

*Т. С. Міщенко, д-р мед. наук, проф., керівник відділу судинної патології,  
К. В. Харіна, канд. мед. наук, ст. наук. співробітн.  
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)*

## ГЕРБАСТРЕС В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ВЕГЕТОСУДИННУ ДИСТОНІЮ

Аналіз результатів проведеного дослідження та лікування хворих на вегетосудинну дистонію дає можливим рекомендувати Гербастрес до медичного застосування як ефективний та безпечний лікарський засіб.

*Ключові слова:* вегетосудинна дистонія, лікування, гербастрес

Вегетосудинна дистонія (ВСД) є найбільш поширеною патологією з частотою зустрічаємості в популяції населення від 4,8 до 29,1 %. Згідно з даними медичної статистики МОЗ України, на сьогоднішній день зареєстровано 631 тис. хворих з цією патологією. Щорічно реєструється від 1500 до 1700 нових випадків захворювання. На її частку припадає до 15—20 % функціональних розладів серцево-судинної системи. Серед осіб молодого працездатного віку близько 30 % хворих — це пацієнти з ВСД. ВСД — це не безневинна хвороба. Вважається, що вона непередбачувана за різноманітним проявом і наслідків [1—3].

ВСД — це мультифакторне захворювання, у розвитку якого беруть участь генетичні й набуті фактори, що ведуть до порушення нейрогуморальної та ендокринної регуляції тону серцево-судинної системи. Клінічна картина захворювання проявляється різноманітними симптомами і синдромами, що виникають в більшості випадків при стресових ситуаціях. Усі ці фактори можуть відігравати роль пускового механізму в маніфестації ВСД [4—7].

За даними різних досліджень, клінічна картина ВСД відрізняється значним різноманіттям в залежності від віку, рівня артеріального тиску і рівня нейровегетативних змін.

Клінічний діагноз ВСД повинен орієнтувати лікаря щодо вибору лікувальних і профілактичних заходів з урахуванням ступеня виразності вегетативної дисфункції.

Низка питань щодо ВСД застаються невирішеними [8, 9]. Тривала історія вивчення вегетативних порушень у не дає чіткого уявлення про цю проблему — дискутуються питання термінології, патогенезу, класифікації, діагностики та лікування вегетативних розладів, не визначено їх місце в ряду патологічних станів [10]. Аналіз клінічних особливостей перебігу ВСД показує, що вона симулює багато захворювань з потенційно поганим прогнозом (ревматизм, неревматичний міокардит, тиреотоксикоз, гіпертонічна хвороба та ін.), а також передує таким захворюванням, як ішемічна хвороба серця і мозку, гіпертонічна хвороба [11]. Невідповідність між виразністю скарг і мінімумом змін при об'єктивному дослідженні вважається типовим для ВСД і є однією з основ діагностики.

Астенічний синдром — це один з найбільш поширених синдромів у хворих на ВСД. Тому є актуальною проблема профілактики і лікування астенічних розладів у цих хворих. Астенічні розлади характеризуються зниженням толерантності до фізичних і психічних навантажень, дратівливості, лабільністю настрою, головним

і м'язовим болем, вегетативними порушеннями, порушеннями сну [12]. Суб'єктивно вони сприймаються як важка патологія і негативно впливають на працездатність та якість життя хворих.

Різноманітний спектр вегетативних і гемодинамічних порушень у хворих на ВСД обумовлює проведення адекватної медикаментозної терапії у відповідності з основними ланками патогенезу, шляхом впливу на розлади психоемоційної сфери, вегетативних і вісцеральних взаємин. Лікування ВСД є складним тому, що існує багато невирішених завдань внаслідок відсутності високоефективних методів, які сприяють тривалій стабілізації або повному одужанню [13].

На перших етапах лікування перевага надається немедикаментозним засобам, які включають дотримання режиму дня з достатньою тривалістю нічного сну, денний відпочинок, гігієну праці, заняття фізичною культурою з проведенням ранкової зарядки, фітотерапію і різні фізіотерапевтичні процедури, психотерапію.

Медикаментозна терапія у хворих на ВСД підключається при тривалому перебігу патологічного процесу і мінімальному ефекті від лікування одними немедикаментозними засобами.

До переліку препаратів для лікування хворих на ВСД сучасні фахівці висувають такі вимоги: широкий спектр вегетотропної активності, мінімальні несприятливі (побічні) дії, позитивні психосоматичні ефекти, відсутність або мінімальний вплив на сенсомоторні реакції, увагу, поведінку тощо. Цим вимогам достатньою мірою відповідає Гербастрес — комплексний, багатоконпонентний рослинний засіб для лікування хворих на ВСД незалежно від її типу.

До його складу входить екстракт пасифлори 50 мг, екстракт квіток ромашки 30 мг, суцвіть хмелю 50 мг, зерен вівса 50 мг, коренів сибірського женьшеню 30 мг, вітамін В<sub>6</sub> 2 мг, В<sub>12</sub> 3 мкг.

Завдяки такому складу препарат Гербастрес має різноманітні ефекти. Наявність у складі Гербастресу декількох екстрактів забезпечує такі клінічні ефекти, як зниження напруженості та виснаженості при стресових ситуаціях, інтенсивній праці, фізичному та розумовому перевантаженні. В препараті поєднуються рослини з седативною, антидепресивною та адаптогенною дією в збалансованих пропорціях. Дія рослин посилюється двома вітамінними групами, які входять в склад препарату. Позитивною стороною препарату є зручний режим дозування, відсутність сонливості та зниження працездатності при його прийомі, відсутність звикання.

Показання до застосування — підвищене нервово збудження, нервові навантаження, в умовах стресу, передменструальний синдром, клімактеричний період у жінок.

Протипоказання для прийому препарату — це індивідуальна непереносимість компонентів препарату, дитячий вік, вагітність, годування грудьми.

Таким чином, наявний сьогодні досвід переконливо свідчить про сприятливий ефект застосування препарату Гербастрес у пацієнтів з ВСД.

Тому метою та завданням нашої роботи стало оцінити клінічну ефективність, безпечність і переносимість препарату гербастрес в лікуванні хворих з ВСД.

Для виконання поставленої мети і завдань дослідження було застосовано клініко-неврологічні методи, оцінка безпечності та переносимості препарату, метод оцінки інтегративного показника якості життя. Виразність астенічного стану визначали за шкалою астенічного стану (ШАС).

Шкала ШАС створена Л. Д. Малковою й адаптована Т. Г. Чертовою на базі клініко-психологічних спостережень і опитувальника MMPI. Шкала складається з 30 пунктів-тверджень, що відображають характеристики астенічного стану.

Весь діапазон шкали включає від 30 до 120 балів. Діапазон слабого ступеня виразності астенії розташовується в проміжку від 30 до 75 балів, помірного — від 76 до 95 балів і значного — від 96 до 120 балів.

Аналіз результатів дослідження, їх статистичне оброблення і підсумкову оцінку переносимості досліджуваного препарату проводили після закінчення курсу лікування.

Після закінчення дослідження аналізували і порівнювали дані оцінки переносимості Гербастресу. Переносимість препарату оцінювали за спеціально розробленою шкалою на підставі суб'єктивної оцінки хворим його самопочуття і об'єктивних даних про динаміку стану пацієнта.

Узагальнену оцінку показників переносимості проводили за такою шкалою.

1 бал — добра переносимість — при об'єктивному огляді не виявляються патологічні зміни або клінічно значущі відхилення, дані лабораторного обстеження достовірно не змінюються і не виходять за межі норми, пацієнт не відзначає появи побічних реакцій.

2 бали — задовільна переносимість — при об'єктивному огляді в динаміці виявляються незначні зміни, які мають скороминущий характер і не вимагають зміни схеми лікування та проведення додаткових медичних заходів, і/або дані лабораторного обстеження декілька відхиляються від меж норми і/або спостерігаються незначні побічні реакції, які не заподіюють серйозних проблем пацієнту і що не вимагають відміни препарату.

3 бали — незадовільна переносимість — при об'єктивному огляді в динаміці виявляються патологічні зміни, які вимагають відміни препарату і проведення додаткових медичних заходів і/або дані лабораторного обстеження зазнають клінічно значущі негативні зміни, що спричиняють необхідність додаткового обстеження і інтерпретації даних і/або має місце небажана побічна реакція, яка впливає негативно на стан хворого і вимагає відміни препарату та застосування додаткових медичних заходів.

4 бали — вкрай незадовільна — виражені побічні ефекти, які становлять загрозу для життя чи здоров'я, обумовлюють необхідність продовження терміну стаціонарного лікування.

Проводили також оцінку ефективності препарату.

Високою ефективністю препарату вважали при зниженні ступеня виразності астенічного стану за шкалою ШАС (перехід на більш ніж один рівень за шкалою ШАС або зменшення суми балів за шкалою ШАС більш ніж на 25 балів).

Помірна ефективність — при зниженні ступеня виразності астенічного стану за шкалою ШАС (перехід на

один рівень вниз за шкалою ШАС або зменшення суми балів на 25 балів).

Низька ефективність — при відсутності динаміки за шкалою ШАС (збереження стану на тому ж рівні).

Для оцінки стану загального самопочуття хворих ми використовували шкали: самооцінки загального самопочуття, оцінки якості життя за шкалами «праця», «соціальне життя» і «особисте життя» (легкі, помірні, чи важкі ускладнення). Для вивчення динаміки особливостей якості життя, психологічної взаємодії з мікро- та макросоціумом, ставлення до себе та інших, ступеня повноцінності соціального функціонування застосовувався метод оцінки інтегративного показника якості життя, розроблений в 1999 році Mezzich J.

Нами було обстежено 30 пацієнтів з ВСД (8 чоловіків та 22 жінки) у віці від 18 до 40 років, в клінічній картині яких переважали вегетосудинні та астенічні порушення.

Серед пацієнтів, яких було включено в обстеження, переважали жінки, середній вік хворих був  $33,6 \pm 14,7$  роки (табл. 1).

Таблиця 1

Розподіл обстежених пацієнтів за віком та статтю

| Показник  | Кількість хворих, n = 30 |
|---|--------------------------|
| Вік, роки                                       | $33,6 \pm 14,7$          |
| Стать:<br>жінки, абс. (%)<br>чоловіки, абс. (%) | 22 (37 %)<br>8 (13 %)    |

Хворі отримували Гербастрес у дозі 1 таблетка 1 раз на добу протягом місяця (як рекомендує фірма виробник). Обстеження хворих проводили перед та після лікування.

Клінічна картина захворювання в усіх хворих була різноманітною. Але в їхній структурі превалювали вегетативно-вісцеральні та астенічні розлади.

В клінічній картині захворювання спостерігалися: головний біль різноманітного характеру, запаморочення, хиткість ходи, біль в лівій половині грудної клітки, гіпервентиляційний синдром (симптом незадоволеності вдихом, почуття нестачі повітря, бажання зробити глибокий, повноцінний вдих), порушення вегетативної регуляції діяльності серця (скарги на серцебиття, почуття рідкого биття серця, відчуття нерівного биття, «завмирання» серця), порушення терморегуляції (відчуття ознобу, субфебрилітет, що тривало зберігається після інфекцій), розлади з боку шлунково-кишкового тракту (синдром «роздратованого кишечника», функціональні шлункові диспепсії та ін.), психогенна дизурія (часте або, навпаки, рідке сечовипускання у відповідь на психоемоційне навантаження), підвищена пітливість. При цих скаргах виключалися можливі органічні причини захворювання, які можуть проявлятися схожою клінічною симптоматикою. Майже у всіх хворих спостерігалися різноманітні астенічні та психоемоційні порушення (загальна слабкість, стомлюваність, понижена працездатність, дратівливість, тривожність, фобії, понижений, депресивний фон настрою). Астенічна симптоматика, що спостерігалась у обстежених хворих з ВСД, існувала як у рамках самостійного (астенічного) синдрому, так і входила до структури більш складних невротичних і неврозоподібних, психопатичних і психопатоподібних синдромів.

У неврологічному статусі у хворих будь-яких відхилень від норми не виявлялося. Більшість хворих мали незначну мікстову розсіяну симптоматику, без осередковості. Виявлялися негрубі окорухові порушення, поживлення сухожильних рефлексів, порушення координації у вигляді легкої нестійкості в пробі Ромберга, вегетативні знаки (гра вазомоторів на обличчі і грудях, які посилювались при хвилюваннях, загальний гіпергідроз, гіпергідроз, оніміння, мармуровість кінцівок, зниження на дотик їх температури).

Представленість неврологічної симптоматики та її динаміка в процесі 1-місячної терапії відображена в таблиці 2.

Таблиця 2

**Основні неврологічні симптоми в обстежених хворих до та після лікування препаратом «Гербастрес»**

| Симптом   | До лікування |       | Після лікування |      |
|---|--------------|-------|-----------------|------|
|   | абс.         | %     | абс.            | %    |
| Головний біль                                       | 30           | 100,0 | 18              | 60,0 |
| Запаморочення                                       | 24           | 80,0  | 23              | 76,7 |
| Частота порушень вегетативної регуляції ритму серця | 20           | 66,7  | 19              | 63,3 |
| Порушення терморегуляції                            | 9            | 30,0  | 8               | 26,7 |
| Болі в лівій половині грудної клітки                | 18           | 60,0  | 15              | 50,0 |
| Розлади шлунково-кишкового тракту                   | 16           | 53,3  | 12              | 40,0 |
| Мігрень   | 12           | 40,0  | 14              | 46,7 |
| Синкопальні стани                                   | 14           | 46,7  | 8               | 26,7 |
| Вегетосудинні пароксизми                            | 12           | 40,0  | 9               | 30,0 |
| Судинні порушення в кінцівках                       | 17           | 56,7  | 18              | 60,0 |
| Підвищена пітливість                                | 25           | 83,3  | 24              | 80,0 |
| Розлади настрою                                     | 28           | 93,3  | 27              | 30,0 |
| Тривожно-фобічні розлади                            | 15           | 50,0  | 14              | 46,7 |
| Загальна слабкість                                  | 29           | 96,7  | 26              | 86,7 |

В процесі терапії препаратом Гербастрес у всіх пацієнтів відбувалося поступове зниження виразності основних клінічних проявів (вегетативних та астенічних ознак). У пацієнтів зменшувались вегетативні порушення, що виявлялося зменшенням або зникненням тахікардії, пітливості, пароксизмальних станів, координаторних, психоемоційних розладів, порушень сну.

Препарат Гербастрес виявляв позитивний вплив на стан серцево-судинної системи. Динаміку показників серцево-судинної діяльності в обстежених пацієнтів в ході клінічного дослідження наведено в табл. 3.

Таблиця 3

**Динаміка показників серцево-судинної діяльності в ході клінічного дослідження**

| Параметр       | Етап дослідження | Показник        |             |
|----------------|------------------|-----------------|-------------|
| ЧСС, уд/хв     | до лікування     | 90,5 ± 10,1     |             |
|                | після лікування  | 82,8 ± 8,3      |             |
| АТ, мм рт. ст. | Систолічний      | до лікування    | 140,5 ± 5,8 |
|                |                  | після лікування | 128,5 ± 6,8 |
|                | Діастолічний     | до лікування    | 90,5 ± 8,4  |
|                |                  | після лікування | 82,5 ± 10,5 |

В ході 1-місячної терапії у хворих спостерігалось поступове помірне зменшення частоти серцевих скорочень і зниження артеріального тиску (як систолічного, так і діастолічного). Така динаміка також є віддзеркаленням нормалізації діяльності вегетативної нервової системи та психоемоційного статусу хворих.

У всіх пацієнтів зареєстровані позитивні зміни і при проведенні ЕКГ-дослідження. Різні неспецифічні зміни на ЕКГ при відсутності морфологічних змін в серцевому м'язі можуть бути обумовлені підвищенням тону симпатичного відділу вегетативної нервової системи і характеризуються: синусовою тахікардією, високим, зміненим зубцем Т, синусовою аритмією, підвищеним сегментом ST, екстрасистолею. Під впливом Гербастреса повністю зникали екстрасистоли, нормалізувався серцевий ритм, зубець Т.

Препарат Гербастрес не впливав негативно на показники морфологічного складу периферичної крові, на рівні основних біохімічних констант (що характеризують функціональний стан печінки і нирок), на показниках клінічного аналізу сечі.

В процесі лікування найбільш значущі позитивні зміни в клінічній картині зареєстровані за такими симптомами: «загальна слабкість», «стомлюваність», «головний біль», «болі в ділянці серця», «серцебиття», «перебої у ділянці серця», «відчуття браку повітря», «погіршення при зміні погодних умов». По закінченню 5 (33 %) пацієнтів повідомили про відсутність у них загальної слабкості, стомлюваності. 4 (27 %) пацієнти — про відсутність головного болю, відсутність погіршень стану при зміні погодних умов. 5 (33 %) пацієнтів відзначили відсутність у них болю в ділянці серця, серцебиття, перебоїв в роботі серця, відчуття браку повітря. Меншою мірою в процесі лікування відмічена динаміка виразності таких клінічних ознак: «запаморочення», «порушення сну», «дратівливість», «тривожність», «збліднення (почервоіння) під час хвилювання».

Виразність астенії було оцінено за шкалою астенічного стану. Вона складала 76—95 балів, що відповідало астенії середнього ступеня виразності.

При спостереженні враховували динаміку виразності цієї ознаки.

Оцінку ефективності препарату проводили за оцінкою його впливу на астенічну симптоматику за шкалою астенічного стану. Результати нейропсихологічного тестування хворих за ШАС наведені в таблицях 4 та 5.

Таблиця 4

**Динаміка ступеня виразності астенії в ході клінічного дослідження**

| Ступінь виразності астенії, бал      | Етап дослідження |     |                 |    |
|--------------------------------------|------------------|-----|-----------------|----|
|                                      | До лікування     |     | Після лікування |    |
|                                      | абс. к-сть       | %   | абс. к-сть      | %  |
| Відсутність астенії                  |                  |     |                 |    |
| 30—50                                | 0                | 0   | 15              | 50 |
| Астенія слабого ступеня виразності   |                  |     |                 |    |
| 51—75                                | 0                | 0   | 13              | 43 |
| Астенія помірного ступеня виразності |                  |     |                 |    |
| 76—95                                | 30               | 100 | 2               | 7  |

Таблиця 5

## Динаміка виразності астенії в ході клінічного дослідження

| Етап дослідження | Виразність астенії, бали |
|------------------|--------------------------|
| До лікування     | 96,2 ± 5,6               |
| Після лікування  | 52,7 ± 5,4               |

Перед лікуванням ступінь виразності астенії за ШАС в усіх обстежених пацієнтів був більше 76 балів і відповідав астенії помірного ступеня виразності. Середній показник виразності астенічної симптоматики до начала лікування складав (96,2 ± 5,6) балів. Після курсу лікування препаратом Гербастрес ступінь виразності астенії в середньому знизився до діапазону «слабка астенія» (52,7 ± 5,4) балів (див. табл. 5).

В ході клінічного дослідження переносимість препарату Гербастрес в усіх пацієнтів можна оцінити як «добру».

При лікуванні хворих з вегетативними і астенічними проявами препарат не спричиняв токсичних і побічних ефектів.

Оцінка ефективності лікування препаратом Гербастрес (за показниками нейропсихологічного тестування) в ході клінічного дослідження була достатньо високою в усіх обстежених хворих (табл. 6).

Таблиця 6

## Ефективність препарату Гербастрес

| Ефективність препарату | абс. | %  |
|------------------------|------|----|
| Висока                 | 22   | 73 |
| Помірна                | 6    | 20 |
| Низька                 | 2    | 7  |

Аналіз отриманих даних показав, що зниження виразності астенії за шкалою астенічного стану на більше ніж один рівень виявлено у 22 (73 %) хворих.

У 6 (20 %) хворих виразність астенії зменшилася на один рівень, що відповідає «помірній ефективності». У 2 (7 %) хворих позитивної динаміки астенічної симптоматики не було, стан зберігався на тому ж рівні, що відповідало «низькій ефективності».

Після закінчення лікування хворі всіх груп оцінювали динаміку свого стану як «позитивну», відзначили «поліпшення» свого стану. У групах не було пацієнтів, які б відмовилися від прийому препарату або оцінювали б свій стан як «погіршення».

Результати динаміки дослідження особливостей якості життя, психологічної взаємодії з мікро- та макросоціумом, ставлення до себе та інших, ступеня повноцінності соціального функціонування наведені в таблиці 7.

У хворих на ВСД суб'єктивна оцінка якості життя в цілому вище середнього. Під цим поняттям ми маємо на увазі суб'єктивну думку хворого про рівень свого благополуччя у фізичному, психологічному і соціальному плані.

Найнижчі оцінки було отримано за шкалами «Фізичне благополуччя» (5,30 ± 1,85), «Психологічне благополуччя» (5,60 ± 2,00). Середні значення показників отримано за шкалами «Духовна реалізація» (6,80 ± 2,25), «Загальне сприйняття якості життя» (7,80 ± 1,68), «Особистісна реалізація» (7,80 ± 1,98), «Службова підтримка» (7,70 ± 1,59). Найбільш високі оцінки мають шкали «Міжособистісна взаємодія» (8,90 ± 1,55), «Самообслуговування і незалежність в діях» (8,5 ± 1,05), «Соціально-емоційна підтримка» (8,50 ± 2,00), «Працевдатність» (8,35 ± 1,80).

Таблиця 7

## Результати дослідження якості життя у хворих на ВСД (у балах)

| Показник якості життя                    | До лікування<br>n = 30 | Після лікування<br>n = 30 |
|--|------------------------|---------------------------|
| Фізичне благополуччя                     | 5,30 ± 1,85            | 6,20 ± 1,55               |
| Психологічне благополуччя                | 5,60 ± 2,00            | 6,20 ± 1,80               |
| Самообслуговування і незалежність в діях | 8,5 ± 1,05             | 8,90 ± 1,10               |
| Працевдатність                           | 8,35 ± 1,80            | 8,45 ± 1,70               |
| Міжособистісна взаємодія                 | 8,90 ± 1,55            | 8,98 ± 1,65               |
| Соціально-емоційна підтримка             | 8,50 ± 2,00            | 8,65 ± 1,64               |
| Службова підтримка                       | 7,70 ± 1,59            | 7,25 ± 1,48               |
| Особистісна реалізація                   | 7,80 ± 1,98            | 8,10 ± 1,64               |
| Духовна реалізація                       | 6,80 ± 2,25            | 6,95 ± 1,90               |
| Загальне сприйняття якості життя         | 7,80 ± 1,65            | 7,95 ± 1,45               |

Таким чином, найменше хворі на ВСД задоволені своїм фізичним та психологічним станом, найбільше — якістю міжособистісної взаємодії, самообслуговування і незалежністю в діях, рівнем соціально-емоційної підтримки та працевдатності.

У обстежених хворих було відмічено достовірне підвищення якості життя в ході лікування. До лікування за шкалою самооцінки загального самопочуття обстежені хворі оцінили його гірше, ніж після лікування. Після лікування хворі на ВСД відзначили достовірне поліпшення якості життя в порівнянні з початковим.

Результати проведених досліджень дозволяють зробити такі висновки.

На тлі лікування відмічено зменшення важкості проявів синдрому вегетативної дистонії, стабілізації рівня АТ, включно і психопатологічних розладів (емоційно-вольових), порушень ритму серця, а також поліпшення якості життя пацієнтів.

Препарат Гербастрес виробництва АТ «Grindex» (Латвія) хворими на ВСД демонструє добру переносимість, протиастенічну дію, нормалізує вегетативні показники, емоційний стан хворих. Препарат досить безпечний, небажаних ефектів під час прийому препарату в рекомендованій дозі не спостерігалось.

Гербастрес може бути рекомендований до застосування у хворих на ВСД з астенічним синдромом.

## Список літератури

- Акарачкова Е. С. Афобазол — современная патогенетическая терапия больных нейроциркуляторной дистонией / Е. С. Акарачкова // Рус. мед. журн. — 2006. — Т. 14, № 16. — С. 11—13.
- Тайцлин, В. И. Диагностика и коррекция вегетативной дистонии в семьях для улучшения качества жизни / В. И. Тайцлин, В. В. Цыганенко // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2004. — № 2 (12). — С. 54—58.
- Мищенко, Т. С. Современная диагностика и лечение неврологических заболеваний / Т. С. Мищенко. — Киев, 2010. — 270 с.
- Вейн, А. М. Вегетативная дистония / Вейн А. М., Яковлев Н. А., Слюсарь Т. А. — М., 1996. — 373 с.
- Верещагин, Н. В. Патология головного мозга при атеросклерозе и артериальной гипертензии / Н. В. Верещагин, В. А. Моргунов, Т. С. Гулевская. — М.: Медицина, 1997.
- Трошин В. Д. Сосудистые заболевания нервной системы. Ранняя диагностика, лечение и профилактика (рук-во для врачей). — Н. Новгород — 1992.

7. Оптимизация тактики терапии больных гетерогенными ишемическими поражениями мозга / [Евтушенко С. К., Симонян В. А., Мурадян И. Э., Родин Ю. В.] // Вестник неотложной и восстановительной медицины. — 2000. — Т. 1, № 1. — С. 40—44.

8. Захаров, В. В. Сосудистая мозговая недостаточность: клиника, диагностика и терапия / В. В. Захаров // Лечащий врач. — 2004. — № 5. — С. 33—36.

9. Кушнир, Г. М. Психологические исследования при ранней цереброваскулярной патологии / Г. М. Кушнир // Сосудистые заболевания нервной системы. Новые методы диагностики в неврологии. — Донецк, 1998. — С. 54—55.

10. Клинико-патогенетические особенности хронических ишемических нарушений мозгового кровообращения и программа реабилитации / [Мищенко Т. С., Шестопалова Л. Ф., Крыженко Т. В. и др.] // Український вісник психоневрології. — 2002. — Вип. 2(31). — С. 63—65.

11. Маколкин, В. И. Нейроциркуляторная дистония / Маколкин В. И., Аббакумов С. А., Сапожникова А. А. — Чебоксары, 1995. — 250 с.

12. Мищенко, Т. С. Современные подходы к лечению больных дисциркуляторной энцефалопатией / Т. С. Мищенко // Здоровье Украины. — 2007. — Тематический номер «Неврология и психиатрия». — С. 5, 21.

13. Башкірова, Л. Сучасні підходи до медикаментозного лікування хворих із вегетосудинними пароксизмами / Л. Башкірова // Ліки України. — 2005. — № 11. — С. 34—38.

Надійшла до редакції 18.01.2012 р.

**Т. С. Мищенко, Е. В. Харина**

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии  
НАМН Украины» (г. Харьков)

### **Гербастресс в лечении больных с вегетососудистой дистонией**

Анализ результатов проведенного исследования и лечения больных с вегетососудистой дистонией дает возможность рекомендовать Гербастресс к медицинскому применению как эффективное и безопасное лекарственное средство.

*Ключевые слова:* вегетососудистая дистония, лечение, Гербастресс.

**T. S. Miscenko, K. V. Kharina**

State institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology  
of the NAMS of Ukraine"  
(Kharkiv)

### **Gerbastres in the treatment of vegetovascular dystonia**

The analysis of results of the carried out research and treatment sick vegetovascular dystonia gives possibility to recommend Gerbastres for medical application as effective and safe means.

*Key words:* vegetovascular dystonia, treatment, Gerbastres.

УДК 617.559-08

**О. Г. Морозова, д-р мед. наук, проф., зав. каф. рефлексотерапии ХМАПО, А. А. Ярошевский, д-р мед. наук, проф., Я. В. Липинская, ассистент Харьковская медицинская академия последипломного образования (г. Харьков)**

## **КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ДОРСАЛГИЙ**

В статье представлена динамика эффективности терапии у пациентов двух групп (основная группа — 30 больных, группа сравнения — 17 пациентов) с вертеброгенными дорсалгиями, которым применяли комплексы немедикаментозной терапии в виде биомеханической коррекции позвоночника, мануальной терапии, акупунктуры, массажа, лечебной физкультуры в сочетании с нестероидными противовоспалительными препаратами (диклофенак натрия парентерально). В основной группе дополнительно был назначен препарат Мукосат нео в стандартной дозировке внутримышечно.

Результаты исследования показали, что эффективность комплексной терапии вертеброгенных дорсалгий повышается при использовании трех направлений в лечении: противовоспалительная терапия (НПВП), комплексы немедикаментозной терапии и назначение хондропротекторов (Мукосат нео).

*Ключевые слова:* вертеброгенные дорсалгии, хондропротекторы, немедикаментозная терапия.\*\*\*\*\*

Боль в спине — одна из наиболее распространенных жалоб пациентов на приеме у невролога, терапевта, ревматолога, врача общей практики — семейной медицины, ортопеда-травматолога. При этом согласно МКБ-10 боли в спине (дорсалгии) относятся к заболеванием костно-мышечной системы и соединительной ткани. В этой связи боль в спине можно назвать проблемой междисциплинарной, так как она может наблюдаться в клинической картине целого ряда соматических и неврологических заболеваний.

Боль в спине находится на втором месте по частоте обращения к врачам после респираторных заболеваний

и на третьем — по причине госпитализации. Причем среди всех возрастных категорий 75 % занимают пациенты трудоспособного возраста (от 30 до 59 лет) [1, 2]. В Украине вертеброгенные болевые синдромы в общей структуре заболеваемости с временной утратой трудоспособности занимают второе место и составляют до 20—30 %, а в структуре заболеваемости периферической нервной системы — до 80 % случаев утраты трудоспособности [3—7]. Основные причины болей в спине можно разделить на две большие группы: вертеброгенные и невертеброгенные. Одной из наиболее частых причин вертеброгенных болей в спине являются дегенеративно-дистрофические заболевания, затрагивающие межпозвоночный диск, тела, мелкие суставы, мышцы и связки позвонков, которые могут протекать длительное время бессимптомно, а также могут осложняться компрессионными синдромами в виде радикулопатии или рефлекторными мышечно-тоническими и рефлекторно-дистрофическими синдромами [8—12]. Непосредственным источником микротравматизации корешков при дегенеративно-дистрофических заболеваниях позвоночника могут быть грыжи дисков, артрозы в дугоотростчатых суставах и унковертебральных сочленениях (на шейном уровне), гипертрофия задней продольной связки, остеофиты. Патологические проявления обусловлены нарушением обмена веществ в хрящевой ткани. Разрушение хрящевой ткани ассоциировано с деполимеризацией и уменьшением содержания протеогликанов, которые являются ее главными структурными компонентами. Снижение содержания белковых компонентов происходит, в основном, из-за уменьшения содержания хондроитинсульфата, что