

Шляхи оптимізації терапії вегетативних розладів

І.В. Коваленко

Обласний науково-практичний центр психосоматичної медицини, м. Вінниця
Вінницька обласна психоневрологічна лікарня ім. акад. О.І. Ющенка

Резюме. Система комплексної терапії вегетативних розладів з застосуванням *Седасену форте* та *Кардонату*, що базується на урахуванні основних патогенетичних механізмів цих розладів, має більш високу ефективність в порівнянні із стандартною методикою лікування. Найбільша різниця спостерігалась по впливу на рівень вегетативних розладів в цілому, а також на окремі прояви вегетативної дисфункції (кардіалгії, порушення серцевого ритму, коливання артеріального тиску, порушення сну, астеничні прояви). Відбулось також інтенсивне зменшення емоційних компонентів (особистісної та реактивної тривоги). Поєднання терапевтичних можливостей обох препаратів при збереженні загальної спрямованості основної клінічної дії створює широкі індивідуальні спектри їх терапевтичної активності.

Ключові слова: вегетативні розлади, фармакотерапія, комплексна терапія, *Седасен форте*, *Кардонат*.

Вступ

В останні роки в Україні спостерігається значне зростання соматичних та психосоматичних захворювань із хронічним перебігом та зміною патоморфозу (перевага тривожних і вегетативних розладів) [9]. Варіабельність та складність клінічних проявів вегетативних розладів (ВР) є однією із причин діагностичних помилок в клінічній практиці, що, в свою чергу, утруднює процес лікування [1, 4].

Проблема патогенезу, клініки та лікування ВР є однією із актуальних проблем сучасної медицини [7, 8]. Вирішити цю проблему можливо тільки спільними зусиллями психіатрів, психотерапевтів, психологів, лікарів загального профілю, вузьких спеціалістів, що дозволить виробити єдині критерії діагностики та знайти нові підходи до лікування.

В основі різних форм адаптації людини лежать певні психовегетативні механізми. При цьому під впливом значимих психогенних факторів (напружена розумова діяльність, стреси) змінюються вегетативні показники. При ВР відбувається порушення взаємодії психовегетативних процесів, що призводить до дезадаптації організму до зміни умов зовнішнього і внутрішнього середовища. Для визначення цього явища запропоновано поняття «психовегетативний синдром», тобто стан розладжених психічних і фізичних (у першу чергу, вегетативних) функцій.

Психофізіологічні реакції можуть завершитись нормалізацією порушених функцій, але принципово можливий і інший шлях, коли тривалість стресової ситуації в сполученні з певною генетичною схильністю призводить до формування ВР, які можуть бути представлені перманентною або пароксизмальною формою (вегетативні кризи, панічні атаки).

В патогенезі ВР приймають участь біологічні та психологічні фактори. До біологічних факторів відносяться порушення вегетативної регуляції, порушення периферичних та центральних адренергічних механізмів, біохімічні фактори. До психологічних відносяться фактори когнітивні (пам'ять, оцінка зовнішньої ситуації і тілесних відчуттів, втрата когнітивного контролю над ситуацією) та особистісні (окремі риси — сенситивність, тривожність, демонстративність, схильність до субдепресивних станів, що можуть досягати ступеню акцентуації) [4].

Практично немає таких патологічних станів, у розвитку яких не відіграють важливу роль ВР. В одних випадках вони є істотним чинником патогенезу, в інших — виникають вторинно, у відповідь на ушкодження різних систем організму.

Виходячи з цих положень, запропоновано таку формулу психічного та соматичного співвідношення: психічні стресори (катастрофи, хронічні соціальні проблеми, значимі життєві події) — тривога — емоційна напруга — порушення вегетативно-гуморального регулювання — психосоматичний розлад [3].

Сучасна нейро- та психофармакологія переживає сьогодні еру найбільш стрімкого розвитку за всю історію її існування. Це пояснюється, перш за все, прогресивним ростом нервової та психічної патології, її подальшою актуалізацією як одного з провідних чинників захворюваності, інвалідизації та смертності населення, особливо у розвинутих країнах. За даними ВООЗ, понад 30 % населення світу вживає ті чи інші нейро- та психотропні засоби, а якщо взяти до уваги тільки країни ЄС та Північної Америки, то зазначений показник досягає 45–50 %. Тому природним є постійне збільшення інтересу фармакологів та клініцистів до пошуку та впровадження у практику нових ефективних та безпечних засобів з метою застосування у неврології та психіатрії [13, 14].

Проблема поєднання ефективності та безпечності, безумовно, є провідною для фармакології взагалі, але при вивченні та практичному використанні для лікування ВР вона є найбільш актуальною, враховуючи етіопатогенетичне значення психогенних факторів, особистісні риси пацієнтів, коморбідні тривожні та депресивні розлади.

Система терапії хворих з ВР складається з трьох частин: біологічної, психологічної і соціальної. Перша спрямована на корекцію біологічних рівнів (організм, фізіологічна система, орган), друга — на нормалізацію психіки, третя — на мікросоціальну адаптацію [2].

Біологічна терапія орієнтується, у першу чергу, на причину виникнення синдрому, його патогенетичні механізми. Основними групами препаратів для терапії ВР є седативні (седативні засоби рослинного походження, транквілізатори, снодійні), антидепресанти, ноотропи, вегетотропні і судинні засоби. Медикаментозна терапія поєднується з немедикаментозними методами (психотерапія, ароматерапія, фізіотерапевтичні методи та ін.).

Лікування пацієнтів з ВР обов'язково включає психотерапію, яка в різних її формах виступає в якості симптоматичного або етіопатогенетичного фактора. В першу чергу, психотерапія орієнтована на усвідомлення пацієнтами зв'язку своїх скарг з психогенними чинниками та можливість їх корекції з урахуванням особистісних особливостей.

Досвід роботи денного стаціонару Вінницької обласної психоневрологічної лікарні ім. акад. О.І.Ющенка підтверджує, що напівстаціонарна форма надання допомоги пацієнтам з ВР, яка дозволяє здійснити повний обсяг лікувальних та реабілітаційних заходів, є найбільш ефективною, виключаючи несприятливий вплив госпіталізації (госпітальна ятрогенія) [6].

В цілому, лікування має бути побудоване з урахуванням складних взаємовідносин соматогенного та психогенного радикалів. Тому лікарі, які займаються лікуванням психосоматичних розладів, повинні, з одного боку, володіти психотерапією та фармакотерапією, а з іншого — враховувати клініку та патогенез ВР.

Відповідно, основні вимоги до психотропних препаратів в терапії психосоматичних розладів можна сформулювати наступним чином: 1) широкий спектр психотропної активності — ефективний вплив на тривожні, афективні (депресивні), іпохондричні (астенічні, алгічні, соматовегетативні розлади) розлади; 2) сприятливий спектр побічних ефектів з мінімальним негативним впливом на соматичні функції; 3) виразні соматотропні ефекти (терапевтичний вплив на супутню соматичну патологію; 4) мінімальна поведінкова токсичність (незначні або відсутні седативні ефекти — сонливість в денний час, порушення уваги та ін.) [12].

Тому, незважаючи на широкий спектр сучасних нейро- та психофармакологічних засобів, серед них не так вже й багато препаратів, що цілком та повністю відповідають максимально жорстким критеріям поєднання ефективної та безпечної дії. Саме ця обставина спонукає до пошуку та впровадження в практику комбінованих методів лікування, що дає можливість підвищити і ефективність, і безпечність терапії.

Подальший розвиток фармакотерапії ВР потребує впливу на патогенетичні ланки, «симптоми-мішені» та коморбідні розлади (тривога, депресія). З урахуванням цього стандартна медикаментозна терапія може бути доповнена включенням в комплекс лікування засобів метаболічної дії та рослинних препаратів.

Останнім часом в клінічній практиці зростає інтерес до засобів метаболічної дії, що мають широкий спектр фармакологічної активності та незначну токсичність. Основою їх терапевтичної дії є цитопротекція, модуляція процесів обміну в організмі, підвищення енергетичного статусу клітин, зокрема міокардіоцитів, посилення адаптаційних процесів.

В комплексне лікування ВР ми включили **Кардонат** — метаболічний засіб вітчизняного виробництва з широким спектром біохімічної та терапевтичної дії, що має в своєму складі ефективну формулу амінокислот та коферментних форм вітамінів. Це комбінований препарат, дія якого зумовлена ефектами його складових.

L-карнітин вважається «вітаміном росту», покращує процеси обміну в організмі, зменшує ознаки фізичного і психічного перенапруження, підвищує працездатність, апетит, прискорює ріст, виявляє захисну дію на серце, печінку, нервову систему, сприяє зменшенню ішемії серцевого м'яза та обмеженню постінфарктної зони, стимулює клітинний імунітет, усуває функціональні порушення нервової системи у хворих на хронічний алкоголізм

(хочу нагадати, що в історичному аспекті ми всі знайомі з дією L-карнітину — з давніх часів для більш швидкого одужання хворим давали міцний м'ясний бульйон, який містить велику кількість L-карнітину).

Лізин — незамінна амінокислота, бере участь у всіх процесах розвитку і росту, сприяє росту і укріпленню кісткової тканини, стимулює поділ клітин, підтримує жіночу статеву функцію.

Кобамамід активує обмін вуглеводів, білків і ліпідів, як фактор росту стимулює функцію кісткового мозку, сприяє нормалізації порушених функцій печінки і нервової системи, активує згортальну систему крові.

Кокарбоксілаза виявляє регулюючу дію на обмінні процеси в організмі, особливо важливу роль відіграє у вуглеводному і жировому обміні, покращує засвоєння глюкози, трофіку нервової тканини, сприяє нормалізації функції серцево-судинної системи при порушеннях серцевого ритму, стенокардії.

Піридоксаль-5-фосфат має велике значення для обміну речовин, необхідний для нормального функціонування центральної і периферичної нервової системи, бере участь в обміні амінокислот, сприяє нормалізації жирового обміну, покращує функції печінки, прискорює нервово-м'язові процеси, які особливо важливі в дитячому віці при відставанні в розумовому і фізичному розвитку, при хронічній стомленості.

Метаболічна дія препарату дає можливість застосовувати його в комплексній терапії ВР. Крім безпосередньої позитивної дії Кардонату, створюються передумови для підвищення ефективності дії інших препаратів [11].

Для лікування психосоматичних розладів традиційно використовується широкий спектр засобів рослинного походження. Активно діючі біологічні речовини рослин дають змогу застосовувати фітопрепарати як ефективні лікувальні та профілактичні засоби при багатьох захворюваннях. Ці засоби нерідко мають переваги перед традиційними медикаментами (зокрема препарати рослинного походження не мають токсичної дії та краще переносяться у порівнянні із синтетичними сполуками). Це має особливе значення в сучасних екологічно несприятливих умовах.

Історично в лікуванні ВР та неврозів препаратами вибору були валеріана, м'ята перцева та м'ята лимонна (меліса).

Очевидні переваги валеріани, м'яти перцевої та м'яти лимонної (меліси) збережені і навіть посилені в комбінованому лікарському засобі вітчизняного виробництва **Седасен форте**, що містить 125 мг екстракту валеріани, 25 мг екстракту м'яти перцевої, 25 мг екстракту м'яти лимонної (меліси).

Біологічно активні речовини, які містить валеріана, зменшують збудливість центральної і вегетативної нервової системи, знижують напруженість і дратівливість при психічному перенавантаженні, мають виражені заспокійливі, снодійні, спазмолітичні ефекти, посилюють дію інших снодійних і седативних препаратів.

М'ята перцева також має помірну спазмолітичний, заспокійливий, снодійний ефект.

Меліса виявляє заспокійливий, протисудомний, антиаритмічний, спазмолітичний і протиблювотний ефекти, знижує артеріальний тиск. Крім того, активні компоненти меліси та м'яти покращують процеси травлення, справляють м'який жовчогінний ефект, нормалізують знижений апетит, сприяють відновленню сапрофітної флори кишечника і секреції травних ферментів. Меліса усуває легкі форми порушення менструального циклу, прояви токсикозу вагітності, клімактеричні розлади, нормалізує функцію статевих залоз у чоловіків [5].

Таблиця

Динаміка середнього РВР в процесі комплексної терапії з застосуванням Седасену форте та Кардонату в порівнянні зі стандартною терапією (в балах)

Ознаки	Основна група		Група порівняння	
	До лікування	Через 3 тижні	До лікування	Через 3 тижні
Кардіалгії	2,24	0,44	1,96	0,68
Порушення серцевого ритму	0,7	0,07	0,84	0,24
Колівання АТ	4,6	0,41	3,64	0,6
Функціональні розлади дихальної системи	2,38	0,6	1,96	0,5
Функціональні розлади верхнього відділу шлунково-кишкового тракту	0,36	0,12	0,24	0,08
Функціональні розлади нижнього відділу шлунково-кишкового тракту	0,48	0,16	0,72	0,24
Функціональні розлади сечовидільної системи	0,12	0	0,24	0,12
Сексуальні розлади	0,6	0,2	0,72	0,36
Розлади сну	3,3	0,17	2,7	0,32
Цефалгії	6,16	0,9	6,44	1,2
Астенія	3	0,27	3,3	0,9
Судинні прояви в кінцівках	1,32	0,26	1,08	0,2
Нейрогенна неприємність	0,84	0	0,7	0
Розлади терморегуляції	0,28	0	0,42	0
Всього	26,38	3,6	24,96	5,44

Всі активні складові частини Седасен форте посилюють та доповнюють дію одна одної. Суттєво, що препарат не впливає на концентрацію уваги, не знижує працездатності пацієнтів і не викликає інших побічних ефектів. Клінічно значимої взаємодії з іншими медикаментами не відмічено. Седасен форте може застосовуватись в комплексі з будь-якими психотропними препаратами, в тому числі антидепресантами [10].

Застосування Седасену форте в комплексній терапії ВР обумовлене як окремими ефектами його біологічно активних рослинних компонентів на прояви ВР, так і ефектом посилення дії інших препаратів, що дає змогу досягти позитивного результату при використанні менших доз препаратів.

Комбінований характер терапії дозволяє досягати клінічного ефекту при зниженні медикаментозного навантаження на пацієнта, особливо у відношенні психотропних засобів. Таким чином, виникає можливість проводити комплексний вплив на пацієнтів з метою отримання найбільш сприятливого та швидкого ефекту, ніж при стандартному лікуванні.

Метою даної роботи є пошук шляхів оптимізації терапії ВР, що ґрунтується на урахуванні основних патогенетичних ланок ВР.

Матеріал та методи дослідження

Досліджено 100 пацієнтів з ВР, які проходили лікування в денному стаціонарі Вінницької обласної психоневрологічної лікарні ім. акад. О.І. Ющенка. 50 пацієнтів отримували комплексне лікування — Седасен форте (по 1 капсулі 3 рази на день, при розладах сну — 1–2 капсули за годину до сну), Кардонат (по 1 капсулі 3 рази на добу) та стандартну терапію (седативні, вегетотропні, судинні препарати, ноотропи, антидепресанти, психотерапія) (основна група). 50 пацієнтів, які отримували тільки стандартну терапію становили групу порівняння.

Вік досліджуваних в обох групах становив від 18 до 51 років, розподілення за статтю в основній групі: жінки — 80 %, чоловіки — 20 %, в групі порівняння — 76 % та 24 %, відповідно.

ВР в обох групах відповідали критеріям соматоформних розладів (F 45) за МКХ-10. Загальними для всіх пацієнтів були чисельні клінічно значимі соматичні скарги, що повторювались і тривали більше 2 років, неможливість пояснити скарги наявним захворюванням, пошук допомоги у лікарів різних спеціальностей, прагнення до обстежень, в тому числі і складних (інвазійних), зневіра в медицині, соціальна або сімейна дезадаптація.

Діагностику проводили, використовуючи клініко-психопатологічне дослідження. Рівень вегетативних розладів (РВР) визначали за опитувальником, створеним на основі шкали Вейна; в патопсихологічному дослідженні використовували стандартизовані психологічні методики: шкалу депресії Бека, шкалу реактивної та особистісної тривожності Спілбергера — Ханіна.

Дослідження проводилось до початку лікування та через 3 тижні після початку лікування.

Результати досліджень та їх обговорення

До початку лікування ми спостерігали ВР різних органів та систем. Перманентна форма була відмічена у 42 % пацієнтів основної групи та 36 % пацієнтів групи порівняння, пароксизмальна форма — у 58 % та 64 %, відповідно.

Функціональні розлади серцево-судинної системи були представлені в обох групах кардіалгіями (32 %

та 28 %), порушенням серцевого ритму (10 % та 12 %), коливаннями артеріального тиску (АТ) (58 % та 52 %).

Основними проявами вегетативної дисфункції дихальної системи були порушення ритму дихання, синдром гіпервентиляції (34 % та 28 %, відповідно).

Серед ВР шлунково-кишкового тракту ми спостерігали порушення функції верхнього відділу шлунково-кишкового тракту (стравоходу, шлунку) — у 12 % та 8 % пацієнтів в основній групі та групі порівняння, відповідно, і нижнього відділу шлунково-кишкового тракту (кишечника) у 16 % та 24 %, відповідно.

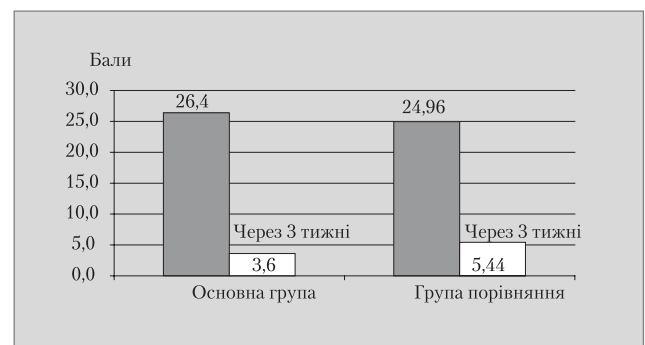


Рис. 1. Динаміка РВР в процесі комплексної терапії з використанням Седасену форте та Кардонату і стандартної терапії.

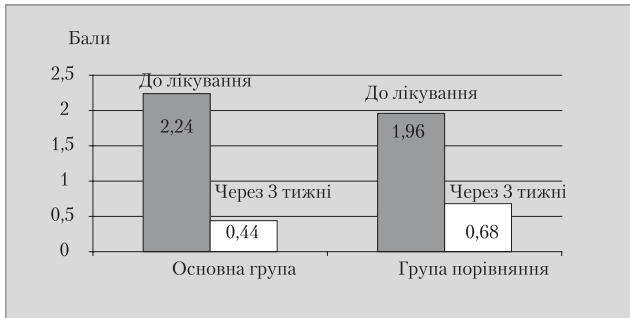


Рис.2. Динаміка вираженості кардіалгій в процесі комплексної терапії з використанням Седасену форте та Кардонату і стандартної терапії.



Рис.5. Динаміка вираженості порушень сну в процесі комплексної терапії з використанням Седасену форте та Кардонату і стандартної терапії.

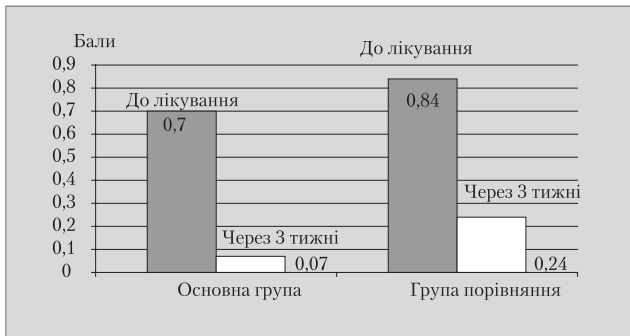


Рис.3. Динаміка вираженості порушень серцевого ритму в процесі комплексної терапії з використанням Седасену форте та Кардонату і стандартної терапії.

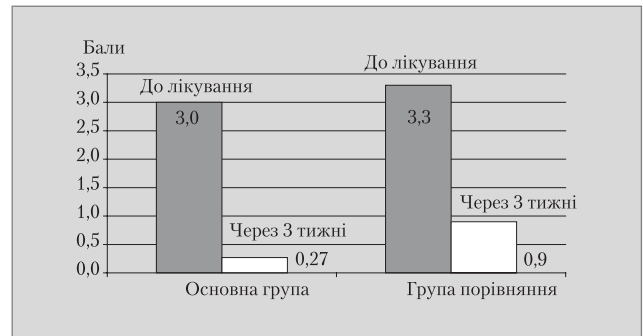


Рис.6. Динаміка вираженості астеничного синдрому в процесі комплексної терапії з використанням Седасену форте та Кардонату і стандартної терапії.

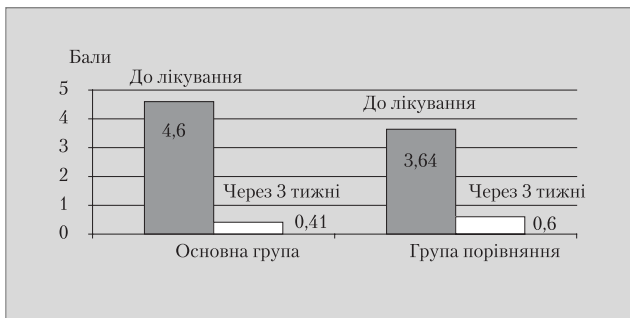


Рис.4. Динаміка вираженості коливань АТ в процесі комплексної терапії з використанням Седасену форте та Кардонату і стандартної терапії.

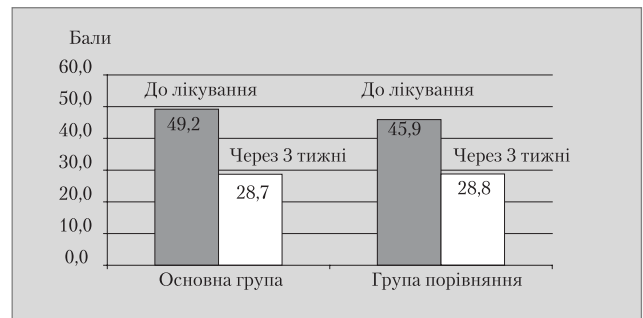


Рис.7. Динаміка РРТ в процесі комплексної терапії з використанням Седасену форте та Кардонату і стандартної терапії.

У обстежених пацієнтів функціональні розлади сечовидільної системи відмічались рідко — 2% та 4%, відповідно. Одним з основних клінічних проявів був розлад сечовипускання.

Сексуальні порушення в обстежених групах були відмічені у 10% пацієнтів основної групи та у 12% — в групі порівняння. Для чоловіків були характерні деякі форми зниження статевого потягу, порушення ерекції, еякуляції, оргазму. Жінок турбували зниження статевого потягу, аноргазмія, дискомфорт під час статевого акту, вагінізм.

Часто в обстежених групах відзначались порушення нічного сну у вигляді труднощів при засинанні, поверхового, неглибокого сну з частими прокиданнями, відчуття втоми при прокиданні вранці (66% та 54%, відповідно).

Прояви астенії було відзначено у 60% пацієнтів основної групи та у 66% — в групі порівняння. Приступоподібний головний біль спостерігались практично у всіх пацієнтів (88% та 92%, відповідно).

Судинні прояви вегетативної дисфункції в кінцівках у вигляді оніміння, похолодання кінцівок, синдрому Рейно відмічені, відповідно, у 22% та 18% пацієнтів; раптові втрати свідомості або відчуття, що втрата свідомості можлива при перебуванні в задушливому приміщенні,

хвилюванні, тривалому перебуванні в вертикальному положенні, — у 12% та 10% пацієнтів, відповідно.

Розлади терморегуляції спостерігались у вигляді тривалого безпричинного субфебрилітету (4% та 6% пацієнтів, відповідно).

Як відомо, прояви ВР супроводжуються у хворих симптомами тривоги [1, 3]. До початку лікування рівень реактивної тривожності (РРТ) становив 49,2 та 45,9 бали в першій та другій групах, відповідно, рівень особистісної тривожності (РОТ) — 46,7 та 45,3 бали, що підтверджує значну роль тривоги в патогенезі ВР. Досить часто вегетативні та тривожно-фобічні розлади були ситуативно обумовленими (агорафобії, соціофобії, специфічні фобії), в зв'язку з чим пацієнти намагались уникати відповідних ситуацій.

Нерідко депресивні розлади є коморбідними з симптомами ВР та тривоги [8, 9]. У обстежених пацієнтів до початку лікування рівень депресії становив 23,8 та 21,5 бали в обох групах, відповідно.

Ступінь виразності симптомів була різною. Результати дослідження динаміки рівня ВР, в середньому, по кожній групі до початку та через 3 тижні після початку лікування представлені в таблиці.

Як показують дані таблиці в процесі лікування як в основній групі, так і в групі порівняння спостерігалась пози-

тивна динаміка щодо проявів ВР, але інтенсивність змін була різною. В групі пацієнтів, які отримували комплексну терапію з включенням Седасену форте та Кардонату, РВР зменшився на 22,78 бали і після 3 тижнів лікування становив 3,6 бали (13,65 % від початкового рівня); в групі пацієнтів, які отримували стандартну терапію, зменшення відбулось на 19,52 бали і рівень склав 5,44 бали (21,79 % від початкового).

Проведене повторне дослідження рівня тривожності після проведеного лікування показало, що в групі хворих, які отримували комплексну терапію з включенням Седасену форте та Кардонату, РРТ становив 28,7 балів (зменшився на 20,5 бали), що є свідченням низького рівня тривожності, РОТ — 32,3 (зменшився на 14,4 бали). В групі пацієнтів, які отримували стандартну терапію, рівень тривожності також зменшився, але ступінь редукції був нижчим: РРТ склав 28,8 бали (зменшився на 17,1 бали), РОТ — 33,2 (зменшився на 12,1 бали).

Порівняльна динаміка впливу комплексної терапії з використанням Седасену форте та Кардонату і стандартної терапії на РВР в цілому, а також на окремі ознаки ВР та коморбідні розлади представлена в рисунках 1–7.

В групі хворих, які отримували комплексну терапію з включенням Седасену форте та Кардонату, після лікування знизився і рівень депресії (на 10,5 бали в порівнянні з початковим) і склав 13,3 бали; в групі пацієнтів, які отримували стандартну терапію, — на 9,8 бали (11,7 бали).

Висновки

Система комплексної терапії вегетативних розладів з застосуванням Седасену форте та Кардонату, що базується на урахуванні основних патогенетичних механізмів цих розладів, має більш високу ефективність в порівнянні із стандартною методикою лікування. Найбільша різниця спостерігалась по впливу на рівень вегетативних розладів в цілому, а також на окремі прояви вегетативної дисфункції — такі як кардіалгії, порушення серцевого ритму, коливання артеріального тиску, порушення сну, астеничні прояви. Відбулось і інтенсивне зменшення емоційних компонентів (особистісної та реактивної тривоги).

Поєднання терапевтичних можливостей цих препаратів при збереженні загальної спрямованості основної клінічної дії створює широкі індивідуальні спектри їх терапевтичної активності.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. — М.: Медицина, 1993. — 400 с.
2. Арнаут Л.А. Принципы терапии висцеро-вегетативных расстройств в клинике внутренних болезней // Мед. исслед. — 2001. — Т. 1, № 2. — С. 32–35.
3. Березин Ф.Б., Мирошников М.П. // *Materia Med.* — 1996. — № 1 (9).
4. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Голубев В.Л. Заболевания вегетативной нервной системы. — М.: Медицина, 1991. — 624 с.
5. Коваленко И.В. Психосоматичні розлади: діагностика та лікування. — Вінниця, 2005. — 32 с.
6. Лікарські рослини: Енциклопедичний довідник / За ред. А.М. Гродзинського. — К., 1989. — 544 с.
7. Любан-Площа Б., Пельдингер В., Крегер Ф. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике. — СПб., 2000. — 280 с.
8. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Новейший справочник. — М.— СПб., 2003. — 928 с.
9. Марута Н.А. Невротическая болезнь // *Межд. мед. ж.* — 1997. — Т. 3, № 3. — С. 16–19.
10. Попов С.Б., Бездетко Н.В. Отчет о проведении открытых ограниченных клинических испытаний препарата «Седасен» (капсулы). — Харьков, 2001. — 22 с.
11. Серкова В.К., Липницкий Т.Н., Зайков С.В., Козловский В.Л. Метаболическая терапия в клинике внутренних болезней (методические рекомендации). — Винница, 2003. — 20 с.
12. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи) // *Психиатрия и психофармакотер.* — 2000. — Т. 2.
13. A report from WHO Collaborative study on Psychological Problems in General // *Health Care Europ. Psychiatry.* — 1996. — 11 (Suppl.). — P. 5–10.
14. Leighton A.H. Contributions of epidemiology to psychiatric thought // *Canad. J. Psychiatry.* — 1990. — V. 35, № 5. — P. 385–389.

Пути оптимизации терапии вегетативных расстройств

И.В. Коваленко

Резюме. Система комплексной терапии вегетативных расстройств с применением Седасену форте и Кардоната, учитывающая основные патогенетические механизмы этих расстройств, имеет более высокую эффективность по сравнению со стандартной методикой лечения. Наибольшее различие наблюдалось по влиянию на уровень вегетативных расстройств в целом, а также на отдельные проявления вегетативной дисфункции (кардиалгии, нарушения сердечного ритма, колебания артериального давления, нарушения сна, астенические проявления). Произошло также интенсивное уменьшение эмоциональных компонентов (личной и реактивной тревоги). Сочетание терапевтических возможностей этих препаратов при сохранении общей направленности основного клинического действия создает широкие индивидуальные спектры их терапевтической активности.

Ключевые слова: вегетативные расстройства, фармакотерапия, комплексная терапия, Седасен форте, Кардонат.

The Ways of the Optimization of the Vegetative Disorders Therapy

I.V. Kovalenko

Summary. The system of the complex therapy of the vegetative disorders with help of the Sedasen Forte and Kardonat which is heedful of the main pathogenic mechanisms of this violations, has higher effectiveness in comparison with the standard methods of treatment. The biggest difference was observed in the influence on the level of the vegetative violations and also on the separate appearance of the vegetative dysfunction (cardiology, the violation of the hart rhythm, vibration of the arteriotony, sleep disturbance, asthenical displays). It was also observed the intensive lowering of the emotional components (individual and reactive warning). The symbiosis of the therapeutically possibilities of these preparations with preserving of their general trend of main clinical did creates wide individual specters of their therapeutically activeness.

Key words: vegetative disorders, pharmacological therapy, complex therapy, Sedasen Forte, Kardonat.