

# Синдром вегетативной дисфункции в практике семейного врача: необходима ли коррекция?

**В.Ю. Приходько, Е.А. Кононенко, Д.Ю. Морева, О.В. Гоголь**

**Национальная медицинская академия последиplomного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев**

Популярное народное выражение «Все болезни от нервов» с точки зрения современной концепции психосоматических расстройств не такое уж и поверхностное представление о патогенезе большинства хронических внутренних заболеваний. Учитывая единство структуры и функции (а соответственно функции и структуры) органов можно предположить, что изменения нервной регуляции функции любого органа или системы как на органном уровне, так и на уровне целостного организма может реализоваться в метаболических изменениях, застойных явлениях, гипоксии, что создает органическую основу для развития заболевания. Например, резкое увеличение частоты сердечных сокращений во время психотравмирующей ситуации сопровождается укорочением диастолического периода, во время которого осуществляется наполнение коронарных сосудов и диастолическое наполнение желудочков, увеличением потребности сердца в кислороде из-за необходимости выполнять большую работу. Кроме того, гиперсимпатикотония сопровождается повышением агрегационной способности тромбоцитов, изменением функции эндотелия. В условиях здорового организма эти явления не приведут к значимым нарушениям функции сердца за счет больших физиологических резервов сердечно-сосудистой системы. А вот при наличии не диагностированной ранее субклинической патологии (коронарный атеросклероз, метаболические расстройства, дисэлектролитемия) на первый взгляд безобидное увеличение ЧСС может повлечь за собой ишемию миокарда с нарушением не только его функции, но и структуры (некроз). Последнее нарушает функционирование всей сердечно-сосудистой системы, что неизбежно отразится на функции, а потом вызывает органические расстройства других органов (печень, почки, головной мозг), что мы наблюдаем при развитии и прогрессировании сердечной недостаточности. Подобный же путь можно проследить при нарушении регуляции деятельности пищеварительной системы (правда, не с такими драматическими последствиями, как для сердечно-сосудистой). На взаимосвязи структуры и функции разных органов и систем построены схемы различных континуумов (сердечно-сосудистый, нефрологический, метаболический). Можем ли мы в таком случае игнорировать расстройства регуляции функции внутренних органов, возникающие на фоне клинического здоровья, когда лечить еще нечего, а физический дискомфорт существенно ухудшает качество жизни и ограничивает адаптацию? В этом случае наиболее частым диагнозом является «вегетососудистая дистония» или «нейроциркуляторная дистония». В настоящее время более правомочным диагнозом является *F45.3 Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы*, формулировка которого не ограничивает внимание врача только состоянием исключительно сосудистой системы, а заставляет искать нарушения со стороны пищеварительной, дыхательной, выделительной и других систем. Хотя нарушение регуляции сосудистого тонуса является ключевым моментом в развитии симптомов вегетативной дисфункции.

Понятие «вегетативная нервная система» было введено в 1907 году И. Рейлом, что позволило разграничить нервные структуры, регулирующие функции внутренних органов и

жизнеобеспечение организма от соматической нервной системы, обеспечивающей внешние реакции (двигательные функции). Вегетативная нервная система обеспечивает деятельность внутренних органов, регуляцию сосудистого тонуса, иннервацию желез, трофику скелетной мускулатуры и нервной системы. Тесное взаимодействие соматической, вегетативной нервных систем и эндокринной системы позволяет организму поддерживать гомеостаз (а значит, и жизнеспособность) в постоянно меняющихся условиях внешней среды. Физические и умственные нагрузки, обильная пища, перегревание или переохлаждение организма требуют постоянного вегетативного сопровождения. Главной функцией вегетативной нервной системы является поддержание постоянства внутренней среды организма (гомеостаза) в условиях динамического изменения внешней среды, при воздействии на организм внешних факторов, при изменении условий функционирования организма.

Анатомически и функционально вегетативная нервная система подразделяется на два отдела:

1. Симпатический отдел (основной медиатор норадреналин), который иннервирует гладкомышечные ткани всех внутренних органов (сосудов, пищеварительного тракта, легких, зрачка), сердце, потовые и пищеварительные железы, клетки подкожной жировой клетчатки и печени, структуры иммунной системы (вилочковая железа, селезенка, лимфатические узлы).

2. Парасимпатический отдел (основной медиатор ацетилхолин), который иннервирует сердце, пищеварительный тракт, выделительные и половые органы, легкие, слезные и слонные железы, глазные мышцы, сосуды половых органов.

Выделяют еще и метасимпатическую систему, объединяющую интрамуральные ганглии всех внутренних органов, обладающих моторной активностью (сердце, мочеточники, пищеварительный тракт и др.) (Ноздрачев А.Д.). В норме центральные симпатические и парасимпатические влияния модулирует деятельность метасимпатической системы, однако она может выполнять свои функции в отношении иннервируемого органа даже после нарушения связи с центральной нервной системой (ЦНС). В регуляции деятельности отделов вегетативной нервной системы принимают участие все отделы ЦНС (гипоталамус, структуры в стволе мозга, кора больших полушарий). Эти влияния осуществляются за счет воздействия на преганглионарные нейроны. Поэтому заболевания ЦНС (хроническая ишемия мозга, травмы мозга, воспалительные заболевания мозга и мозговых оболочек), а также психоэмоциональные расстройства практически всегда сопровождаются нарушением вегетативной регуляции.

В большинстве случаев влияния симпатической и парасимпатической нервной системы антагонистичны, разнонаправлены. Это связано с тем, что данные отделы нервной системы обеспечивают поддержание гомеостаза в разных условиях. В состоянии покоя преобладают парасимпатические влияния: они способствуют уменьшению частоты и силы сердечных сокращений (уменьшению потребности сердца в кислороде), снижению артериального давления, увеличению секреции инсулина и уменьшению концентрации глюкозы в крови, сокращению мышц бронхов, усилению активности (моторной

и секреторной) пищеварительного канала. То есть парасимпатическая система способствует эргономизации деятельности организма в покое, экономии питательных веществ и усвоению новых из пищи.

Симпатическая система активируется при необходимости максимальной мобилизации всех жизненных ресурсов (борьба, бегство, противостояние) и повышает функциональную активность всех задействованных в этих процессах органов (сердце, зрение, бронхи, скелетные мышцы). Повышение активности симпатического отдела приводит к увеличению частоты и силы сокращений сердца, ускорению проведения возбуждения по миокарду, повышению артериального давления, расслаблению бронхов, увеличению секреторной активности мозгового вещества надпочечников, увеличению содержания глюкозы в крови, снижению двигательной активности кишечника, расширению зрачка. Учитывая, что активность симпатической нервной системы приводит к мобилизации и довольно быстрому исчерпанию кислородных и энергетических ресурсов организма, долго находиться в состоянии гиперсимпатикотонии организм не может. После решения экстренных задач ему необходим период восстановления, когда преобладающими будут парасимпатические влияния. Если же активирующие, мобилизационные влияния симпатического отдела неоправданно длительно сохраняются, то в связи с исчерпыванием энергетических ресурсов, накоплением недоокисленных продуктов обмена (молочная кислота, продукты перекисного окисления липидов) может развиться астения – состояние прямо противоположное тому, чем должна результативаться активность симпатической нервной системы.

В норме функция симпатического и парасимпатического отделов нервной системы находится в динамическом равновесии, очень чутко реагирующем на изменение условий внешней среды. Любое нарушение этого равновесия будет приводить и к нарушению реакции организма на требования внешней среды. Так, при гиперпарасимпатикотонии необходимость повышения физической и умственной активности будет сопровождаться вялостью, мышечной слабостью, утомляемостью, чувством нехватки воздуха, заметным снижением работоспособности. А гиперсимпатикотония в состоянии покоя сопровождается неоправданной возбудимостью, мышечным напряжением, ощущением сердцебиения, частым и обильным мочеиспусканием. Нарушение гармоничного взаимодействия отделов вегетативной нервной системы в покое и в условиях меняющейся среды и представляет собой вегетативную дисфункцию. В основе развития вегетативной дисфункции лежит нарушение интегративной деятельности лимбико-ретикулярного комплекса в головном мозге (гипоталамус, таламус, ретикулярная формация), что нарушает баланс симпатической и парасимпатической нервной системы, приводит к психоэмоциональным расстройствам, появлению неприятных субъективных ощущений, нарушениям цикла сна-бодрствования и может сопровождаться эндокринными нарушениями. Вегетативные расстройства – термин, объединяющий различные по происхождению и проявлениям нарушения вегетативных функций организма из-за дисбаланса нейрогенной регуляции (Вейн А.М., 1998). Вегетативная дисфункция – это полиэтиологический синдром, характеризующийся функциональными нарушениями со стороны практически всех систем организма (в основном сердечно-сосудистой) и низкой устойчивостью к стрессовым ситуациям с расстройством гомеостаза и функциональными нарушениями.

Вегетативная дисфункция может наблюдаться как самостоятельное расстройство. В этом случае врачу не удается обнаружить сколько-нибудь значимых органических изменений со стороны внутренних органов, которые бы объяснили имеющуюся у больного симптоматику. Чаще изолированная вегетативная дисфункция наблюдается у детей, подростков, молодых людей – то есть тех, у кого еще не успела развиться органическая

патология. Очень часто вегетативная дисфункция сопровождается различными соматическими заболеваниями, что искажает и усугубляет их симптоматику (артериальная гипертензия – АГ, ишемическая болезнь сердца – ИБС, хроническая ишемия мозга, пептическая язва и др.). По данным О.Г. Морозовой, вегетативная дисфункция наблюдается почти у 80% больных с различной внутренней патологией. Наши наблюдения за пациентами с АГ показали наличие вегетативных расстройств более чем у 90% пациентов. Вегетативная дисфункция является также неизменным спутником психоэмоциональных расстройств (тревожных и депрессивных). Отмечена положительная корреляция между баллами по опроснику А.М. Вейна и баллами тревожности по госпитальной шкале тревоги и депрессии ( $r=0,48$ ;  $P<0,05$ ) у больных с АГ. Также отмечена связь вегетативных расстройств с реактивной тревожностью ( $r=0,55$ ;  $P<0,05$ ) и с личностной тревожностью ( $r=0,40$ ;  $P<0,05$ ) по тесту Ч.Д. Спилбергера–Ю.Л. Ханина. Это указывает на сложные патогенетические связи психоэмоционального состояния больных и вегетативной регуляции функций организма при АГ.

В качестве факторов, которые способствуют возникновению вегетативной дисфункции, рассматриваются следующие:

- наследственно-конституциональная предрасположенность (для выявления этого фактора врачу необходимо собрать семейный анамнез);
- особенности личности больного (тревожные, мнительные, ипохондричные люди) и психоэмоциональные расстройства;
- заболевания нервной системы (хроническая ишемия мозга, травмы мозга, нейроинфекции);
- эндокринные заболевания (сахарный диабет, тиреотоксикоз, феохромоцитомы);
- периоды гормональной перестройки организма (беременность, роды, пубертатный период);
- гиподинамия с детских лет;
- очаговая инфекция (тонзиллит, воспалительные заболевания придаточных пазух носа);
- дегенеративные заболевания шейного отдела позвоночника (остеохондроз);
- заболевания внутренних органов (панкреатит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки).

Вегетативная дисфункция может проявляться пароксизмальными (кризы) или перманентными нарушениями. Под воздействием провоцирующих факторов у больного может усугубляться перманентное расстройство или же может развиться вегетативный пароксизм (криз). Развитие пароксизма на фоне стабильной клинической симптоматики больным воспринимается как возникновение серьезного соматического заболевания и запускает психологический «порочный круг»: страх возникновения пароксизма усугубляет тревожное расстройство, что в свою очередь усиливает симпатическую активность и связанные с ней клинические проявления. К провоцирующим развитию и усугубление вегетативной дисфункции факторам относятся: острые и хронические психоэмоциональные стрессы, инфекции (вирусные и бактериальные); физические и химические воздействия (токи СВЧ, вибрация), травмы головного мозга, инсоляция, хронические интоксикации, злоупотребление алкоголем, физическое или умственное переутомление.

*Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы (F45.3)* характеризуется отчетливым вовлечением вегетативной нервной системы и не изменяющихся со временем жалоб. У больных с вегетативной дисфункцией описано около 150 симптомов и 32 синдрома клинических нарушений. Основные проявления этого состояния:

- синдром психических нарушений;
- синдром адаптационных нарушений;
- гипervентиляционный (респираторный) синдром;
- нейрогастральный синдром;

- кардиальный синдром;
- синдром цереброваскулярных нарушений;
- синдром обменно-тканевых и периферических сосудистых нарушений.

Адаптационный потенциал организма существенно снижает астения. В основе астенического синдрома при вегетативной дисфункции лежат нарушения транскапиллярного обмена, снижение потребления кислорода тканями и нарушение диссоциации гемоглобина. Астенические расстройства встречаются почти у 50% больных, которые обращаются за помощью к специалистам по внутренней патологии. Для астении характерны общая слабость, повышенная утомляемость, головная боль, головокружение, снижение физической и умственной работоспособности, частая смена настроения, расстройства сна, мышечная боль. К дисфункциям высших вегетативных центров относятся нарушения сна в виде постоянной или приступообразной сонливости, которая может сопровождаться эмоциональными расстройствами (агрессивность). Цереброваскулярные расстройства проявляются головной болью, головокружениями, шумом в голове и ушах, склонностью к обморокам. В основе этих проявлений лежит нарушение регуляции тонуса мозговых артерий, расстройство ауторегуляции мозгового кровотока, венозная дисциркуляция.

Жалобы больных сходны с таковыми при органических заболеваниях. Поэтому каждый врач в первую очередь назначает дополнительные исследования, которые позволили бы выявить органические поражения системы, со стороны которой и предъявляются жалобы. Хотя и при установленных заболеваниях сердечно-сосудистой, пищеварительной и других систем также могут наблюдаться очень бурные и красочные проявления вегетативной дисфункции. Наиболее часто встречается кардиалгический синдром без четкой иррадиации, возникающий чаще в покое, длящийся сутками, не усиливающийся при физической нагрузке и не реагирующий на прием кардиотропных препаратов. Больные ярко реагируют на боль, стонут, вскрикивают, вздыхают. Характер боли определить трудно: она давит, пульсирует, булькает, часто усиливается в предрабочие часы. Кардиалгии могут сопровождаться сердцебиением до 120 уд/мин в покое и повышением артериального давления до 160/95 мм рт.ст. В последнем случае гипотензивные средства помогают слабо, зато эффективны транквилизаторы и антидепрессанты. У некоторых больных встречается синдром «возбужденного сердца», или «солдатское сердце» (синдром Да Коста), включающий в себя сердцебиение, одышку, усталость и загрудинную боль в покое после эмоциональных нагрузок. Синдром Да Коста был описан как последствие острой реакции на стресс у солдат. Часто больных беспокоит ощущение «кома в горле», который является эквивалентом боли и не поддается коррекции лекарствами. На ЭКГ даже на высоте боли нет изменений, характерных для ИБС. Может отмечаться некоторое уплотнение зубца Т. Однако наличие диагностированной ИБС и АГ не исключает наличия вегетативной дисфункции, которая усугубляет и искажает клиническую картину основного заболевания. У наблюдаемых нами пациентов с АГ признаки вегетативной дисфункции наблюдались более чем в 90% случаев и давали наиболее красочные и драматические проявления. Наличие ишемии миокарда и синдрома стенокардии не исключает возможности кардиалгий, суправентрикулярных нарушений ритма, не связанных с ишемией миокарда, приступов удушья в покое, не сопровождающихся изменениями ЭКГ. В таких случаях вегетативная дисфункция не только неприятный симптомокомплекс, ухудшающий качество жизни, но не влияющий на ее прогноз. В таких случаях длительная гиперсимпатикотония может существенно ухудшить прогноз за счет увеличения нагрузки на ишемизированное сердце (тахикардия, увеличение силы сердечных сокращений, повышение АД, повышение агрегационных свойств тромбоцитов). Учитывая связь вегетатив-

ной дисфункции с психоэмоциональными расстройствами, вполне логично, что последние увеличивают кардиоваскулярный риск в 2–4 раза.

Вегетативная дисфункция пищеварительного тракта включает дисфагию с болезненными ощущениями за грудиной при глотании. Отличием от органической дисфагии является то, что больному легче глотать твердую пищу, чем жидкую. Гастралгии не связаны с приемом пищи и возникают в разное время суток. Часто отмечаются отрыжка воздухом и икота, которая беспокоит больного в публичных местах. Могут отмечаться хронические запоры или поносы, урчание в кишечнике. Учитывая, что в норме функция пищеварительной системы во многом определяется влиянием вегетативной нервной системы, любой дисбаланс в этой сфере приведет к нарушению моторики пищеварительного тракта, появлению клинической симптоматики (спазмы в животе, тяжесть в эпигастрии, метеоризм, расстройство стула и др.), а в дальнейшем реализуется и в развитии органического заболевания (застой желчи при гипотонии желчного пузыря на фоне симпатических влияний приводит к формированию конкрементов и развитию желчнокаменной болезни).

Вегетативная дисфункция дыхательной системы проявляется ощущением неполноты вдоха, учащенным поверхностным дыханием, частыми дополнительными вздохами, одышкой на фоне стрессовой ситуации, исчезающей при физической нагрузке или во время сна. Жалобы отмечают довольно долго, но при этом жизненная емкость легких остается на достаточно высоких значениях, а признаки легочно-сердечной недостаточности не возникают. Нормальные данные спирометрии при таких жалобах – это визитная карточка вегетативной дисфункции. Приступы удушья могут быть спровоцированы физическими нагрузками, психическим перенапряжением, пребыванием в душном помещении, резкой сменой холода и жары. Наряду с псевдоастматической симптоматикой у больных может отмечаться ларингоспазм и поперхивание, появляющиеся при психотравмирующей ситуации. Гипервентиляционный синдром проявляется увеличением частоты дыхательных движений при ощущении неполноты вдоха и недостатка воздуха. Гипервентиляция приводит к уменьшению содержания в крови углекислого газа и ощелачиванию крови, что угнетает дыхательный центр. Нарушаются привычные ощущения нормального дыхания, что еще больше пугает больного, нарушается чувствительность в околоротовой области, кистях рук (а вдруг инсульт?!), возникает головокружение, спазмы в мышцах шеи и плечевого пояса.

Урологическим признаком соматоформной вегетативной дисфункции служит поллакиурия, возникающая чаще при отсутствии возможности пользоваться туалетом и психогенная задержка мочи в присутствии посторонних. Понятно, что данные лабораторного исследования мочи в обоих случаях совершенно нормальны.

При вегетативной дисфункции могут наблюдаться тканевые отеки, ангиотрофоневроз, синдром Рейно, миалгии, причиной которых являются изменения сосудистого тонуса и проницаемости сосудов, нарушения транскапиллярного обмена и микроциркуляции. Показано, что вегетативная дисфункция тесно связана с болью в спине и шее (Ярошевский А.А., 2008). Автор проанализировал частоту вегетативных пароксизмов и обнаружил, что у 25% больных вегетативные кризы возникли в острую фазу болевого синдрома, у 30% – на фоне хронической миофасциальной боли в сроки от 1 мес и более, а у 45% больных вегетативные кризы наблюдались до возникновения мышечно-скелетной боли, а с ее появлением участились. Было показано, что обострение боли в шейно-воротниковой зоне ассоциировалось с липотимией (предобморочным состоянием). Боль, связанная с мышечным напряжением, была более выражена у лиц с гиперсимпатикотонией. Мышечное напряжение в плечевом поясе и шее, нарушение микроциркуляции в мышцах шеи, нару-

шение венозного оттока от головы у людей с психоэмоциональными и вегетативными расстройствами поясняет и высокую частоту у них головной боли напряжения.

Таким образом, проявления вегетативной дисфункции можно определить так:

1. Сердечно-сосудистые: кардиалгии, аритмии, одышка, не связанная с физической нагрузкой, гипертензия, гипотензия, лабильность АД, дистальный акроцианоз, сосудистые цефалгии, приливы.
2. Респираторные: ощущение нехватки воздуха, одышка, приступы удушья, затрудненное дыхание.
3. Гастроинтестинальные: абдоминальная боль, сухость во рту, тошнота, рвота, отрыжка, метеоризм, запоры, поносы, урчание в животе.
4. В сфере терморегуляции: субфебрилитет, периодические ознобы, гипергидроз.
5. Вестибулярные: головокружения, неустойчивость.
6. Алгические: апоневротические цефалгии, мышечная и суставная боль.

Вегетативная дисфункция, будучи связующим звеном между психикой и соматикой, принимает непосредственное участие в развитии хронической патологии. Этапы развития хронического заболевания от функционального расстройства до появления органического изменения органа можно схематически представить следующим образом:

1. Состояние конфликта потребностей и действительности (социальный фактор на фоне психологических особенностей личности).
2. Психоэмоциональное расстройство (тревога, депрессия) или нарушение нервной регуляции функций организма (лимбико-ретикулярного комплекса).
3. Вегетативная дисфункция (дисбаланс активности симпатической и парасимпатической нервной системы).
4. Нарушение гомеостаза и гомеостатического уровня функционирования органа потребностям организма в данный момент) – появление клинической симптоматики функционального заболевания.
5. Нарушения трофики (транскапиллярного обмена, диссоциации гемоглобина, дефицит кислорода, накопление лактата), обусловленные вегетативной дисфункцией, – условия для развития органической патологии тканей.
6. Органические расстройства обуславливают дальнейшее нарушение функции, что замыкает порочный круг и создает условия для хронизации процесса.

Наряду с перманентными проявлениями вегетативной дисфункции вегетативный синдром может проявляться вегетативными кризами. Кризы имеют соматические проявления, часто принимаемые за сердечно-сосудистые, неврологические или легочные заболевания. Но при этом важной характеристикой их является сопутствующее чувство беспричинной тревоги, внутреннего напряжения, ощущения «натянутого нерва» внутри. Больные могут отмечать безотчетный страх (смерти, тяжелого осложнения), злиться и вести себя неоправданно агрессивно по отношению к окружающим (домашним, медикам). Чаще агрессия и раздражительность сопровождают симпатoadrenalовые кризы, тогда как вагоинсулярные характеризуются слабостью, подавленностью, слезами. Вегетативные пароксизмы рассматриваются как панические атаки ( rubрика F41 в МКБ-10). Иногда больные не указывают на сильное чувство страха или тревоги во время приступа, что не исключает диагноза вегетативного пароксизма (панической атаки). В литературе есть данные про высокую частоту панических атак при синдроме да Коста (более 30% больных с этим нарушением указали на панические атаки в анамнезе). Симптомы вегетативного пароксизма развиваются внезапно, длятся около часа. Повторяться могут с разной частотой – от ежедневных до одного раза в два-три месяца. Диагноз вегетативного пароксизма под-

тверждается при наличии приступа страха, паники или дискомфорта в сочетании с 4 или более из перечисленных ниже симптомов, развивающихся внезапно и достигающих максимума в течение 10 мин (Морозова О.Г., 2005):

- сильное сердцебиение, учащенный пульс;
- потливость;
- озноб, тремор, ощущение внутренней дрожи;
- ощущение нехватки воздуха, одышка;
- боль или дискомфорт в левой половине грудной клетки;
- тошнота или абдоминальный дискомфорт;
- ощущение головокружения, неустойчивость;
- легкость в голове или предобморочное состояние;
- ощущение онемения или покалывания (парестезии);
- волны жара или холода;
- ощущение дереализации, деперсонализации;
- страх смерти;
- страх сойти с ума или совершить неконтролируемый поступок.

Преобладание симпатoadrenalовой симптоматики проявляется тахикардией, гипертензией, ознобом, ощущением внутренней дрожи, тремором, полиурией. При парасимпатикотонии преобладает астения, брадикардия, мышечная слабость, тошнота, головокружение, чувство нехватки воздуха. Иногда пациенты характеризуют свое состояние как «млютность». Вагоинсулярный пароксизм может проявляться в виде предобморочного состояния с головокружением, потемнением в глазах, шумом в голове, резкой слабостью (липотимия). Возможна и кратковременная потеря сознания (синкопе). Развитие синкопе связано с эпизодом гипоксии головного мозга из-за изменения сосудистого тонуса. В некоторых случаях при пароксизме наблюдается и симпатoadrenalовая, и вагоинсулярная симптоматика (смешанные кризы).

Лечение вегетативной дисфункции должно базироваться на сочетании медикаментозных и немедикаментозных методов. На первом месте стоит оптимизация образа жизни:

- устранение психоэмоциональных и психосоциальных стрессовых ситуаций;
- санация полости рта, тонзиллэктомия;
- исключение профвредностей, рациональное трудоустройство;
- исключение чрезмерных физических и умственных нагрузок;
- массаж, иглорефлексотерапия, бальнеолечение.

В реальной жизни немедикаментозные методы не всегда осуществимы. Да и ждать положительного эффекта от их применения приходится долго. Поэтому хорошим врачом больные называют лишь того, кому удастся в течение короткого времени купировать неприятные симптомы вегетативной дисфункции, не требуя психологической и физической работы над собой. У больных с вегетативными расстройствами применяется довольно широкий спектр медикаментов.

Основные группы препаратов для лечения вегетативных расстройств:

1. Транквилизаторы бензодиазепинового ряда.
2. Нейролептики (атипичные).
3. Анксиолитики (небензодиазепиновые транквилизаторы).
4. Антидепрессанты.
5. Ноотропы.
6. Препараты белладонны.
7. Пирроксан.
8. Бета-адреноблокаторы.
9. Растительные препараты (успокоительные, адаптогены).
10. Гомеопатические препараты.

Купирование панических атак наиболее эффективно транквилизаторами. Эти препараты быстро снимают тревож-

ную симптоматику. Однако длительный их прием может вызвать излишнюю седацию, слабость, нарушение когнитивной функции. Небензодиазепиновые анксиолитики действуют мягче, прием их может быть продолжен до трех месяцев. Антидепрессанты из группы СИОЗС более эффективны при преобладании депрессивной симптоматики. Препараты белладонны и пирроксан эффективны для купирования соматических проявлений вегетативной дисфункции. Бета-адреноблокаторы купируют проявления гиперсимпатикотонии, но не влияют на центральные механизмы возникновения вегетативного дисбаланса. Наиболее безопасными являются растительные и гомеопатические препараты.

Одним из представителей группы фитопрепаратов является Неокардил (УА «Про-Фарма») – комплексный растительный препарат на основе стандартизированных экстрактов плодов боярышника (0,150 г), листьев гинкго билоба (0,050 г), корней пуэрарии лопастной (0,050 г). Неокардил™ – уникальная комбинация селективных фитомолекул<sup>®</sup>, создан на основе активных фитохимических ингредиентов лекарственных растений из сырья производства NATUREX (Франция). Селективные фитомолекулы<sup>®</sup> – современная генерация высокотехнологичных соединений растительного происхождения. Это результат экологически благоприятных условий культивации растений, научно обоснованной качественной селекции определенных фитохимических фракций, их стандартизации и клинически доказанной эффективности. В отличие от синтетических средств, селективные фитомолекулы<sup>®</sup> не обладают побочными явлениями, даже при длительном применении. При этом по эффективности они часто не уступают синтетически синтезированным веществам, поэтому используются как альтернатива или дополнение к последним. В отличие от традиционных растительных средств, селективные фитомолекулы, входящие в состав Неокардила, имеют высокие концентрации и высокую степень очистки фитохимических фракций, эффективность и безопасность которых доказаны многочисленными клиническими исследованиями *in vivo*.

Составляющие Неокардила давно и успешно используются как в народной, так и традиционной медицине. Плоды боярышника давно применяются в качестве кардиотонического средства. В Кокрановских обзорах представлены данные 14 рандомизированных двойных слепых плацебо-контролируемых клинических исследований (885 пациентов с ХСН, классы по NYHA I–III), показавших достоверное положительное влияние экстракта боярышника в качестве дополнительной терапии при ХСН:

- значительное увеличение показателя максимальной достигнутой нагрузки у пациентов, получавших экстракт боярышника, по сравнению с плацебо: 5 исследований,  $n=380$ ; взвешенная средняя разница = 5,35 Вт,  $P<0,01$ ;
- увеличение толерантности к физической нагрузке: 2 исследования,  $n=98$ , взвешенная средняя разница = 122,76 Вт\*мин,  $P<0,01$ ;
- достоверное уменьшение симптомов одышки при лечении боярышником в сравнении с плацебо: 2 исследования,  $n=239$ .

Экстракт пуэрарии в экспериментальных исследованиях показал положительное влияние на обменные процессы: уменьшение биосинтеза холестерина в печени, снижение плазменной концентрации липопротеидов низкой плотности, уве-

личение утилизации глюкозы на фоне дефицита инсулина за счет стимуляции альфа-1-адренорецепторов. Пуэрарин ингибирует активность AR (альдоз-редуктазы), блокирует экспрессию фибронектина, альфа-В-кристаллина, TGF- $\beta_2$ , препятствуя таким образом развитию осложнений сахарного диабета (в том числе катаракты). Таким образом, экстракт пуэрарии позитивно влияет на обменные процессы в тканях, что немаловажно у пациентов с высоким метаболическим риском (ожирение, дислипидемия, нарушение толерантности к углеводам и сахарный диабет).

Эффекты гинкго билоба проявляются в вазоактивном, нейрометаболическом и антиагрегантном действии, что позволило применять экстракт этого растения в качестве ноотропной терапии у больных с хронической ишемией мозга и перенесших острое нарушение мозгового кровообращения. Сейчас установлено, что флавоновые гликозиды гинкго обладают способностью ингибировать фермент фосфодиэстеразу, что приводит к снижению тонуса артериол и увеличению кровотока за счет накопления в гладкомышечных клетках артериол цГМФ. Экстракт листьев гинкго уменьшает тонус исходно спазмированных сосудов и оптимизирует кровоток в склерозированных артериолах и за счет этого не вызывает эффекта «обкрадывания». Экстракт гинкго улучшает реологические свойства крови, что способствует увеличению кровотока в микроциркуляторном русле. Этот эффект реализуется не только в сосудах мозга, но и в сердце и других органах и тканях.

Отдельные составляющие Неокардила потенцируют действие друг друга, что проявляется в клинических эффектах препарата. В исследовании М.Н. Долженко показано, что лечение Неокардилом пациентов с вегетативной дисфункцией приводит к уменьшению частоты суправентрикулярных экстрасистол на 68%, частоты желудочковых экстрасистол на 78%. При этом более чем у 70% больных уменьшились слабость и утомляемость. Неокардил также способствовал увеличению толерантности к физической нагрузке по данным ВЭМ и увеличению сократительной способности миокарда у пациентов с сердечной недостаточностью (СН I, II ФК по NYHA). Исследователи отметили, что прием Неокардила пациентами с ВД, ИБС, СН I ст. сопровождается достоверным улучшением качества жизни. В исследовании Л.В. Журавлевой и соавторов установлено, что применение Неокардила в комплексной терапии больных со стабильной стенокардией напряжения II–III ФК позволяет увеличить толерантность к физической нагрузке, увеличивать время до возникновения приступов стенокардии и до возникновения депрессии сегмента ST при проведении ВЭМ, а также улучшить качество жизни больных со стенокардией. Подобные эффекты препарата можно объяснить не только кардиотоническим, но и вегетостабилизирующим эффектом препарата, позволяющим взять под контроль проявления вегетативной дисфункции на фоне серьезной соматической патологии – ИБС. Поэтому показаниями к назначению Неокардила являются не только функциональные кардиальные расстройства у лиц с вегетативной дисфункцией, но и органические заболевания сердечно-сосудистой системы, при которых вегетативная симптоматика существенно ухудшает качество жизни больных (АГ, ИБС, сердечная недостаточность, хроническая ишемия мозга).

#### Сведения об авторах

**Приходько Виктория Юрьевна** – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: prikhodko@ukr.net.

**Кононенко Елена Анатольевна** – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9.

**Морева Диана Юрьевна** – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9.

**Гоголь Оксана Владимировна** – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9.

Статья поступила в редакцию 08.04.2013