

ДИНАМІКА ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ТА МОРФОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ МІКРОГЕМОЦИРКУЛЯЦІЇ ПРИ ВИКОРИСТАННІ ФІТОЗАСОБУ АЛФАГІНУ У ХВОРИХ З СИНДРОМОМ МЕНЕДЖЕРА

Гарник Т.П., Фролов В.М., Пересадин М.О., Петруня А.М.

Медичний інститут асоціації народної медицини України (Київ); Луганський державний медичний університет; Луганський інститут праці і соціальних технологій

Гарник Т.П., Фролов В.М., Пересадин Н.А., Петруня А.М. Динамика функциональных и морфологических показателей микрогемодикуляции при использовании фитосредства алфагина у больных с синдромом менеджера // Украинский морфологический альманах. - 2009. - Том 7, № 2. - С. 38-42.

Была изучена динамика функциональных и морфологических показателей микрогемодикуляции при использовании фитосредства алфагина у больных с синдромом менеджера. Установлено, что у больных с синдромом менеджера имеют место морфологические нарушения во всех отделах микроциркуляторного русла - сосудистом, внутрисосудистом и внесосудистом, которые касаются капилляров, артериол и венул. Препарат растительного происхождения алфагин оказывает позитивное влияние на состояние микроциркуляторного русла и способствует нормализации микрогемодинамики.

Ключевые слова: синдром менеджера, микрогемодинамика, алфагин.

Гарник Т.П., Фролов В.М., Пересадин М.О., Петруня А.М. Динаміка функціональних та морфологічних показників мікрогемодикуляції при використанні фітозасобу алфагіну у хворих з синдромом менеджера // Український морфологічний альманах. - 2009. - Том 7, № 2. - С. 38-42.

Була вивчена динаміка функціональних і морфологічних показників мікрогемодикуляції при використанні фітозасобу алфагіну у хворих з синдромом менеджера. Встановлено, що у хворих з синдромом менеджера мають місце морфологічні порушення у всіх відділах мікроциркуляторного русла - судинному, внутрішньосудинному і позасудинному, які стосуються капілярів, артеріол і венул. Препарат рослинного походження алфагін надає позитивний вплив на стан мікроциркуляторного русла і сприяє нормалізації мікрогемодинаміки.

Ключові слова: синдром менеджера, мікрогемодинаміка, алфагін.

Garnik T.P., Frolov V.M., Peresadin N.A., Petrunya A.M. Dynamic of functional and morphological indexes of microhaemodilation at the use of phytopreparation alfagin at patients with the manager's syndrome // Український морфологічний альманах. - 2009. - Том 7, № 2. - С. 38-42.

The dynamic of functional and morphological indexes of microhaemodilation at the use of phytopreparation alfagin for patients with the manager's syndrome was studied. It is set that for patients with the manager's syndrome the morphological violations in all of departments of microvasculature - vascular, intravascular and extravascular take a place, which are up to capillaries, arterioles and venules. Phytopreparation alfagin is rendered by positive influence on the state of microvasculature and instrumental in normalization of microhaemodynamic.

Key words: manager's syndrome, microhaemodynamic, alfagin.

Вступ. Синдром менеджера (СМ) (син. – офісний синдром) – поняття, яке близько до так званого синдрому вигорання («burn-out syndrome»), який виявляється за останні часи серед осіб, що постійно мешкають в офісах компаній, пов'язаних з постійними контактами з багаточисельними клієнтами та має клінічну картину близьку до синдрому підвищеної стомленості або хронічної втоми [9]. Відомо, що на СМ страждають переважно робітники так званих соціономічних професій, причому в якості детермінант вигорання відносять надлишок спілкування в процесі роботи (менеджери, викладачі), значні психоемоційні навантаження та матеріальну відповідальність (економісти, бухгалтери, працівники банків, касири) досить високий соціальний статус, який відповідає менеджерам середньої ланки [17]. В науковій літературі психологічного напрямку в теперішній час є значна кількість публікацій, присвячених саме СМ та аналізу психологічних механізмів його формування, а також підходів до його корекції, причому всі вони торкаються лише чисто психологічних аспектів даного синдрому [8, 17], що на наш погляд додає односторонності аналізу проблеми виникнення цього синдрому. Авторами даної публікації за останні 10-15 років суттєва увага приділяється вивченню патогенетичних механізмів формування синдромів, які відносять до межових психічних порушень: хронічної втоми, підвищеної стомленості, вигорання, а також так званого офісного синдрому, який більша частина авторів вважає синонімом або близьким поняттям до СМ [1].

При цьому клінічний досвід свідчить, що найбільш перспективним в лікуванні та медичної реабілітації хворих на такі межові патологічні стани, в тому числі СМ можуть бути препарати рослинного походження, оскільки вони мають відносно низьку токсичність у порівнянні з психотропними ліками синтетичного походження, в тому числі антидепресантами [4]. Важливо також, що деякі з фітопрепаратів, особливо ліки, які виробляються із рослин родини аралієвих (женьшень, елеутерококк, лимонник, заманиха та інші) володіють чітко вираженою адаптогенною дією [3]. Оскільки аналіз світової наукової літератури показує про низьку ефективність підходів лише психотерапевтичного характеру при лікуванні хворих на СМ [9], як це раніше показано і стосовно професійного вигорання у медичних робітників [22]. Виходячи з цього, можна вважати актуальним пошук нових патогенетично обґрунтованих заходів в терапії даного патологічного стану.

У наших попередніх роботах було встановлено, що у хворих на СМ мають місце чітко виражені патологічні порушення біохімічного та імунологічного гомеостазу поряд з розладами мікрогемодинаміки, що нерідко призводить до тривалого збереження погіршення стану здоров'я пацієнтів. Тому можна вважати, що виявлені порушення потребують відповідної корекції.

Оскільки при лікуванні та медичної реабілітації хворих на СМ фармакотерапевтичними засобами потрібно досить тривале введення лікарських препара-

ратів, в тому числі повторними курсами, можна вважати, що перспективним при даній патології є саме використання сучасних комбінованих фітопрепаратів, спрямованих на відновлення імунного, метаболічного гомеостазу та стану мікрогемоциркуляції [14, 19]. Такий лікувальний підхід повністю відповідає також сучасній стратегії ВООЗ у збільшенні значення фітотерапії в лікуванні хронічних захворювань, в тому числі межових психопатологічних процесів, до яких відноситься СМ [4]. При аналізі можливостей фармацевтичного ринку нашу увагу привернув сучасний комбінований фітопрепарат алфагін, показаннями для застосування якого є наявність патологічних станів астенічного або астено-невротичного регістрів [2].

Раніше нами вже була досліджена ефективність алфагіну при синдромі вигорання [5-7]. При цьому було встановлено, що включення алфагіну до терапевтичного комплексу у хворих на синдром психоемоційного вигорання сприяло покращенню загального стану пацієнтів та зменшенню в них астенічної, астено-невротичної або астено-депресивної симптоматики [5]. Показово, що введення комбінованого фітозасобу алфагіну позитивно впливало також на імунологічні показники у хворих з синдромом вигорання, що характеризувалося підвищенням функціональної активності макрофагально-моноцитарної фагоцитуючої системи [5], ліквідацією Т-лімфопенії, нормалізацією субпопуляційного складу Т-лімфоцитів, підвищенням функціональної активності Т-клітин за даними реакції бласттрансформації лімфоцитів [7]. Найбільш важливим, на наш погляд, є дані щодо позитивного впливу фітозасобу алфагіну на стан мікрогемодинаміки у хворих з синдромом вигорання [6]. Було встановлено, що при застосуванні алфагіну у хворих з синдромом вигорання відзначалося зменшення виразності морфологічних і функціональних порушень з боку мікроциркуляторного русла (МЦР), зниження інтенсивності складж-синдрома у мікросудинах, зростання числа функціонуючих капілярів та поліпшення в них кровотока [6]. Виходячи з цих даних ми вважали доцільним провести дослідження щодо можливого позитивного впливу алфагіну на стан мікрогемоциркуляції у хворих зі СМ.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами: робота є фрагментом теми комплексної науково-дослідницької роботи Медичного інституту асоціації народної медицини України (Київ), Луганського державного медичного університету та Луганського інституту праці і соціальних технологій "Синдром менеджера: патогенез, лікування, медична і соціальна реабілітація" (№ держреєстрації 0104U003269).

Метою роботи було дослідження динаміки функціональних та морфологічних показників мікрогемоциркуляції при використанні комбінованого фітозасобу алфагіну у хворих зі синдромом менеджера.

Матеріали та методи дослідження. Було обстежено 67 хворих з діагнозом СМ у віці від 25 до 55 років, з них чоловіків було 37 (55,2%) та жінок - 30 (44,8%). За даними анамнезу тривалість захворювання у обстежених складала від 1,5 до 3,5 років з поступовим погіршенням психоемоційного стану.

Обстежені пацієнти були розподілені на дві групи – основну (33 особи) та групу зіставлення (34 хворих), що були рандомізовані за віком, статтю, тер-

міном розвитку СМ. Хворі основної групи в комплексі лікування отримували комбінований фітопрепарат алфагін по 2 капсули 2 рази на день після вживання їжі протягом 30-40 діб поспіль, пацієнти групи зіставлення лікувалися лише за допомогою загальноприйнятої терапії (полівітаміни, загальнозміцнюючі засоби). В обох групах здійснювалася раціональна психотерапія фахівцем медичним психологом.

Фітозасіб алфагін затверджений Наказом МОЗ України № 417 від 23.07.2007 р. в якості лікарського препарату, зареєстрований в Україні як тонізуючий засіб при астенічних станах, неврастенії, перевтомі, в період одужання після інфекційних захворювань та дозволений до клінічного застосування (реєстраційне посвідчення № UA/6713/01/01). До складу комбінованого фітопрепарату алфагіну входять рослини, які використовуються у традиційній медицині Сходу (китайської, тибетської та індійської): екстракти коріння женьшеню, коріння елеутерококка колючого, стебел та листя люцерни посівної, плодів ембліки лікарської насіння пажитника грецького [2].

Відомо, що женьшень (*Panax ginseng*) входить до складу більш ніж половини складних рецептів традиційної емпіричної медицини Китаю та Індії, оскільки китайські та індійські лікарі вважають його засобом, нормалізуючим циркуляцію енергії в організмі та навіть сприяючим його омолодженню [12]. Корінь женьшеня містить тритерпенові глікозиди (панаксозиди), що за хімічним складом відносяться до тетрациклічних тритерпенів даммаранового ряду [15, 23]. Дані сполуки обумовлюють тонізуючу дію, стимулюють синтез білків, знижують рівень цукру у крові, підвищують розумову та фізичну активність [24]. В клінічному плані препарати з женьшеню володіють стимулюючим, адаптогеним, тонізуючим та загальнозміцнюючим ефектами [12].

Корінь елеутерококка колючого (*Rad. Eleutherococci senticosus*) містить у своєму складі полісахариди, що мають імуностимулюючу дію, елеутерозиди (аукостерол, глікозид кумарину, сирінгарезитенол), сапоніни, гетероглікани (елеутерани) [24]. Завдяки наявності елеутерозидів засоби з елеутерококка колючого підвищують розумову та фізичну працездатність, стійкість до неблагоприятних чинників довкілля, підвищують гостроту зору, покращують обмін речовин, оказують помірно виражений стимулюючий гонадотропний та гіпогікемічний ефекти, володіють адаптогенною дією [12, 15, 23].

У стеблах та листях люцерни посівної (*Нb. Medicago sativa*) містяться сапонозиди, циклічні сполуки, фітоестрогени (геністеїн, куместрол), амінокислоти, таніни, ненасичені жирні кислоти, вітаміни А та С, кальцій, фосфор, залізо [21, 23]. Засоби з люцерни посівної підвищують апетит, стимулюють життєздатність, володіють сечогінним ефектом, що обумовлює чітко виражену дезінтоксикаційну дію [21, 24].

Плоди ембліки лікарської (*Fruct. Emblicae officinalis*) містять в значній кількості аскорбінову та нікотинову кислоти, а також каротин, рибофлавін, тіаміну бромід, метіонін, триптофан, кальцій, залізо, фосфор; крім того, у м'якуші плодів багато флавоноїдів, дубильних речовин і пектину [24]. Препарати з ембліки лікарської застосовують як стимулятор травлення, а також з метою сповільнення процесів старіння, зміцнення серцевого м'язу, подолання астенічних та депресивних станів, підвищення антиінфекційних

спроможностей сироватки крові та шкіри внаслідок стимуляції імунних механізмів [21, 23].

Насіння пажитника грецького (*Fruct. Trigonella foenum-graecum*) містить стероїдні глікозиди (сапогенини), холестерин, холін, дубильні речовини, нуклеопротейни, ефірні масла, алкалоїди (тригонелін), жирне масло, слизисті речовини [24]. Пажитник грецький володіє зміцнюючим, протизапальним, кардіотонізуючим, сечогінним та піотензивним ефектами [21, 23].

Для реалізації мети роботи у хворих з діагнозом СМ, які знаходилися під наглядом, вивчали функціональні та морфологічні показники мікрогемодинаміки. В якості основного методу вивчення стану мікроциркуляції використовували біомікроскопію бульбарної кон'юнктиви (ББК), яку здійснювали за допомогою фотоцилінної лампи ПЦА-2М при 70-кратному збільшенні [20].

При проведенні ББК внутрісудинну агрегацію формених елементів крові оцінювали по визначенню складж-феномена [13]. При аналізі морфологічних показників стану МЦР враховували зміни форми й діаметра мікросудин, характеру та швидкості кровотоку, а також наявність і вираженість периваскулярних змін [10]. Кількісну оцінку порушень стану мікроциркуляції здійснювали по бальній системі з обчисленням кон'юнктивальних індексів (КІ): судинних змін (КІ₁), внутрішньосудинних змін (КІ₂), а також позасудинних (периваскулярних) порушень (КІ₃) з обчисленням загального кон'юнктивального індексу (КІ_{заг.} згідно формули: $KI_{заг.} = KI_1 + KI_2 + KI_3$ [16].

Отримані результати оброблялися математично на персональному комп'ютері Celeron 300A з застосуванням стандартних пакетів прикладних програм Microsoft Office 97, Microsoft Excel 6.1/prof й Statistica. При цьому враховувалися особливості застосування статистичних методів у клінічних випробуваннях [11].

Отримані дані та їх обговорення. При клінічному обстеженні пацієнтів з діагнозом СМ до початку проведення лікування було встановлено, що у таких хворих мали місце прояви астено-невротичного або астено-депресивного регістрів. Найбільш типовими скаргами осіб, що були під наглядом, були виражена загальна слабкість, нездужання, недолік емоцій, байдужість і втома, відчуття фрустрації і безпорадності, підвищена дратівливість, емоційна лабільність, нездатність зосередитися, депресія, відчуття провини, втрата сподівань як особистого так і професійного характеру, цинізм і черствість в роботі та особистому житті. Практично у всіх обстежених з діагнозом СМ мало місце зниження фізичної і розумової, перш за все професійної працездатності, падіння ефективності трудового процесу і якості праці. Крім того, хворі на СМ з'являли скарги на дифузний головний біль тиснучого або невизначеного

характеру без чіткої локалізації, що істотно посилювався при розумовому навантаженні професійного характеру, напруження м'язів шиї і спини, яке поєднувалося з відчуттям їх скутості, зниження апетиту, а у окремих пацієнтів, навпаки, його різке підвищення, що граничить з булімією, порушення сну у вигляді пізнього засипання, раннього просинання, поверхневого нічного сну з частими пробудженнями і кошмарними сновидіннями з відсутністю відчуття утрішньої свіжості і повноцінного нічного відпочинку. У частини хворих, що спостерігалися нами, відзначалося часткове або повне перекидання формули сну у вигляді безсоння в нічний час і підвищеної сонливості вдень, особливо в період виконання пацієнтами своїх професійних обов'язків.

При проведенні ББК встановлено, що до початку проведення лікування відмічалися чітко виражені порушення з боку мікрогемодинаміки, які характеризувалися спазмом артерій, звивистістю і нерівномірністю калібру венул і капілярів, зменшенням кількості функціонуючих капілярів з утворенням внаслідок цього аваскулярних зон, нерідко появою сітчастої структури мікросудин, що є ознакою функціонуючих АВА, зменшенням АВК до 1:4 - 1:5; уповільненням кровотоку; виникненням складж-синдрому І-ІІ ступеня у венулах і капілярах у вигляді гранулярно-зернистого кровотоку; наявності периваскулярного набряку та мікрогеморагій та пігментних плям бурого кольору у позасудинних ділянках, у низці мікросудин, частіше артерій, відмічалася наявність мікроаневризм.

При вивченні КІ було встановлено, що до початку проведення лікування всі вони були вірогідно вище норми, причому кратність збільшення КІ в основній групі та групі зіставлення стосовно норми були практично однаковими (табл. 1). Дійсно, при аналізі даних, що наведені у таблиці 1 видно, що КІ₁, який відображає вираженість судинних порушень, був збільшений в основній групі в середньому в 3,5 рази ($P < 0,01$) та в групі зіставлення в 3,48 разів ($P < 0,01$). КІ₂, що відтілює ступень внутрішньосудинних порушень мікрогемодинаміки, був підвищений у хворих основної групи в середньому в 2,88 рази стосовно норми ($P < 0,01$) та в групі зіставлення в 2,78 разів ($P < 0,01$). Показник КІ₃, який характеризує стан параваскулярних зон системи мікрогемодинаміки, в цей період дослідження був підвищений в основній групі в середньому в 16,5 рази ($P < 0,001$) та в групі зіставлення в 15,6 рази ($P < 0,001$). При цьому загальний кон'юнктивальний індекс (КІ_{заг.}), який відображає ступінь кількісних змін мікроциркуляції, в основній групі був підвищений в середньому в 3,66 рази ($P < 0,001$) стосовно норми та в групі зіставлення в - 3,59 рази перевищував відповідний показник норми ($P < 0,001$).

Таблиця 1. Показники мікрогемодинаміки у хворих на СМ до початку проведення лікування ($M \pm m$)

КІ	Норма	Основна група (n=33)	Група зіставлення (n=34)	P
КІ _{заг.}	3,5±0,2	12,8±0,4***	12,54±0,3***	>0,05
КІ ₁	2,2±0,14	7,7±0,18***	7,65±0,22***	>0,05
КІ ₂	1,2±0,18	3,45±0,11**	3,34±0,13**	>0,05
КІ ₃	0,1±0,01	1,65±0,02***	1,56±0,03***	>0,05

Примітка: в табл. 1 та 2: вірогідність різниці відносно норми * - при $P < 0,05$, ** - $P < 0,01$, *** - $P < 0,001$; стовпчик Р – вірогідність різниці між показниками основної групи та групи зіставлення.

Таким чином, отримані дані свідчать, що у обстежених хворих на СМ до початку проведення лікування мали місце суттєві порушення з боку мікрогемодинаміки, які охоплювали усі відділи МЦР: судинний, внутрішньосудинний та позасудинний. В цілому це характеризує стан мікрогемодинаміки як сут-

тєвий. При проведенні ББК встановлено, що до початку проведення лікування відмічалися чітко виражені порушення з боку мікрогемодинаміки, які характеризувалися спазмом артерій, звивистістю і нерівномірністю калібру венул і капілярів, зменшенням кількості функціонуючих капілярів з утворенням внаслідок цього аваскулярних зон, нерідко появою сітчастої структури мікросудин, що є ознакою функціонуючих АВА, зменшенням АВК до 1:4 - 1:5; уповільненням кровотоку; виникненням складж-синдрому І-ІІ ступеня у венулах і капілярах у вигляді гранулярно-зернистого кровотоку; наявності периваскулярного набряку та мікрогеморагій та пігментних плям бурого кольору у позасудинних ділянках, у низці мікросудин, частіше артерій, відмічалася наявність мікроаневризм.

тєво порушєний, внаслідок чого може відмїчатися значне зменшення мїкроперфузїї органїв та тканин [18]. Данї, отриманї нами при проведеннї ББК, пїдтверджуються також результатами морфометрїї капїлярїв ногтьового ложа, при якїй виявлено блїдїсть і каламутнїсть фону, зниження числа функціонуючих капїлярних петель у полі зору, відмїчалось порушення форми капїлярїв, мало мїсце зниження швидкостї кровотоку, навїть до його зупинки у низцї мїкросудин. Це, безумовно, негативно впливає на функціональний стан печїнки та сприяє порушенням метаболїчних процесїв, в тому числї енергетичного метаболїзму, у зв'язку з чим страждає енергозабезпеченїсть клїтинних систем органїзму обстежєних хворих [13, 20].

В клїнічному планї застосування алфатїну сприяло покращєнню самопочуття хворих, зменшенню

або лїквідацїї загальної слабкостї, нездужання, пїдвищенню працездатностї, забезпечило відновленню апетиту, покращєння емоційного стану, нормалїзацію сну, зменшення дратївлївостї та проявїв емоційної лабїльностї.

При повторному проведеннї ББК у динамїцї було встановлено, що в ходї лїкування в основнїй групї хворих, якї отримували комбїнований фїтозасїб алфатїн, мала мїсце чїтко виражена тенденція до нормалїзацїї показникїв МЦР, в тому числї зниження АВК, зникнення аваскулярних зон і сїтчастїї структури судин, прискорєння кровотоку і зникнення стазу кровї, лїквідацїї сладж-синдрому в артерїолах і капїлярах і периваскулярного набряку. У цих хворих поступово розсмоктувалися мїкрогеморагїї, та в цїлому покращувався стан мїкрогемодїркуляцїї, про що свїдчить пїдрахунок КІ (табл. 2).

Таблиця 2. Показники мїкрогемодїркуляцїї у хворих на СМ пїсля завершення лїкування ($M \pm m$)

КІ	Норма	Основна група (n=33)	Група зїставлення (n=34)	P
КІ _{заг.}	3,5±0,2	3,75±0,3	6,3±0,25**	<0,05
КІ ₁	2,2±0,14	2,3±0,13	3,6±0,15*	<0,05
КІ ₂	1,2±0,18	1,3±0,11	2,4±0,12*	<0,05
КІ ₃	0,1±0,01	0,15±0,03	0,3±0,04**	<0,05

Дїйсно, при аналїзї даних, якї наведенї у таблицї 2, видно, що в основнїй групї хворих усі вивченї КІ знизилися до верхньої межї норми ($P > 0,05$). Це свїдчить про суттєве покращєння стану мїкрогемодїркуляцїї у обстежєних хворих на СМ в ходї лїкування з вклучєнням до комплексу терапевтичних заходїв алфатїну. У хворих групї зїставлення відмїчалось збереження бїльш виражєних зсувїв з боку показникїв МЦР, що віддображає збереження пїдвищення у цих пацїєнтїв показникїв КІ. Так, КІ₁, якїй характеризує судиннї порушення, в цей перїод обстеження у хворих групї зїставлення був пїдвищений в середньому в 1,64 рази стосовно норми ($P < 0,05$) та в 1,57 рази вище відповідного індексу у пацїєнтїв основної групї ($P < 0,05$). Кратнїсть збїльшення КІ₂, що характеризує вираженїсть внутрішньосудинних порушень, у хворих групї зїставлення в цей перїод обстеження стосовно норми складала 2 рази ($P < 0,05$) та відносно відповідного показника у основнїй групї – 1,85 рази ($P < 0,05$). Показник КІ₃, якїй відображає вираженїсть позасудинних розладїв, у групї зїставлення був збїльшений в цей перїод обстеження в середньому в 3 рази відносно норми ($P < 0,01$) та в 2 рази – відносно відповідного показника у хворих основної групї ($P < 0,05$). Інтегральний показник КІ_{заг.}, у хворих групї зїставлення на момент завершення лїкування був пїдвищений в середньому в 1,8 рази ($P < 0,01$) відносно норми та в 1,68 рази бїльше відповідного показника у пацїєнтїв основної групї ($P < 0,05$).

Аналогїчні данї отриманї також при морфометрїї капїлярїв ногтьового ложа. У пацїєнтїв з основної групї в ходї лїкування поступово зникали блїдїсть і каламутнїсть фону, пїдвищувалась кїлькїсть функціонуючих капїлярних петель у полі зору і покращувалась їх видимість, нормалїзувалась форма капїлярїв і їх калїбр, суттєво прискорювався кровоток. У той же час у хворих групї зїставлення в цей перїод дослідження зберїгалися вираженї змїни капїляроскопїчної картини, якї характеризувалися збереженїстю каламутностї фону та зменшенням кїлькостї функціону-

ючих капїлярїв, їх деформацїєю та сповільненням кровотоку. Дїйсно, у бїльшостї хворих групї зїставлення при капїляроскопїї спостерїгалися блїдїсть і каламутнїсть фону, зменшення числа функціонуючих петель у полі зору (5-6 петель на 1 мм лїнійної шкали окуляра капїляроскопа) і зниження їх видимостї, полїморфнїсть капїлярїв і звивистїсть одиничних капїлярних петель, розширення венозної браншї і звужєння артерїальної, уповільнення і зернистїсть кровотоку, інодї відмїчався маятникоподїбний кровотїк у мїкросудинах.

Таким чином, на момент завершення курсу лїкування у пацїєнтїв основної групї (якї отримували алфатїн) відмїчалась чїтко виражена позитивна динамїка, а в бїльшостї випадкїв навїть практично повна нормалїзація стану мїкрогемодїркуляцїї, що характеризується покращєнням показникїв МЦР. У хворих групї зїставлення залишалися суттєвї зсуви морфологїчних та функціональних показникїв мїкрогемодїркуляцїї, що свїдчило про незавершенїсть патологїчного процесу в органїзмї та наявнїсть порушень з боку МЦР.

Таким чином, виходячи з отриманих нами даних, можна вважати патогенетично обґрунтованим та клїнічно перспективним вклучєння комбїнованого фїтозасобу алфатїну до програми лїкування хворих з СМ.

Висновки:

1. Клінічна картина СМ в обстежєних хворих характеризувалась переважно проявами астено-невротичного або астено-депресивного регїстрїв: загальною слабкїстю, нездужанням, недолїком емоцїй, байдужїстю та втомуою, відчуттям фрустрацїї і безпорадностї, пїдвищеною дратївлївостїю, емоційною лабїльнїстю, нездатнїстю зосередитися, відчуттям провини, втратою сподївань як особистого так і професїйного характеру, цїнїзмом і черствїстю в роботї та особистому життї, зниженням фізичної і розумової працездатностї, дифузний головний бїль напруження|напруження| м'язів шиї і спини, різноспрямованї змїни апетиту, порушення сну.

2. В обстежених хворих зі СМ виявлені чітко виражені морфологічні та функціональні розлади мікрогемодикуляції у вигляді генералізованого спазму артерійол, звивистості та нерівномірності калібру венул і капілярів, зменшення числа функціонуючих капілярів з утворенням аваскулярних зон, наявності сітчастої структури мікросудин, що вважається ознакою функціонуючих артеріоло-венулярних анастомозів, зменшення артеріоло-венулярного коефіцієнту до 1:4 - 1:5; уповільнення кровотоку у мікросудинах, розвиток складж-синдрому I-II ступеня у венулах і капілярах. При морфометрії капілярів ногтьового ложа (капіляроскопії) виявлено блідість і каламутність фону, зниження числа функціонуючих капілярних петель у полі зору, порушення форми капілярів, зниження в них швидкості кровотоку, навіть до його зупинки у низці мікросудин.

3. Застосування у лікувальному комплексі при СМ препарату рослинного походження алфатіну сприяє покращенню стану мікрогемодикуляції, ліквідації морфологічних та функціональних порушень з боку МЦР. Так, в основній групі хворих, які отримували алфатін, усі вивчені кількісні показники стану мікрогемодинаміки (КІ) після завершення лікування знизилися до верхньої межі норми, що свідчить про суттєве покращення стану мікрогемодикуляції у обстежених хворих.

4. У клінічному плані застосування алфатіну сприяло покращенню самопочуття хворих, зменшенню або ліквідації загальної слабкості, нездужання, підвищенню працездатності, забезпечило відновлення апетиту, покращення емоційного стану, нормалізацію сну, зменшення дратівливості та проявів емоційної лабільності.

5. В подальшому можна вважати перспективним продовження досліджень стосовно механізмів фармакологічної дії алфатіну при лікуванні хворих на СМ, в тому числі вивчення його впливу на показники ліпопероксидації та їх взаємозв'язку з показниками мікрогемодинаміки.

ЛІТЕРАТУРА:

- Александровский Ю.А. Клиническая иммунология пограничных психических расстройств // Ю.А. Александровский, В.П. Чехонин. – М.: Гэотар-Медиа, 2005. – 256 с.
- Алфатин: інструкція для медичного застосування препарату / Затверджена 23.07.2007 р. Наказом МОЗ України № 417.
- Вайс Р.Ф. Фитотерапия: руководство / Р.Ф. Вайс, Ф. Финдельман; пер. с нем. – М.: Медицина, 2004. – 552 с.
- Гарник Т.П. Деякі аспекти застосування лікарських рослин в медицині / Т.П. Гарник, Ф.А. Мігченко, Т.К. Шураєва // Фітотерапія. Часопис. – 2002. – № 1 – 2. – С. 70-72.
- Гарник Т.П. Оцінка ефективності сучасного фітозасобу алфатіну в лікуванні хворих з синдромом психоемоційного вигорання та його вплив на стан системи фагоцитуючих макрофагів / Т.П. Гарник, В.М. Фролов, М.О. Пересадин // Український медичний альманах. – 2009. – Т. 12, № 1. – С. 45-49.
- Гарник Т.П. Вплив фітозасобу алфатіну на морфологічні показники мікрогемодикуляції у хворих з синдромом психоемоційного вигорання / Т.П. Гарник, В.М. Фролов, М.О. Пересадин // Український морфо-
- логічний альманах. – 2009. – Т. 7, № 1. – С. 22-26.
- Гарник Т.П. Фітозасіб алфатін в лікуванні хворих на синдром психоемоційного вигорання та його вплив на стан клітинної ланки імунітету / Т.П. Гарник // Проблеми екології, та медич. генетики і клініч. імунології: зб. наук. праць. – Київ; Луганськ; Харків. – 2009. – Вип. 4 (91). – С. 163 – 173.
- Зеланд В. Трансерфінг реальності. Ступень I: пространство вариантов / В. Зеланд. – СПб.: ИТ «Весь», 2006. – 224 с.
- Иванов И.Ю. Здоровье менеджера: как его сохранить / И.Ю. Иванов. – М.: Вершина, 2009. – 224 с.
- Крылова Н.В. Микроциркуляторное русло человека: Атлас – пособие / Н.В. Крылова, Т.М. Соболева. – М.: изд-во УДН, 1985. – 63 с.
- Лапач С.Н. Основные принципы применения статистических методов в клинических испытаниях / С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич. – Киев: Морпонт, 2002. – 160 с.
- Лікарські рослини: Енциклопедичний довідник / під ред. А.М. Гродзинського. – Київ: УРЕ, 1990. – 544 с.
- Мчедlishvili Г.И. Микроциркуляция крови: общие закономерности регулирования и нарушений / Г.И. Мчедlishvili. – Л.: Наука, 1989. – 295 с.
- Оптимізація підходів до медичної реабілітації хворих із синдромами хронічної втоми і підвищеної стомлюваності із використанням фітопрепаратів / В.М. Фролов, Т.П. Гарник, В.В. Поканевич [та інші.] // Фітотерапія. – 2007. – № 2. – С. 16 – 22.
- Преображенский В. Современная энциклопедия лекарственных растений / В. Преображенский. – Донецк: ООО ПКФ «Бао», 2006. – 592 с.
- Селезнев С.А. Клинические аспекты микрогемодикуляции / С.А. Селезнев, Т.И. Назаренко, В.С. Зайцев. – Л.: Медицина, 1985. – 208 с.
- Филиппов О.В. Офисный синдром или здоровье менеджера / О.В. Филиппов. – М.: Водолей Publishers, 2008. – 584 с.
- Фролов В.М. Проблеми оцінки імунітету та мікрогемодинаміки у осіб з вторинними імунodefіцитами / В.М. Фролов // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: зб. наук. праць. – Київ; Луганськ, 1998. – Вип. 2. – С. 188 – 197.
- Фролов В.М. Оценка эффективности фитотерапии вторичных иммунодефицитных состояний / В.М. Фролов, Г.Н. Дранник // Український медичний альманах. – 2003. – Т. 6, № 4. – С. 164 – 167.
- Чернух А.М. Микроциркуляция / А.М. Чернух, П.Н. Александров, О.В. Алексеев. – М.: Медицина, 1984. – 432 с.
- Энциклопедия лекарственных растений (La Sante par les plantes) / Б. Арналь-Шнебеллен, П. Гетц, Э. Грассар, М. Юнен и др. – Б.м. «Ридерз Дайджест», 2004. – 350 с.
- Юрьева Л.Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников (формирование, профилактика, коррекция). – Киев: Сфера, 2004. – 272 с.
- Khare C.P. Indian medicinal plants / C.P. Khare. – Springer-Science, 2007. – 836 p.
- The aurvedic pharmacopoeia of India. – Government of India Ministry of health ans family welfare department of aush. – Dely, 2007. – 862 p.

Надійшла 20.02.2009 р.
Рецензент: проф. А.Д.Савенко