

ЕФЕКТИВНІСТЬ ГІРУДОРЕФЛЕКСОТЕРАПІЇ У ХВОРИХ З СИНДРОМОМ ХРОНІЧНОЇ ВТОМИ

Кузнєцова Л.В., Фролов В.М., Пересадін М.О., Круглова О.В.

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика (м. Київ); ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Кузнєцова Л.В., Фролов В.М., Пересадін М.О., Круглова О.В. Ефективність гірудорефлексотерапії у хворих з синдромом хронічної втоми // Український морфологічний альманах. – 2011. – Том 9, № 4. – С. 46-50.

У статті наведені дані щодо ефективності використання гірудорефлексотерапії при синдромі хронічної втоми (СХВ). Встановлено підвищення концентрації у сироватці крові «середніх молекул» (СМ), продуктів перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) та зниження активності ферментів системи антиоксидантного захисту (АОЗ), що свідчить про наявність синдрому оксидативного стресу (СОС) та та ендогенної «метаболическої» інтоксикації (СЕМІ) в обстежених хворих. Застосування гірудорефлексотерапії в комплексі лікування хворих на СХВ сприяє нормалізації концентрації СМ та продуктів ПОЛ у сироватці крові, а також підвищенню активності ферментів системи АОЗ, що свідчить про ліквідацію СОС та СЕМІ

Ключові слова: гірудорефлексотерапія, синдром хронічної втоми, синдром оксидативного стресу, синдром ендогенної «метаболическої» інтоксикації, лікування.

Кузнєцова Л.В., Фролов В.М., Пересадін Н.А., Круглова О.В. Эффективность гирудорефлексотерапии у больных с синдромом хронической усталости // Украинский морфологический альманах. – 2011. – Том 9, № 4. – С. 46-50.

В статье приведены данные касательно эффективности гирудорефлексотерапии при синдроме хронической усталости (СХУ). Установлено повышение концентрации в сыворотке крови "средних молекул" (СМ), продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) и снижение активности ферментов системы антиоксидантной защиты (АОЗ) у обследованных больных, что свидетельствует о наличии синдромов оксидативного стресса (СОС) и эндогенной "метаболической" интоксикации (СЭМИ). Применение гирудорефлексотерапии в комплексе лечения больных СХУ способствует нормализации концентрации СМ и продуктов ПОЛ, а также повышению активности ферментов системы АОЗ, что свидетельствует о ликвидации СОС и СЭМИ.

Ключевые слова: гирудорефлексотерапия, синдром хронической усталости, оксидативный стресс, синдром эндогенной "метаболической" интоксикации, лечение.

Kuznetsova L.V., Frolov V.M., Peresadin N.A., Kruglova O.V. Effectivity of hirudoreflexotherapy at the treatment of chronic fatigue syndrome // Украинский морфологический альманах. – 2011. – Том 9, № 4. – С. 46-50.

In the articles describe effectivity hirudoreflexotherapy at chronic fatigue syndrome (CFS). It was set increase in the serum of "average molecules" concentration, lipoperoxidation (LPO) products and decrease activity of antioxidant system (AOS) enzymes at the inspected patients that testify about oxidative stress syndromes (OSS) and endogenous "metabolic" intoxication syndrome (EMIS) presents. The application of in complex therapy of patients with CFS provided normalisation concentration in serum AM and LPO products and increase of AOS enzymes activity that testify about SOS and EMIS liquidation.

Key words: hirudoreflexotherapy, chronic fatigue syndrome (CFS), oxidative stress syndromes, endogenous "metabolic" intoxication syndrome, treatment.

Вступ. Відомо, що ефективні системи терапії і медичної реабілітації, які базуються на використанні цілющих чинників природи (вода, повітря, енергія сонця, лікарські рослини, мінерали, засоби тваринного походження та інші) на сьогодні знаходять широке застосування при гострих та, особливо, хронічних захворюваннях [27]. Зацікавленість лікарів та пацієнтів до засобів природної медицини пов'язана, поперед усього, з частим виникненням ускладнень та наявністю побічних ефектів хіміотерапії, збільшенням частоти алергічних реакцій, захворювань і станів при застосуванні препаратів синтетичного походження [27]. В сучасних умовах суттєва увага надається застосуванню засобів біоенергоінформаційної медицини, причому лікування медичними п'явками (гірудотерапія; від лат. *Hirudo* – п'явка) в теперішній час розглядається з позицій енергоінформаційного впливу на організм хворого [1, 3, 8, 10, 13, 33].

За останні 10–15 років гірудотерапія набула відомого ренесансу: постійно проводяться міжнародні та європейські конгреси і конференції Асоціації гірудологів і гірудотерапевтів, публікуються численні наукові та науково-популярні статті, книги і брошури по проблемах гірудотерапії [12, 17-19, 34]. Найбільш сучасним та ефективним напрямком гірудотерапії вважають гірудорефлексотерапію [13, 25, 37], а також гірудоенерготерапію [6, 7], тобто використання медичних п'явок з урахуванням біологічно активних точок (БАТ) на шкіряних покривах людини [16]. В

теперішній час детально вивчені особливості біології, екології та етології медичної п'явки та перспективи її використання в лікуванні та медичній реабілітації хворих [14, 28-30, 32, 35, 41]. Зокрема встановлено позитивний вплив гірудотерапії на енергетичний обмін та імунний статус хворих з різноманітною хронічною патологією [15, 40]. Автори даної статті мають багаторічний особистий досвід використання гірудотерапії в лікуванні та профілактиці різноманітних хвороб [8, 27-30, 40, 41], а також при проведенні медичної реабілітації хворих з такими межевими психопатологічними станами (МППС) як синдром психоемоційного вигорання [40]. У зв'язку з цим вважаємо доцільним продовження вивчення ефективності гірудорефлексотерапії при МППС, зокрема при синдромі хронічної втоми (СХВ) [4].

Мета роботи: вивчити ефективність гірудорефлексотерапії при лікуванні хворих на СХВ.

Матеріали та методи дослідження. Під наглядом було 64 хворих на СХВ, з них 29 чоловіків (45,3%) та 35 жінок (54,7%) віком від 29 до 50 років. Обстежені пацієнти були розподілені на дві групи – основну (34 особи) та групу зіставлення (30 хворих), що були рандомізовані за віком, статтю, тяжкістю перебігу СХВ. Хворі основної групи в комплексі лікування отримували гірудорефлексотерапію, пацієнти групи зіставлення лікувалися лише за допомогою загальноприйнятої терапії (полівітаміни, психотерапевтичні засоби). Для здійснення гірудорефлексоте-

раїї хворим основної групи п'явки ставили на такі БАТ: на меридіані серця – 3V (шао-хай, тобто «крихітне море») – показаннями є зниження пам'яті та психоемоційні розлади; на меридіані сечового міхура – 11VІІ (до-чжу, тобто «великий човник») – показаннями є наявність тривожних станів та немотивованих страхів та 24VІІ (ци-хай-шу, тобто «точка моря дихання») – показаннями є астеничні стани; та в позамеридіанні БАТ – е-лін («чудесна пахвова западина») – показами є невротичні стани, си-лянь («чотири сполучення») – показами є нервово-психічні розлади [8]. В низці випадків ми також використовували інші БАТ з урахуванням індивідуальних особливостей того чи іншого випадку СХВ. Тривалість проведення сеансу гірудорефлексотерапії складала 40 хвилин - 1,5 години (як правило, до природного відпаданя п'явок). Починали гірудорефлексотерапію з 2-3 п'явок та поступово збільшували їхню кількість до 4-6 (в залежності від самопочуття хворого та досягнутого ефекту). Гірудорефлексотерапію призначали в наростаючих дозах, починаючи з 2-х п'явок щодня або через день, поступово збільшуючи їх кількість до 10-12, з подальшим зниженням до 2-х п'явок. Всього здійснювали від 10 до 12 сеансів гірудорефлексотерапії, найбільш частою схемою була наступна: 2-3-4-6-8-10-8-6-4-3-2, кількість використаних п'явок – від 50 до 58 за весь період лікування [8]. Як правило, чекали природного відпаданя п'явок від місця укусу; тривалість їх живлення складала від 30 до 60 хв., рідко більше. При контрольних зважуваннях п'явок до і після смоктання ними крові було встановлено, що середній об'єм насмоктаної крові на одну п'явку складав від 6 до 10 мл, в окремих випадках – до 12 мл. Хворі з схильністю до шлотної або наявності анемії нами виключалися з числа обстежених, оскільки ці патологічні стани є протипоказаннями для здійснення гірудотерапії [24, 26].

Для реалізації мети дослідження у всіх обстежених вивчали активність процесів перекисного окислення ліпідів (ПОЛ), стан системи антиоксидантного захисту (АОЗ), а також концентрацію «середніх молекул» (СМ) у крові. Рівень СМ досліджували за методом [36] до початку лікування, потім через 5, 10, 15, 20 і 30 діб з початку лікування. Показники ПОЛ і системи АОЗ аналізували до початку лікування та повторно через 30 діб. З показників ПОЛ вивчали вміст у сироватці крові проміжних продуктів ліпопероксидації – дієнових кон'югат (ДК) [5] та кінцевого продукту ПОЛ – малонового діальдегіду (МДА) [2]. Крім того, вивчали показник перекисного гемолізу еритроцитів (ПГЕ). Стан системи АОЗ визначали за показниками активності ферментів з антиоксидантною активністю – каталази (КТ) [22] та супероксиддисмутази (СОД) [21], а також вмістом у крові відновленого (ВГ) [20] та окисленого глутатіону (ОГ) [21, 23]. Аналізували також співвідношення сполук крові з прооксидантною та антиоксидантною активністю шляхом обчислення інтегрального коефіцієнту Ф.

Статистичну обробку отриманих результатів дослідження проводили на персональному комп'ютері Intel Core 2 Duo з допомогою багатофакторного дисперсійного аналізу з використанням пакетів ліцензійних програм Microsoft Windowsxp professional, Microsoft Office 2003, Microsoft Excel Stadia 6.1/prof та Statistica, при цьому враховували основні принципи використання статистичних методів в клінічних випробуваннях ефективності лікарських засобів.

Отримані результати та їх обговорення. До початку проведення лікування скарги обстежених

пацієнтів з діагнозом СХВ характеризувалися астеничною або астено-невротичною симптоматикою, такою як загальна слабкість, нездужання, швидка стомлюваність при виконанні своїх звичних професійних і побутових обов'язків, зниження фізичної і розумової працездатності, порушення сну у вигляді поверхневого сну з частими просинаннями ніччю і утрудненим засипанням з вечора, або, навпаки, раннім просинанням серед ночі, зменшення апетиту, підвищена дратівливість і емоційна лабільність, нестійкість настрою, загальне зниження емоційного тону. Пацієнти нерідко також пред'являли скарги на дифузний головний біль тупого, ниючого характеру, запаморочення, зниження об'єму пам'яті, погіршення запам'ятовування поточних подій. При об'єктивному обстеженні хворих звертала увагу значне вираження вегетативних розладів, що характеризувалося функціональними порушеннями з боку серцево-судинної системи (нестійкість артеріального тиску з його значними комбінаціями у вигляді тимчасового підвищення або, навпаки, зниження, по типу вегето-судинної дистонії, синусної аритмії, періодично виникаючих болів у області серця), наявності стійкого червоного або змішаного дермографізму, „мармуровості” кистей і передпліч, похолодання кінцівок, акроціанозу, ціанозу губ і т.д. У соматичному плані у хворих на СХВ нерідко реєструвався субфебрилітет, особливо ввечері, а також збільшення і чутливість або навіть помірна болючість задньопшийних лімфатичних вузлів (позитивний симптом Дранніка-Фролова), що в патогенетичному плані було наслідком персистенції в них вірусних агентів, зокрема герпесвірусів [11, 38, 43]. В цілому відповідно до даних клінічного обстеження у хворих реєструвався астено-невротичний, рідше астено-депресивний, та в окремих випадках – астено-фобічний, астено-іпохондричний або астено-обсесивний симптомокомплекс на фоні вираженої вегетативної дисфункції, що відповідає даним літератури [39, 42].

До початку проведення лікування в обох групах хворих – основній та зіставленні були однотипові зсуви вивчених показників, що свідчили про розвиток синдрому оксидативного стресу та синдрому ендогенної «метаболічної» інтоксикації (СЕМІ), які в лабораторному плані характеризувалися суттєвим підвищенням концентрації у сироватці крові обстежених осіб крові СМ (в основній групі в середньому в 4,3 рази вище за норму, в групі зіставлення – в 4,1 рази; $P < 0,001$), збільшенням вмісту продуктів ПОЛ – МДА в середньому в 2,27 рази в основній групі ($P < 0,001$) та в 2,18 рази в групі зіставлення ($P < 0,001$), ДК відповідно в 2,86 та 2,69 рази ($P < 0,001$), показника ПГЕ – в 3 та 2,8 рази ($P < 0,001$). Поряд з підвищенням активності процесів ПОЛ у хворих, які були під наглядом, відмічено також значне зменшення активності ферментів системи АОЗ – КТ і СОД. Так, активність КТ була знижена у хворих основної групи в середньому в 1,3 рази ($P < 0,01$), СОД – в 1,86 рази ($P < 0,001$), в групі зіставлення відповідно в 1,23 рази ($P < 0,01$) та 1,7 рази ($P < 0,001$). Вміст ОГ у крові підвищувався у хворих основної групи в середньому в 2,1 рази ($P < 0,001$), в групі зіставлення – в 1,92 рази ($P < 0,001$). У той же час рівень ВГ був знижений серед хворих основної групи в середньому в 1,7 рази ($P < 0,001$), групи зіставлення – в 1,6 рази ($P < 0,001$). Коефіцієнт Ф у пацієнтів основної групи до початку лікування був знижений у середньому в 5,3 рази відносно норми ($P < 0,001$), у хворих групи зіставлення – в 4,6 рази ($P < 0,001$).

Таблиця 1. Показники ПОЛ та системи АОЗ у до початку лікування (M±m)

| Біохімічні показники | Норма | Групи хворих на СХВ | | P |
|----------------------|-----------|---------------------|--------------------|-------|
| | | основна (n=34) | зіставлення (n=30) | |
| МДА, мкмоль/л | 3,2±0,3 | 7,25±0,35*** | 6,96±0,4*** | >0,05 |
| ДК, мкмоль/л | 6,25±0,4 | 17,9±0,5*** | 16,8±0,6*** | >0,05 |
| ПГЕ, % | 3,5±0,2 | 10,6±0,5*** | 9,9±0,45*** | >0,05 |
| КТ, МО/мгНб | 365±10 | 289±12** | 296±14** | >0,1 |
| СОД, МО/мгНб | 28,2±1,2 | 15,2±1,4*** | 16,6±1,5*** | >0,05 |
| ВГ, ммоль/л | 1,46±0,05 | 0,86±0,03*** | 0,92±0,04*** | >0,05 |
| ОГ, ммоль/л | 0,25±0,03 | 0,52±0,03*** | 0,48±0,05*** | >0,05 |
| Коефіцієнт ВГ/ОГ | 5,84±0,09 | 1,65±0,03*** | 1,92±0,04*** | =0,05 |
| Індекс Ф | 3217±15 | 606±10*** | 706±11*** | =0,05 |

Примітки: в табл. 1 та 3 вірогідність різниці відносно норми * - при P<0,05, ** - P<0,01, *** - P<0,001; стовпчик P – вірогідність різниці між показниками основної групи та групи зіставлення.

При проведенні лікування відмічено поступове зниження концентрації СМ у крові обстежених хворих, причому в основній групі хворих на СХВ (яка отримувала гірудорефлексотерапію) темпи зниження даного показника були суттєво вищі, ніж у пацієнтів групи зіставлення. Дійсно, вже через 5 діб з початку лікування в основній групі рівень СМ у сироватці крові хворих знизився в середньому в 2 рази відносно вихідного рівня (P<0,01), тоді як у групі зіставлення лише в 1,5 рази (P<0,05). Через

10 діб з початку лікування в основній групі концентрація СМ знизилася в середньому до 2,76 рази відносно вихідного рівня (P<0,001), тоді як у групі зіставлення – лише в 1,7 рази (P<0,05). Після завершення двох тижнів з початку лікування концентрація СМ у пацієнтів основної групи, що отримувала гірудорефлексотерапію, знизилася в середньому в 3,53 рази відносно вихідного рівня (P<0,001), та досягла при цьому верхньої межі норми (табл. 2).

Таблиця 2. Динаміка концентрації СМ у сироватці крові хворих на СХВ (M±m), г/л

| Період обстеження пацієнтів | Групи обстежених хворих | | P |
|----------------------------------|-------------------------|--------------------|-------|
| | основна (n=34) | зіставлення (n=30) | |
| до початку лікування | 2,26±0,11*** | 2,12±0,12*** | >0,05 |
| через 5 діб | 1,12±0,9** | 1,42±0,08*** | <0,05 |
| через 10 діб | 0,82±0,05* | 1,25±0,06** | <0,05 |
| через 15 діб | 0,64±0,04 | 1,02±0,05** | <0,05 |
| через 20 діб | 0,58±0,03 | 0,93±0,04** | <0,01 |
| через 30 діб з початку лікування | 0,55±0,33 | 0,88±0,03** | <0,01 |
| Норма | (0,52±0,03) г/л | | |

Примітки: вірогідність розбіжностей відносно норми * - при P<0,05, ** - P<0,01, *** - P<0,001; стовпчик P – достовірність розбіжності між показниками основної групи та групи зіставлення.

У той же час у групі зіставлення кратність зниження концентрації СМ складала лише 2,08 рази, та в цей період обстеження рівень СМ був у групі зіставлення в середньому в 1,96 рази вище, ніж у нормі (P<0,01). Через 20 та 30 діб з початку лікування концентрація СМ у сироватці крові хворих основної групи в межах норми (P>0,1), у той час як у групі зіставлення залишалася відповідно в 1,6 рази

вище, ніж в основній групі (P<0,01) та в 1,79 рази вище за норму (P<0,01).

При аналізі впливу гірудорефлексотерапії на біохімічні показники, які характеризують рівень ПОЛ та стан системи АОЗ було встановлено, що в основній групі у переважній більшості хворих протягом 30 діб лікування відмічена практично повна нормалізація усіх вивчених тестів (табл. 3).

Таблиця 3. Показники ПОЛ та системи АОЗ у хворих на СХВ після завершення лікування (M±m)

| Біохімічні показники | Норма | Групи хворих на СХВ | | P |
|----------------------|-----------|---------------------|--------------------|--------|
| | | основна (n=34) | зіставлення (n=30) | |
| МДА, мкмоль/л | 3,2±0,3 | 3,35±0,25 | 6,12±0,3** | <0,05 |
| ДК, мкмоль/л | 6,25±0,4 | 6,9±0,3 | 11,2±0,5** | <0,05 |
| ПГЕ, % | 3,5±0,2 | 4,6±0,25 | 6,8±0,3** | <0,05 |
| КТ, МО/мгНб | 365±10 | 358±11 | 310±12* | <0,05 |
| СОД, МО/мгНб | 28,2±1,2 | 26,1±1,6 | 20,3±1,6* | =0,05 |
| ВГ, ммоль/л | 1,46±0,05 | 1,39±0,05 | 1,08±0,05** | <0,05 |
| ОГ, ммоль/л | 0,25±0,03 | 0,32±0,06 | 0,36±0,04* | >0,05 |
| Коефіцієнт ВГ/ОГ | 5,84±0,09 | 4,34±0,08* | 3,0±0,06*** | <0,01 |
| Індекс Ф | 3217±15 | 2789±12*** | 1028±15*** | <0,001 |

Дійсно, при застосуванні гірудорефлексотерапії вміст МДА у крові в динаміці лікування зменшився в середньому в 2,2 рази, ДК – в 2,9 рази, показник ПГЕ – в 3 рази. У групі зіставлення зниження вивчених показників було менш суттєвим, а саме – МДА в 1,13 рази, ДК – в 1,5 рази та ПГЕ – в 1,46 рази (P<0,05). Тому після завершення лікування рівень МДА у крові хворих групи зіставлення був в 1,9 рази вище за норму (P<0,01) та в 1,8 рази вище аналогічного показни-

ка в основній групі (P<0,05). Концентрація ДК у крові хворих групи зіставлення після завершення лікування була в середньому в 1,8 рази вище за норму (P<0,01) та в 1,6 рази вище, ніж в основній групі (P<0,05). Показник ПГЕ після завершення лікування у хворих групи зіставлення був у 2 рази вище за норму та в 1,5 рази вище аналогічного показника в основній групі. У хворих основної групи, яка отримувала в комплексі лікування додатково гірудорефлексотерапію, протя-

гом 30 днів лікування відмічалася практично повна нормалізація активності ферментів системи АОЗ – КТ і СОД, а також концентрації у крові фракції ОГ та ВГ; при цьому активність КТ і СОД, а також вміст у крові фракції ВГ підвищувалися, а концентрація ОГ – знижувалася. В той же час відмічена вірогідна різниця між активністю каталази у хворих основної групи та групи зіставлення ($P < 0,05$), а також активністю СОД ($P = 0,05$), та вмістом у крові фракції ВГ ($P < 0,05$). Особливо суттєва різниця торкається коефіцієнту ВГ/ОГ: при нормі $5,84 \pm 0,09$ цей показник був знижений в 3,5 рази в основній та в 3,04 рази в групі зіставлення ($P < 0,001$) до початку лікування. Після його завершення коефіцієнт ВГ/ОГ в основній групі збільшився в 2,6 рази відносно вихідного рівня ($P < 0,001$) та склав $4,34 \pm 0,08$, тоді як у групі зіставлення – лише в 1,56 рази та досягнув $3,0 \pm 0,06$, що вірогідно нижче норми – в середньому в 2 рази ($P < 0,001$) та показника в основній групі – в середньому в 1,45 раз ($P < 0,01$). Індекс Ф, який відображає співвідношення між прооксидантними та антиоксидантними властивостями крові, в основній групі мав чітко виражену тенденцію до нормалізації. Так, за 30 днів лікування цей показник збільшився відносно вихідного рівня (до початку лікування) в середньому в 4,6 рази ($P < 0,001$). У групі зіставлення, яка отримувала лише загальноприйняте лікування, за цей же час індекс Ф підвищився лише в 1,46 рази, та після завершення курсу лікування був у 2,7 рази нижче, ніж в основній групі та в 3,1 рази нижче норми ($P < 0,001$).

Таким чином, застосування гірудорефлексотерапії у комплексі лікування хворих на СХВ, сприяє суттєвому зниженню та потім повній нормалізації концентрації СМ, тобто ліквідації СЕМІ, а також нормалізації біохімічних показників, які характеризують рівень ПОЛ та стан системи АОЗ. У осіб, що отримували лише загальноприйняте лікування, відмічалася незначна позитивна динаміка концентрації СМ та біохімічних тестів, які характеризують рівень ПОЛ та стан системи АОЗ та на момент завершення терапії вивчені показники залишалися вірогідно зміненими як відносно відповідного показника в основній групі, так і стосовно відповідних показників норми.

Поряд з нормалізацією або вираженням покращенням вивчених показників у хворих на СХВ основної групи (яка отримувала гірудорефлексотерапію) в ході лікування відмічалася також чітко виражена позитивна динаміка клінічної симптоматики, а саме – поступово зменшувалася вираження астеничних або астено-невротичних проявів, підвищувався загальний емоційний тонус і працездатність пацієнтів, в більшості випадків в них нормалізувалися нічний сон і апетит. У групі зіставлення, яка одержувала тільки симптоматичну терапію в більшості випадків не виявлено стійких позитивних результатів лікування. В них залишалася знижена працездатність, загальна слабкість, нездужання, субфебрилітет та інша суб'єктивна та об'єктивна симптоматика СХВ, зокрема позитивний симптом Дранніка-Фролова, що є надійною клінічною ознакою активації хронічної персистуючої інфекції [].

Таким чином, одержані дані свідчать про клінічну ефективність, патогенетичну обґрунтованість та доцільність використання гірудорефлексотерапії з метою оптимізації лікування хворих з СХВ.

Висновки: 1. До початку лікування клінічна картина СХВ в обстежених хворих була типовою та характеризувалася наявністю астено-невротичного, рідше астено-депресивного симптомомокомплексів на тлі вираженої вегетативної дисфункції, а також про-

явами хронічної персистуючої вірусної інфекції. Обстежені пацієнти з'являли скарги на загальну слабкість, нездужання, підвидку стомлюваність при виконанні своїх звичних професійних і побутових обов'язків, зниження фізичної і розумової працездатності, порушення сну, зменшення апетиту, підвищену дратівливість і емоційну лабільність, нестійкість настрою, загальне зниження емоційного тону, дифузний головний біль тупого, ниючого характеру, запам'ятовування поточних подій, періодично виникаючий субфебрилітет. При об'єктивному обстеженні хворих було виявлено нестійкість артеріального тиску, синусної аритмії, стійкого червоного або змішаного дермографізму, „мармуровість” кистей і передпліч, похолодання кінцівок, акроціаноз, ціаноз губ, збільшення і чутливість або навіть помірна болючість задньошпийних лімфатичних вузлів (позитивний симптом Дранніка-Фролова).

2. При спеціальному біохімічному обстеженні хворих на СХВ було встановлено наявність ознак оксидативного стресу та СЕМІ, що у лабораторному плані проявлялося підвищенням концентрації в сироватці крові СМ (в основній групі в середньому в 4,3 рази, в групі зіставлення – в 4,1 рази), збільшенням вмісту продуктів ПОЛ – МДА в середньому в 2,27 рази в основній групі та в 2,18 рази в групі зіставлення, ДК відповідно в 2,86 та 2,69 рази, показника ПГЕ – в 3,0 та 2,8 рази; а також зменшення активності ферментів системи АОЗ – КТ у хворих основної групи в середньому в 1,3 рази, СОД – в 1,86 рази, в групі зіставлення відповідно в 1,23 рази та 1,7 рази; вміст ОГ у крові підвищувався у хворих основної групи в середньому в 2,1 рази, в групі зіставлення – в 1,92 рази, рівень ВГ був знижений серед хворих основної групи в середньому в 1,7 рази, групи зіставлення – в 1,6 рази, коефіцієнт Ф у пацієнтів основної групи до початку лікування був знижений у середньому в 5,3 рази, у хворих групи зіставлення – в 4,6 рази.

3. Застосування гірудорефлексотерапії у комплексі лікування хворих на СХВ сприяло чітко вираженій позитивній динаміці клінічної симптоматики, а саме зменшенню та ліквідації астеничних або астено-невротичних проявів, підвищенню загального емоційного тону і працездатності пацієнтів, нормалізувалися нічний сон і апетит. У лабораторному плані призначення гірудорефлексотерапії обумовило нормалізацію вивчених біохімічних показників, що свідчило про ліквідацію синдрому оксидативного стресу та СЕМІ.

4. У осіб групи зіставлення, які одержували тільки симптоматичну терапію в більшості випадків не виявлено стійких позитивних результатів лікування, а в лабораторному плані зберігався підвищений вміст продуктів ПОЛ у сироватці крові, а також зменшення активності ферментів системи АОЗ та дисбаланс показників системи глутатіону.

5. Виходячи з отриманих даних, можна вважати патогенетично обґрунтованим та клінічно доцільним і перспективним використання комбінованої гірудорефлексотерапії в комплексі заходів лікування хворих на СХВ.

6. Перспективою подальших досліджень можна вважати продовження вивчення ефективності гірудорефлексотерапії при МППС, зокрема при синдромі підвищеної стомленості.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Акагишев Д.Д. К применению гирудотерапии в медицинской практике // Вестник дерматологии и венерологии / Д.Д. Акагишев. – 1993. – № 4. – С. 68–72.
2. Андреев А.И. Методика определения маляозного диальдегида / А.И. Андреев, Л.А. Кожемякин // Лабораторное дело. – 1988. – № 11. – С. 41 – 43.
3. Баскова И.П. Гирудотерапия: наука и практика / И.П. Баскова, Г.С. Исаханиян. – М.: Медицина, 2004. – 508 с.
4. Волошин О.І. Синдром хронічної втоми: діагностичні та фітотерапевтичні лікувально-профілактичні аспекти / О.І. Волошин, О.В. Пішак, В.А. Васюк // Фітотерапія. Часопис. – 2005. – № 1. – С. 3 – 10.
5. Гаврилов Б.В. Измерение диеновых конъюгатов в плазме крови по УФ-поглощению гептановых и изопропанольных экстрактов / Б.В. Гаврилов, А.Р. Гаврилова, Н.Ф. Хмара // Лабораторное дело. – 1988. – № 2. – С. 60–63.
6. Герашенко Л. Все о пиявке. Гирудотерапия для разных типов людей / Л. Герашенко. – СПб.: Питер, 2007. – 256 с.
7. Герашенко Л. Вам поможет медицинская пиявка. Энциклопедия гирудотерапии / Л. Герашенко, Г. Никонов. – М.: Центрполиграф, 2004. – 208 с.
8. Гирудотерапія / Кузнецова Л.В., Фролов В.М., Пересадин М.О., Зельський І.І. [та інші], під ред. д.мед.н., проф. Л.В. Кузнецової. – Київ, 2010 – 236 с.
9. Гирудотерапевтическая техника: пособие для специалистов / В.А.Савинов, Т.Н. Чабан, Г.Д. Каверзнева. – М.:Аскалепсис, 1999. – 33 с.
10. Голубева Н.Г. Основы биоэнергетической информации / Н.Г. Голубева, М.В. Курик. - Киев: Адеф-Украина, 2007. – 192 с.
11. Дранник Г.Н. Клиническая иммунология и аллергология / Г.Н. Дранник. - [4-е изд.]. – Киев, Полиграф Плюс, 2010. – 552 с.
12. Жаров Д.Г. Секреты гирудотерапии или как лечиться пиявками / Д.Г. Жаров. – Ростов н/Д: Феникс, 2003. – 318 с.
13. Жернов В.А. Гирудотерапия. От народной к восстановительной медицине / В.А. Жернов // Гирудотерапия и гирудотерапевтика. – 2007. – Т. 7. – С. 181-193.
14. Исаханиян Г.С. Медицинские пиявки: их лечебное применение в терапевтической клинике / Г.С. Исаханиян, В.М. Арутюнян // Терапевтический архив. – 1991. – Т. 63, №8. – С. 110-112.
15. Изучение иммуностимулирующего действия биологически активных веществ медицинской пиявки / Фролов А.К., Федотов Е.Р., Колейка В.В. [и др.] // Наука, освіта, реабілітація: матер. IV Міжнарод. науково-методич. конф. – Луганськ: Знання, 2005. Вип. IV. – С. 161-163.
16. К вопросу о природе массо-энергетической информации взаимодействия гирудотерапии / А.И. Крашенинник, Г.Н. Дульнев, О.П. Резункова, К.Г. Коротков // Гирудотерапия и гирудотерапевтика. – 2007. – Т. 7. – С. 163-180.
17. Каменев О.Ю. Лечение пиявками. Теория и практика гирудотерапии / О.Ю. Каменев, А.Ю. Барановский. – СПб.: Питер, 2007. – 58 с.
18. Карасева С.А. Гирудотерапия вновь популярна / С.А. Карасева // Фармацевт–практик. – 2004. – №3. – С. 27–29.
19. Кузнецов А.Н. Лечение пиявками / А.Н. Кузнецов // Вестник семейной медицины. – 2006. – № 6. – С. 14–16.
20. Мазо В.К. Глутатион как компонент антиоксидантной системы желудочно-кишечного тракта / В.К. Мазо // Росс. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1999. – № 1. – С. 47 – 53.
21. Мальцев Г.Ю. Методы определения содержания глутатиона и активности глутатионпероксидазы в эритроцитах / Г.Ю. Мальцев, Н.В. Тышко // Гигиена и санитария. – 2002. – № 2. – С. 69-72.
22. Метод определения активности каталазы / М.А. Королук, А.И. Иванова, И.Г. Майорова, В.Е. Токарев // Лабораторное дело. – 1988. – № 1. – С. 16 – 18.
23. Мещищен И.Ф. Окисление и восстановление глутатиона / И.Ф. Мещищен, И.В. Петров // Укр. биохим. журн. – 1983. – Т. 55, № 4. – С. 571 – 573.
24. Некоторые аспекты использования гирудотерапии в практике врача: методич.рекомедації / Д.А.Варламов, Т.П.Гарник, А.П.Загрцева [и др.] - Киев, 2007. – 35 с.
25. Никонов Г.И. Гирудотерапия. Наука и практика / Г.И. Никонов // Гирудотерапия и гирудотерапевтика. – 2007. – Т. 7. – С. 9-24.
26. Панков В.Е. Современная гирудорефлексотерапия / В.Е. Панков, И.А. Панкова. – М.: Глобус, 2003. – 112 с.
27. Пересадин Н.А. Реабилитация. Стратегия и тактика эффективного восстановления здоровья / Н.А. Пересадин, Т.В. Дьяченко. – Луганск: Знання, 2004. – С. 416–442.
28. Пересадин Н.А. Медицинская пиявка: биологические особенности и перспективы расширения использования в практике медицины / Н.А. Пересадин, В.М. Фролов // Проблемы экологической та медичної генетики і клінічної імунології: зб. наук. праць. – Київ; Луганськ, Харків, 2006. – Вип. 6 (75). – С.22-28.
29. Пересадин Н.А. Особенности биологии, экологии и этиологии медицинской пиявки и перспективы гирудотерапии / Н.А. Пересадин, В.М. Фролов, Л.В. Кузнецова // Проблемы экологической та медичної генетики і клінічної імунології: зб. наук. праць. – Київ; Луганськ, Харків, 2008. – Вип. 5-6 (86-87). – С. 42-71.
30. Пересадин Н.А. Гирудотерапия в современной клинической медицине и реабилитологии / Н.А. Пересадин, В.М. Фролов, Л.В. Кузнецова // Проблемы экологической та медичної генетики і клінічної імунології: зб. наук. праць. – Київ; Луганськ, Харків, 2009. – Вип. 1-2 (88-89). – С. 98-119.
31. Поберезкина Н.Б. Биологическая роль супероксиддисмутазы / Н.Б. Поберезкина, А.Ф. Осинская // Укр. биохим. журн. – 1989. – Т. 61, № 2. – С. 14 – 27.
32. Рассадина Е.В. Особенности биологии, экологии, этиологии и разведения медицинской пиявки в лабораторных условиях / Е.В. Рассадина, Е.М. Романова. – Ульяновск, 2008. – 184 с.
33. Савинов В.А. Основы гирудотерапии / В.А. Савинов. – М.: Аскалепсис, 2004. – 429 с.
34. Савинов В.А. Клиническая гирудотерапия / В.А. Савинов. – Брянск: Кириллица, 2002. – 440 с.
35. Селезнев К.Г. Основы клинической гирудотерапии / К.Г. Селезнев // Лікування та діагностика. – 2001. – №4. – С. 36–40.
36. Способ определения «средних молекул» / В.В. Николайчик, В.М. Монин, В.В. Кирковский // Лаб. дело. – 1991. – № 10. – С. 13 - 18.
37. Сулим Н.И. Основы клинической гирудотерапии / Н.И. Сулим. – М.: Народная медицина, 2003. – Т.1. – 203 с.
38. Фролов В.М. Проблемы иммунологии: от синдрома повышенной утомляемости до синдрома хронической усталости / В.М. Фролов, Г.М. Дранник // Имунологія та алергологія. – 1998. – № 1. – С. 69-81.
39. Фролов В.М. Диагностика синдрома хронической усталости / В.М. Фролов, С.Е. Казакова // Архив психиатрии. – 1998. – № 2 (17). – С. 95 – 102.
40. Фролов В.М. Влияние гирудотерапии на показатели энергетического обмена у больных с синдромом психоэмоционального выгорания / В.М. Фролов, Н.А. Пересадин, А.А. Высокский // Проблемы экологической та медичної генетики і клінічної імунології: зб. наук. праць. – Київ; Луганськ, Харків, 2007. – Вип. 6 (75). – С. 22-28.
41. Фролов В.М. Особенности биологии, экологии и этиологии медицинской пиявки и использование гирудотерапии для лечения хронических заболеваний / В.М. Фролов, Н.А. Пересадин, Л.В.Кузнецова // Проблемы экологической та медичної генетики і клінічної імунології: зб. наук. праць. – Київ; Луганськ, Харків, 2007. – Вип. 6 (75). – С. 96-102.
42. Buchwald D. The post-infectious chronic fatigue syndrome: laboratory abnormalities / D. Buchwald // Epstein-Barr Virus and Human disease. – NY Humana Press, 1989. – P. 419-427.
43. Immunological abnormalities in the chronic fatigue syndrome / A.R. Lloyd, D. Wakiefield, C.R. Boughton, J.M. Dweyer // Med. J. Australia. – 1984. – V. 151 (30). – P. 122-124.

Надійшла 09.09.2011 р.
Рецензент: проф. Ю.Г.Бурмак