

© Демченко А. В.

УДК 616.89-008.1:615.322

Демченко А. В.

ФІТОТЕРАПІЯ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ВЕГЕТАТИВНУ ДИСФУНКЦІЮ

**Запорізький державний медичний університет,
Університетська клініка (м. Запоріжжя)**

alina.dem@ukr.net

Стаття є фрагментом НДР «Оптимізація діагностичних та лікувально-реабілітаційних заходів у хворих з гострими та хронічними порушеннями мозкового кровообігу» (№ державної реєстрації 0113U000798).

Синдром вегетативної дисфункції (ВД) супроводжує багато соматичних захворювань і залишається однією з важливих та актуальних проблем клінічної неврології. Цей синдром обумовлений переважно порушенням надсегментарної ланки автономної нервової системи та включає в собі прояви усіх форм порушення вегетативної регуляції [5,17]. Дисфункції автономної нервової системи виявляються у 20% дітей і 70% дорослих [17]. Так, за даними медичної статистики, в Україні у 2014 р. було зареєстровано 500 тисяч пацієнтів на вегетативно-судинну дистонію [28]. На частку ВД припадає до 15-20% функціональних розладів серцево-судинної системи, а серед осіб молодого працездатного віку близько 30% хворих – це пацієнти з ВД [11,15].

ВД – це міждисциплінарна проблема, яка привертає увагу лікарів різних спеціальностей в зв'язку з тим, що до цього часу не з'ясовано, чи є вона самостійним захворюванням або фактором ризику – предиктором артеріальної гіпертензії, атеросклерозу та ішемічної хвороби серця [5]. Крім того, синдром ВД – це мультифакторний стан, у розвитку якого беруть участь генетичні та набуті фактори, які ведуть до порушення нейрогуморальної та ендокринної регуляції тонуусу переважно серцево-судинної системи. Клінічна картина синдрому ВД характеризується значною різноманітністю та залежить від віку, рівня артеріального тиску та характеру нейровегетативних змін [5,11]. Спектр вегетативних порушень надзвичайно різноманітний і визначається генетичними факторами (особливостями психічної конституції та вегетативного забезпечення, вегетативною сприйнятливістю тієї чи іншої системи) і причинами невротизації (такими як стрес, інтоксикація, перевтома, професійні шкідливості, соматичне захворювання тощо) [5,15,16].

Одним з найбільш частих проявів ВД є психоемоційний дисбаланс, який, як правило, тяжко переноситься хворими, значно погіршує якість їх життя і сприяє збільшенню патогенетичного порочного кола стрес-індукованих порушень центральної нервової системи [5,15].

У теперішній час світовою медичною громадськістю у багатьох випадках ВД розглядається як соматизована (маскована) депресія, де емоцій-

ні розлади приховані під домінуючою соматичною (вегетативною) симптоматикою. Цим пояснюється така широка представленість тривожно-депресивних розладів на прийомах у терапевтів та сімейних лікарів. За даними різних авторів, до 80% первинних пацієнтів з тривожно-депресивними розладами звертаються за медичною допомогою не до психіатрів, а до лікарів внутрішньої медицини, оскільки серед скарг у цих хворих превалює саме соматична симптоматика [16].

Суттєва проблема сучасного суспільства – поширеність серед населення великої кількості інформації та стислі терміни для її обробки, що призводить до появи сучасних факторів ризику і, в першу чергу, до хронічного стресового перевантаження. А занадто швидкий ритм життя часто призводить до розвитку астеничних та тривожно-депресивних розладів і, як наслідок, до порушення сну та когнітивних функцій [19]. Астеничний синдром – це один з найбільш поширених синдромів у хворих на ВД. Астеничні розлади характеризуються зниженням толерантності до фізичних і психічних навантажень, лабільністю настрою, дратівливістю, головним і м'язовим боєм, вегетативними порушеннями та порушеннями сну [3].

Взаємозв'язок тривожних розладів з порушеннями сну, помірними або тяжкими, і перш за все з інсомнією підтверджений у ряді сучасних наукових досліджень [6,27]. При цьому зв'язок між тривожністю і синдромом інсомнії не односторонній (хвороба призводить до порушень сну), а двосторонній. З одного боку, встановлена чітка залежність тяжкості тривожності від супутніх розладів сну [27], а з іншого – продемонстрована роль патологічної тривоги в порушеннях сну [5]. Це багато в чому обумовлено патогенетичним фактором: тривога провокується корковою гіперактивацією, яка розглядається як основна ланка патогенезу інсомнії.

В якості провокуючого фактору розвитку інсомнії може бути будь-яка стресова подія. У гострому періоді порушення сну, які безпосередньо пов'язані з реакцією на стресову ситуацію, сон може відновитися після її вичерпання. Проте при наявності певних чинників високої інтенсивності стресу або затягнутості стресової ситуації залишаються підтримуючі чинники, які представляються проявами соматичної і коркової гіперактивації [13].

Сьогодні взаємозв'язок між інсомнією і когнітивними порушеннями не викликає сумніву. Якість сну тісно пов'язана з якістю пізнавального процесу – активною розумовою діяльністю, яка в значній мірі

визначається збереженням свідомості та мотивованістю людини. Так, достатній рівень бадьорості та якість попереднього сну необхідні для збереження когнітивних функцій. А наявність когнітивної дисфункції залежить від стану лімбічної системи, присутності та вираженості супутніх тривожних або депресивних розладів [14].

Пацієнти скаржаться на порушення пам'яті, уповільнення швидкості психічних процесів, неможливість в задані терміни впоратися з поставленим завданням. Подібний стан зазвичай визначається як «синдром менеджера».

В більшості випадків когнітивні порушення, за своєю виразністю, відповідають суб'єктивному або легкому когнітивному дефіциту: нейропсихологічне дослідження не виявляє порушень або вони мінімальні; пацієнти живуть звичним для них життям і не відмовляються від будь-яких справ або хобі у зв'язку з когнітивними розладами (наприклад, не дивлячись на відчуття нездатності впоратися з робочим навантаженням, продовжують працювати на тій же посаді і в цілому справляються) [14].

Таким чином, висока коморбідність когнітивних порушень і розладів сну диктує обов'язкове і необхідне виявлення інсомнії у пацієнтів будь-якого віку, а також її корекцію для подальшої профілактики когнітивних порушень. Необхідно також своєчасно виявляти і лікувати супутні тривожно-депресивні розлади, які можуть негативно впливати як на сон, так і на когнітивні функції.

У пацієнтів середнього віку, особливо з когнітивними порушеннями, ретельний аналіз стану сну, тривоги і депресії набуває ще більшої актуальності, з урахуванням прямого впливу інсомнії і тривожно-депресивних станів на прогресування порушень когнітивних функцій [14].

Лікування ВД є складним, тому що існує багато невирішених завдань внаслідок відсутності високоефективних методів, які сприяють тривалій стабілізації стану або повному одужанню [2]. При ВД найбільший дискомфорт пацієнту завдають саме психоемоційні симптоми, які можуть тривати навіть після встановлення контролю над соматичними проявами [3,5]. 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.

Терапія ВД з астеничним або тривожно-депресивним синдромом не повинна обмежуватися ліквідацією тільки соматичних порушень, але й обов'язково повинна включати корекцію емоційних розладів навіть субпорогового рівня [16].

Терапія тривожних розладів базується на комплексному підході та складається з психотерапії, психофармакотерапії та соціально-середового впливу. Основним методом лікування при тривожних розладах є психотерапія. В даний час психотерапевт має великий творчий арсенал засобів: від простих, спрямованих на симптоматичне поліпшення, до складних, сфокусованих на вирішенні внутрішніх конфлік-

тів пацієнта. Більшість схем психотерапії засновані на припущенні, що тривога обумовлена перебільшеною оцінкою загрози або невірним трактуванням власного стану підвищеної активації. При цьому або переоцінюється зовнішня небезпека, або недооцінюються власні можливості впоратися з нею. Виникають тривожні побоювання і почуття безпорадності, при яких увага зосереджується на внутрішньому стані. Підвищена настороженість призводить до зниження уваги і послаблення концентрації, а також до порушень самоконтролю і вірного реагування. Найважливіша мета психотерапії – це поетапне приведення пацієнтів до усвідомлення суті свого психологічного конфлікту і далі поступова модифікація колишніх неадекватних схем поведінки. Результатом психотерапевтичної корекції має стати вироблення нової, більш гармонійної та гнучкої системи поглядів і відносин, більш зрілих механізмів адаптації, відновлення процесів самоконтролю і адекватного реагування [9].

Лікування когнітивних розладів, зокрема легких, помірних і суб'єктивних, – завдання непросте [8, 18]. Відповідно до сучасних уявлень, лікування перш за все повинно бути направлено на профілактику подальшого прогресування когнітивних порушень. Треба інформувати пацієнта про необхідність достатнього інтелектуального навантаження. Надзвичайно важлива і рухова активність. Дані більшості епідеміологічних досліджень, проведених на цей час, показали, що щоденні, переважно аеробні, фізичні навантаження достовірно зменшують ризик розвитку когнітивної дисфункції. Зниження маси тіла, відмова від паління, зміна звичок харчування (обмеження м'яса і тваринних жирів на користь риби, фруктів, овочів та оливкової олії) – основні складові здорового способу життя, а значить і тривалого збереження когнітивних функцій. При виявленні когнітивних порушень, які не досягають ступеню деменції, основна роль в їх корекції відводиться когнітивно-моторному тренінгу [14].

Очевидно, що лікування тривоги і депресії повинно позитивно впливати на якість сну. У зв'язку з цим слід зазначити, що одним з найперспективніших напрямків в лікуванні тривожних станів, когнітивних розладів та порушень сну при психосоматичній патології в цілому є фітофармакотерапія [4].

З урахуванням поєднання м'якого і разом з тим клінічно значимого фармакологічного ефекту, безпеки, доброї переносимості й доступності більшості рослинних засобів, використання ефективної фітотерапії стає досить перспективною можливістю. Так, сьогодні фітопрепарати приймають до 40% населення європейських країн і США [25]. Таким чином, створюється можливість задоволення потреб сучасного суспільства в засобах природного походження, які завоювали широку популярність в різних країнах світу [4].

На сьогодні слід визнати особливо перспективними комбіновані фітозасоби, які дозволяють вирішити найважливішу клінічну задачу – скорочення поліпрагмації і підвищення безпеки лікування при збереженні високих стандартів ефективності терапії [3].

При сучасних підходах до лікування рослинні засоби широко використовуються в клінічній практиці, з огляду на їх максимальну фізіологічність дії в організмі й високу в цілому ступінь безпеки. Багато з них мають цінні в клінічному плані, різноспрямовані ефекти дії щодо центральної нервової системи [3].

Одним з найбільш перспективних засобів фармакотерапії когнітивних порушень в лікарській практиці слід визначити препарати *гінкго білоба*. Основні біологічні ефекти препаратів *гінкго* проявляються наступними фармакологічними ефектами: антиоксидантний, мембраностабілізуючий, нейромедіаторний, нейротрофічний і вазотропний (вазорегулюючий і антиагрегантний) [4, 12].

Унікальною особливістю екстракту *гінкго* є властиві йому як прямий, так і непрямий впливи на процеси вільно-радикального окислення, які активізуються при всіх формах цереброваскулярної, нейродегенеративної і психосоматичної патології. Флавоноїди, які входять до складу екстракту *гінкго*, мають здатність нейтралізувати гідроксильні і пероксидні радикали, супероксидні аніони та оксид азоту, а також попереджувати розвиток процесів перекисного окислення в мембранах нейронів за рахунок проникнення в ліпідний бішар мембрани [22].

З огляду на роль гіпокампу в реалізації когнітивних функцій, важливо підкреслити наявність прямої нейропластичної дії екстракту *гінкго* щодо нейронів гіпокампу та збільшення числа міжнейронних зв'язків, що дозволяє говорити про нього як про своєрідний «активатор» пізнавальної сфери [1].

Нейромедіаторну дію екстракту *гінкго*, насамперед, пов'язано з його активуючим впливом на процеси холінергічної медіації та, зокрема, зі стимуляцією зворотного захоплення холіну в сінапсах і підвищенням щільності М-холінорецепторів в корі та гіпокампі – регіонах мозку, які прямо пов'язані з реалізацією когнітивних і психоемоційних функцій. Крім того, екстракт *гінкго* володіє спрямованим активуючим впливом на адрено- і серотонінергічні процеси [1].

Вазотропна дія екстракту *гінкго* включає наявність вазорегулюючих і реологічних ефектів. Найважливішою особливістю регуляції судинного тону під впливом екстракту *гінкго* є нормалізація процесів мікроциркуляції в мозку та його здатність підвищувати венозний тонус, що приводить до зменшення проявів циркуляторної гіпоксії та поліпшення метаболізму нервових клітин. Таким чином, вазотропна дія екстракту *гінкго* сприяє подальшій активації біоенергетичних процесів в нейронах, доповнюючи та підсилюючи його нейрометаболичні ефекти [1, 10, 12].

Лікування препаратами *гінкго* безпосередньо сприяє підвищенню якості життя пацієнтів та грає ключову роль в інтегральній оцінці зменшення проявів фізичної та розумової астенії [1, 7, 10, 12, 18, 26].

Найважливішим результатом проведених досліджень екстракту *гінкго* стало встановлення його високої безпеки порівняно з плацебо та істотне перевершення за даним критерієм практично всіх препаратів нейрометаболичного і вазотропного типів дії. Побічні ефекти відмічені вкрай рідко (менше 1 на 30 млн. доз) і проявлялися тільки у вигляді незначних

диспепсичних розладів, головного болю і шкірних алергічних реакцій. Крім того, екстракт *гінкго* практично позбавлений ризику передозування і потенціалу взаємодії між іншими ліками, що дозволяє безпечно застосовувати його в комплексній терапії [24].

Доведено, що хоча в цілому когнітивні функції з віком мають тенденцію до зниження, швидкість когнітивного зниження достовірно залежить від типу одержуваної терапії. Так, за даними Amieva H. і співавт., пацієнти, які приймали танакан (*гінкго білоба*), демонстрували статистично достовірно меншу швидкість прогресування когнітивних розладів [21]. Найважливішою є дія *гінкго* на стан когнітивних функцій у молодих пацієнтів. Вираженість когнітивних порушень, так само як і вираженість тривожно-депресивних розладів у пацієнтів з легкими когнітивними порушеннями внаслідок синдрому менеджера, достовірно зменшувалася на фоні прийому *гінкго* у дозі 40 мг тричі на добу протягом 90 днів [19].

Враховуючи вищезазначене, застосування препаратів *гінкго* сьогодні можливо розглядати як патогенетично обгрунтовану фармакотерапію тривожних розладів з когнітивними порушеннями.

З метою розширення застосування препаратів *гінкго* в загально-терапевтичній практиці, підвищення ефективності і безпеки проведеної фармакофітотерапії, був розроблений і впроваджений в практику препарат *гінкго* – ГеніусПлюс, який в даний час представлений в Україні.

До складу ГеніусПлюс входять: сухий екстракт листя *гінкго білоба* – 40 мг та екстракт насіння *Грифонії* (L-5-гідрокситриптофан) – 50 мг.

L-5-гідрокситриптофан (5-НТФ) є амінокислотою, яка отримана екстракцією з насіння африканського дерева *Griffonia simplicifolia*. В організмі 5-НТФ утворюється при перетворенні незамінної амінокислоти L-триптофану на серотонін, який і є одним із головних нейромедіаторів центральної нервової системи. Серотонін впливає на емоційний стан людини, зокрема на відчуття емоційного благополуччя. 5-НТФ в складі ГеніусПлюс знімає нервову напругу, забезпечує гарний сон, нівелює тривожні та депресивні симптоми [20, 23]. ГеніусПлюс як додаткове джерело 5-НТФ сприяє нормалізації рівня серотоніну та зменшенню проявів його дефіциту в організмі.

Оптимально доповнюючи один одного, вказані компоненти ГеніусПлюс дозволяють забезпечити реалізацію різноманітних клініко-фармакологічних ефектів, необхідних для покращання психоемоційного стану: зменшення неспокою при нервовому та розумовому перевантаженні, покращання розумової діяльності та фізичної працездатності.

Збалансована комбінація діючих речовин у складі ГеніусПлюс чинить комплексну дію при синдромі вегетативної дисфункції (ВД), виявляє ноотропну та протитривожну дію, сприяє покращанню пам'яті та уваги. Таким чином, призначення ГеніусПлюс курсами тривалістю від одного до двох місяців пацієнтам з ВД є патогенетично обгрутованим.

Протипоказання до прийому ГеніусПлюс мінімальні і стосуються тільки індивідуальної непереносимості його компонентів, періоду вагітності та лактації. Пре-

ОГЛЯДИ ЛІТЕРАТУРИ

парат застосовується по 1 капсулі 2-3 рази на добу під час їжі, тривалістю визначеною лікуючим лікарем.

В цілому, важливо підкреслити, що на сьогодні клінічні можливості рослинних лікарських засобів неухильно розширюються. Поєднання високої безпеки та ефективності дозволяє застосовувати згадані засоби в лікуванні серйозних і соціально значимих форм патології, до якої відносяться психо-

соматичні захворювання. При цьому особливо перспективними слід визнати комбіновані фітопрепарати, які дозволяють вирішити найважливіші клінічні завдання – обмеження поліпрагмазії та підвищення безпеки лікування при збереженні високих стандартів ефективності. Саме в цьому сьогодні вбачаються нові можливості фітофармакології та фітофармакотерапії в клінічній практиці [3].

Література

1. Арушанян Э.Б. Ноотропные свойства препаратов гинкго билоба / Э.Б. Арушанян, Э.В. Бейер // Эксп. клин. фармакол. — 2008. — Т. 71, № 4. — С. 57-63.
2. Башкірова Л. Сучасні підходи до медикаментозного лікування хворих із вегетосудинними пароксизмами / Л. Башкірова // Ліки України. — 2005. — № 11. — С. 34-38.
3. Бурчинский С.Г. Астенический синдром и психосоматическая патология: от патофизиологии – к фармакотерапии / С.Г. Бурчинский // Ліки України. — 2016. — № 1-2 (197-198). — С. 9-14.
4. Бурчинский С.Г. Астенический синдром и цереброваскулярная патология: возможности патогенетической фармакотерапии / С.Г. Бурчинский // Український вісник психоневрології. — 2015. — Т. 23, вип. 3 (84). — С. 107-111.
5. Вейн А.М. Вегетативные расстройства: Клиника, лечение, диагностика / А.М. Вейн. — М.: Медицинское информационное агентство, 2003. — 752 с.
6. Голенков А.В. Нарушения сна при психических расстройствах / А.В. Голенков // Эффективная фармакотерапия. Неврология и психиатрия. Спецвыпуск «Сон и его расстройства – 2». — 2014. — Вып. 22. — С. 22-28.
7. Грибачева И.А. Влияние препарата Билобил Форте на умеренные когнитивные нарушения у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией 1-2-й стадии: клинико-нейропсихологическое исследование / И.А. Грибачева, Н.Н. Коберская, Э.А. Мхитарян // Нов. мед. фарм. — 2008. — № 243. — С. 9-12.
8. Захаров В.В. Факторы риска и профилактика когнитивных нарушений в пожилом возрасте / В.В. Захаров // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2012. — Т. 112, № 8. — С. 69-74.
9. Корабельникова Е.А. Инсомния у больных с тревожными расстройствами / Е.А. Корабельникова // Эффективная фармакотерапия. Неврология и психиатрия. Спецвыпуск «Сон и его расстройства – 4». — 2016. — С. 44-50.
10. Марута Н.А. Применение Билобила форте в лечении пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией (аспекты эффективности и безопасности) / Н.А. Марута, И.А. Явдак // Междунар. неврол. журн. — 2009. — № 4. — С. 34-44.
11. Мищенко Т.С. Гербастрес в лікуванні хворих на вегетосудинну дистонію / Т.С. Мищенко, К.В. Харіна // Український вісник психоневрології. — 2012. — Т. 20, вип. 2 (71). — С. 102-106.
12. Мищенко Т.С. Применение экстракта гинкго билобы в лечении пациентов с хроническими сосудистыми заболеваниями головного мозга / Т.С. Мищенко, В.Н. Мищенко, И.А. Лапшина // Міжнародний неврологічний журнал. — 2015. — № 5 (75). — С. 130-134.
13. Полуэктов М.Г. Синдром вегетативной дистонии и расстройства сна / М.Г. Полуэктов // Эффективная фармакотерапия. Неврология и психиатрия. Спецвыпуск «Сон и его расстройства – 3». — 2015. — С. 36-43.
14. Преображенская И.С. Когнитивные нарушения и расстройства сна / И.С. Преображенская // Эффективная фармакотерапия. Неврология и психиатрия. — 2015. — № 3, вып. 23. — С. 20-28.
15. Самосюк Н.И. Вегетативно-сосудистая дистония: диагностика и лечение с включением современных методов физиотерапии / Н.И. Самосюк, И.З. Самосюк, С.Н. Федоров [и др.] // Journal of Education, Health and Sport. — 2015. — 5(7):1. — С. 17-152.
16. Сова С.Г. Соматизированная депрессия – взгляд интерниста на синдром вегетативной дисфункции / С.Г. Сова. — Здоров'я України XXI сторіччя. — 2012. — № 8. — С. 54-55.
17. Симоненко Г.Г. Особливості нейропсихологічного статусу у студентів-медиків з клінічними виявами автономних дисфункцій / Г.Г. Симоненко // Український неврологічний журнал. — 2016. — № 1. — С. 89-92.
18. Соловьева Э. Эффективность Танакана в лечении когнитивных расстройств у пациентов с хронической ишемией мозга / Э. Соловьева, А. Карнеев // Врач. — 2012. — № 12. — С. 50-57.
19. Филатова Е.Г. Терапия нарушений памяти и внимания у молодых пациентов / Е.Г. Филатова, М.В. Наприенко // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. — 2013. — № 3. — С. 18-23.
20. Шияненко Н.П. Применение биологически активных добавок (nsp сша) в комплексном лечении неврозов у детей / Н.П. Шияненко, Т.П. Галинская, Т.Н. Мовчан // Материалы VII научно-практической конференции с международным участием по нутрициологии «Питание и здоровье. XXI век», м. Київ, 2006.
21. Amieva H. Ginkgo biloba extract and long term cognitive decline: a 20 years follow up population based study / H. Amieva, C. Meillon, C. Helmer [et al.] // PLoS One. — 2013. — Vol. 8, № 1. — P. 527-555.
22. Bridi R. The antioxidant activity of standardized extract of Ginkgo biloba (Egb 761) in rats / R. Bridi, F.P. Crossetti, V.M. Steffen [et al.] // Phytother. Res. — 2001. — Vol. 15. — P. 449-451.
23. Jangid P. Comparative study of efficacy of l-5-hydroxytryptophan and fluoxetine in patients presenting with first depressive episode / P. Jangid, P. Malik, P. Singh [et al.] // Asian J Psychiatr. — 2013. — № 6. — P. 29-34.
24. Markowitz J.S. Multiple-dose administration of Ginkgo biloba did not affect cytochrome P-450 2D6 or 3A4 activity in normal volunteers / J.S. Markowitz, J.L. Donovan, C.L. DeVane [et al.] // J. Clin. Psychopharmacol. — 2003. — Vol. 23. — P. 576-581.
25. Marks I.E. Cure and care of neurosis / I.E. Marks. — N.Y.: J.V. Scott Med. Found., 2001. — 429 p.
26. Stefanache F. Monitoring of efficacy and safety of Bilobil intens in patients with moderate and severe cognitive impairment and peripheral circulation impairments / F. Stefanache // Krka. Data on file, 2011.
27. Taylor D.J. Epidemiology of insomnia, depression, and anxiety / D.J. Taylor, K.L. Lichstein, H.H. Durrence [et al.] // Sleep. — 2005. — Vol. 28, № 11. — P. 1457-1464.
28. <http://health-ua.com/stati/neurology/sovremennaya-nevrologiya-v-mire-i-v-ukraine-problemyi-dostizheniya-perspektivy.html>.

УДК 616.89-008.1:615.322

ФІТОТЕРАПІЯ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ВЕГЕТАТИВНУ ДИСФУНКЦІЮ

Демченко А. В.

Резюме. У статті розглянуті патогенетичні та фармакотерапевтичні аспекти психоемоційних розладів у хворих на вегетативну дисфункцію в лікарській практиці. Проаналізовані сучасні критерії вибору адекватного фітотерапевтичного засобу для корекції цих розладів. Детально розглянуті переваги використання та обґрунтовано застосування фітопрепарату ГеніусПлюс, як оптимального засобу лікування тривожно-депресивних розладів, інсомнії і когнітивних порушень у хворих на вегетативну дисфункцію.

Ключові слова: вегетативна дисфункція, тривожно-депресивні розлади, інсомнія, когнітивні порушення, фітотерапія, ГеніусПлюс.

УДК 616.89-008.1:615.322

ФИТОТЕРАПИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Демченко А. В.

Резюме. В статье рассмотрены патогенетические и фармакотерапевтические аспекты психоэмоциональных расстройств у больных с вегетативной дисфункцией во врачебной практике. Проанализированы современные критерии выбора адекватного фитотерапевтического средства для коррекции этих расстройств. Подробно рассмотрены преимущества использования и обосновано применение фитопрепарата ГеніусПлюс, как оптимального средства лечения тревожно-депрессивных расстройств, инсомнии и когнитивных нарушений у больных с вегетативной дисфункцией.

Ключевые слова: вегетативная дисфункция, тревожно-депрессивные расстройства, инсомния, когнитивные нарушения, фитотерапия, ГеніусПлюс.

UDC 616.89-008.1:615.322

PHYTOTHERAPY OF PSYCHO-EMOTIONAL DISORDERS IN PATIENTS WITH AUTONOMIC DYSFUNCTION

Demchenko A. V.

Abstract. Pathogenetic and therapeutic aspects of psycho-emotional disorders in patients with autonomic dysfunctions were represented in the article. The autonomic dysfunction syndrome is associated with many somatic diseases and becomes an interdisciplinary problem that is of great interest for various medical specialists because it is still not clear whether it is a certain disease or risk factor, that is predictor of hypertension, atherosclerosis and coronary heart disease. The autonomic disorders spectrum is extremely varied and is determined by genetic factors (peculiarities of the mental type and autonomic system functioning, autonomic susceptibility of one or another system) and by neurotization causes (stress, intoxication, fatigue, occupational hazards, somatic disease etc.).

One of the most frequent autonomic syndrome manifestation is psychoemotional disbalance which is usually hardly tolerated by patients, significantly affects their life quality and increases the pathogenic vicious circle of stress-induced disorders of the central nervous system was discussed in the article.

The autonomic syndrome treatment is difficult because there are many unsolved problems due to the lack of highly efficient methods that provide long-term condition stabilization or full recovery. The psycho-emotional symptoms that may be present even after control introduction over somatic symptoms, cause the greatest discomfort to the patient with autonomic syndrome. Therefore, the autonomic syndrome therapy with asthenic or anxiety-depressive syndromes should not be restricted only by somatic disorders, and should include correction of psychoemotional disorders, even of sub-threshold level.

The anxiety disorders therapy is based on integrated approach and includes psychotherapy, pharmacotherapy and socio-environmental influence. Treatment of anxiety and depression should have a positive influence on sleep quality. In this regard, it should be noted that one of the most promising approaches in the treatment of anxiety conditions, cognitive and sleep disorders with psychosomatic pathologies in general is phytopharmacotherapy. Nowadays, the scientific literature focuses on the use of combined herbal drugs, which allow to solve the important clinical problem – reduction of polypragmacy and improvement of the treatment safety while maintaining the highest standards of therapy effectiveness. One of the most promising pharmacotherapeutic means of cognitive disorders treatment in medical practice is the use of ginkgo biloba medicinal products. The main biological effects of ginkgo medicinal products are manifested in the following pharmacological effects: antioxidant, membrane stabilizing, neurally mediated, neurotrophic and vasotropic. The ginkgo medicinal product GeniusPlus, which is currently represented in Ukraine was developed and put into practice to increase the use of ginkgo drugs in general therapeutic practice, improve efficiency and safety of phytopharmacotherapy. Medicinal product GeniusPlus contains: dry extract of ginkgo biloba leaves –40 mg and Griffonia seed extract (L-5-hydroxytryptophan (5-HTP)) – 50 mg. Amino acid 5-HTP is formed in organism when converting the essential amino acid L-tryptophan to serotonin, which is one of the main neurotransmitters of the central nervous system. Component 5-PTP in GeniusPlus relieves tension, provides good sleep, eliminates anxiety and depressive symptoms.

Keywords: autonomic dysfunction, anxiety and depressive disorders, insomnia, cognitive disorders, phytotherapy, GeniusPlus.

Рецензент – проф. Литвиненко Н. В.

Стаття надійшла 02.10.2016 року