



Н. В. ЛИТВИНЕНКО, В. М. ГЛАДКА, Т. Й. ПУРДЕНКО

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», Полтава

Ведення пацієнтів із психовегетативним синдромом

Мета — вивчити ефективність застосування препарату Цефавора у пацієнтів із психовегетативним синдромом.

Матеріали і методи. Обстежено 42 пацієнтів із психовегетативним синдромом віком від 23 до 55 років: 19 — з дисциркуляторною енцефалопатією I—II стадії на тлі артеріальної гіпертензії, 12 — з дисциркуляторною енцефалопатією I—II стадії на тлі церебрального атеросклерозу, 11 — з хронічними запальними ураженнями центральної нервової системи (енцефаліт, арахноенцефаліт, енцефаломієліт). Діагностика психовегетативного синдрому ґрунтувалася на виявленні полісистемних вегетативних порушень та виключенні соматичної патології. Дослідження вегетативної сфери передбачало визначення вегетативного тону за допомогою опитувальника для виявлення вегетативних порушень О.М. Вейна та індексу Кердо і вегетативного забезпечення діяльності за допомогою ортокліностатичної проби. Також досліджували короткострокову пам'ять (тест запам'ятовування 10 слів) та здатність до концентрації уваги (коректурна проба). Стан мозкового кровообігу оцінювали за допомогою комп'ютерної реоенцефалографії.

Результати. Використання препарату Цефавора сприяло позитивній динаміці неврологічного статусу, поліпшенню уваги, зниженню рівня тривожності, нормалізації стану вегетативної нервової системи та поліпшенню мозкового кровообігу (пульсового кровонаповнення, венозного відтоку, тону судин).

Висновки. Прийом препарату Цефавора сприяє зменшенню частоти та вираженості скарг у хворих із психовегетативним синдромом, поліпшенню уваги, зниженню рівня тривожності, поліпшенню мозкового кровообігу.

Ключові слова: психовегетативний синдром, церебральна гемодинаміка, лікування, Цефавора.

Психовегетативний синдром (ПВС) — найчастіша форма синдрому вегетативної дисфункції [3, 7, 9]. Під ПВС розуміють функціональне порушення діяльності нервової системи, яке супроводжується погіршенням загального стану та самопочуття пацієнта, призводить до зниження якості життя і виявляється неорганічною дисфункцією різних органів та систем. Пацієнти звертаються з численними соматичними скаргами до терапевтів, неврологів, кардіологів, гастроентерологів, що робить проблему ПВС міждисциплінарною [1, 5, 6].

Для лікування ПВС застосовують різні групи препаратів. За даними літератури [5], 83% терапевтів і 81% неврологів віддають перевагу судинно-метаболичній терапії, близько половини

лікарів — β -адреноблокаторам. З анксиолітиків 90% терапевтів та 78% неврологів призначають седативні трав'яні збори, 62% терапевтів і 78% неврологів — антидепресанти.

Триває інтенсивний пошук препаратів рослинного походження для лікування виявів ПВС [2]. На особливу увагу заслуговує комбінований гомеопатичний препарат Цефавора, до складу якого входить гінкго (*Ginkgo biloba*), омела біла (*Viscum album*) та глід (*Crataegus*). За даними багатоцентрового дослідження [8], цей медичний засіб продемонстрував ефективність при порушеннях церебральної гемодинаміки, коронарного та периферичного кровотоку. Всі складові препарату чинять позитивний вплив на церебральний кровообіг і метаболізм. Гінкго діє як на серцево-судинну, так і на центральну нервову систему: знижує рівень

холестерину в крові, збільшує кровообіг в артеріальному, капілярному та венозному руслі, запобігає тромбозам мозкових і коронарних судин, підвищує еластичність та міцність стінок кровонесних судин, чинить антигіпоксичну і виражену протинабрякову дію на тканини головного мозку та периферичні тканини, знижує процеси переокислення ліпідів, зв'язує вільні радикали, відновлює гематоенцефалічний бар'єр, сприяє нормалізації метаболізму тканин мозку, допомагає зберегти цілісність і проникність клітинної стінки, чинить заспокійливу (седативну) та антиспазматичну дію. Омела знижує артеріальний тиск, поліпшує діяльність серця, розширює судини, зменшує збудливість центральної нервової системи, чинить протисудомну дію. Глід знижує артеріальний тиск, поліпшує серцеву діяльність, має протизапальну, знеболювальну дію, зменшує розумову і фізичну втому, має сечогінний, спазмолітичний та протисудомний ефекти.

Мета роботи — вивчити ефективність застосування препарату Цефавора у пацієнтів із психовегетативним синдромом.

Матеріали і методи

Обстежено 42 пацієнти, яких розподілено на три групи: 1-ша — 19 хворих на дисциркуляторну енцефалопатію (ДЕ) I—II стадії на тлі артеріальної гіпертензії, 2-га — 12 хворих на ДЕ I—II стадії на тлі церебрального атеросклерозу, 3-тя — 11 пацієнтів з хронічними запальними ураженнями ЦНС (енцефаліт, арахноенцефаліт, енцефаломієліт). Вік пацієнтів — від 23 до 55 років.

Діагностика ПВС ґрунтувалася на активному виявленні полісистемних вегетативних порушень та запереченні соматичної патології. Уточнювали тип вегетативних розладів (симпатикотонічний, ваготонічний, змішаний) та перебіг (перманентний, пароксизмальний, перманентно-пароксизмальний).

Дослідження вегетативної сфери передбачало визначення вегетативного тону (використовували «Опитувальник для виявлення вегетативних порушень» О. М. Вейна, який заповнював пацієнт, та індекс Кердо), вегетативного забезпечення діяльності (ортостатична проба). Також досліджували короткострокову пам'ять (тест запам'ятовування 10 слів), здатність до концентрації уваги (коректурна проба). Стан мозкового кровообігу оцінювали за допомогою комп'ютерної реоенцефалографії. Дослідження проводили на 4-канальному реографічному комплексі DX-NT-Reo (Україна). Для реєстрації реоенцефалограми (РЕГ) використовували стандартні положення електродів (лобно-мастоїдальні та окципіто-мастоїдальні відведення). Одночасно проводили синхронний запис електрокардіограми. Отримані дані оцінювали візуально та за допомогою кількісного аналізу параметрів РЕГ [4].

Для кількісної оцінки РЕГ визначали такі параметри:

- реографічний індекс (PI) — відношення величини амплітуди реографічної хвилі до калібрувального сигналу (дає змогу визначити відносну величину пульсового кровонаповнення);
- дикротичний індекс (DKI) — відношення амплітуди реографічної хвилі на рівні інцизури до максимальної амплітуди (відображує переважно тону артерій малого діаметра та артеріол);
- діастолічний індекс (DCI) — відношення амплітуди на рівні дикротичного зубця до максимальної амплітуди реографічної хвилі (характеризує стан відтоку крові з артеріол і вен, тону вен).

Статистичну обробку даних проводили за допомогою електронних таблиць Microsoft Excel. Визначали середнє арифметичне значення та його відхилення ($M \pm m$). Достовірною різницю показників за t-критерієм Стьюдента вважали при $p < 0,05$.

Результати та обговорення

У хворих всіх груп переважали скарги астеничного характеру: головний біль без чіткої локалізації (у 91%), запаморочення (у 77%), хиткість (у 51%), швидка стомлюваність (у 96%), зниження уваги та пам'яті (у 87%), неможливість зосередитися (у 82%). У неврологічному статусі найчастіше виявляли психоемоційну лабільність (у 96%), ністагм (у 48%), пошквалювання сухожилкових і періостальних рефлексів (у 87%), легкий тремор повік та пальців кистей (у 55%), легкі координаторні порушення у вигляді промахувань під час виконання пальценосової проби (у 63%), нестійкість у позі Ромберга (у 77%), а також гіпергідроз (у 48%). У 39% осіб виявили м'язовотонічний синдром шийно-плечової ділянки. В усіх групах пацієнтів виявляли психічні симптоми, які часто супроводжують вегетативну дисфункцію: знижений (тужливий) настрій, стурбованість або почуття провини, дратівливість, плаксивість, відчуття безнадійності, зниження звичайних інтересів, зміна апетиту, відчуття постійної втоми, порушення сну, а також погіршення сприйняття нової інформації.

Час, витрачений на виконання коректурної проби, в 1-й групі становив у середньому (288 ± 14) с, у 2-й групі — (317 ± 10) с, у 3-й групі — (252 ± 16) с, середня кількість помилок — відповідно $5,3 \pm 0,2$, $6,3 \pm 0,5$ і $5,2 \pm 0,4$. За шкалою тривожності Спілбергер-Ханіна (досліджували ситуативну тривожність) високий та середній рівень тривожності виявлено у 74% осіб 1-ї групи, у 83% — 2-ї групи, у 63% — 3-ї групи.

За результатами опитувальника вегетативні порушення мали 80% осіб 1-ї групи, 83% — 2-ї групи та 91% — 3-ї групи. У більшості хворих у всіх групах виявлено перманентно-пароксизмальний перебіг синдрому церебральної вегетативної дисфункції.

При дослідженні стану вегетативної нервової системи переважання симпатoadреналового впливу, що виявлялося підвищенням артеріального тис-

ку (АТ), тахікардією, неспокоєм, порушенням сну, болем різної локалізації, закрепами, відзначено у 74 % хворих 1-ї групи, у 58 % — 2-ї групи, у 63 % — 3-ї групи. Індекс Кердо в середньому дорівнював $+26,20 \pm 3,66$ у 1-й групі, $+22,15 \pm 2,62$ — у 2-й групі, $+20,44 \pm 3,91$ — у 3-й групі.

АТ мав тенденцію до підвищення, що супроводжувалося лабільністю пульсу, найчастіше — тахікардією, в усіх групах пацієнтів. Середні показники систолічного АТ становили ($156,1 \pm 5,8$), ($136,5 \pm 6,1$) та ($124,1 \pm 4,2$) мм рт.ст. у хворих 1-ї, 2-ї та 3-ї групи відповідно. Частота серцевих скорочень (ЧСС) — ($80,1 \pm 6,1$), ($88,3 \pm 5,1$) і ($75,3 \pm 6,2$) за 1 хв відповідно. За результатами ортокліностаціонарної проби у 29 % пацієнтів виявлено надмірне вегетативне забезпечення, про що свідчило достовірне збільшення показників діастолічного АТ і ЧСС.

У 16 % пацієнтів 1-ї групи, 25 % — 2-ї групи і 27 % — 3-ї групи відзначено підвищення вагусних впливів зі скаргами на гіпергідроз, брадикардію, гіперсаливацію, схильність до ортостатичної гіпотензії та стани непритомності, «корсетний синдром», сонливість, зниження фізичної активності, скарги астеничного характеру. Індекс Кердо становив у середньому $-33,25 \pm 1,41$, $-22,24 \pm 3,45$, $-23,15 \pm 1,68$ для пацієнтів 1-ї, 2-ї та 3-ї групи відповідно. Проведення ортокліностаціонарної проби виявило достовірне збільшення ЧСС у 43 % пацієнтів при незначному підвищенні або незмінених показниках діастолічного АТ, що свідчило про недостатнє вегетативне забезпечення, а також про стан дезадаптації.

Таким чином, у хворих усіх груп виявлено порушення вегетативного тону і вегетативного забезпечення діяльності. Відзначено переважання симпатичного відділу автономної нервової системи, що було пов'язане з підвищеним рівнем тривожності та стресом і спричинило зниження адаптаційних можливостей організму.

Отримані результати свідчили про необхідність введення в комплексне лікування хворих вегетостабілізуювальних, вазоактивних та ноотропних препаратів.

Як комплексний препарат з комбінованою дією ми обрали препарат Цефавора, який призначали пацієнтам усіх груп у дозі 20 крапель тричі на добу протягом 6 тиж.

Дані щодо динаміки об'єктивних неврологічних симптомів наведено на рисунку.

На тлі лікування Цефаворою відзначено позитивну динаміку в неврологічному статусі, про що свідчило зниження частоти субкортикальних рефлексів на 19 %, ністагму — на 17 %, анізорефлексії — на 14 %, вестибулярних розладів — на 49 %, патологічних рефлексів — на 10 %.

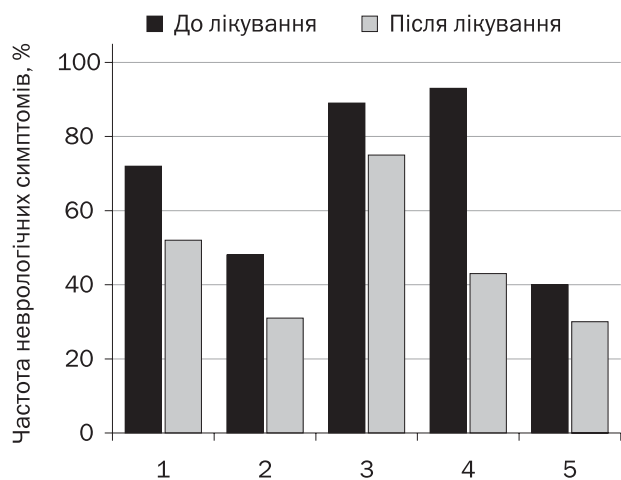
Час, витрачений на виконання коректурної проби, в 1-й групі становив у середньому 265 с (зменшився на 8 %), у 2-й групі — 297 с (зменшився на 6 %), у 3-й групі — 252 с (зменшився на 13 %). Се-

редня кількість помилок у групах суттєво не змінилася. Знизився рівень тривожності у пацієнтів: у 1-й групі — на 11 %, у 2-й — на 15 %, у 3-й — на 21 %.

Значущий терапевтичний ефект Цефавори спостерігали у вигляді позитивної динаміки за «Опитувальником для виявлення вегетативних порушень» (зменшення після лікування кількості балів в 1,8 разу в пацієнтів усіх груп) та зменшення соматовегетативних скарг. 48 % пацієнтів перестали турбуватися головні болі, запаморочення, відчуття серцебиття, «завмирання» або «зупинки серця», відчуття нестачі повітря та прискорене дихання, шлунково-кишковий дискомфорт, «здуття» і біль у животі. На цьому тлі відзначено підвищення працездатності у 43 % хворих. Пацієнти швидше засинали, сон став глибшим, без частих нічних пробуджень, що в цілому свідчило про поліпшення якості нічного сну і сприяло відчуттю бадьорості при пробудженні вранці. Привертали увагу нормалізація АТ (зниження систолічного АТ на 15,7 %, діастолічного АТ — на 10,1 % у пацієнтів 1-ї групи, зменшення коливальності АТ і його стабілізація у хворих 2-ї та 3-ї груп). У більшості пацієнтів зменшилися явища симпатикотонії: при проведенні ортокліностаціонарної проби відзначено достовірне зниження приросту ЧСС (на 12,3 та 17,6 % відповідно) порівняно з вихідними даними, що свідчило про зменшення напруження адаптаційних процесів у серцево-судинній системі.

Дані щодо динаміки показників РЕГ наведено в таблиці.

Таким чином, після лікування Цефаворою у хворих усіх груп достовірно поліпшилися показники пульсового кровонаповнення, зменшився тонус артерій малого діаметра та артеріол, поліпшився венозний відтік, найбільшу динаміку PI відзначено



Рисунки. Динаміка об'єктивних неврологічних симптомів у хворих до і після лікування препаратом Цефавора ($n = 42$): 1 — субкортикальні рефлекси; 2 — ністагм; 3 — сухожилкова анізорефлексія; 4 — вестибулярні розлади; 5 — патологічні рефлекси (кистеві та ступневі)

Т а б л и ц я
Показники реоенцефалограми до і після лікування препаратом Цефавора (М ± m)

Показник	Півкуля	1-ша група (n = 19)		2-га група (n = 12)		3-тя група (n = 11)		
		До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування	
PI	FM	Права	1,15 ± 0,09	1,38 ± 0,07*	1,07 ± 0,07	1,18 ± 0,10	1,12 ± 0,41	1,19 ± 0,12
		Ліва	1,22 ± 0,12	1,45 ± 0,03*	1,14 ± 0,09	1,36 ± 0,07*	1,16 ± 0,11	1,41 ± 0,08*
	OM	Права	0,87 ± 0,17	1,18 ± 0,05*	0,88 ± 0,12	1,09 ± 0,09	1,08 ± 0,04	1,09 ± 0,09
		Ліва	0,85 ± 0,11	1,15 ± 0,07*	0,97 ± 0,04	1,28 ± 0,05*	1,15 ± 0,10	1,25 ± 0,12
ДКІ, %	FM	Права	72,8 ± 1,7	66,1 ± 2,7*	71,4 ± 1,1	58,3 ± 2,8*	68,4 ± 2,1	58,9 ± 2,2*
		Ліва	67,2 ± 1,6	64,2 ± 2,2	76,2 ± 1,2	56,8 ± 2,4*	67,5 ± 1,3	56,1 ± 2,4*
	OM	Права	69,8 ± 1,2	67,1 ± 2,6	69,1 ± 1,1	68,3 ± 1,1	59,1 ± 2,2	56,4 ± 2,2
		Ліва	74,9 ± 2,1	69,25 ± 2,6	68,9 ± 1,1	66,8 ± 2,6	64,7 ± 1,2	55,8 ± 1,3*
ДСІ, %	FM	Права	61,1 ± 1,3	58,5 ± 1,2	78,9 ± 1,5	66,4 ± 3,2*	65,5 ± 1,2	59,1 ± 2,6
		Ліва	67,6 ± 1,7	59,8 ± 1,8*	82,7 ± 1,7	69,1 ± 2,6*	68,6 ± 1,3	56,4 ± 3,2*
	OM	Права	68,9 ± 1,2	59,1 ± 1,0*	68,5 ± 2,2	65,4 ± 3,6	71,9 ± 1,1	69,1 ± 2,8
		Ліва	64,3 ± 1,8	58,1 ± 1,2	62,8 ± 2,2	60,4 ± 3,4	68,3 ± 2,8	56,4 ± 2,2*

FM — фронто-мастоїдальне відведення; OM — окципіто-мастоїдальне відведення.

* Різниця щодо показника до лікування статистично значуща ($p < 0,05$).

у хворих з гіпертонічною ДЕ (збільшення показників в обох судинних басейнах в обох півкулях). Зміни ДКІ (зменшення тону судин) відбулися у хворих усіх груп, переважано в басейні сонних артерій. Величина ДСІ також поліпшилася у хворих усіх груп, переважно в басейні сонних артерій, достовірно збільшився венозний відтік у лівій півкулі.

При порівнянні PI у всіх пацієнтів встановлено достовірне збільшення амплітуди РЕГ-хвиль у правій півкулі на 23,1 %, у лівій — на 32,2 % порівняно з вихідними даними.

Висновки

Застосування препарату Цефавора сприяє зменшенню частоти та вираженості скарг у хворих із психовегетативним синдромом, поліпшенню ува-

ги, зниженню рівня тривожності, поліпшенню мозкового кровообігу за даними РЕГ (пульсового кровонаповнення, венозного відтоку, тону судин).

При порівнянні впливу комплексного препарату Цефавора на клінічний перебіг психовегетативного синдрому в пацієнтів з атеросклеротичною дисциркуляторною енцефалопатією, гіпертонічною дисциркуляторною енцефалопатією та запальними захворюваннями нервової системи встановлено більший вплив на показники церебральної гемодинаміки при гіпертонічній дисциркуляторній енцефалопатії.

Таким чином, отримані результати свідчать про доцільність застосування комплексного рослинного препарату Цефавора у пацієнтів із психовегетативним синдромом.

Література

1. Вейн А. М. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика. — М.: Мед. информ. агентство, 1998. — 752 с.
2. Воробьева О. В., Акарачкова Е. С. Фитопрепараты в профилактике и терапии психовегетативных расстройств // Врач. Спец. вып. — 2007. — С. 57—58.
3. Воропай Н. Г., Доронина О. Б. Клинико-конституциональные особенности у пациентов с вегетативной дисфункцией и эмоциональными нарушениями // Бюл. сиб. мед. — 2009. — № 3(2). — С. 16—19.
4. Иванов Л. Б., Макаров В. А. Лекции по клинической реографии. — М.: Антидор, 2000. — 320 с.
5. Котова О. В., Максимова Л. Н. Пациент с психовегетативным синдромом: помогает врач общей практики // Фарматека. — 2012. — № 19. — С. 43—47.
6. Кунделек А. Г. Влияние транспортных заторов на психовегетативный статус водителей общественного транспорта с учетом возраста и стажа работы // Фундаментальные исследования. — 2012. — № 12. — С. 82—85.
7. Мечетный Ю. Н. Дисциркуляторная энцефалопатия. Нарушения вегетативной регуляции и особенности патогенеза (клинико-парадоклиническая характеристика, методы коррекции): Дис. ... д-ра мед. наук: К., 2003. — 310 с.
8. Результаты многоцентрового исследования побочных эффектов комбинированного препарата Цефавора // Міжнар. неврол. журн. — 2011. — № 4 (42). — С. 24—28.
9. Sansone R. A., Hendricks C. M., Gaither G. A. et al. Prevalence of anxiety symptoms among a sample of outpatients in an internal medicine clinic // Depression and Anxiety. — 2004. — N 19. — P. 133—136.

Н. В. ЛИТВИНЕНКО, В. М. ГЛАДКАЯ, Т. И. ПУРДЕНКО
ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», Полтава

Ведение пациентов с психовегетативным синдромом

Цель — изучить эффективность использования препарата Цефавора у пациентов с психовегетативным синдромом.

Материалы и методы. Обследованы 42 пациента с психовегетативным синдромом в возрасте от 23 до 55 лет: 19 — с дисциркуляторной энцефалопатией I—II стадии на фоне артериальной гипертензии, 12 — с дисциркуляторной энцефалопатией I—II стадии на фоне церебрального атеросклероза, 11 — с хроническими воспалительными заболеваниями центральной нервной системы (энцефалит, арахноэнцефалит, энцефаломиелит). Диагностика психовегетативного синдрома основывалась на выявлении полисистемных вегетативных нарушений и исключении соматической патологии. Исследование вегетативной сферы предусматривало определение вегетативного тонуса с помощью опросника для выявления вегетативных нарушений А. М. Вейна и индекса Кердо и вегетативного обеспечения деятельности с помощью ортоклиностатической пробы. Также исследовали краткосрочную память (тест запоминания 10 слов) и способность к концентрации внимания (корректирующая проба). Состояние мозгового кровообращения оценивали с помощью компьютерной реоэнцефалографии.

Результаты. Использование препарата Цефавора способствовало позитивной динамике неврологического статуса, улучшению внимания, снижению уровня тревожности, нормализации состояния вегетативной нервной системы и улучшению мозгового кровообращения (пульсового кровенаполнения, венозного оттока, тонуса сосудов).

Выводы. Прием препарата Цефавора способствует уменьшению частоты и выраженности жалоб у больных с психовегетативным синдромом, улучшению внимания, снижению уровня тревожности, улучшению мозгового кровообращения.

Ключевые слова: психовегетативный синдром, церебральная гемодинамика, лечение, Цефавора.

N. V. LITVINENKO, V. M. GLADKA, T. Y. PURDENKO
Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava

Clinical management of patients with psycho vegetative syndrome

Objective — to study the efficacy of combined homeopathic medication *Cefavora* on psycho vegetative syndrome course.

Methods and subjects. The study comprised 42 patients with psycho vegetative syndrome. Patients were selected into 3 groups: 1 group comprised patients with I—II stages dyscirculatory encephalopathy against the background of arterial hypertension; 2 group comprised patients with I—II stages dyscirculatory encephalopathy against the background of cerebral atherosclerosis; 3 group comprised patients with chronic inflammatory impairments of central nervous system (encephalitis, arachnoencephalitis, encephalomyelitis). Patients were aged 23—55 years. Psycho vegetative syndrome diagnostics was based on active investigations of polysystemic vegetative impairments and somatic pathology denial. Investigation of vegetative sphere included vegetative tonus determination (Vein's «Questionnaire for vegetative impairments detection», Kerdo's index) and activity vegetative provision (clinoorthostatic test). The short-termed memory (test to remember 10 words) and attention concentration ability (correction test) were studied. Cerebral blood flow state was assessed by means of computed rheoencephalography.

Results. *Cefavora* application demonstrated positive dynamics on neurological status, attention concentration ability, anxiety level decrease, vegetative nervous system normalization, improvement of cerebral blood flow (pulse blood filling, venous outflow, vessels tonus).

Conclusions. *Cefavora* has a positive effect on complains frequency and manifestations, attention concentration improvement, anxiety level decrease, improvement of cerebral blood flow.

Key words: psycho vegetative syndrome, cerebral hemodynamics, treatment, *Cefavora*.

