідомленні і застосуванні, може бути широко використаний в медичній практиці на рівні профілактики і підтримки функцій. БРТ (вегеторезонансна) терапія здатна виконувати «точкові», цільові завдання профілактичної, лікувальної, регулюючої і психологічної дії. Інформотерапія – це унікальний, геніально простий метод гармонізації функцій організму через систему електромагнітних каналів, дозволяє виконати універсальні дії з приведення каналної системи в ідеально нормальний стан, стабілізувати її на тривалий час, через що відбувається регуляція усіх систем і органів одночасно, реалізується природна здатність організму до одужання і виживання. Нині ця методика альтернативної медицини має наукове

обґрунтування і підніме українську медицину на більш високий рівень. Метод З.-Д. Скрипнюка актуальний і має величезне значення для збереження здоров'я нашого народу у будь-яких економічних умовах. Його мова проста, зрозуміла і доступна усвідомленню. Студенти нашого вузу мають можливість її освоїти. Лазеро-, магніто-, електропунктура та ін. методи побудовані на давніх знаннях меридіональної системи з використанням сучасних технологій.

Програма циклу «Біоклінічна медицина» вимагає глибоких знань усіх розділів медицини. Студенти мають змогу порівняти і проаналізувати можливості методів, що вивчаються, і зрештою роблять висновок про значущість, ефективність і необхідність застосування вивчених методів діагностики і терапії. На завершення студенти не забувають і широкі терапевтичні можливості фітотерапії, класичної гомеопатії, які вивчають на другому і четвертому курсі відповідно. Майбутнім лікарям доноситься економічна доцільність застосування альтернативних сучасних методів діагностики і лікування, ґрунтованих на способах корекції організму без додаткових матеріальних вкладень в умовах соціально-економічних проблем.

Кульмінацією циклу є аналіз результатів різних діагностичних методик при якому стає ясно, що кожна діагностична методика займає особливе місце на етапі діагностування і є незамінною. Студент розуміє єдність взаємодії органів та систем між собою і зовнішнім середовищем, регуляторні механізми систем організму з позиції електромагнітної складової біологічного поля, може вибрати найбільш ефективний метод діагностики, використати найбільш ефективний у кожному конкретному випадку підхід. Важливість і поширеність методів в різних країнах посилює довіру до них та їх розуміння. Студент розуміє, що кожною діагностикою доцільно користуватися, оскільки кожна вказує на основні ланки патології. Сучасні комп'ютерні технології дозволяють дуже тонко розібратися в етіології, патогенезі, вражаючих чинниках, відтестувати лікувальні засоби, підібрати точно індивідуальну дозу, контролювати хід лікування. Це надзвичайно піднімає ефективність лікування. Студенти розуміють міру полегшення їх роботи в постановці діагнозу, виборі тактики лікування, профілактики і реабілітації, у складанні плану лікування та індивідуальному прогнозі.

Висновки

Зазначеними знаннями повинен володіти кожен лікар, вони надають значущість фахівцеві і визначають його широкі можливості. Кафедра ТНМ ДМІТНМ створила можливість підвищення рівня медичної освіти випускників в питаннях систематизованих класичних медичних знань і сучасних українських технологіях.



УДК: 612.8.04+612.453]:57.017.3

КЕРОВАНИЙ СТРЕС У РАМКАХ БІОЛОГІЧНОЇ МЕДИЦИНИ

■ Л. Я. Адегова, асист. каф. традиц. і нетрадиц. мед.

■ Дніпровський медичний інститут традиційної і нетрадиційної медицини, м. Дніпро

*Imperare sibi maximum imperium est.
Влада над собою – найвища влада
Латинське прислів'я*

Ми всі живемо зараз у певних обставинах, які керуються сьогоденням. Життя інтенсивне, швидке, мінливе та високоінформаційне. Людина має високий рівень навантаження та спілкування, що відзначається на психоемоційному стані. Особливостями сучасного життя є часті стреси, на які людина реагує по-різному. Вплив стресу на організм людини може бути як негативним, так і позитивним. До позитивних змін призводять стреси не дуже сильні й тривалі. Однак, якщо вплив стресу інтенсивний, різкий, затягнутий за часом, то він носить руйнівний характер.

Що таке стрес? Стрес – це реагування організму на будь-який вплив, що порушує рівновагу або стабільний стан здоров'я. Такий вплив може бути як емоційним, так і фізичним.

Стрес і його наслідки – прямо пропорційні явища, чим сильніше і довше стрес, тим більший негативний вплив він чинить, і в першу чергу – на здоров'я.

Стрес порушує звичний ритм життя людини. Внаслідок сильного нервового перенапруження під «ударом» виявляються найбільш вразливі системи організму: серцево-судинна, шлунково-кишковий тракт, ендокринна система.

Вплив стресу на організм людини може проявитися не одразу, а мати відстрочений у часі розвиток серйозного, іноді небезпечного для життя, захворювання. Не дарма здавна кажуть, що «всі хвороби від нервів».

Гормони, що виробляються організмом під час стресової напруги, необхідні для забезпечення нормального функціонування організму, але обсяг цих гормонів не повинен бути високим. Висока кількість таких гормонів сприяє розвитку різних захворювань, в тому числі й онкологічних.

Так, висока концентрація глюкокортикоїдів викликає розпад білків і нуклеїнових кислот, що в результаті сприяє дистрофії м'язів, а також зменшенню продукції фактора некрозу пухлин, що створює умови їх росту.

У кістковій тканині гормони призводять до придушення поглинання кальцію, при цьому відбувається зменшення маси кісток. Підвищується ризик розвитку остеопорозу, досить поширеного серед жінок захворювання.

У шкірі – загальмовують оновлення фіброblastів, тим самим викликаючи витончення шкірних покривів, сприяючи поганому загоєнню при пошкодженнях.

Наслідки стресу можуть проявитися в дегенерації клітин головного мозку, затримки росту, зниженні секреції інсуліну та ін.

У зв'язку з таким великим списком в медицині виник новий напрямок – психосоматична медицина. Вона займається всілякими формами стресів, що виконують роль основних або супутніх патогенетичних чинників, що провокують розвиток захворювань.

Як уникнути негативних наслідків?

У медицині та психології існує думка про те, що сила особистості полягає не в здатності «ховатися» від стресу, а в умінні контролювати свій стан. Саме ця здатність і захистить згодом від негативного впливу стресових ситуацій. Існує маса прийомів для відновлення нормального психоемоційного стану.

1. Перш за все, після перенесеного нервового перенапруження слід «випустити пару». Ефективним засобом є вправа, що полягає в звичайному сильному крику. Для його виконання необхідна одна умова – забезпечення відокремленості, щоб не перелякати оточуючих. Можна виїхати на природу і там, на її лоні, виплеснути все те, що накопичилося. Для цього необхідно сконцентруватися на негативних емоціях і що є сили прокричати. Кричати можна будь-який звук або слово. Досить трьох підходів.

2. Добре відновлює внутрішній баланс дихальна гімнастика. Зв'язок дихання і стану людини встановлено давно. Наприклад, в момент сильного переляку перехоплює подих. Відновивши нормальний ритм дихання, можливо відновити і емоційний стан. Існує маса усіляких варіантів гімнастики. Щоб заспокоїтися, необхідно повільно вдихати через ніс, злегка затримавши дихання на пару секунд, також повільно видихнути, але вже через рот. Ця вправа добре комбінується з вправами по розслабленню частин тіла або м'язів обличчя.

3. Допомогає впоратися з наслідками стресу фізична активність. Це можуть бути спортивні заняття (командні ігри або індивідуальні вправи), або ж звичайна побутова робота, що дозволяє активно рухатися (миття підлоги, прополка городу). Окрім того, що в результаті роботи

м'язів організм може позбутися непотрібних продуктів стресу, які утворилися в його тканинах, ці заняття дозволять відволіктися від неприємних думок.

4. Величезне значення в подоланні результатів стресу має підтримка близьких. Можливість висловитися, виплеснути назовні накопичені думки і при цьому отримати схвалення дозволять «залікувати» душевні травми.

5. Визволить організм від гормонів стресу гарна лазня.

6. Допомагає впоратися сила мистецтва. Спів, музика, танці впливають на емоції, знімають напругу, дозволяють висловити переживання. До того ж, спів і танці сприяють нормалізації подиху (про його значення вказано вище) і підвищують фізичну активність, роль якої неоціненна в антистресовій терапії.

Таким чином, впоратися зі стресами і їх наслідками без шкоди для здоров'я і втрати соціальних зв'язків, можливо. Перемігши одного разу цього «монстра», ми зможемо йти по життю з почуттям переможця і господаря свого життя.

Також у розпорядженні сучасного лікаря є натуральні біологічні препарати, наприклад, Квіткові Есенції Баха. Це ще один інструмент для допомоги пацієнтам. Їх можна застосовувати разом з конституційними гомеопатичними ліками, можна приймати окремо.

Усього Едвардом Бахом розроблено 38 Квіткових есенцій, кожному пацієнтові можна створити свою власну комбінацію компонентів залежно від того, які риси характеру переважають і потребують корекції.

Квіткові Есенції Едварда Баха – дивний природний засіб управління своїми емоціями, допомагають бути самими собою, розслабленими, впевненими і природними. Метод широко використовується в усьому світі. Можна знайти в інтернеті фільми про цей метод лікування. Автор виділяє групи основних психоемоційних розладів людини, керуючись якими, можна знайти препарат для кожного випадку.

Ліки для лікування страху і тривоги

Мімоза – *Mimulus* – для боязких, чутливих людей, лікує конкретні страхи і тривоги. Дає мужність і довіру.

Червоний каштан – *Red Chestnut* – підходить для високотривожних людей, які переживають за оточуючих. Дає незалежність, впевненість у собі.

Осіка – *Aspen* – підходить людям чутливим, недовірливим, забобонним, які мають ірраціональні страхи. Дає відчуття безпеки.

Алича – *Cherry plum* – підходить запальним, гнівним людям, які втрачають контроль над собою. Дає духовний контроль над собою, відкритість і внутрішній спокій.

Скельна троянда – *Rock Rose* – для тих, хто схильний впадати в паніку і відчай. Дає сміливість, моральну силу, холоднокровність, мобілізацію.

Ломиніс – *Clematis* – для тих, кому важко зосереджуватися на проблемах сьогодення, схильних до мрійли-

вості, неухважності, фантазування. Дає реалізм, побудову життєвої перспективи, активність, реалізацію.

Ліки для лікування нетерпимості, агресії, тиску на оточення.

Водна фіалка – *Water violet* – для замкнених людей, що мають проблеми зі спілкуванням, стриманих, відсторонених та ізолюючих себе від соціуму. Дає комунікабельність, почуття спільності, незалежність, рівновагу.

Верес – *Heater* – для егоцентричних, особово незрілих людей, сконцентрованих на собі, для істероїдів, що залучають до себе увагу. Трансформує егоцентризм в альтруїзм.

Гірська вода – *Rock water* – єдині неквіткові ліки, приготовані з гірського джерела, підходять перфекціоністам, аскетам із суворими рамками, хто прагне до духовного вдосконалення через обмеження себе в усьому. Дає гнучкість, відкритість новому.

Дика яблуня – *Crab Apple* – при педантизмі, зайвому прагненні до порядку, гидливості, відчутті нечистоти, очищає фізичне тіло від токсинів, допомагає прийняти себе, свою тілесність, дає відчуття внутрішньої і зовнішньої чистоти і порядку.

Бук – *Beech* – підходить незадоволеним, дратівливим людям, яким важко догодити, критичним, схильним до засудження, нетерпимості. При прийомі цих ліків з'являється толерантність, проникливість і гнучкість по відношенню до людей.

Цикорій – *Chicory* – підходить авторитарним людям, схильним домінувати у відносинах і контролювати. Трансформує ці якості в щедрість, принцип безкорисливої материнської любові.

Вербена – *Vervain* – для ентузіастів, схильних до екзальтації на шкоду здоровому глузду і почуттю самозбереження. Звільняє свідомість від панування однієї ідеї.

Недоторка – *Impatiens* – при імпульсивному, нетерплячому, неспокійному, гнівному характері, прийом ліків дає терпіння, делікатність, дипломатичність.

Виноградна лоза – *Vine* – для владних, непохитних, деспотичних особистостей, домінуючих над іншими. Дає повагу, лідерські якості, допомога іншим.

Сильні (енерговитратні) переживання

Реп'ях – *Agrimony* – підходить людям, які відчувають глибокі душевні переживання, але зовні виглядають оптимістично, намагаються «зберегти обличчя» у важкій ситуації за будь-яку ціну, приховують занепокоєння і виглядають підроблено безтурботно. Ліки трансформують ці емоції в щирість і чесність перед самим собою.

Дуб – *Oak* – для сильних, витривалих людей з підвищеним почуттям відповідальності, виснаженим і пригніченим внаслідок наполегливої боротьби. Ліки дають витривалість, наполегливість, розумне ставлення до своїх можливостей.

Сосна – *Pine* – самокритичним людям, що зазнають

докори сумління, почуття провини. Дозволяє прийняти себе, визнати право на помилку.

Верба – Willow – для тих, хто перебуває в позиції «жертви», хто часто переживає образи. Трансформує схильність звинувачувати інших або обставини в своїх невдачах і нещастях, дає оптимізм і відповідальність за свою долю.

Падуб – Holly – для заздрисних або ревнивих людей. Ревнощі, підозрілість, заздрість і ненависть трансформуються в любов, добросердя, великодушність і подяку.

Депресія, зневіра, занепад енергії

Олива – Olive – підходить для перевтомлених, виснажених, ослаблених духом і фізично людей, відновлює психічну і фізичну енергію, підвищує життєвий тонус.

В'яз – Elm – для сильних, принципових людей, схильних до перфекціонізму, що доходять до самовідданості, при перенавантаженнях, коли людина ставить собі дуже великі цілі і боїться не впоратися.

Гірчиця – Mustard – для людей, схильних до швидких змін в настрої, дає життєрадісність, стан внутрішньої стабільності.

Дика троянда – Wild Rose – для людей, які живуть з почуттям фатальності і приреченості, в стані згаслої надії, пробуджує прагнення до життя, ініціативність.

Утесник – Gorse – для тих, хто втратив мужність, які живуть у повному розпачі, з відчуттям безвиході. При прийомі цієї Есенції з'являється надія, прийняття ситуації і здатність знаходити рішення.

Птахомолочник – Star of Bethlehem – для людей, які перенесли душевну травму. Ліки дають душевну силу, спокій і гармонію, здатність до адаптації.

Шляхетний солодкий каштан – Sweet Chestnut – для тих, хто знаходиться в стані гострої кризи, на межі. Допомагає подолати кризу, дає готовність до душевного оновлення.

Невпевненість, нерішучість, емоційна нестабільність

Дикий овес – Wild oat – для тих, хто має проблеми з самовизначенням, відчуває невизначеність в своїх цілях, невпевненість у виборі життєвого шляху. Допомагає усвідомити і реалізувати своє покликання.

Волоський горіх – Walnut – допомагає адаптуватися в новій ситуації у зв'язку з життєвими змінами (зміна професії, переїзд, перехід в новий клас і т. д.).

Свинчатка – Cerato – при залежності від чужої думки, страху відповідальності. Дає внутрішню впевненість, мудрість, розвиває інтуїцію.

Дивала – Sclerantus – при внутрішній невпевненості і нестабільності, страху зробити помилку, неправильний вибір. Дає врівноваженість, стабільність, зосередження на головному.

Тирлич – Gentian – при песимізмі, відсутності довіри світу, для скептиків. Дає віру, оптимізм, настрої на позитивний результат.

Модрина – Larch – невпевненість в собі, нелюбов до себе, комплекс неповноцінності. Підвищує самооцінку, здоровий реалізм, наполегливість в досягненні результату.

Золототисячник – Centaury – при слабоволії, самопожертві, зайвої поступливості, невмінні цінувати себе. Трансформує ці якості в незалежність, вміння постояти за себе, любов до себе.

Втеча від реальності

Граб – Hornbeam – для тих, кому важко нести щоденний тягар, хто втомився від рутини і постійно відкладає справи, при втраті ентузіазму, дає причетність, залученість, підйом душевної енергії.

Бруньки каштана – Chestnut bud – при неувважності, невмінні видобувати уроки з досвіду, схильності повторювати одні й ті ж самі помилки. Допомагає усвідомленню, дає можливість аналізувати і робити висновки.

Білий кінський каштан – White Chestnut – для тих, кому важко зосередитися, відволіктися від небажаних думок і образів. Дає внутрішній спокій, ясність думки, зосередженість, допомагає в практиці медитації.

Жимолость – Honey suckle – для тих, хто живе минулими спогадами, нереалізованими амбіціями. Допомагає усвідомити і прийняти події минулого, допомагає зосередитися на сьогоднішні.

Отже, використовуючи біологічні методи, можна досягти психоемоційної рівноваги, повноцінно жити та досягати поставленої в житті мети.



УДК: 616.89-053.2-085.89+615.89

МЕСТО АЛЬТЕРНАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ И ВОСПИТАНИЯ В СОВРЕМЕННОЙ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ

- ¹ Т. В. Черная, психол., д. философ., в обл. психолог.
- ² А. П. Чуприков, д. мед. н., проф. каф. общ., дет., судеб. психиатр. и нарколог.
- ² И. А. Семенова, к. мед. н., доц. каф. общ., дет., судеб. психиатр. и нарколог.
- ¹ *Межрегиональная академия управления персоналом, г. Киев*
- ² *Национальная медицинская академия последипломного образования им. П. Л. Шупика, г. Киев*

Современная детская психиатрия озадачена вопросами не только качественной помощи детям с психоневрологическими проблемами, но и получением быстрых результатов. Психопатологические признаки детского аутизма демонстрируют, что это, с одной стороны, психическое расстройство с расщеплением, диссолюцией, освобождением от высшего коркового контроля и взаимоподчиняемости в структуре многоуровневых, филогенетических и онтогенетических функциональных систем ребенка. С другой стороны, это нарушенное развитие, которое запускается в критические периоды роста, в котором происходит регресс и остановка на нижнем уровне развития, т.е. опускается функционирование на нижние уровни функциональных сфер. Эта сложность объясняет необходимость соединения в заботе о больном ребенке психолого-педагогической коррекции и адекватной медикобиологической терапии. Сегодня известно, что раннее вмешательство способствует лучшей реабилитации детей. Однако, далеко не все родители готовы смириться с реальностью и признать диагноз. От грамотности родителей и согласования их действий с врачами зависит будущее их ребенка.

Вместе с тем, как фармакологическая, так и коррекционно-педагогическая поддержка врозь не всегда дают достаточно быстрые положительные результаты, т.к. фармакотерапией занимаются детские психиатры, а коррекционно-педагогическими программами занимаются специалисты вне стен медицинских учреждений. Сегодня можно со всей доказательностью говорить о пользе привлечения в лечебно-реабилитационную помощь больным детям достижений альтернативной медицины, в том числе предлагаемых Украинской ассоциацией специалистов по народной и нетрадиционной медицине. Хотя на этом пути встречаются неожиданные трудности. В частности, несколько лет было потрачено на признание Минздравом вспомогательных реабилитационных методов иппо- и дельфинотерапии. Были изданы соответствующие информационные письма. Сегодня в различных коммерческих центрах применяются методы неинвазивной электростимуляции мозга, хотя применение электростимуляции в виде электросна на-

чиналось еще в советской и украинской психиатрии не менее 40 лет назад. Методы электростимуляции мозга в виде микрополяризации, предложенные еще в конце 70-х годов Н. П. Бехтеревой, широко применяются в детской психиатрии. При микрополяризации электроды накладываются на проекции тех или иных центров головного мозга, определяемых с помощью ЭЭГ. К сожалению, микрополяризация отдана на откуп коммерческих структур и пока что нет доказательной базы применения ее в детской психиатрии.

Удивительный результат получают в разных странах специалисты, проводящие кинезитерапию. Этот метод направлен на сенсорную интеграцию и может влиять на коммуникацию, социализацию и расширение интеллектуально-когнитивных возможностей. Мы считаем, что Украина может гордиться тем, что в этой области создан и запатентован метод комплексной игровой кинезитерапии (по Т. В. Черной и А. П. Чуприкову). Этот оригинальный метод включает в себя: пальцевой массаж по биологически активным зонам, элементы динамической гимнастики, во время которой стимулируется не только костно-мышечная система, но и вестибулярный аппарат. Могут быть использованы элементы т.н. гимнастики для мозга и биоэнергоинформотерапия. Этот метод успешно работает как у детей с последствиями органического поражения головного мозга, так и при разнообразных вариантах детского аутизма.

Привлечение альтернативных методов приводит к ускорению положительных результатов и повышает эффективность программ педагогической коррекции (типа АВА).

Параллельное оказание помощи родителям больных детей методами альтернативной медицины способствует консолидации семьи, а это, в свою очередь, является дополнительным лечебным фактором для маленьких пациентов.

Таким образом, упомянутые методы альтернативной помощи детям с психоневрологическими отклонениями нуждаются в поддержке и внедрения их в практику современной медицины.



УДК: 615.89:133.52:159

НОВЫЕ АВТОРСКИЕ МЕТОДИКИ ДИАГНОСТИКИ И КОРРЕКЦИИ В АСТРОПСИХОЛОГИИ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЗИТИВНЫХ ЖИЗНЕННЫХ ЦЕННОСТЕЙ ЧЕЛОВЕКА

■ ^{1,2} Е. Д. Осипенко, доктор астропсихолог. и интеграт. психолог., зав. каф. астропсихол., фак. мед. реабил. психол. и оздоров. практ.

■ ¹ *Астроцентр «Селена», г. Киев*

² *Европейский институт междисциплинарных исследований и образования, г. Ганновер, Германия*

В данном исследовании мы хотим показать, как с помощью астрологического подхода к диагностике состояния человека, совмещая его с психологическими корректирующими практиками, мы можем быстрее и эффективнее помочь ему справиться со своими психоэмоциональными трудностями и внутренним кризисом и прийти к стабильному состоянию спокойствия и благодарности к окружающему миру и людям. Наша цель – способствовать восстановлению астрологии как древнейшей науки о времени, информации и их использовании человеком для практических целей.

Согласно законам физики и астрономии, планеты Солнечной системы и звезды являются источниками электромагнитного, гравитационного и торсионного полей. В каждой точке Вселенной действует суммарное энергетическое поле планет и звезд, которое влияет на тело и биополе человека, процессы, происходящие в его организме, в том числе, его нервной и эндокринной системах.

Наша задача – помочь пациенту найти такой путь решения своей задачи, который поможет ему раскрыть свои лучшие духовные качества и реализовать свой полный потенциал.

Цель

1. Способствовать восстановлению астрологии как древнейшей науки о времени, информации и их использованию человеком для практических целей.

2. Разработка и исследование комплексных методов астропсихологии, обеспечивающих устойчивую положительную динамику психологического состояния клиента.

3. Применение методов астродиагностики и астропрогнозирования для выявления и предупреждения психосоматических расстройств и психологическая помощь клиенту методом холодинамики.

Для решения поставленных задач использовались такие методы: теоретические (анализ, сравнение, обобщение, систематизация научных материалов, теоретическое моделирование); эмпирические (наблюдение, беседа, анкетирование); психологические тесты и методики (висбаденский опросник).

Впервые разработана и предложена комплексная методология астрологической диагностики, астропро-

гнозирования и психологической коррекции методом холодинамики клиентов с физиологическими и психологическими проблемами. Также таким людям предлагалось использовать медитативные техники самоотслеживания для получения стабильного гармоничного эмоционального состояния. Работа проводилась в рамках индивидуальной работы с клиентом и групповых занятий. Вторые показали большую эффективность при оценке результатов состояния клиентов.

Метод астропсихологического анализа позволяет моделировать при помощи символических категорий индивидуальные психофизические состояния личности, определять их структурные и динамические особенности (т.е. индивидуальное развитие психологического типа во времени, его эволюция); позволяет разрешать индивидуальные (семейные) и социальные психологические проблемы, обретать состояние душевного комфорта; позволяет поддерживать гармонию с внешним миром за счет состояния устойчивости внутреннего мира, основанного на понимании того, что счастье и радость в нас самих и является способом духовного излечения и совершенствования индивидуума.

Результатом астропсихологической работы с помощью комбинации методов астрологии и психологии является обретение человеком основы своего жизненного успеха, внутреннего покоя (свобода от страха, гнева, зависти, чувства вины), высокий уровень здоровья и энергии, способность любить других, создавать и поддерживать соответствующие отношения с другими людьми, иметь достойные цели и идеи, обрести финансовую независимость и найти себя в социальной реализации.

Астропсихология объединяет средства натальной астрологии, различные методы прогнозирования и психотерапевтические методики и подходы и позволяет более полно разобраться в проблемных ситуациях, возникающих в жизни человека. Астропсихология использует базовые научные понятия психологии личности и практические методы, базирующиеся на научных данных.

Термин холодинамика впервые был предложен доктором Верноном Вульфом, физиком и психологом. Он означает: динамика Целого, сила Целого в дей-

ствии, жизнь в развитии. Человек, проводящий своему клиенту сеанс холодинамики, не решает за него жизненно важные вопросы, а только подводит его к самостоятельному решению. Поэтому холодинамика – это психозекологическая система.

Исследователями физики на сегодняшний день установлено, что подсознание каждого человека является фрагментом Информационного Поля Вселенной. В каждой клетке нашего тела, как в кусочке голограммы, содержится информация обо всем во вселенной в прошлом, настоящем и будущем. Каждая клетка, как микроскопическая часть огромной голограммы – Вселенной, хранит информацию обо всем на свете.

Каждому из нас необходимо работать со своими страхами, комплексами, обидами и любыми другими психологическими блоками по мере их проявления в жизни. Нужно отслеживать и осознавать их уроки. Уроком любого страха, комплекса и блока является осознание потребности принять и полюбить себя, а также окружающий мир, людей, научиться с доверием и спокойствием относиться к любым процессам, происходящим в обществе.

Это необходимый позитивный процесс очищения наших эфирных, ментальных, астральных и др. полей. Когда мы очищаем свои мысли, которые творят нашу жизнь, наше тело начинает выздоравливать, и в один прекрасный день мы ощутим, что, невзирая на все, что происходит вокруг нас – жизнь прекрасна. Мы ощутим целостность, уверенность, гармонию в душе и необъяснимую радость пребывания на этой планете. Тогда нам дадут возможность войти в чистый Источник Знаний напрямую – в Информационное Поле Вселенной.

Изучением влияния движения планет и звезд на организм человека и его здоровье занимается медицинская астрология.

Медицинская астрология изучает соответствия между ритмами космоса и ритмами организма человека. В гороскопе человека содержится информация о предрасположенности к заболеваниям, которыми человек может заболеть в течение жизни.

Задача медицинской астрологии – предупредить возникновение болезни в те периоды жизни, когда она наиболее вероятна по гороскопу.

Медицинская астрология может оказать помощь практической традиционной и нетрадиционной медицине в профилактике болезней на ранних стадиях развития и выборе наиболее благоприятных периодов их лечения.

Медицинская астрология призвана не лечить, а провести расчетную диагностику и профилактику, то есть предупредить любое заболевание.

Медицинская астрология дает возможность не только поставить диагноз, когда болезнь еще клинически не проявилась, то есть, когда еще нет ее признаков на физическом плане, но и позволяет прогнозировать время, когда она заявит о себе.

Медицинская астрология исходит из холистической предпосылки, согласно которой болезнь отражает дисба-

ланс между положением вещей во внешнем мире и внутри организма.

Если потребности и напряжения (химические, диетические, экологические, темпераментные, психологические, наследственные) остаются неудовлетворенными и не устраненными в течение слишком долгого времени, в организме накапливается напряжение, защитные механизмы рушатся, возникают дисфункции. Точно так же, как мы видим потребности в символике планет и трудности развития в аспектах, мы можем предположить, какие органы того или иного человека особенно подвержены воздействию напряжения и нарушению функций.

Главное в этом направлении – это то, что любая болезнь излечима и устранить причины, ее порождающие, можно, изменив образ своих мыслей, своего отношения к миру, а также поменяв систему ценностей. Известны случаи выздоровления людей от неизлечимых болезней, когда они осознают свои ошибки, прощают обиды, изменяют негативное отношение к жизни на позитивное и понимают, что болезнь является фактором очищения их души, духа, и, в конце концов, ведет к эволюции.

Страх является одной из структур психики. Если вспомнить любой момент пережитого страха, то мы ощущаем его на физическом уровне в своем теле в виде парализуемых или сжатых мышц.

Наш мозг воспринимает и обрабатывает мыслеформы или холодаины. Вернон Вульф сравнивает разум с фотоаппаратом, а чувства – с его линзами. Разум постигает мир и получает ответную информацию посредством чувств. Эта информация посылается через ЦНС, где она подготавливается для хранения в мозгу как образ – холодаин. Холодаины начинают функционировать как часть мыслительной деятельности.

Мы используем для помощи клиентам способ гармонизации сознания методом холодинамики – уравновешивание логического и творческого мышления (левого и правого полушария), переход от анализа к синтезу и формирование у человека целостного мышления. Жизнью человека управляют мысли – трехмерные мысленные голограммы. Они моделируют идеи и мыслеобразы, разрабатываемые как рациональным, так и творческим сознанием.

Мы разработали программу цикла семинаров по астропсихологии, рассчитанную на 1 год обучения, для работы со своими психологическими блоками, страхами и комплексами с использованием методов холодинамики и астрологической диагностики.

Мы считаем, что человек может быстрее и легче помочь себе найти источник внутренних психологических трудностей и блоков, используя при диагностике своего состояния инструмент астрологии (гороскоп и прогноз). Кроме этого, знания астрологии, хотя бы общие, могут существенно помочь психологам-консультантам и психотерапевтам в работе со своими клиентами и пациентами при диагностировании их внутреннего состояния.

Результаты исследования

В своей работе мы применяем разные методы помощи психологическому состоянию человека. Прежде всего, это индивидуальные астропсихологические консультации, на которых клиент задает свои важные жизненные вопросы, ответы на которые мы находим в его и его близких астрологических картах рождения (если вопросы с ними тоже связаны). Мы объясняем клиенту его возможности развития, таланты и способности, психологические трудности, которые и создают ему его внутренние проблемы, а также освещаем периоды его жизни. Подробно останавливаемся на настоящем периоде и в позитивном ключе показываем возможности решения проблемных задач, с которыми пришел человек. По сути, через такую консультацию мы проводим психоаналитическую работу – разговариваем с клиентом, слушаем его доводы, знакомимся с мировоззрением и вместе разбираемся с вопросами, которые привели человека на консультацию.

Вторым шагом является наше предложение клиенту поработать над своими психологическими проблемами на наших семинарах духовного роста и научиться доступным техникам самопомощи (например, самоотслеживанию) и другим. Не все клиенты готовы к такой работе, но большинство все же соглашается, что проблема находится внутри них и никто, кроме них самих, им не поможет.

Таким образом, у нас образовались две группы клиентов.

Первая группа – проходит у нас ежегодно только астрологическое консультирование с обсуждением прогноза на год и выработки стратегии действий. Как правило, у таких клиентов насущные жизненные вопросы остаются теми же из года в год. Они спокойнее реагируют на свои трудности, так как понимают логически, почему это с ними происходит, но сделать шаги к реализации своей задачи внутри себя пока не готовы.

Вторая группа проходит астрологическое консультирование и работает на наших психологических семинарах в течение года 1, 2 и 3 фазы плюс 6 ступеней 4 фазы методом холодинамики. У этих клиентов некоторые значимые жизненные вопросы начинают решаться уже после 1-й фазы. Большинство вопросов решается уже после 2-й фазы. Участники семинара сами решают, когда и на какой фазе остановиться или продолжать двигаться вперед. Некоторые из них между фа-

зами берут паузу в полгода или год, а потом приходят продолжить свою духовную работу.

Задачей нашего исследования было показать большую эффективность психологической работы методом холодинамики вместе с астрологическим консультированием, включающим в себя астродиагностику на трех уровнях – физическом, психологическом и духовном. Именно соединение двух важнейших наук – астрологии и психологии – воедино может дать реальные благоприятные результаты в формировании позитивных жизненных ценностей и улучшению жизни людей в целом.

Главной задачей наших семинаров по астропсихологии было помочь человеку понять себя и раскрыть свой уникальный Полный Потенциал.

В окружающем нас мире множество людей живет в отсоединенности от мира, в состоянии внутреннего замкнутого пространства, они окончательно забыли, что такое любовь к себе, другим людям, к Земле...

Наши участники научились не только с благодарностью и любовью относиться к событиям своей жизни, к самому себе и своим близким людям, но и поняли, что величайшую радость им доставляет помощь другим. Обретение любви к самому себе дало возможность осознать и любовь ко всему, что их окружает, ценность семьи, своей страны, уважение к личности других людей, любовь к Земле. Человек, который обрел в своей душе гармонию, веру и любовь – обрел самые бесценные дары, которые и делают его по-настоящему счастливым. Такой человек будет создавать вокруг себя мир и гармонию, будет жить в единстве с Природой и Космосом, будет творить и созидать прекрасное в своем настоящем и будущем. И в этом нам, людям, поможет холодинамика – новое состояние сознания, и астрология – психология Вселенной. Вернон Вульф подчеркивает, что «Мы живем в микро- и макромире, где мелочь может изменить ситуацию».

Таким образом, нам всем нужно научиться мыслить и жить по-новому, понимая, что если проблема в нашей жизни создается, уже заранее создан и потенциал для ее решения. Для решения любой задачи нужно помнить, что мы – часть коллективного взаимодействующего сознания. Нужно остановить войну внутри себя и создать внутри мир и гармонию. Только так мы сможем остановить войны и продлить жизнь нашей Земле.



УДК: 616-039.75:[615.89:582.28

РОЛЬ И МЕСТО ФУНГОТЕРАПИИ В ОКАЗАНИИ ПАЛЕАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ

- А. Н. Соколенко, врач-консульт., фунготерап.
- *Киевский центр фунготерапии, биорегуляции и Аюрведы*

На современном этапе развития цивилизации соотношение заболеваний, сокращающих продолжительность жизни людей, остается прежним: на первом месте – болезни сердечно-сосудистой системы, на втором – онкологическая патология, и далее – соматические болезни, травмы, врожденная патология...

Онкопатология стремительно подтягивается к «лидеру». Этому способствует загрязнение окружающей среды (различные техногенные факторы), употребление некачественных продуктов питания (ГМО, консерванты, рафинированные продукты, химизация сельхозпродукции и т.д.), повышение уровня электромагнитного «смога», повышение уровня стрессов... Все это ведет к хронизации многих нестабильных состояний здоровья. Поэтому встает вопрос о поиске методов лечения многих хронических заболеваний безопасными, эффективными средствами натуропатического направления, которые пациенты могут применять длительно без побочных эффектов и с положительным результатом.

Такой подход применяется эффективно вот уже 11-й год в нашем Центре по реабилитации соматических и, особенно, онкологических пациентов: в комплексной терапии с химио-, лучевой и хирургической терапией. Фунготерапия в этой программе заняла ведущее место и показала свою эффективность в реабилитации пациентов, особенно после курсов химио- и лучевой терапии. Обладая прекрасными сорбционными свойствами, препараты из грибов успешно борются с интоксикацией, полисахариды грибов являются иммуномодуляторами, обладают антибактериальными свойствами, регулируют метаболические процессы, влияют на реологические свойства крови, оказывают противоопухолевое действие, сдерживают развитие метастазов. Все это еще более актуально в тех случаях, когда невозможно проведение хирургического вмешательства (по различным причинам), невозможно провести пациенту химио- и лучевую терапию. В этих случаях препараты фунготерапии, фитопрепараты Аюрведы, биорегуляторы, диетотерапия, психотерапия являются незаменимыми в борьбе за качество жизни таких пациентов, продлевают им сроки жизни, предупреждая рецидивы болезни и развитие метастазов.

За последние годы, благодаря усилиям коллектива Центра при сотрудничестве со специалистами многих дисциплин (физиками, биохимиками, инженерами, биологами,

фармацевтами, онкологами и др.), нам удалось создать целую линию новых, еще более эффективных форм препаратов (эликсиров, экстрактов, свечей) успешно занявших место в натуропатической терапии нашего Центра.

Также за последние годы расширилась диагностическая база Центра: проводится скрининговая нелинейная диагностика на приборах «Маджерик-биотест», позволяющая выявить первичные очаги патологии, проследить динамику процессов, подобрать адекватное лечение на текущий момент. «Веда-пульс» – пульсовая диагностика – позволяет определить Викрити – текущую конституцию пациента, соответствующую или нет врожденной Пракрити, состояние стрессово-адаптационных возможностей, энергетическое состояние по органам каналам, дает рекомендации по режимам жизни, диете, фитопрепаратам, ароматерапии. Также проводится анализ крови на темнопольном микроскопе, позволяющем увидеть нативную кровь, оценить реологические показатели крови, наличие бактериальной, грибковой, паразитарной флоры, метаболические нарушения, адекватность назначенной терапии и проанализировать динамику изменений. Аппарат «Ангиоскан» позволяет оценить ритм сердца, кровенаполнение, насыщение крови кислородом, уровень стрессового напряжения, состояние сосудов и их биологический возраст, что очень важно для оценки адекватности полученного лечения и дает возможность наглядно проследить динамику патологического процесса, вовремя принять необходимые меры в корректировке лечения.

Успешно развивается в Центре направление диетотерапии на основе натуральных соков, лиофилизированных порошков овощей, фруктов, ягод, трав, что позволяет пациентам экономить время, силы и своевременно получать сбалансированное, полностью натуральное питание в виде смузи, коктейлей и просто добавляя данные компоненты в свой рацион питания.

В Центре ведется постоянная просветительская работа с пациентами по здоровому образу жизни как на приеме у врачей, так и имеющейся литературой, которую пациенты при желании могут приобрести.

Благодаря такому комплексному подходу к решению сложной задачи реабилитации пациентов нам удается улучшить качество их жизни, сделать ее более адаптированной, продлить сроки жизни.



УДК:616-036.82

АЛГОРИТМ ЗДОРОВ'Я З ПОЗИЦІЙ АЛЬТЕРНАТИВНОЇ МЕДИЦИНИ

- С. В. Семенова, асист. каф. реабіл. та нетр. медиц.
- Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Ознайомлення лікарів конвенційної медицини з методологічними аспектами альтернативних напрямків дозволяє розширити горизонти їх клінічного мислення з метою більш ефективної корекції діагностики та лікування різноманітних захворювань незалежно від спеціальності. Особливо це важливо на сучасний момент, на фоні медикаментозної поліпрагмазії, сформованого звикання, нечутливості або стійкості, наприклад, до антибіотиків, підвищеної, алергічної та ідіопатичної чутливості хворих до стандартного лікування, складного, нетипового перебігу хвороби, що все частіше виявляється в клінічній практиці.

Застосування алгоритмів альтернативної медицини, зокрема гомеопатії, з урахуванням цілісності організму, розвитку хвороби залежно від індивідуальних психосоматичних типів та детермінованих схильностей до формування хвороб та ускладнень, динамічної концепції етіологічних факторів в розвитку хвороби та сано-генетичного вектору перебігу хвороб та міазматичної генетичної обтяженості, концептуально змінює оцінку гострих та хронічних захворювань та сприяє більш ефективній діагностиці та лікуванню.

Вибір лікування з урахуванням вищевказаного ігнорує поверхневий підхід до хвороби, відшукуючи *prima causa morbi*, що змінює стратегію та удосконалює ефективність ведення пацієнтів, попереджує ускладнення та призводить до покращання якості та тривалості їх життя, оскільки розглядає хворобливі симптоми не стільки як прояви ушкодження хвороботворними факторами, а й як відповідну компенсаторно-захисну реакцію організму.

Поєднання методів академічної та нетрадиційної медицини призводить до ліквідації захворювань у результаті подавляючої терапії з перенесенням хвороби проти напрямку лікувально-відновних процесів, тобто до поглиблення патологічних процесів, ускладнень та погіршення здоров'я людини в цілому, сприяє більш ефективній та безпечній системі медичного супроводу.

Таким чином, застосування альтернативної медицини розширює аспекти мислення лікаря з цілісних та індивідуальних підходів, підіймає їх на ієрархічно вищий щабель розуміння патологічних процесів, що сприяє ефективності діагностики та лікування на сучасному етапі.



**Шановні читачі, науковці,
студенти, лікарі, фармацевти!**

Вітаємо Вас

З Новим 2018 Роком та Різдвом Христовим!

**Гармонії Вам у Новому році, удачі, щастя,
достатку, здоров'я та усіляких гараздів.**

**Редколегія науково-практичного
видання «Фітотерапія. Часопис»**

Всеукраїнська громадська
організація
«Асоціація фахівців з народної і
нетрадиційної медицини України»



м. Київ

Всеукраинская общественная
организация
«Ассоциация специалистов по народной
и нетрадиционной медицине Украины»

Шановні, читачі, колеги!

Всеукраїнська громадська організація «Асоціація фахівців з народної і нетрадиційної медицини України» інформує Вас про наукові заходи, які зареєстровані в УкрІНТЕІ МОН України та включені до інформаційного довідника «Реєстр з'їздів, конгресів, симпозіумів, науково-практичних конференцій, наукових семінарів і пленумів, які проводитимуться у 2018 році»:

№	Назва заходу	Дата проведення	Кількість учасників		Перелік країн-учасниць	Організація, відповідальна за проведення заходу
			всього	іногор.		
1.	Конференція з міжнародною участю до «Актуальні питання народної і нетрадиційної медицини у комплексній терапії».	20 квітня, м. Київ	250	50	Молдова, Білорусь, Польща, Німеччина, Латвія, Литва, Естонія	ВГО «Асоціація фахівців з народної і нетрадиційної медицини України», тел.: +38 050-353-03-26; Відділення фундаментальних проблем медицини Академії наук вищої школи України; ПВНЗ «Київський медичний університет»
2.	Науковий форум з міжнародною участю «Сучасні теоретико-практичні аспекти у розв'язанні послідовності реалізації впровадження «Стратегії розвитку народної і нетрадиційної медицини» у первинну ланку охорони здоров'я».	26 жовтня, м. Київ	150	50	Молдова Білорусь, Польща, Німеччина, Латвія, Литва, Естонія	ВГО «Асоціація фахівців з народної і нетрадиційної медицини України», тел.: +38 050-353-03-26; Відділення фундаментальних проблем медицини Академії наук вищої школи України; ПВНЗ «Київський медичний університет»; Дніпровський медичний інститут традиційної і нетрадиційної медицини

З повагою,
президент

Т. П. Гарник

Погоджено, в.о. ректора
ПВНЗ «Київський медичний університет»
д. мед. н. проф.

Б.Б. Івнєв

Розглянуто і затверджено на засіданні Вченої ради ПВНЗ «Київський медичний університет». Протокол № 10 від 22.06.2017 р.

Секретар Вченої ради

Т. В. Гороховська

Виконавець

К. В. Гарник
тел.: + 38 050 352 28 40