

УДК 616.831-005-085.21

**Пурденко Т.Й.**

## **ТЕРАПЕВТИЧНІ МОЖЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ ПСИХОВЕГЕТАТИВНИХ РОЗЛАДІВ ПРИ ДИСЦИРКУЛЯТОРНІЙ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

*На початкових етапах розвитку хронічна ішемія мозку проявляється синдромом вегетативної дистонії, в основі патогенезу якого лежать неповноцінність пристосувальних функцій, зміна інтегративних механізмів надсегментарного вегетативного апарату і вегетативних нейронів кори головного мозку. Надалі клініка збагачується вираженими психовегетативними, гемодинамічними змінами з формуванням прогресуючої цереброваскулярної недостатності. Обов'язковим клінічним проявом синдрому вегетативної дистонії є емоційні розлади. У статті показано дослідження клінічної ефективності та переносимості препарату Інстенон в комплексній терапії пацієнтів з синдромом вегетативної дистонії та психоемоційними порушеннями при дисциркуляторній енцефалопатії.*

Ключові слова: дисциркуляторна енцефалопатія, синдромом вегетативної дистонії, психоемоційні порушення, Інстенон.

### **Вступ**

Проблема цереброваскулярних захворювань (ЦВЗ) є ведучою в сучасній неврології і, як відомо, має велике медико-соціальне та загальнолюдське значення [5, 7]. В Україні зареєстровано близько 3 млн. людей з різними формами цереброваскулярної патології [12]. На сьогодні, в структурі ЦВЗ лідируючу позицію (більше 90%) займають хронічні порушення мозкового кровообігу, які у вітчизняній науковій літературі і клінічній практиці традиційно визначаються терміном „дисциркуляторна енцефалопатія” (ДЕ) [5-7].

В МКХ-10 діагноз „дисциркуляторна енцефалопатія” відсутній. Для визначення хронічних форм ЦВЗ виділяють рубрики „церебральний атеросклероз” „гіпертензивна енцефалопатія”, „інші уточнені враження судин мозку”, включаючи „хронічну ішемію мозку” [6, 7].

Доведено, що практично немає патологічних станів нервової системи та форм хронічної енцефалопатії, на розвиток і перебіг яких не впливала б вегетативна нервова система (ВНС) [10, 11, 13, 14]. На початкових етапах розвитку мозкових дисциркуляцій дані порушення проявляються синдромом вегетативної дистонії (СВД), в основі патогенезу якого лежать неповноцінність пристосувальних функцій, зміна інтегративних механізмів надсегментарного вегетативного апарату та вегетативних нейронів кори головного мозку. В подальшому клініка збагачується вираженими психовегетативними, гемодинамічними змінами з формуванням прогресуючої цереброваскулярної недостатності [1, 14, 9].

Обов'язковим клінічним проявом СВД є емоційні розлади. Частіше всього це немотивована тривога, страх смерті, загальна слабкість, роздратованість [8].

Значимість вегетативних розладів в формуванні та прогнозі хронічних церебральних ішемій вивчена недостатньо, при цьому потребують уточнення надсегментарні механізми контролю за тонусом ВНС, що дасть можливість удосконалити принципи патогенетичної терапії виявлених порушень.

### **Мета дослідження**

Вивчення впливу препарату Інстенон на вегетативні та психоемоційні розлади у комплексній терапії пацієнтів із ДЕ II ст.

### **Об'єкт і методи дослідження**

Для вирішення поставлених задач проведено обстеження 42 хворих на ДЕ II ст. у віці 40-60 років, з яких 23 жінки та 19 чоловіків. Всі хворі знаходились на лікуванні у неврологічному відділенні ПОКЛ ім. М.В.Скляфосовського. ДЕ II ст. обумовлена гіпертонічною хворобою та церебральним атеросклерозом. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб відповідного віку.

Всі обстежені розподілені на 3 групи: I групу склали практично здорові особи (20 чоловік); II група – хворі на ДЕ II ст., які отримували традиційну терапію (22 чоловіки); III група – хворі на ДЕ II ст., які на фоні базисної терапії отримували препарат Інстенон (20 чоловік).

У всіх групах пацієнтів проводилось клініко-неврологічне обстеження з детальним дослідженням вегетативного та нейропсихологічного статусу.

СВД діагностували з урахуванням результатів анкет двох типів: „Опитувальник для виявлення ознак вегетативних змін”, що заповнює хворий та „Схеми дослідження для виявлення ознак вегетативних розладів”, що заповнює лікар [1].

Стан ВНС оцінювали за основними характеристиками: вегетативний тонус, вегетативна реактивність та вегетативне забезпечення діяльності.

Для дослідження нейропсихологічного статусу використовували таблиці Шульте, пробу на запам'ятовування 10 слів, шкалу реактивної та особистісної тривоги Спілбергера-Ханіна [2, 16].

Хворі II групи отримували традиційну терапію, яка включала метаболічні церебропротектори, судинні, гіпотензивні та гіполіпідемічні препарати, антиагреганти, при необхідності – седативні препарати, а також фізіотерапевтичні процедури.

Хворі III групи, крім базисного лікування, отримували комбінований препарат Інстенон на протязі 10 днів в дозі 2 мл один раз на добу внутрішньом'язово з послідуочим переходом на пероральний прийом по 1 таблетці форте 2 рази в день протягом 20 днів.

Препарат Інстенон („Нікомед”, Австрія) включає ноотропний (гексобендін), судинний (етофілін) та стимулюючий надсегментарні вегетативні утворення (етаміван) компоненти, які діють сумісно, одномоментно, однонаправлено на патогенетичні ланцюги гіпоксичних та ішемічних уражень мозкової тканини [3, 4, 15].

Всі обстеження реєструвались до та після проведеної терапії (через 30 днів). Статистичну обробку отриманих даних проводили з використанням критерію Стьюдента.

**Результати дослідження та їх обговорення**

При проведенні комплексного клінічного обстеження основними скаргами пацієнтів були: головний біль, запаморочення, шум в голові, хиткість при ходьбі, погіршення пам'яті, підвищена втомлюваність та зниження працездатності, порушення сну, дратівливість, емоційна лабільність, відчуття внутрішньої тривоги, розсіяність уваги.

Вегетативні порушення спостерігали в 100% обстежених хворих, які проявлялись перманентними та перманентно-пароксизмальними розладами.

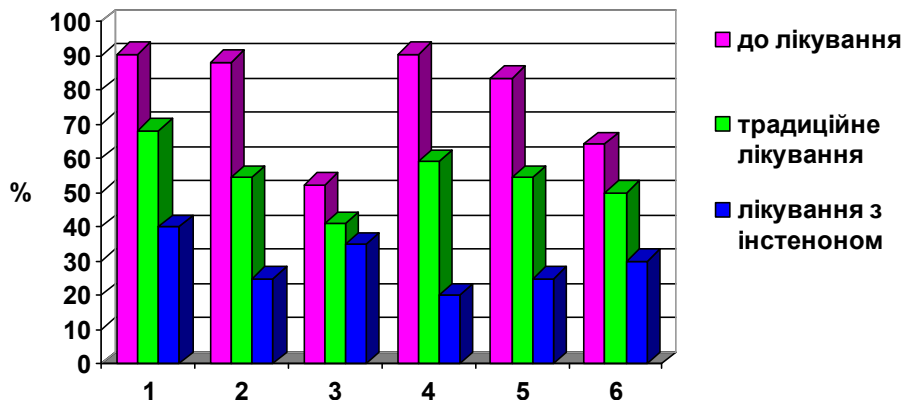
За перебігом СВД у хворих нами виділено наступні форми: перманентну – у 32 хворих (76,2%) та перманентно-пароксизмальну – у 10 хворих (23,8%). Перманентні порушення мали поліморфний, полісимптомний характер. Перманентно-пароксизмальна форма СВД проявлялась вегетативними кризами, з них симпатоадреналовими – у 50% хворих, вагоінсулярними – у 20% хворих, змішаними – у 30% хворих, які виникали на фоні перманентних проявів. Вегетативні кризи протікали з частотою від 1-2 разів на місяць до 2-3 разів на тиждень, тривалістю від 30 хвилин до 2-3 годин.

На основі отриманих результатів нами встановлено, що у хворих на ДЕ II ст. вірогідно переважає СВД (кількість балів згідно карти-опитника у хворих на ДЕ II ст. становить  $74,1 \pm 3,37$ , в контрольній групі –  $4,25 \pm 0,41$ ,  $p < 0,05$ ). Вегетативний тонус у пацієнтів на ДЕ II ст. за даними показників артеріального систолічного тиску (Атс), артеріального діастолічного тиску (АТд) та вегетативного індексу Кердо (ВІ) свідчить про його симпатичну спрямованість, що достовірно відрізняє хворих до лікування від контрольної I групи (див.табл.1).

Стан вегетативної реактивності оцінювали за допомогою окосерцевого рефлекса Дан'їні-Ашнера. При проведенні даної проби уповільнення частоти серцевих скорочень (ЧСС) в контрольній групі становило в середньому -  $9,2 \pm 0,37$  уд/хв, у хворих на ДЕ II ст. –  $-6,7 \pm 0,29$  уд/хв,  $p < 0,05$ . Аналізуючи результати окосерцевого рефлекса нами встановлено, що нормальне уповільнення ЧСС спостерігалось у 16,6% хворих; слабке уповільнення – в 42,9% хворих; відсутність уповільнення – в 14,3% хворих; сильне уповільнення не відмічалось; прискорення ЧСС виявлено в 26,2% хворих.

Як показали проведені дослідження, у хворих на ДЕ II ст. при виконанні ортокліностатичної проби відмічається надмірне вегетативне забезпечення діяльності ( $+14,7 \pm 0,49$  уд/хв проти  $+4,5 \pm 0,37$  уд/хв при ортостатичній пробі та  $-9,1 \pm 0,34$  уд/хв проти  $-4,6 \pm 0,24$  уд/хв при кліностатичній пробі,  $p < 0,05$ ), що свідчить про напруженість адаптаційних процесів в серцево-судинній системі.

Після проведеного лікування у хворих II та III груп відмічалась покращення загального стану: зменшився головний біль, запаморочення, шум в голові, підвищена втомлюваність, емоційно-вольові порушення. Але більш значне покращення загального стану хворих спостерігалось у III групі. Динаміка суб'єктивних клінічних симптомів у хворих представлена на рис 1.



*Рис 1. Динаміка суб'єктивних клінічних симптомів (%) у хворих на ДЕ II ст. на фоні лікування  
1 – головний біль; 2 – запаморочення; 3 – шум в голові; 4 – підвищена втомлюваність та зниження працездатності;  
5 – порушення в емоційно-вольовій сфері; 6 – погіршення пам'яті*

В результаті проведеного лікування у хворих зменшилась частота, тривалість та інтенсивності вегетативних кризів – у 40% хворих II-ї групи та у 100% хворих III-ї групи.

Суб'єктивні дані підтверджувались позитивними змінами у вегетативному статусі.

Після проведеного курсу традиційного лікування ми спостерігали вірогідне зниження кількості балів згідно карти-опитника для діагностики СВД (з 74,1±3,37 балів до лікування до 61,7±4,05 балів після лікування,  $p<0,05$ ); АТс (з 146,5±2,93 мм рт.ст. до 135,8±2,12 мм рт.ст.,  $p<0,05$ ), АТд (з 92,3±1,71 мм рт.ст. до 85,7±1,34 мм рт.ст.,  $p<0,05$ ). Така динаміка показників вегетативного тону свідчить про зменшення активності ерготропних впливів, що підтверджується тенденцією до зниження ВІ (див. табл. 1).

При дослідженні вегетативної реактивності спостерігали тенденцію до прискорення ЧСС при проведенні проби Дан'їні-Ашнера (-6,7±0,29 уд/хв до лікування, -7,5±0,26 уд/хв після лікування,  $p>0,05$ ).

При дослідженні вегетативного забезпечення діяльності відмічали достовірне зниження приросту ЧСС при проведенні ортокліностатичної проби, що вказує на зменшення напруги адаптаційних процесів в серцево-судинній системі.

В результаті проведеного лікування препаратом Інстенон спостерігали нормалізуючий його вплив на вегетативний тонус серцево-судинної системи. Отримані дані свідчать, що призначення інстенону в комплексній терапії хворих на ДЕ II ст. приводить до вірогідного зниження кількості балів згідно карти-опитника (з 74,1±3,37 балів до лікування до 40,4±3,14 балів після лікування інстеноном проти 61,7±4,05 балів після традиційного лікування,  $p<0,05$ ), АТс (146,5±2,93 мм рт.ст. в групі до лікування, 127,7±2,34 мм рт.ст. в групі після лікування,  $p<0,05$ ) та АТд (92,3±1,71 мм рт.ст. в групі до лікування – 83,1±2,59 мм рт.ст. в групі після лікування,  $p<0,05$ ), що свідчить про зниження тону симпатичного відділу ВНС та підтверджується вірогідним зменшенням ВІ (табл. 1).

*Показники вегетативного тону у здорових осіб та у хворих на ДЕ II ст. на фоні лікування (M±m)*

Показники	Здорові люди, n=20	Хворі до лікування, n=42	Хворі після традиційного лікування, n=22	Хворі після лікування препаратом Інстенон, n=20
ЧД, рухів/хв	17,1±0,19	18,9±0,56*	17,7±0,43	17,6±0,58
ЧСС, уд/хв	66,8±0,75	79,7±2,51*	74,3±2,32*	68,7±1,17*
АТс, мм рт.ст.	119,2±2,77	146,5±2,93*	135,8±2,12**	127,7±2,34**
АТд, мм рт.ст.	74,5±2,02	92,3±1,71*	85,7±1,34**	83,1±2,59*
ВІ, у.од.	0,45±0,58	1,36±0,46*	1,24±0,53*	1,05±0,4**

Примітка: \* – показники вірогідні в порівнянні з контрольною групою,  $p<0,05$ ;

^ – показники вірогідні в порівнянні з хворими до лікування,  $p<0,05$ ;

^ – показники вірогідні в порівнянні з хворими після традиційного лікування,  $p<0,05$ .

Оцінюючи стан вегетативної реактивності під впливом інстенону, ми спостерігали вірогідне підвищення приросту ЧСС при проведенні проби Дан'їні-Ашнера (з -6,7±0,29 уд/хв до лікування до -8,2±0,23 уд/хв після лікування,  $p<0,05$ ), що говорить про нормалізацію вегетативної реактивності та зменшення явищ симпатикотонії.

При дослідженні вегетативного забезпечення діяльності спостерігали вірогідне зниження приросту ЧСС при проведенні ортостатичної проби (з +14,7±0,49 уд/хв до лікування до +7,5±0,39 уд/хв після лікування інстеноном проти +12,8±0,51 уд/хв після традиційного лікування,  $p<0,05$ ), кліностатичної проби (з -9,1±0,34 уд/хв до лікування до -6,3±0,29 уд/хв після лікування інстеноном проти -7,5±0,31 уд/хв після традиційного лікування,  $p<0,05$ ), що вказує на зменшення напруги адаптаційних процесів в серцево-судинній системі.

Таким чином, під впливом традиційного лікування та з додаванням інстенону за даними показників вегетативної регуляції зменшилась активність ерготропних вегетативних впливів, відмічена нормалізація адаптаційних

можливостей серцево-судинної системи, що вказує на значні позитивні зміни функціонування ВНС та дає змогу забезпечити в необхідній мірі компенсаторно – пристосувальні реакції організму.

При проведенні проби Шульте основним показником був час, затрачений на виконання завдання.

Аналізуючи отримані результати нами встановлено, що у хворих на ДЕ II ст. відмічається зниження концентрації уваги, її нестійкість. На це вказує достовірне збільшення кількості часу, яке витрачалось на кожну таблицю в порівнянні з контрольною групою.

Результати тесту на запам'ятовування 10 слів показали, що відтворення слів хворими до лікування вірогідно відрізняється від нормативних показників. Так, відмічено вірогідне зниження безпосереднього запам'ятовування (короткочасної пам'яті) на 37,8%, довготривалої пам'яті на 36,7% відносно I (контрольної) групи.

При проведенні тестування за шкалою Спілбергера-Ханіна у хворих на ДЕ II ст. виявлено високий рівень особистісної та реактивної (ситуаційної) тривоги (спостерігається

підвищення кількості балів вище 45 за обома картами-опитниками). Так, рівень особистісної тривожності у обстежених хворих складав  $50,9 \pm 2,78$  балів, ситуаційної тривожності –  $49,8 \pm 2,52$  балів проти  $27,8 \pm 2,47$  –  $24,4 \pm 1,36$  балів відповідно у здорових осіб,  $p < 0,05$ .

Під впливом традиційної терапії та терапії з додаванням інстенону (див. табл. 2) відмічали достовірне зменшення часу виконання завдання по таблицях Шульте, що свідчить про збільшення концентрації уваги, її стійкості та об'єму у хворих на ДЕ II ст. (на 10,1% у II групі та на 19,4% у III групі в порівнянні з хворими до лікування).

Оцінюючи дані тесту на запам'ятовування 10 слів, ми відмітили досить високу ефективність застосування препарату Інстенон. Слід відзначити більш позитивний вплив інстенону як на короточасну, так і на довготривалу пам'ять (збільшення кількості слів при виконання тесту на 24,6% та 26,8% відповідно в порівнянні з хворими до лікування), тоді як під впливом традиційного лікування спостерігається лише

тенденція до її покращення (див. табл. 2).

Аналіз результатів тесту Спілбергера-Ханіна показав достовірне зниження рівня реактивної тривоги під впливом інстенону на 29,3% та тенденцію до його зниження після традиційної терапії відносно групи хворих до лікування, що свідчить про зменшення психоемоційної напруги пацієнтів.

У хворих II та III груп відмічалась тенденція до зниження рівня особистісної тривоги, що говорить про зменшення тривожно-фобічних, тривожно-депресивних розладів на фоні ДЕ II ст.

Також слід відзначити більш значний позитивний вплив інстенону на когнітивні функції та психоемоційні розлади у хворих на ДЕ II ст. в порівнянні з традиційною терапією. Про це свідчить достовірне зниження часу при виконанні завдання за таблицями Шульте на 10,4%, збільшення кількості слів при дослідженні короточасної пам'яті на 17,4%, довготривалої – на 21,7%, зменшення кількості балів при визначенні ситуаційної тривожності на 21,1% (табл. 2).

Таблиця 2  
Результати психологічного тестування у здорових осіб та у хворих на ДЕ II ст. на фоні лікування ( $M \pm m$ )

Тест		Здорові люди, n=20	Хворі до лікування, n=42	Хворі після традиційного лікування, n=22	Хворі після лікування препаратом Інстенон, n=20
Таблиці Шульте, с		47,2±2,24	67,5±1,93*	60,7±1,65*	54,4±1,86**^
Тест на запам'ятовування 10 слів (кількість слів)	короточасна пам'ять	8,62±0,34	5,36±0,38*	5,69±0,35*	6,68±0,29**^
	довготривала пам'ять	8,18±0,67	5,18±0,28*	5,4±0,32*	6,57±0,33**^
Тест Спілбергера-Ханіна (кількість балів)	особистісна тривожність	27,8±2,47	50,9±2,78*	46,2±2,73*	43,8±2,6*
	реактивна тривожність	24,4±1,36	49,8±2,52*	44,6±1,81*	35,2±2,56**^

Примітка: \* – показник вірогідний в порівнянні з контрольною групою,  $p < 0,05$ ;

• – показник вірогідний в порівнянні з хворими до лікування,  $p < 0,05$ ;

^ – показник вірогідний в порівнянні з хворими після традиційного лікування,  $p < 0,05$ .

Отже, в результаті проведеного традиційного лікування та лікування з застосуванням інстенону виявлена позитивна динаміка показників психологічного дослідження (збільшення концентрації уваги, її стійкості, покращення зосередженості та пам'яті, зниження рівня особистісної та реактивної тривожності), проте спостерігається більш значна позитивна динаміка даних показників у випадку включення до базисного лікування комбінованого препарату Інстенон.

Таким чином, інстенон добре переноситься, є ефективним та безпечним у лікуванні вегетативних та психоемоційних розладів при дисциркуляторній енцефалопатії.

### Висновки

1. Використання препарату Інстенон в комплексній терапії ДЕ II ст. підвищує ефективність лікування СВД, що проявляється зменшенням явищ симпатикотонії та частоти і тривалості вегетативних кризів.

2. Препарат Інстенон позитивно впливає на когнітивні функції та психоемоційні розлади у

пацієнтів із ДЕ II ст.

3. Комбінований препарат Інстенон рекомендовано включати до базисного лікування ДЕ.

### Перспективи подальших досліджень

У перспективі планується вивчення впливу інстенону на СВД у пацієнтів, які перенесли черепно-мозкову травму.

### Література

1. Вейна А.М. Вегетативные расстройства: Клиника, лечение, диагностика / Под ред. А.М. Вейна. – М.: Медицина, 2003. – 752 с.
2. Белова А.Н. Шкалы и опросники в неврологии и нейрохирургии / А.Н. Белова. – М., 2004. – 432 с.
3. Дзюба А.Н. Современные подходы к лечению хронических нарушений кровоснабжения головного мозга / А.Н. Дзюба, Ю.Н. Мечетный // Укр. мед. альманах. – 2002. – № 6. – С. 85-87.
4. Левин Я.И. Хронические цереброваскулярные заболевания: тактика ведения пациентов, роль Инстенона в терапии и профилактике / Я.И. Левин, А.М. Хоув // Неврология и психиатрия. – 2011. – № 3 – С. 2-6.
5. Мищенко Т.С. Терапевтические возможности коррекции венозных нарушений при дисциркуляторной энцефалопатии / Т.С. Мищенко, И.В. Здесенко // Міжнародний неврологічний журнал. – 2013. – № 2 (56). – С. 141-146.
6. Мищенко Т.С. Дисциркуляторная энцефалопатия: устаревший термин или клиническая реальность? / Т.С. Мищенко // Міжнародний неврологічний журнал. – 2013. – № 2 (56). – С. 134-138.

7. Морозова О.Г. Нootропы в комплексной терапии хронической церебральной ишемии: механизмы воздействия и терапевтические возможности прамирацетам / О.Г. Морозова // Міжнародний неврологічний журнал. – 2013. – № 5 (59). – С. 143-148.
8. Морозова О.Г. Вегетативные дисфункции в общесоматической практике / О.Г. Морозова // Здоров'я України. – 2008. – № 3. – С. 51-52.
9. Морозова О.Г. Коррекция вегетативных и тревожных нарушений в практике врача-интерниста / О.Г. Морозова, И.В. Киреев // Новости медицины и фармации. – 2007. – № 215. – С. 8-9.
10. Парфенов В.А. Дисциркуляторная энцефалопатия: дифференциальный диагноз и лечение / В.А. Парфенов // Клиницист. – 2008. – № 1. – С. 38-44.
11. Путилина М.В. Хроническая ишемия мозга / М.В. Путилина // Лечащий врач. – 2005. – № 6. – С. 53-57.
12. Стан неврологічної служби України в 2011 році / [М.К. Хобзей, О.М. Зінченко, М.В. Голубчиков та ін.]. – Х., 2011. – 25 с.
13. Синдром вегетативной дистонии детского и подросткового возраста. Терапевтические возможности препарата „Инстенон“ / Р.У. Гамбердова, О.Н. Воскресенская, А.В. Лобачева [и др.] // Русский медицинский журнал. – 2005. – Т. 13, № 12. – С. 794-797.
14. Тайцлин В.И. Вегетативная дистония и цереброваскулярные нарушения / В.И. Тайцлин // Международный медицинский журнал. – 1999. – № 3. – С. 58-59.
15. Фисенко В.В. Изучение эффективности Инстенона в Российской Федерации / В.В. Фисенко // Врач. – 2003. – № 1. – С. 39-41.
16. Hoyer S. Memory function and brain glucose metabolism / S. Hoyer // Pharmacopsychiatry. – 2005. – Vol. 36, № 1. – P. 62-67.
4. Levin Ya.I. Hronicheskie cerebроваскулярные заболевания: тактика ведения пациента, роль Инстенона в терапии и профилактике / Ya.I. Levin, A.M. Houv // Nevrologiya i psixiatriya. – 2011. – № 3 – S. 2-6.
5. Mischenko T.S. Terapevticheskie vozmozhnosti korektsii vnoznykh narushenij pri discirkulyatornoj `encefalopatii / T.S. Mischenko, I.V. Zdesenko // Mizhnarodnij nevrologichnij zhurnal. – 2013. – № 2 (56). – S. 141-146.
6. Mischenko T.S. Discirkulyatornaya `encefalopatiya: ustarevshij termin ili klinicheskaya real'nost'? / T.S. Mischenko // Mizhnarodnij nevrologichnij zhurnal. – 2013. – № 2 (56). – S. 134-138.
7. Morozova O.G. Nootropy v kompleksnoj terapii hronicheskoy cerebral'noj ishemii: mehanizmy vozdeystviya i terapevticheskie vozmozhnosti pramiiracetama / O.G. Morozova // Mizhnarodnij nevrologichnij zhurnal. – 2013. – № 5 (59). – S. 143-148.
8. Morozova O.G. Vegetativnye disfunkcii v obschesomaticheskoy praktike / O.G. Morozova // Zdorov'ya Ukraini. – 2008. – № 3. – S. 51-52.
9. Morozova O.G. Korrekciya vegetativnykh i trevozhnykh narushenij v praktike vracha-internista / O.G. Morozova, I.V. Kireev // Novosti mediciny i farmacii. – 2007. – № 215. – S. 8-9.
10. Parfenov V.A. Discirkulyatornaya `encefalopatiya: differencial'nyj diagnosty i lechenie / V.A. Parfenov // Klinicist. – 2008. – № 1. – S. 38-44.
11. Putilina M.V. Hronicheskaya ishemiya mozga / M.V. Putilina // Lechaschij vrach. – 2005. – № 6. – S. 53-57.
12. Stan nevrologichnoi sluzhbi Ukraini v 2011 roci / [M.K. Hobzej, O.M. Zinchenko, M.V. Golubchikov ta in.]. – H., 2011. – 25 s.
13. Sindrom vegetativnoj distonii detskogo i podrostkovogo vozrasta. Terapevticheskie vozmozhnosti preparata "Instenon" / R.U. Gamberdova, O.N. Voskresenskaya, A.V. Lobacheva [i dr.] // Russkij medicinskij zhurnal. – 2005. – T. 13, № 12. – S. 794-797.
14. Tajclin V.I. Vegetativnaya distoniya i cerebроваскулярные нарушения / V.I. Tajclin // Mezhdunarodnyj medicinskij zhurnal. – 1999. – № 3. – S. 58-59.
15. Fisenko V.V. Izuchenie `effektivnosti Instenona v Rossijskoj Federacii / V.V. Fisenko // Vrach. – 2003. – № 1. – S. 39-41.
16. Hoyer S. Memory function and brain glucose metabolism / S. Hoyer // Pharmacopsychiatry. – 2005. – Vol. 36, № 1. – P. 62-67.

### References

1. Vejna A.M. Vegetativnye rasstrojstva: Klinika, lechenie, diagnostika / Pod red. A.M. Vejna. – M.: Medicina, 2003. – 752 s.
2. Belova A.N. Shkaly i oprosniki v nevrologii i neyrohirurgii / A.N. Belova. – M., 2004. – 432 s.
3. Dzyuba A.N. Sovremennye podhody k lecheniyu hronicheskikh narushenij krovosnabzheniya golovnoho mozga / A.N. Dzyuba, Yu.N. Mechetnyj // Ukr. med. al'manah. – 2002. – № 6. – S. 85-87.

### Реферат

#### ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

Пурденко Т.И.

Ключевые слова: дисциркуляторная энцефалопатия, синдромом вегетативной дистонии, психоэмоциональные нарушения, Инстенон.

На начальных этапах развития хроническая ишемия мозга проявляется синдромом вегетативной дистонии, в основе патогенеза которого лежат неполноценность приспособительных функций, изменение интегративных механизмов надсегментарного вегетативного аппарата и вегетативных нейронов коры головного мозга. В дальнейшем клиника обогащается выраженными психоэмоциональными, гемодинамическими изменениями с формированием прогрессирующей цереброваскулярной недостаточности. Обязательным клиническим проявлением синдрома вегетативной дистонии являются эмоциональные расстройства. В статье показано исследование клинической эффективности и переносимости препарата Инстенон в комплексной терапии пациентов с синдромом вегетативной дистонии и психоэмоциональными нарушениями при дисциркуляторной энцефалопатии.

### Summary

#### THERAPEUTIC POSSIBILITIES IN CORRECTION OF PSYCHOVEGETATIVE DISTURBANCES IN ENCEPHALOPATHY

Purdenko TI

Key words: encephalopathy, vegetative dystonia syndrome, psycho-emotional disorders, Instenon.

In the initial stages of the development chronic brain ischemia is manifested by vegetative dystonia syndrome, the pathogenesis of which is based on the inferiority of adaptive functions, change of integrative mechanisms of suprasedgmental vegetative system and the autonomic neurons of the cerebral cortex. Then, the clinical picture is filled up with expressed psychovegetative, hemodynamic changes with further development of progressive cerebrovascular insufficiency. Mandatory clinical manifestation of the syndrome of vegetative dystonia is represented by emotional disorders. The article elucidates the study of the clinical efficacy and tolerability of Instenon as a constituent of the complex therapy by patients with vegetative dystonia syndrome and psychoemotional disorders in vascular encephalopathy.