

В.М. Князевич, к.м.н., міністр охорони здоров'я України, **Т.П. Гарник**, д.м.н., професор, завідувач кафедри фітотерапії, гомеопатії та біоенергоінформаційної медицини Київського медичного університету Української асоціації народної медицини, **В.М. Фролов**, д.м.н., професор, завідувач кафедри інфекційних хвороб та епідеміології Луганського державного медичного університету, **М.П. Жданова**, к.м.н., директор Департаменту розвитку медичної допомоги МОЗ України, **М.О. Пересадин**, д.м.н., професор кафедри соціальної роботи Луганського інституту праці і соціальних технологій, **В.В. Поканевич**, к.м.н., доцент кафедри загальної гігієни і соціальної медицини Київського медичного університету Української асоціації народної медицини

Ефективність медичної реабілітації осіб, які переохворіли на грип, із застосуванням засобів народної та нетрадиційної медицини

Добре відомо, що після перенесеної грипової інфекції, навіть її неускладненої форми, майже в усіх осіб із тяжким перебігом хвороби та 40-50% реконвалесцентів із середньотяжким перебігом грипу мають місце залишкові явища захворювання у вигляді астеничного або астеноневротичного синдрому, гострого трахеобронхіту, вегетосудинних розладів, що потребує проведення медичної реабілітації.

Крім того, необхідно враховувати, що віруси грипу, особливо А/Н1N1, виявляють значну імуносупресивну дію на організм хворого, що сприяє активізації хронічних вогнищ бактеріальної інфекції та загостренню внаслідок цього хронічних патологічних процесів – хронічного бронхіту (ХБ), синуситів (особливо часто гаймориту), отиту, хронічного фарингіту (ХФ), хронічного пієлонефриту тощо. Встановлено також, що суттєве зниження факторів активності природної протиінфекційної резистентності (ППІР) у реконвалесцентів після перенесеного грипу обумовлює значне підвищення чутливості організму до збудників інфекційних хвороб, особливо вірусних інфекцій. Це сприяє виникненню повторних захворювань, наприклад аденовірусної або риновірусної інфекції, особливо в дітей, що раніше нерідко розцінювали як другу хвилю грипу. Пригнічення ППІР у реконвалесцентів грипу сприяє також активації персистуючих в організмі вірусів, особливо вірусу простого герпесу (ВПГ), цитомегаловірусу (ЦМВ) та вірусу Епштейна-Барр (ВЕБ), що створює умови для виникнення досить поширених у сучасних умовах синдромів підвищеної стомленості (СПС) та хронічної втоми (СХВ).

Медична реабілітація в патогенетичному плані спрямована на ліквідацію післяінфекційного імунодефіциту та синдрому метаболічної інтоксикації (СМІ), а в клінічному – на зникнення проявів післягрипової астенії, нормалізацію самопочуття та працездатності пацієнтів, ефективне лікування загострень хронічних патологічних процесів в організмі (ХФ, ХБ, хронічних синуситів та ін.), які розвиваються за умови активації персистуючої бактеріальної інфекції у зв'язку з пригніченням мукозального імунітету), і загалом відновлення повноцінного здоров'я та якості життя даної особи.

Для детального аналізу потреби в проведенні реабілітаційних заходів після перенесеної грипової інфекції наводимо конкретні дані стану здоров'я осіб, які переохворіли на грип і отримували лікування загальноприйнятими препаратами (ремантадин,

аскорутин, детоксикаційні засоби, жарознижувальні препарати та ін.), та не приймали засобів народної та нетрадиційної медицини, у т. ч. фітопрепаратів (табл. 1, 2), на момент завершення гострого інфекційного процесу.

З даних, наведених у таблиці 1, видно, що в значній кількості осіб, які переохворіли на грип А2 (діагноз був підтверджений методом ІФА), у періоді ранньої реконвалесценції зберігаються скарги на стан здоров'я, особливо після перенесеної тяжкої форми грипу. Загалом ці скарги можуть бути віднесені до клінічних проявів астеничного чи астеноневротичного регістрів або безпосередньо до залишкових явищ грипової інфекції з боку органів дихання. Ці залишкові явища грипу пов'язані насамперед з таким типом для грипової інфекції ураженням, як геморагічно-некротичний трахеобронхіт, оскільки репарація слизової оболонки (СО) трахеї та бронхів після перенесеного тяжкого нападу грипової інфекції триває близько 1,5-2 міс.

Дані об'єктивного обстеження осіб, які переохворіли на грип, у періоді ранньої реконвалесценції узагальнені в таблиці 2.

З даних, наведених у таблиці 2, видно, що об'єктивна клінічна симптоматика у осіб, які переохворіли на грип, у періоді ранньої реконвалесценції складається переважно з двох груп симптомів: вегетативної дисфункції та свідчень наявності залишкових явищ запального процесу в бронхіальній системі. Наявність застійної гіперемії СО задньої стінки глотки пов'язана із загостренням ХФ. Щодо позитивного симптому Дранніка-Фролова, то він свідчить про активацію персистуючої вірусної інфекції (ВПГ, ВЕБ), а в клінічному плані – про загрозу виникнення СХВ (позитивний симптом Дранніка-Фролова є однією з кардинальних ознак для постановки діагнозу СХВ). У частини хворих відзначається також збільшення та чутливість або навіть болісність защеlepних лімфатичних вузлів, як правило, в поєднанні з гіпертрофією піднебінних мигдаликів (ПМ) та наявністю казеозних пробок у лакунах ПМ, що свідчить про загострення хронічного

Таблиця 1. Суб'єктивна симптоматика в осіб, які переохворіли на грип А2, у періоді ранньої реконвалесценції

Частота виявлення кожного симптому	Перебіг грипу А2				P
	середньотяжкий (n=120)		тяжкий (n=56)		
	абс.	% (M±m)	абс.	% (M±m)	
Загальна слабкість	52	43,3±3,2	56	100±5,6	<0,01
Нездужання	50	41,7±3,2	56	100±5,6	<0,01
Зниження апетиту	10	8,3±1,2	19	33,9±3,5	<0,01
Головний біль	8	6,7±1,1	22	39,3±3,6	<0,01
Порушення нічного сну	6	5,0±1,1	26	46,4±3,7	<0,01
Підвищена стомлюваність	42	35,0±3,1	52	92,9±5,5	<0,01
Емоційна лабільність	28	23,3±2,9	32	57,1±4,0	<0,01
Запаморочення	12	10,0±2,1	23	41,1±3,6	<0,01
Дифузні міалгії	4	3,3±1,0	19	33,9±3,5	<0,01
Зниження працездатності	9	7,5±1,2	36	64,3±4,3	<0,01
Кашель	19	15,8±1,6	32	57,1±4,0	<0,01
Виділення мокротиння	6	5,0±1,1	10	17,9±1,8	<0,01
Біль у попереку	3	2,5±1,0	6	10,7±1,5	<0,01
Серцебиття	2	1,6±0,8	5	8,9±1,2	<0,01
Відчуття заложеності в горлі	3	2,5±1,0	23	41,1±3,4	<0,001
Неприємні відчуття (дряпання) за грудиною під час кашлю	6	5,0±1,1	18	33,3±3,4	<0,001
Відчуття запорошеності очей	5	4,2±1,1	16	29,6±3,2	<0,001

Таблиця 2. Об'єктивна клінічна симптоматика в осіб, які переохворіли на грип А2, у періоді ранньої реконвалесценції

Частота виявлення кожного симптому	Перебіг грипу А2				P
	середньотяжкий (n=120)		тяжкий (n=56)		
	абс.	% (M±m)	абс.	% (M±m)	
Сухі хрипи в легенях	15	12,5±2,2	26	46,4±3,7	<0,01
Синусова тахікардія	1	0,83±0,5	5	8,9±1,2	<0,01
Синусова аритмія	5	4,2±1,1	12	21,4±2,8	<0,01
Похолодання кінцівок	6	5,0±1,1	16	29,6±3,2	<0,01
Акроціаноз	2	1,6±0,8	10	17,9±1,8	<0,01
Тривалий червоний дермографізм	6	5,0±1,1	15	26,8±2,9	<0,01
Нестійкість артеріального тиску	4	3,3±1,0	12	21,4±2,7	<0,01
Застійна гіперемія СО задньої стінки глотки	10	8,3±1,2	11	19,6±1,9	<0,01
Збільшення та чутливість:					
– задньощийних лімфовузлів (симптом Дранніка-Фролова)	9	7,5±1,2	12	21,4±2,7	<0,01
– защеlepних лімфовузлів	10	8,3±1,2	13	23,2±2,8	<0,01
Гіпертрофія ПМ	12	10,0±2,1	12	21,4±2,7	<0,01
Наявність казеозних пробок у ПМ	11	9,2±2,0	10	17,9±1,8	<0,01
Субфебрилітет у вечірній час	13	10,8±2,1	14	25,9±2,9	<0,01

тонзиліту (ХТ). У 10±2,1% випадків у реконвалесцентів після завершення грипової інфекції із середньотяжким перебігом та у 25,9±2,9% випадків після перенесеного в тяжкій формі грипу відмічається субфебрилітет, переважно у вечірній час (як правило, в межах 37,2-37,5 °С), що можна пов'язати із загостренням хронічних вогнищ бактеріальної інфекції в ЛОР-органах (ХФ, ХТ, хронічний гайморит тощо) або активацією персистуючої вірусної інфекції (ВПГ, ВЕБ).

Виходячи з отриманих даних клінічного обстеження, які дозволили встановити істотну частоту загострення хронічних патологічних процесів бактеріальної етіології, а також наявність залишкових явищ гострого інфекційного процесу та активацію персистуючої вірусної інфекції, що підтверджується проведенням спеціального дослідження на наявність у крові хворих специфічних антитіл (анти-ВПГ та анти-ВЕБ) методом ІФА, було доцільним проаналізувати

основні патогенетичні механізми виявленої патології в плані порушень імунного та метаболічного гомеостазу. Для цього усі реконвалесценти грипу А2, які знаходилися під наглядом, були розподілені на 2 підгрупи. До першої увійшли пацієнти з відсутністю явних ознак залишкових явищ грипу, крім помірно вираженої астєнії, яка мала місце у частини хворих (122 особи), до другої – пацієнти з наявністю чітко виражених залишкових явищ перенесеної грипозної інфекції, нерідко – загострень хронічних вогнищ бактеріальної інфекції (52 особи). В обох підгрупах було здійснено імунологічне дослідження з метою оцінки імунного стану пацієнтів, зокрема проведено вивчення показників клітинної ланки імунітету, а саме: кількості Т-(CD3), В-(CD22+) лімфоцитів, субпопуляції Т-хелперів/індукторів (CD4+) та Т-супресорів/кілерів (CD8+) у цитотоксичному тесті з використанням моноклональних антитіл (МКАТ). У роботі використовували комерційні МКАТ класів CD3+, CD4+, CD8+, CD22+. Підраховували імунорегуляторний індекс CD4/CD8 (Th/Ts). Функціональна активність Т-лімфоцитів вивчалася за допомогою реакції бластної трансформації лімфоцитів (РБТЛ) при постановці мікрометодом з використанням в якості неспецифічного мітогену фітогемаглютиніну (ФГА). Отримані дані узагальнені в таблиці 3.

З даних, наведених у таблиці 3, видно, що у хворих першої підгрупи, в яких були відсутні чітко виражені залишкові ознаки перенесеної грипозної інфекції, вивчені показники клітинної ланки імунітету в періоді ранньої реконвалесценції наближені до нижньої межі норми ($p > 0,05$). У той же час у другій підгрупі обстежених мали місце чітко виражені залишкові ознаки інфекційного процесу, відмічалася пригнічення ряду показників клітинної ланки імунітету, а саме: вірогідне зниження рівня CD3+ клітин (загальна популяція Т-лімфоцитів) у відносному вимірі в середньому в 1,36 разу порівняно з нормою ($p < 0,05$) та в абсолютному підрахуванні в 1,5 разу ($p < 0,01$). Кількість лімфоцитів з фенотипом CD4+ (Т-хелперів/індукторів) була зниженою у хворих другої підгрупи в цей період обстеження в середньому в 1,26 разу відповідно до норми у відносному вимірюванні ($p < 0,05$) та в 1,4 разу – в абсолютному ($p < 0,05$). Імунорегуляторний індекс CD4/CD8 у пацієнтів другої підгрупи був знижений в середньому в 1,2 разу відносно норми ($p < 0,05$). Відмічалось також зниження показника РБТЛ з ФГА у пацієнтів другої підгрупи в 1,36 разу порівняно з нормою ($p < 0,05$). Отже, отримані дані свідчать, що в патогенетичному плані наявність залишкових явищ перенесеної грипозної інфекції, як правило, характеризується збереженням у хворих із зазначеною симптоматикою вторинного імунодефіцитного стану (післяінфекційного імунодефіциту). Це дає підстави вважати, що при проведенні медичної реабілітації таких пацієнтів необхідно обов'язково використовувати імуноактивні препарати, що сприятимуть відновленню стану імунологічного гомеостазу, зокрема нормалізації показників клітинної ланки імунітету в осіб, які перехворіли на грип.

Імунологічні показники	Норма	Підгрупи обстежених		P	
		перша (n=122)	друга (n=52)		
CD3+	%	69,6±1,6	66,4±2,2	51,2±2,1**	<0,05
	абс., × 10 ⁹ /л	1,3±0,03	1,2±0,04	0,87±0,03**	<0,01
CD4+	%	45,5±1,2	43,2±1,3	36,1±1,4**	<0,05
	абс., × 10 ⁹ /л	0,86±0,02	0,77±0,03	0,61±0,03**	<0,05
CD8+	%	22,5±0,8	22,8±1,2	21,2±1,3	>0,05
	абс., × 10 ⁹ /л	0,42±0,015	0,41±0,02	0,36±0,02	>0,05
CD4/CD8		2,02±0,03	1,89±0,03	1,7±0,02**	<0,05
CD22+	%	21,6±0,9	22,5±1,3	23,8±1,4	>0,05
	абс., × 10 ⁹ /л	0,41±0,02	0,41±0,02	0,4±0,02	>0,1
РБТЛ з ФГА, %		65,5±2,2	60,8±2,3	48,2±2,1**	<0,05

Примітки: вірогідність розбіжностей відповідно до норми: * – при $p < 0,05$, ** – при $p < 0,01$; стовпчик p – вірогідність розбіжностей між відповідними показниками в осіб першої та другої підгруп.

Серед фітозасобів у цьому плані традиційно використовують препарати з чебрецю повзучого (*Thymus serpyllum* L.) – багаторічної трав'янистої рослини, яка була відома ще давньогрецьким лікарям. До складу трави чебрецю входить 0,8-1,2% ефірної олії, яка містить до 30% тимолу, що виявляє високу антибактеріальну та дезінфікуючу активність. Крім того, трава чебрецю містить дубильні речовини, флавоноїди, органічні кислоти – яблучну, олеонолову, урсолову, трирпенову та ін. Лікарські властивості чебрецю пов'язують у першу чергу з наявністю в його складі ефірної олії (тимолу та карвакролу). Під час перорального приймання настій трави квітучого чебрецю виявляє відхаркувальний, чітко виражений протизапальний ефект щодо уражень СО бронхолегеневої системи; крім того, підвищує тонус шлунково-кишкового тракту і стимулює секрецію залоз травної системи, чинить дезінфікуючий вплив, ліквідує спастичний біль у шлунку та кишечнику. Найчастіше настій трави чебрецю використовують саме за наявності застудних хвороб, оскільки під час його приймання посилюється секреція залоз СО бронхів, внаслідок чого мокротиння розріджується і полегшується його відділення; крім того, внаслідок дезінфікуючої та протизапальної дії зменшується вираженість запального процесу в бронхах та збільшується їхня прохідність.

У традиційній медицині використовують настій трави чебрецю (*Inf. Herb. Serpylli* 15,0-200,0), рідкий екстракт (*Extr. Hb. Serpylli fluidum*) та офіційний препарат із трави чебрецю – пертусин. Показаннями для призначення препаратів із трави чебрецю є гострі запальні процеси у верхніх дихальних шляхах, гострий бронхіт, пневмонія (як відхаркувальний засіб), а також загострення хронічних хвороб шлунково-кишкового тракту.

У народній медицині настій трави чебрецю рекомендується приймати як відхаркувальний та протизапальний засіб у разі тривалого стійкого кашлю, болю в грудях, бронхіту, туберкульозу легенів, бронхіальної астми та інших хвороб органів дихання, а також як знеболювальний засіб. Встановлено, що вживання препаратів чебрецю разом із природним бджолиним медом протягом двох-трьох тижнів у більшості хворих сприяє повному одужанню, ліквідації кашлю та супутніх проявів астєнічного характеру,

покращує якість життя пацієнтів. За надсадного кашлю, який має місце у частини осіб після перенесеної грипозної інфекції, у разі необхідності рекомендується також використовувати фітопрепарати з багна болотяного (*Ledum palustre* L.). Відомо, що на Поліссі й на Волині чай з багна (25,0 г сухої трави на 1 л окропу) вважають ефективним засобом у разі застуди та болісного кашлю, що зберігається протягом тривалого часу. Такий чай п'ють по півсклянки 5-6 разів на день, при цьому настій багна болотяного не лише тимчасово полегшує стан хворих – за умови тривалого вживання (протягом 2 тижнів) він сприяє повному одужанню.

За наявності в осіб, які перехворіли на грипозну інфекцію, виражених астєнічних та астєноневротичних проявів доцільно призначати фітопрепарати з липового цвіту разом з натуральним бджолиним медом (бажано липовим), оскільки при цьому внаслідок потужного потогінного ефекту з організму виводиться значна кількість токсичних речовин, що містяться у крові та інших біологічних рідинах хворого і викликають СМІ. Показано, що у хворих із наявністю залишкових явищ перенесеної грипозної інфекції упродовж тривалого часу можуть зберігатися прояви СМІ, що в клінічному плані характеризується саме наявністю вираженого астєноневротичного симптомокомплексу. Такий патологічний стан документується лабораторно шляхом вивчення вмісту в сироватці крові пацієнтів так званих середніх молекул (СМ), тобто речовин із молекулярною масою від 300-500 до 5000 D, що, як

правило, є високотоксичними. За хімічним складом 60-70% СМ – середньомолекулярні пептиди, тобто олігопептиди. Це ланцюжки з амінокислот (від 7-9 до 11), які виникають у разі деструкції макромолекул білка внаслідок перевернутого метаболізму. У нормі в здоровому організмі вони відсутні. Саме ці олігопептиди і викликають СМІ. Було встановлено, що за норми показника СМ 0,52±0,02 г/л у реконвалесцентів грипу з наявністю залишкових явищ хвороби рівень СМ підвищений до 1,5-2,8 г/л та навіть більше, тобто в 1,9-5,4 разу вище норми. Це свідчить про виражену метаболічну інтоксикацію та необхідність її ліквідації в ході медичної реабілітації. Із засобів народної медицини саме використання настою липового цвіту (2 чайні ложки на 250,0 мл окропу; приймати по 100 мл 3 рази на день) разом із натуральним липовим медом (60-80 г на добу) є найбільш ефективним у плані поступового зменшення та подальшого зникнення проявів СМІ, а в клінічному відношенні – вживання настою липового цвіту разом з бджолиним медом сприяє нормалізації самопочуття та зникненню астєноневротичної симптоматики. Останнім часом імуномодуючу дію відвару з липового цвіту підтверджено в клінічних умовах: встановлений його позитивний вплив на стан клітинної ланки імунітету в осіб, які перенесли грипозну інфекцію, а також у пацієнтів із СХВ та СПС. Крім того, показано, що вживання липового меду разом з настоєм липового цвіту більш ефективно, ніж застосування кожного із цих засобів окремо як у клінічному плані, так і стосовно нормалізації імунологічних показників. Тому при проведенні медичної реабілітації хворих, які перенесли грипозну інфекцію, рекомендується вживати липовий мед разом із настоєм липового цвіту. Корисно приймати також зелений чай з лимоном та медом, це сприяє підвищенню стійкості капілярів та покращує мікрогемодинаміку внаслідок отримання пацієнтом комбінації аскорбінової кислоти (вітаміну С), що міститься у лимонах, та кверцетину (вітаміну Р), на який багатий зелений чай.

Отже, клінічний досвід показує, що в медичній реабілітації пацієнтів, які перехворіли на грип, необхідно використовувати комбінований підхід – застосовувати засоби фітотерапії, апітерапії, інші заходи народної та нетрадиційної медицини.

Далі буде.



НЕКРОЛОГ

27 декабря 2009 г. на 92-м году жизни скончалась **заслуженный деятель науки, лауреат Государственной премии СССР, заслуженный врач Украины, доктор медицинских наук, профессор Ольга Матвеевна Авилова**, специалист мирового уровня, чей вклад в развитие торакальной хирургии неоспорим.

Свой профессиональный путь Ольга Матвеевна начала в годы Великой Отечественной войны в качестве хирурга полевого госпиталя. С 1975 по 1988 гг. О.М. Авилова руководила созданной по ее инициативе многопрофильной кафедрой пульмонологии Киевского государственного института усовершенствования врачей.

Организация Киевского городского пульмонологического центра, в котором ежегодно повышают квалификацию и совершенствуют свои знания врачи разных специальностей, – также заслуга профессора О.М. Авиловой. Кроме того, при деятельном участии Ольги Матвеевны в 1976 г. в Украине была организована служба специализированной неотложной помощи при различных острых патологиях органов грудной клетки. За вклад в развитие отечественной медицинской науки О.М. Авилова была награждена орденами Красной Звезды, Трудового Красного Знамени, Отечественной войны II степени и 9 медалями.

Профессор О.М. Авилова останется в памяти как пионер реконструктивной хирургии трахеи и бронхов в бывшем СССР, автор выдающихся научных работ в области диагностики и оперативного лечения заболеланий трахеи, бронхов и пищевода, а также как талантливый педагог, воспитавший целое поколение ученых-хирургов.

