

Растительные препараты в лечении соматоформных расстройств и вегетативной дисфункции
Приходько В.Ю., Кононенко Е.А., Морева Д.Ю., Кашковский Д.О., Волощук Т.Р.
Кафедра терапии и гериатрии НМАПО имени П.Л.Шупика

В клинике внутренних болезней далеко не всегда врачу приходится купировать симптомы подтвержденного соматического заболевания. Все чаще мы сталкиваемся с ситуацией, когда яркая картина субъективных жалоб (сердцебиения, боли в различных органах, тошнота, слабость) наблюдается у пациента с совершенно нормальными показателями функционального и лабораторного обследования, которому сложно поставить диагноз по причине отсутствия каких-либо объективных изменений. Можно ли считать таких людей аггравантами или симулянтами? В действительности они страдают не меньше тех, у кого диагностирована соматическая патология, и тем больше их страдания, чем сложнее врачу назвать конкретное заболевание, приведшее к ухудшению самочувствия пациента. Учитывая, что лечить мы должны не болезнь (нозологическую единицу, внесенную в МКБ), а больного человека (личность с ущемленным физическим, психическим, социальным благополучием), то болезненные симптомы следует купировать вне зависимости от того, вызваны они органической патологией или являются следствием функциональных расстройств.

Одним из самых распространенных состояний является астения. Астенические расстройства встречаются почти у 50% больных, которые обращаются за помощью к специалистам по внутренней патологии и наиболее часто отмечаются в пожилой популяции. Астения – это состояние организма, характеризующееся общей слабостью, повышенной утомляемостью, головными болями, головокружениями, снижением работоспособности, частой сменой настроения, вегетативными нарушениями, расстройствами сна, мышечными болями. Астеническое состояние может иметь функциональную или органическую природу, а чаще всего определенный вклад в ухудшение состояния больного вносят и органические, и сопутствующие им функциональные расстройства. Функциональная астения составляет почти 55% случаев диагностированных расстройств. Она связана с психическими расстройствами (невроз, депрессия, ипохондрия, психосоматические расстройства). При функциональной астении больной жалуется на слабость в руках, томление в ногах, чувство разбитости, «полное истощение нервной системы» и вялое недомогание как после перенесенной вирусной инфекции, равнодушие к окружающему миру, умственную лень. Ощущения эти очень инертны, больные не отмечают прилива энергии после отдыха и сна. У людей старшего возраста наряду с функциональным компонентом астении, могут регистрироваться и различные органические расстройства, которые вызывают и усугубляют функциональные.

Проблемой современного общества стал синдром хронической усталости. По различным данным, распространенность синдрома хронической усталости в мире составляет до 2,8%, а при первичном обращении к врачам общей практики даже до 4%. Статистика затруднена, поэтому можем предположить, что распространенность этого состояния в Украине несколько выше. Синдром хронической усталости проявляется преимущественно у женщин (2/3 заболевших) молодого и среднего возраста (20-50 лет) и ассоциируется с напряженной ненормированной работой, отсутствием отдыха. В качестве еще одного фактора выделяют экологические загрязнения (жизнь в условиях большого города). Несмотря на распространенность этого состояния, этиология его остается невыясненной. Предполагается, что определенная роль принадлежит вирусам, интоксикациям, иммунным нарушениям, дисфункции митохондрий, избыточному накоплению молочной кислоты в ответ на физическую нагрузку, а также нарушениям нервной регуляции в организме. Скорее всего, синдром хронической усталости имеет множественную (комплексную) этиологию. Ведущим симптомом является астения. Отмечается апатия, депрессия, ухудшение памяти, фибромиалгия.

Во всех случаях (хроническая ишемия мозга, неврастения, синдром хронической усталости) пациент обращается к врачу с надеждой улучшить качество жизни: повысить умственную и физическую работоспособность, память, устранить вегетативную симптоматику, нормализовать сон. Для достижения этой цели используются симптоматические препараты (нейрометаболические, противоастенические, анксиолитики и антидепрессанты). Сегодня нет, пожалуй, ни одного соматического заболевания, в особенностях клиники и даже в определенных звеньях патогенеза которого не играли бы роль расстройства психоэмоциональной сферы. Это можно объяснить более стрессовым образом жизни современного человека, изменением его ответа на раздражители, запускающие весь комплекс компенсаторно-приспособительных реакций, принимающих в условиях психоэмоционального стресса и низкой физической активности патологический характер. Функциональные нарушения могут превалировать над соматическими расстройствами. Более чем у половины (56,3%) больных с предварительно установленным диагнозом соматической патологии этот диагноз впоследствии пересматривался в пользу функциональных расстройств (Смулевич А.Б. и соавт., 2005). Большая частота соматоформных расстройств связана и с широкой распространенностью тревожно-депрессивных расстройств в европейской и украинской популяции. По прогнозам к 2020 году распространенность тревожно-депрессивных расстройств достигнет почти 50%, что превзойдет прогнозируемое увеличение сердечно-сосудистых заболеваний (Аведисова А. С., 2000). В настоящее время распространенность невротических расстройств в европейской популяции составляет 10 - 20%, депрессией страдают 6% мужчин и 18% женщин, а клинически значимая тревога встречается у 5 - 7% общей популяции и у 25% пациентов, наблюдаемых врачами общей практики. Проведенные нами в клинике исследования больных с артериальной гипертензией продемонстрировали наличие вегетативной дисфункции (по опроснику А.М.Вейна) более чем у 90% пациентов. Явления вегетативной дисфункции существенно усугубляли, а порой искажали клиническую картину сердечно-сосудистого заболевания. Поэтому проблема соматоформных расстройств сегодня является актуальной не только для психотерапевтов и психиатров, а, в первую очередь, для терапевтов, семейных врачей и врачей всех специальностей, занимающихся лечением внутренней патологии – т.е., общей проблемой медицины.

Соматоформные расстройства (СР) – психогенные заболевания, характеризующиеся физическими патологическими симптомами, напоминающими соматическое заболевание. При этом не обнаруживается никаких органических проявлений, которые можно отнести к известным болезням, а имеют место неспецифические функциональные нарушения. СР могут сочетаться друг с другом, могут сопровождать соматические заболевания или травмы, а могут быть отдельным заболеванием. Общим для них является возникновение на фоне стрессовых ситуаций, не всегда заметных окружающим, но являющихся эмоционально значимыми для больного. Клиническая картина СР достаточно разнообразна и охватывает широкий спектр внутренней патологии. С жалобами на одышку, сердцебиения, диспептические и дизурические расстройства, головные боли, боль в спине, в конечностях больной в первую очередь обращается к участковому терапевту. Очень часто, особенно у пациентов старшего возраста, врач действительно обнаруживает мягкую или умеренную артериальную гипертензию, признаки хронической ишемической болезни сердца или мозга, обменные изменения в суставах и назначает соответствующее лечение. На этом этапе внимательный врач может отметить некоторое несоответствие тяжести жалоб незначительности объективных изменений, обнаруживаемых диагностическими методами. При тщательном расспросе можно выявить, что у больного длительное время отмечается сниженное настроение, упадок физических и умственных сил, раздражительность, неудовлетворенность, чувство внутренней напряженности. Но эти изменения свойственны в наши дни больше, чем половине взрослых людей, поэтому не расцениваются врачом как нечто патологическое. Со временем выясняется, что назначенное лечение не дает результатов, неудовлетворенность больного усиливается и он направляется к узким специалистам, которые под давлением самого больного назначают сложные диагностические исследования и

корректируют назначенную терапию. Вполне закономерно, что последняя не дает нужного результата, и убежденность больного в наличии у него тяжелого, неизлечимого заболевания укрепляется.

Классификация соматоформных расстройств

F45.0 Соматизированное расстройство

Основной признак – множественные, часто изменяющиеся, повторно возникающие в течение нескольких лет (не менее 2 лет) соматические симптомы. При последовательном опросе удастся выявить более 10 жалоб при постоянной смене ведущего соматического синдрома. Начинается расстройство в возрасте около 20 лет. Ухудшение состояния связывают с эмоционально значимыми стрессовыми ситуациями. Симптомы могут относиться к любой части тела или системе, но наиболее часто встречаются желудочно-кишечные ощущения (боль, отрыжка, рвота, тошнота и т.д.), а также неприятные кожные ощущения (зуд, жжение, покалывание, онемение, болезненность и т.д.), сердечно-сосудистые симптомы (одышка без нагрузки, боли в грудной клетке), болевые симптомы (боли в конечностях, суставах, позвоночнике, головная боль, онемение или парестезии). Могут быть расстройства менструального цикла, боли, дискомфорт, нарушения сексуальной функции.

F45.1 Недифференцированное соматоформное расстройство

По клинике приближается к соматизированному расстройству, но длительность жалоб меньше 2 лет (до 6 мес). У этих пациентов может отсутствовать напористый и драматический характер предъявления жалоб. Жалобы не так многочисленны. Пациент приспосабливается к своему состоянию и семейное и профессиональное функционирование не страдает.

F45.2 Ипохондрическое расстройство

Эти больные не только тяготятся соматическим дискомфортом, но и испытывают страх от наличия у них еще не найденного опасного заболевания. Характерно монотонное, невыразительное изложение жалоб, подкрепленное обширной медицинской документацией. Нормальные или обыкновенные ощущения и явления часто интерпретируются больными как аномальные и неприятные. Диагноз ипохондрического расстройства выставляется при наличии постоянных идей о существовании одного или более тяжелых соматических заболеваний, обуславливающих имеющийся симптом или симптомы, причем указанная идея сохраняется, несмотря на то, что не обнаружено адекватное соматическое объяснение соответствующим жалобам; а также постоянное неверие различным врачам, пытающимся убедить пациента в отсутствии соматической болезни, обуславливающей их симптомы. В отличие от соматизированного расстройства для больного более значима идея наличия какого-либо серьезного заболевания, чем имеющиеся симптомы. В современном мире появилась разновидность ипохондрии, именуемая киберхондрией. Киберхондрия (*cyberchondria*) — психическое расстройство, заключающееся в стремлении самостоятельной постановки диагноза на основе симптомов заболеваний, описанных на Интернет-сайтах (Википедия). Интернет является наиболее полным источником информации, практически не имеющим ограничений (как информационных, так и морально-нравственных). Интернет не следует принципам деонтологии и медицинской этики. Свободный доступ к медицинским знаниям способствует развитию «болезни третьего курса» у всего заинтересованного контингента, но, в отличие от студентов-медиков, за этим третьим курсом не последует четвертый, пятый и шестой (т.е. человек не получит объективной информации о болезни и своем состоянии).

Информационно зависимым является и эффект ноцебо. Ноцебо (от лат. *posse* — «я поврежу») в фармакологии — средство, не обладающее реальным фармакологическим действием, но вызывающее отрицательную реакцию у пациента (Википедия). Это антитеза плацебо. В практической деятельности мы наблюдаем мнительных и критичных к чужому мнению больных, которым остро показано назначение кардиологических средств (например, антигипертензивных препаратов). Препарат эффективно снижает АД, не имеет негативных

реакций, но лишь до того момента, пока пациент более тщательно не ознакомится с инструкцией, в которой подробно описаны побочные эффекты лекарства. Сразу после ознакомления могут появиться боли в животе, сердцебиения, головокружения и многое, что изготовитель посчитал необходимым внести в инструкцию. У нас были случаи отказа больных от эффективных средств в пользу менее эффективных из-за индуцированных психологически «негативных реакций». А одна из пациенток с успехом принимает то же действующее вещество другой фирмы, поскольку в инструкции обнаружила меньше побочных эффектов. Великолепно эффект ноцебо показан в фильме «Ученик лекаря».

F45.3 Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы

Вегетативная дисфункция наблюдается почти у 80% больных с различной внутренней патологией (Морозова О.Г., 2008, Кузьминова Н.В., Серкова В.К., 2009). Вегетативные расстройства – термин, объединяющий различные по происхождению и проявлениям нарушения вегетативных функций организма из-за дисбаланса нейрогенной регуляции (Вейн А.М., 1998). Причиной вегетативных расстройств является нарушение на уровне лимбико-ретикулярного комплекса, что результируется в дисбалансе симпатической и парасимпатической регуляторных систем, психоэмоциональных проявлениях, нарушениях суточных ритмов сна и бодрствования. У больных с вегетативной дисфункцией описано около 150 симптомов и 32 синдрома клинических нарушений. Наиболее часто встречается кардиалгический синдром без четкой иррадиации, возникающий чаще в покое, длящийся сутками, не усиливающийся при физической нагрузке и не реагирующий на прием кардиотропных препаратов. Характер боли определить трудно: она давит, пульсирует, булькает, часто усиливается в предрассветные часы. Кардиалгии могут сопровождаться сердцебиением (до 120 уд/мин) в покое и повышением артериального давления. В последнем случае гипотензивные средства помогают слабо, зато эффективны транквилизаторы и антидепрессанты. У некоторых больных встречается синдром «возбужденного сердца» (синдром Да Коста), включающий в себя сердцебиения, одышку, усталость и загрудинные боли в покое после эмоциональных нагрузок. Часто больных беспокоит ощущение «кома в горле», который является эквивалентом боли и не поддается коррекции лекарствами. Вегетативная дисфункция дыхательной системы проявляется ощущением неполноты вдоха, учащенным, поверхностным дыханием, частыми дополнительными вздохами, одышкой на фоне стрессовой ситуации, исчезающей при физической нагрузке или во время сна.

Синдром вегетативной дисфункции может проявляться вегетативными кризами. Кризы имеют соматические проявления, часто принимаемые за сердечно-сосудистые, неврологические или легочные заболевания. Но при этом важной характеристикой их является сопутствующее чувство беспричинной тревоги, внутреннего напряжения, ощущения «натянутого нерва» внутри. Больные могут отмечать безотчетный страх (смерти, тяжелого осложнения), злиться и вести себя неоправданно агрессивно по отношению к окружающим (домашним, медикам). Чаще агрессия и раздражительность сопровождает симпто-адреналовые кризы (возбуждение, озноб, тремор, ощущение внутренней дрожи, тахикардия, прилив крови к голове. Лицу, полиурия и поллакиурия), тогда как вагоинсулярные кризы (слабость, головокружение, тошнота, чувство нехватки воздуха) характеризуются слабостью, подавленностью, слезами. Наблюдаются и смешанные вегетативные кризы со всеми перечисленными симптомами, выраженными в разной степени. Вегетативные кризы могут расцениваться больным как гипертензивные. В нашей практике есть немало пациентов (в основном, женщин), которые полагают что в 50-60 лет они остались гипотониками, какими были в молодые годы. А повышение АД до 130-140/80-85 мм рт ст., сопровождающееся бурной вегетативной симптоматикой – это типичный гипертензивный криз, требующий вмешательства врачей неотложной помощи. Купирование такого криза не проходит без транквилизаторов, а последующая консультация у кардиолога обнаруживает, что АД 140/80 мм рт ст. – совершенно привычная для пациентки ситуация.

Показано, что вегетативная дисфункция тесно связана с болью в спине и шее (Ярошевский А.А., 2008). Автор проанализировал частоту вегетативных пароксизмов и обнаружил, что у 25 % больных вегетативные кризы возникли в острую фазу болевого синдрома, у 30 % — на фоне хронической миофасциальной боли в сроки от 1 месяца и позже, а у 45 % больных вегетативные кризы наблюдались до возникновения мышечно-скелетной боли, а с ее появлением участились. Было показано, что обострение боли в шейно-воротниковой зоне ассоциировалось с липотимией (предобморочным состоянием). Боли, связанные с мышечным напряжением были более выражены у лиц с гиперсимпатикотонией. Мышечное напряжение в плечевом поясе и шее, нарушение микроциркуляции в мышцах шеи, нарушение венозного оттока от головы у людей с психоэмоциональными и вегетативными расстройствами поясняет и высокую частоту у них головной боли напряжения. Наши наблюдения за пациентами с АГ показали наличие вегетативных расстройств более, чем у 90% пациентов.

F45.4 Устойчивое соматоформное болевое расстройство

Ведущей жалобой является упорная, мучительная, психически угнетающая боль в какой-либо части тела, которая длится не менее 6 месяцев и которую нельзя объяснить физиологическим процессом или соматическим расстройством. Боль невозможно купировать анальгетиками. Наиболее часто встречается мигренеподобное состояние, когда головная боль возникает ночью, усиливается к утру, днем может несколько уменьшиться с периодическими приступообразными усилениями. Точная локализация ее затруднена, не соответствует зонам иннервации черепа.

Лечение пациентов с соматоформными расстройствами представляет довольно сложную задачу, поскольку требует назначения не только симптоматических препаратов (антигипертензивные, антиаритмические, спазмолитики, обезболивающие), но и анксиолитиков и антидепрессантов. Кроме того, часто наблюдается чрезмерный эффект антигипертензивных средств и бета-адреноблокаторов, обусловленный высокой вариабельностью АД и частоты сердечных сокращений. Поэтому дозировки препаратов, влияющих на гемодинамику, у таких пациентов должны быть небольшими (начинать с 1/4-1/2 средних терапевтических доз). Лечение должно включать также транквилизаторы, анксиолитики и антидепрессанты (в зависимости от психо-эмоциональных расстройств пациента).

Больным с соматоформными расстройствами и вегетативной дисфункцией могут назначаться:

Транквилизаторы бензодиазепинового ряда

Нейролептики (сульпирид –нетипичный нейролептик)

Анксиолитики (небензодиазепиновые транквилизаторы)

Антидепрессанты

Ноотропы

Препараты белладонны (при вегетативных кризах с вагоинсулярной и смешанной симптоматикой)

Бета-адреноблокаторы (при симпатoadреналовой симптоматике)

Растительные препараты

Гомеопатические препараты

Мы в своей практике довольно часто используем комплексные растительные препараты. Они действуют намного мягче антигипертензивных, что позволяет избежать чрезмерного снижения АД или уменьшения ЧСС у пациентов с вегетативной дисфункцией: А-дистон и Кардиолин. А-дистону мы отдаем предпочтение у пациентов возбудимых, с гиперсимпатикотонией, склонных к повышению АД, ЧСС и суправентрикулярным нарушениям ритма. Препарат содержит комбинацию биологически активных веществ плодов боярышника, травы пустырника, корней и корневищ валерианы, плодов фенхеля, листьев мяты

перечной, цветов арники горной. Комбинация растительных компонентов представлена в препарате А-дистон в оптимальных дозировках, что обеспечивает гармоничное действие комбинации на различные регуляторные процессы и предотвращает передозировку каждого из компонентов. А-дистон обладает легким седативным действием (пустырник, валериана, мята, арника, фенхель), кардиотоническим и противоаритмическим действием (боярышник), способствует снижению АД (пустырник, боярышник, валериана, арника),

Кардиолин чаще назначается пожилым пациентам с ХИБС: диффузным кардиосклерозом и сердечной недостаточностью I ст. и синусовым ритмом. Как правило, это больные старшего возраста, у которых на фоне приема базовой терапии СН (ИАПФ, бета-адреноблокаторы, антагонисты альдостерона) сохраняется одышка, снижена переносимость физической нагрузки, наблюдаются незначительные и непостоянные отеки. Кардиолин включает биологически активные вещества травы адониса весеннего (горицвета), экстракт из можжевельника, цветков арники и мяты. Препарат способствует снижению АД, уменьшению отечности, увеличению переносимости физических нагрузок.

Показательными являются следующие примеры:

Пациент М., 46 лет. Обратился в клинику в связи с частыми приступами сердцебиений (несколько раз в сутки, преимущественно вечером после работы), повышением АД до 150/90 мм рт ст при психоэмоциональной нагрузке. При осмотре пациент раздражителен, лицо гиперемировано, говорит быстро, эмоционально, перебивает врача. АД 150/100 мм рт ст, ЧСС 98/мин, пульс ритмичный. Данные функциональных и лабораторных исследований – в пределах нормы. Пациенту поставлен диагноз: гипертоническая болезнь 2 ст. и назначен рамиприл 5 мг в сутки и бисопролол 2,5 мг в сутки. Через 3 дня лечения пациент пожаловался на сильную слабость, сонливость, головокружение, значительное ухудшение работоспособности. АД 100/50 мм рт ст, ЧСС 50/мин. Раздражительность еще более усилилась. Таким образом, назначенное первоначально лечение артериальной гипертензии оказалось слишком сильным и привело к чрезмерному снижению АД. Это можно объяснить тем, что при осмотре врачом у пациента наблюдалось ситуационное повышение АД, которое наблюдалось у пациента и ранее при психоэмоциональных нагрузках. Лечение было пересмотрено. Пациенту назначен А-дистон по 15-20 капель 3 раза в день, а доза рамиприла уменьшена до 2,5 мг. В дальнейшем пациент отметил уменьшение частоты приступов сердцебиений, уменьшение ЧСС до 75-80 уд/мин во время нагрузок. АД поддерживалось в пределах 120-130/80-85 мм рт ст. Таким образом, назначение комплексного растительного препарата А-дистон позволило уменьшить дозу антигипертензивных препаратов и избежать чрезмерного снижения АД.

Пациентка А., 72 года. Наблюдается в клинике в течение 10 лет по поводу гипертонической болезни. Принимает валсартан 160 мг/сут, бисопролол 5 мг в сутки. АД 130-140/80-90 мм рт ст, ЧСС 60-65/мин. В последний год отмечает усиление раздражительности, тревожности, частые гипертензивные кризы, что связывает с переездом на новое место жительства. Внезапное повышение АД до 200/100 мм рт ст возникает спонтанно без связи с физической или психо-эмоциональной нагрузкой 2-3 раза в месяц, что сопровождается возбуждением, ознобом, тремором, сердцебиением (до 110-120 ударов в мин), перебоями в работе сердца и требует неотложной помощи. Больной было порекомендовано увеличить дозу антигипертензивных препаратов (валсартана до 320 мг) и добавить 2,5 мг амлодипина ежедневно. В результате у пациентки снизилось АД до 110/60 мм рт ст, ЧСС увеличилась до 90/мин. Больную стала беспокоить слабость, сонливость, резко снизилась трудоспособность. Решено было вернуться к ранее назначенной схеме антигипертензивной терапии и добавить А-дистон по 20 капель 3 раза в сутки. Прием растительного препарата в течение месяца способствовал уменьшению тревожности, раздражительности, улучшению сна и позволил избежать частых повышений АД. За последний месяц «кризов» пациентка не отмечала.

Пациентка С., 28 лет. Напряженно и ненормированно работает, выплачивая кредит за квартиру. Постоянно находится в напряжении, берется за любую оплачиваемую работу.

Следит за курсом доллара, известия о колебаниях которого вызывают приступы сердцебиений с ощущением комка в горле. При сердцебиениях принимает карвалол, после которого наступает сонливость, снижается работоспособность. Консультировалась у кардиолога, который не найдя органических изменений сердечно-сосудистой системы и нарушений функции щитовидной железы, порекомендовал принимать регулярно бета-адреноблокаторы. Приступы сердцебиений прекратились, но в покое частота пульса снизилась до 45 уд/мин, АД – до 80/50 мм рт ст, была сильная слабость, в связи с чем пациентка прекратила принимать бета-блокаторы. После их отмены приступы сердцебиений возобновились. При осмотре АД 130/80 мм рт ст, ЧСС 58, единичные экстрасистолы (2-3 за минуту). Пациентка жалуется на возбудимость, тревожность, ощущение приближающейся опасности. Очень опасается принимать транквилизаторы из-за возможности привыкания и «превращения в овощ». Учитывая отсутствие органической патологии и выраженную вегетативную симптоматику на фоне тревожного расстройства, девушке порекомендовано лечение адаптолоом 0,3 2 раза в сутки и А-дистоном по 15-20 капель 2 раза в сутки с дополнительным приемом при возникновении ощущения сердцебиений. Через месяц пациентка отметила существенное улучшение состояния: стала спокойнее, увереннее в себе, практически перестали беспокоить приступы сердцебиений. В случае увеличения ЧСС у девушки больше нет панической реакции, она принимает превентивно 20 капель А-дистона, что позволяет избежать приступа.

Пациентка В., 86 лет никогда не лечилась. Обратилась к терапевту в связи с появлением одышки и сердцебиения при привычной физической нагрузке (работа по дому). К вечеру стала отмечать некоторую пастозность голеней и тыла стопы. Снизилась работоспособность. На момент осмотра АД 140/70 мм рт ст, ЧСС 64/мин. На ЭКГ зарегистрированы единичные суправентрикулярные экстрасистолы, ишемических изменений не выявлено. От приема медикаментов больная отказалась, т.к. «никогда в жизни таблеток не принимала». Назначен кардиолин по 15-20 капель 2-3 раза в день. Комплексный растительный препарат встречен больной очень одобрительно. Через 2 недели приема отметила улучшение переносимости физической нагрузки, уменьшение одышки, появление «жизненной силы», исчезновение отеков. Уровень АД и ЧСС не изменились.

Пациент 72 лет перенес инфаркт миокарда 3 года тому назад. Ограничивает себя в нагрузках, поскольку опасается повторного инфаркта. Принимает стандартную терапию - АСК, статины, ИАПФ. Жалуется на одышку при нагрузке, которая возникла и усилилась после длительного пребывания в квартире (3 месяца зимы больной не выходил из дому, поскольку живет на 5 этаже в доме без лифта). АД 140/80 мм РТ ст (на фоне приема рамиприла), ЧСС 62/мин. Ноги слегка пастозны. Данные ЭхоКГ свидетельствуют о нормальных размерах полостей сердца и незначительно сниженной ФВ (53%). Пациент получает хорошо подобранную терапию, контролирующую гемодинамику и функции сердца, поэтому ему был добавлен Кардиолин по 20 капель 2-3 раза в день. Через месяц приема растительного препарата больной отметил уменьшение одышки и увеличение переносимости физических нагрузок. Пастозности голеней не отмечено. Пациент выходит на прогулки, выезжает на дачу и планирует следующую зиму провести активно, не ограничивая себя пределами квартиры.

Растительные препараты широко используют и наши коллеги для контроля симптомов вегетативной дисфункции на фоне синдрома хронической усталости:

Коллега М., 44 года пишет докторскую диссертацию, подрабатывает в частной клинике. Рабочий день длится с 7 часов утра до 22 часов вечера. В последнее время стал раздражительным, тревожным, не может сосредоточиться, поговаривает, что бросит диссертацию. В качестве причины выдвигает ухудшение здоровья – появление приступов сердцебиений, перебоев в работе сердца, болей в грудной клетке и транзиторных повышений АД (до 150/100 мм РТ ст). Тщательно обследовался на предмет наличия ИБС, диагноз которой

был отвергнут. Мы порекомендовали регулярно принимать А-дистон по 15-20 капель 3 раза в день и превентивно перед ожидаемой нагрузкой. Через несколько недель отметил уменьшение перебоев и сердцебиений, стабилизацию АД, улучшение сна. Стал более собранным, сосредоточенным, серьезно занимается научными исследованиями и не собирается их прерывать.

Все приведенные примеры свидетельствуют о том, что препараты традиционных для Украины растений, издревле используемые в народной медицине не утратили своего значения и в эпоху высоких достижений фармакологической науки. Растительные препараты могут назначаться:

В качестве самостоятельной терапии у пациентов с функциональными расстройствами (вегетативной дисфункцией) и пожилых людей, не нуждающихся в активной терапии.

В комплексной терапии АГ, ИБС, сердечной недостаточности в качестве симптоматического средства.

В качестве препарата «по требованию» у людей, склонных к избыточной вегетативной реакции на социальные раздражители; у людей с синдромом хронической усталости, метеозависимых лиц

Комплексные растительные препараты имеют сбалансированный состав, нетоксичны, не оказывают существенных побочных эффектов и позитивно воспринимаются пациентами. Использование их в клинической практике поможет лучше контролировать симптомы соматоформных расстройств и вегетативной дисфункции, которая часто сопровождает различную соматическую патологию.

Литература

Локшина А. Б. Легкие и умеренные когнитивные расстройства при дисциркуляторной энцефалопатии / Локшина А. Б., Захаров В.В. // Неврол. Журн. – 2006. – N.11 (приложение 1). – С. 57-63.

Бурчинський С.Г. Нові аспекти фармакотерапії психосоматичної патології // Ліки. – 2004. – № 5-6. – С. 28-32.

Оганов Р.Г., Ольбинская Л.И., Смулевич А.Б. и др. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общей медицинской практике. Результаты программы КОМПАС // Кардиология. – 2004. – № 1. – С. 48-54.

Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицинской практике. М., 2000. – 160 с.

Вейн А.М. с соавт. Неврология для врачей общей практики//Эйдос Медиа, 2001. – 504 с.

Морозова О.Г. Коррекция вегетативных и тревожных нарушений в практике врача-интерниста // Новости медицины и фармации, вып. 215. – 2007

В.С.Подкорытов, О.И.Серикова Соматоформные расстройства// Medicus Amicus 2002, №1

Чазов Е.И., Оганов Р.Г., Погосова Г.В. и др. Депрессивная симптоматика ухудшает прогноз у больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца: первые результаты проспективного этапа российского многоцентрового исследования КООРДИНАТА // Кардиол. - 2007. - № 10. -С. 24-30.

Смулевич А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М.: Мед. информ. агентство, 2003. – 432 с.

Смулевич А. Б., Сыркин А. Л., Дробижев М. Ю., Иванов С. В. Психокardiология. – М. 2005. – 778 с.

Коваленко І. В. Психосоматичні розлади: діагностика та лікування. – Вінниця: «Консоль», 2005. - 32 с.

Погосова Г. В. Психоэмоциональные расстройства при сердечно-сосудистых заболеваниях: терапевтические аспекты // Consilium medici – 2006. – Т. 8. – № 5 - С. 54-57.