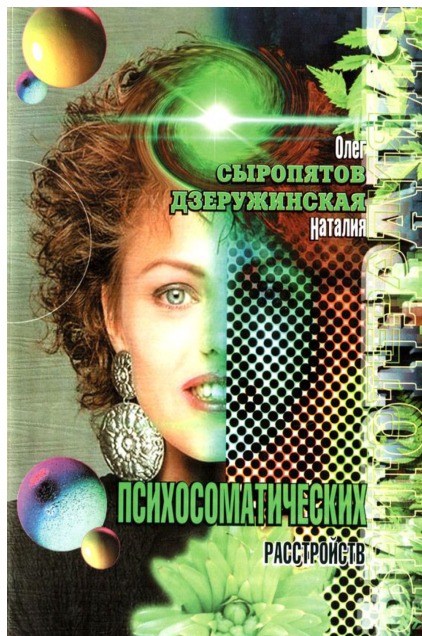


**Олег Геннадьевич Сыропятов, Наталия Александровна
Дзеружинская**

Фитотерапия психосоматических расстройств: Монография



Введение

Психосоматическая медицина – раздел общей патологии, изучающий соматические расстройства и болезни, возникающие под влиянием или при участии эмоционального напряжения, в частности, психических воздействий, испытанных индивидуумом в прошлом или в настоящее время (Морозов Г.В., Шумский Н.Г., 1998).

Современная психосоматическая медицина изучает расстройства соматических функций самых различных систем организма: пищеварительной, дыхательной, сердечно-сосудистой, эндокринной и т. д. Наблюдающиеся при этом психосоматические нарушения имеют различную степень выраженности. Уровень этих нарушений и особенности личности пациентов ставят подобные нарушения в ряд с неврозами. Имеется точка зрения, что между неврозами и психосоматическими расстройствами существуют большие различия. Больные неврозами обычно хорошо осознают свои психические конфликты и связанные с ними изменения психического состояния. Больные с психосоматическими расстройствами обычно считают себя только соматически больными людьми (Brautigam W., 1973). Наконец, длительно существующее психическое напряжение может изменить преморбидные черты характера – тогда формируются патологические черты личности с фиксацией на тех или иных соматических проблемах.

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) термин «психосоматические» не используется ввиду различий в его значении на разных языках и в разных психиатрических традициях. Расстройства, описываемые в других классификациях как «психосоматические», могут быть представлены в МКБ-10 как F45.– (соматоформные расстройства), F50.– (расстройства приема пищи), F52.– (сексуальная дисфункция) и F54.– (психологические и поведенческие факторы, связанные с расстройствами или заболеваниями, классифицированными в других разделах).

О распространенности психосоматических нарушений в целом судить трудно, вследствие многообразия их клинических проявлений больные наблюдаются в разных медицинских учреждениях как общесоматического, так и психиатрического профиля, а чаще обращаются за помощью к представителям «нетрадиционной медицины». Опубликованные данные свидетельствуют о том, что частота психосоматических расстройств достаточно высока и колеблется в населении от 15 до 50 % (Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Креггер Ф., 1996). По данным А.Б. Смулевича и др. (1999), соматоформные расстройства диагностируются в 1 %-3% случаев, нозогенные реакции – в 28,3 %.

Глава 1. Клиника и диагностика «психосоматических» расстройств

Понятие «психосоматика» является современным, но не новым. Суть проблемы заключается в философской несостоятельности, закреплённой на Западе Рене Декартом, утверждавшим, что душа и тело суть противоположности. Развитие психосоматического подхода к человеку зависит от успехов в методологии и общих научных представлений. Автором термина «психосоматика» считается немецкий врач Heinroth (1773–1843). В 1818 году он писал: «Причины бессонницы обычно психически-соматические, однако каждая жизненная сфера может сама по себе быть достаточным основанием». Jacobі, напротив, ввел в 1822 году понятие «соматопсихический», чтобы подчеркнуть доминирование телесного в возникновении некоторых заболеваний. Gross также придерживался психосоматических воззрений. Он занимал примиряющую позицию в споре «соматиков» и «психиков», полагая, что «сущность душевных болезней имеет психосоматическую природу». Весьма современное суждение можно найти у Maudsley: «Если чувства не находят разрядки во внешней физической деятельности или в соответствии с душевной внутренней

деятельностью, они действуют на внутренние органы и приносят беспорядок в их функции».

Развитие знаний относительно влияния эмоций на органические процессы в организме связано с именем американского физиолога Уолтера Кэннона (1871–1945), предложившего идею, что организм отвечает на чрезвычайные ситуации определенными адаптационными изменениями в общей физиологической структуре. Он продемонстрировал экспериментально, что «эмоциональные состояния, активируя физиологические функции, призваны подготовить организм к той ситуации, о которой сигнализируют эмоции». Страх и гнев стимулирует кору надпочечников, вследствие чего адреналин активирует углеводный обмен таким образом, что начинает усиленно выделяться сахар для поддержания энергии. Кровяное давление и циркуляция крови изменяются так, чтобы кровь обильно поступала к тем органам, которым возможно предстоит борьба. Одновременно ассимиляционные и резервные функции, такие как пищеварение или усвоение, подавляются: организм должен напрячь все свои силы, чтобы справиться с чрезвычайной ситуацией, включающей страх и гнев, и не может себе позволить роскошь переваривать или усваивать пищу».

На теорию «психосоматической медицины» оказали существенное влияние и идеи З.Фрейда, открывшего путь для адекватного изучения как осознаваемых, так и неосознаваемых эмоциональных стрессов, влияющих на возникновение и развитие органических заболеваний. Работая с пациентами-истериками, З.Фрейд отметил, что те эмоции, которые не выдерживаются сознанием, вытесняются из сознательной сферы и замещаются динамическим фактором, органическим симптомом, проявляющимся в нарушении какого-либо органа, то есть в этом случае соматические симптомы являются «конверсионными истерическими симптомами».

Основоположники психосоматической медицины – Георг Гроддек (1886–1934) и Эрнст Симмела (1882–1947) в Германии, Феликс Дойч (1884–1964) в Австрии, Смит Эли Джелифер (1866–1945) в США и Анхель Гарма в Аргентине пытались все симптомы, даже те, что затрагивают внутренние органы, объяснить прямым выражением вытесненных мыслей и фантазий. Однако внутренние органы не реагируют на специфические вытесненные мысли, а только на общее эмоциональное состояние.

Франц Александер (1891–1964) предложил стройную теорию объяснения психосоматических связей. Он разграничил истерические конверсионные реакции и адаптивные изменения вегетативных функций, вызываемых эмоциональным напряжением. Для формирования психосоматических нарушений, по Александеру, необходим «конституциональный фактор X».

Затем, в ответ на психическое напряжение, возникает физиологическая реакция, сопровождающая эмоции. Если эмоциональное напряжение не реализуется вовне, то возникает блокада, приводящая к необратимым изменениям в органах. Причиной блокады действий являются жизненные конstellации, в которых актуализируются конфликты из превербальной жизни индивидуума. То обстоятельство, что речь идет о конфликтах, сформированных в то время, когда психическая структура была еще мало дифференцирована, облегчает, наряду с конституциональным фактором, телесные проявления. Сообразно своей теории, Ф.Александр терапевтические возможности видел в психоанализе. Теория Ф.Александера называется «теория специфических для болезни психодинамических конфликтов». Взгляды Ф.Александера противоположны тому направлению, которое обосновывало корреляцию между соматическими типами реакций и постоянными личностными параметрами – «профилем личности» (Dunbar 1943).

Дальнейшее развитие психосоматического направления связано с представлениями об «алексетимии». Представители Парижской школы P.Marty и De M'Uzan (1963) описали тип психосоматического больного, характеризующегося неспособностью к свободному фантазированию, повышено «оперативным мышлением» и «свободным от сновидений конкретизмом». P.E. Sifoos (1972) ввел понятие алексетимии – неспособности человека к эмоциональному резонансу, буквально «алексетимия» означает «нет слов для названия чувств». Разработке концепции алексетимии предшествовали более ранние исследования J.Ruesch (1948), установившего, что многие пациенты, страдающие классическими психосоматическими болезнями, затрудняются в вербальном и символическом выражении эмоций. Алексетимия характеризуется следующими когнитивно-аффективными особенностями:

- ◆ трудности в идентификации и описании собственных чувств;
- ◆ трудности в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями;
- ◆ снижение способности к символизации, о чем свидетельствует бедность фантазий и других проявлений воображения;
- ◆ фокусирование в большей мере на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях.

Несмотря на критику понятия алексетимии, клинический опыт подтверждает концепцию алексетимии в том отношении, что многие соматически больные проявляют ограниченную способность описывать, дифференцировать аффекты и продуцировать фантазии.

Таким образом, психосоматика представляет собой не столько самостоятельную медицинскую дисциплину, сколько подход, учитывающий многообразие причин возникновения болезней. Б.Любан-Плоцца, В.Пельдингер и Ф.Крегер (1996) называют психосоматическую медицину «интегральной», подчеркивая тем самым целостный подход к пациенту, возможный при совместной работе интернистов и психиатров.

Еще одно направление, близко стоящее к «психосоматической медицине», представлено изучением соматизированных или соматоформных психических расстройств.

Уже в учении о «неврастении» обсуждаются маскированные ее формы (Э.Геккер, 1893). Пограничные психические расстройства традиционно подразделялись на неврозы – приобретенные расстройства и расстройства личности – психопатии. М.Reichardt (1932) видел основное отличие неврозов и психопатий в вегетативном компоненте неврозов. Как отмечает А.Б.Смулевич (1987), значительный вклад в изучение вегетативных расстройств внесли отечественные физиологи, интернисты и невропатологи – Д.Д.Плетнев (1928), Н.К.Боголепов (1954), К.М.Быков, И.Т.Курцин (1960), С.Н.Давиденков (1961), А.М.Вейн (1966) и др.

Проблема соматоформных расстройств представлена в следующих направлениях.

1. Изучение психовегетативных синдромов (преимущественно невропатологами). Среди психовегетативных синдромов выделялся органичный, или изолированный, психовегетативный синдром, при котором нарушения локализуются в определенном органе или системе органов, и общий, при котором наблюдается многообразие и полиморфизм симптоматики. Кроме того, выделяются следующие компоненты психовегетативного синдрома: соматический, неврологический, психический (Poldinger W., 1977). Соматический компонент включает разнообразные по интенсивности и продолжительности, а также по характеру болевые ощущения, дисфункции органов, парестезии, удушье. Неврологический компонент – живость рефлексов, незначительный тремор языка, клонус стоп, симптом Хвостека. Клиническим содержанием психического компонента является внутреннее беспокойство, тревога, расстройство сна, озабоченность своим здоровьем, склонность к рефлексии, лабильность настроения, повышенная истощаемость, нарушение концентрации внимания, снижение инициативы. Нередким клиническим проявлением психовегетативных расстройств являются кризы. Существует две точки зрения на природу психовегетативных кризов. Одна точка зрения принадлежит отечественным неврологам А.М.Вейну и О.А.Колосову о «симпатико-адреналовых» и

«вагоинсулярных» кризах. Вторая отражает представления американских авторов о «панических атаках». С введением МКБ-10, отечественные психиатры и неврологи также будут пользоваться этим последним, международно признанным названием «панические атаки».

Паническое расстройство – состояние внезапно возникающего дискретного страха, не связанного со специфическими ситуациями или предметами. Согласно МКБ-10 паническая атака характеризуется следующими группами симптомов:

- 1) вегетативные (усиленное или учащенное сердцебиение, потливость, дрожание или тремор, сухость во рту);
- 2) относящиеся к груди и животу (затруднение дыхания, чувство удушья, боли или дискомфорт в груди, тошнота или абдоминальный дистресс);
- 3) относящиеся к психическому состоянию (чувство головокружения, неустойчивость, обморочность, дереализация, деперсонализация, страх потери контроля, сумасшествия или наступающей смерти);
- 4) общие симптомы (приливы, чувство озноба, онемение или ощущение покалывания).

Панические атаки коморбидны депрессии, алкоголизму, агорафобии, психосоматическим болезням, что делает особо значимым их изучение.

2. Соматизированные расстройства в рамках истерии изучались с XVII века. Эти расстройства характеризуются необычностью, причудливостью, разнообразием клинической картины. К ним относят параличи, гипостезии, анестезии, слепоту, обмороки, припадки, расстройства равновесия, нарушения походки, гиперкинезы, отсутствие болевой реакции, гиперестезию, истерическую глухоту, афонию, амблиопию и другие проявления (Якубик А., 1982). Наиболее общим признаком соматизированных конверсионных симптомов является их множественность, «неоднозначность» в манере предъявления жалоб, невозможность сведения их к какому-либо известному соматическому заболеванию, особая выразительность симптоматики с оттенком гротескности, утрированности и нарочитости, несоответствие между кажущейся тяжестью симптомов и простотой их купирования. По сравнению с классическими описаниями, конверсионные симптомы в настоящее время чаще представлены не расстройствами движений, а психосоматическими и ипохондрическими расстройствами.

3. Третий аспект соматизированных психических расстройств – маскированные депрессии. О соматических симптомах в клинике депрессии

врачам известно давно. Этапами освоения данной проблемы можно считать: введение К.Кальбаумом (1889) термина «циклотимия», определение Ю.В.Каннабихом (1914) «эквивалентов депрессивных состояний», описание Д.Д.Плетневым (1927) «соматической циклотимии». В.М.Бехтерев впервые употребил термин «соматофрения», говоря при этом о состояниях, при которых жалобы больных, адресованные главным образом к соматическим проявлениям, были обусловлены именно депрессией, как основным патологическим расстройством. Понятие «маскированная депрессия» получило значительное распространение в 70-х годах XX-го столетия. По мнению К.Leonhard (1981), маскированная депрессия угрожала превратиться в модный диагноз. Сущность витальных вегетативных проявлений депрессии состоит в том, что депрессивный осевой синдром отступает на задний план перед многообразными соматическими нарушениями, но при тщательном обследовании больного всегда выявляется (Weitbrecht, Glatzel).

О.П.Вертоградова (1997) сравнивает такую депрессию с айсбергом, обнаруживающим на поверхности лишь небольшую часть аффекта, оценка которого требует дополнительного квалифицированного исследования. По данным ВОЗ, 60–80 % больных депрессией не попадают в поле зрения психиатра и безуспешно лечатся интернистами (Costa-e-Silva J.-A.,1993). При этом более половины больных не осознают, что страдают каким-либо психическим расстройством, и предъявляют только соматические жалобы. Часто депрессия сосуществует с тревогой, или они следуют друг за другом, создавая клинический континуум тревожно-депрессивных состояний с преобладанием того или иного аффекта. Большинство этих состояний, вследствие алексетимии, проявляются не столько психическими, сколько соматическими расстройствами. Как отмечает С.Н.Мосолов (1995), феноменология психосоматических расстройств при депрессии и тревоге несколько отличается.

Для депрессии более характерны так называемые протопатические телесно-витальные переживания, тесно связанные с глубокими эмоциями или феноменом тоски. Кроме того, характерны переживания упадка витального тонуса, общей слабости, телесного бесчувствия.

При депрессии довольно часто встречаются сенестопатии. Сенестопатии – это разнообразные, крайне неприятные, тягостные ощущения стягивания, жжения, давления, перегибания, переворачивания, щекотания и пр., исходящие из различных областей тела, внутренних отдельных органов и не имеющие определяемых соматическими методами исследования причин (Снежневский А.В.,1983). Для отличия сенестопатий от других феноменов G.Huber (1975) предложил следующие критерии, разработанные им при

исследовании «коэстетической шизофрении»:

- ◆ субъективная новизна и отличительность ощущений – «что-то новое, раньше не пережитое»;

- ◆ трудность в описании ощущений, отсутствие подходящих слов для передачи этих качественно «неестественных» и неприятных телесных ощущений (алексетимия);

- ◆ быстрая амнезия пережитых сенестопатий.

И.Р.Эглитис (1977) выделял следующие варианты статики сенестопатий:

- ◆ «истинные» сенестопатии, соответствующие классическому описанию;

- ◆ «элементарные» сенестопатии, похожие на обычные болевые ощущения у соматических пациентов;

- ◆ «фантастические» сенестопатии, сопровождающиеся расстройствами мышления.

Кроме того, сенестопатии отличаются по динамике. Выделяются:

- ◆ пароксизмальные сенестопатии, наблюдающиеся в виде «элементарных ощущений» в дебюте психических расстройств;

- ◆ фазные сенестопатии, связанные с аффективными фазами;

- ◆ хронические сенестопатии.

У многих больных имеется взаимосвязь между интенсивностью сенестопатий и тяжестью депрессии в пределах суток или всей депрессивной фазы. Имеется известное сходство между «сенестопатической» и так называемой «вегетативной» депрессией. Считается, что сенестопатические ощущения бывают как бы психосоматическими эквивалентами депрессии (Эглитис И.Р., 1977).

А.К.Суворовым (1983) дан детальный феноменологический анализ сенестопатических переживаний при депрессии. Им выделяются динамические, алготермические, генерализованные, барические, барицентрические, атонические и телесные анестетические сенсации. В общемедицинской практике депрессивные пациенты обычно предъявляют мало специфические жалобы на усталость, слабость, головные боли, боли в области сердца, диспепсические явления, болевые ощущения в теле и конечностях. Как отмечает J. Angst (1990), поскольку в общемедицинской практике встречаются чаще короткие, в несколько дней, депрессивные эпизоды больные не «успевают» попасть в поле зрения психиатра.

В отличие от депрессии, при тревожных расстройствах психосоматические проявления имеют более выраженный вегетативный характер. Это тахикардия, боли за грудиной, одышка, ощущение нехватки воздуха, расширение зрачков, тремор, гипергидроз, бледность кожных покровов, сухость во рту, тошнота, диарея, снижение аппетита, ощущение жара или

холода, бессонница, никтурия, повышение артериального давления и содержания глюкозы в крови.

В ряде случаев распознавание соматизированных депрессии и тревоги возможно только в процессе психофармакотерапии. При депрессии показана тимоаналептическая терапия, а при тревоге – лечение бензодиазепиновыми транквилизаторами и бета-адреноблокаторами.

Можно выделить четыре аспекта взаимоотношений депрессии и соматических расстройств:

- 1) соматизированная депрессия;
- 2) депрессия как следствие соматического заболевания;
- 3) коморбидность депрессии и соматического заболевания;
- 4) лекарственная депрессия при лечении соматического заболевания.

В каждом из случаев терапевтическая стратегия отличается специфичностью. Депрессия и тревога нередко коморбидны ипохондрическому расстройству, основным признаком которого является «постоянная озабоченность возможностью заболевания одним или более тяжелым и прогрессирующим соматическим расстройством. Больные постоянно предъявляют соматические жалобы или проявляют озабоченность своим соматическим состоянием. Источником такой озабоченности являются телесные ощущения, интерпретируемые больными как аномальные. Многие авторы отстаивают ту точку зрения, что сенестопатии и ипохондрия так тесно связаны в едином синдроме, что разграничить их невозможно. Е.Б.Глузман (1967) и другие авторы считали сенестопатии постоянным компонентом ипохондрии. Однако, еще E.Dupre (1925) подчеркивал, что «если почти все больные с истинной ипохондрией имеют сенестопатии, то далеко не все больные с сенестопатиями бывают ипохондричны». В своих исследованиях И.Р.Эглитис (1977) также подтверждает это положение. В МКБ-10 ипохондрические расстройства включены в рубрику F4 Невротические и соматоформные расстройства. Понятие «соматоформные расстройства» в современной классификации болезней отражает различные теоретические влияния. С одной стороны это психоаналитическая и психодинамическая позиция с понятиями конверсии, вытеснения, соматизации психологического страдания, с другой – европейская концепция вегетоневрозов, органоневрозов, с третьей – клиническая психиатрическая традиция Е.Крепелина.

Заключение

Таким образом, психосоматическая медицина представляет собой современное направление здравоохранения, учитывающее комплексные сомато-психо-социальные взаимодействия при возникновении, течении и терапии заболеваний. В рамках психосоматической медицины различаются клиническая, интегрированная, поведенческая и позитивная психосоматика.

Можно выделить следующие аспекты психосоматических заболеваний:

- ◆ психосоматические реакции, появляющиеся в напряженных жизненных ситуациях;
- ◆ конверсионные симптомы, отражающие невротический конфликт, вторичный соматический ответ и проработку;
- ◆ функциональные синдромы отдельных органов или систем органов («органные невроты»);
- ◆ психосоматические болезни в узком смысле слова, называемые также психофизиологическими аффективными эквивалентами, «святая семерка»: бронхиальная астма, язвенный колит, тиреотоксикоз, эссенциальная гипертония, нейродермит, ревматоидный артрит, язвенная болезнь 12-типерстной кишки;
- ◆ психические расстройства с соматоформными проявлениями по МКБ-10:
 - а) соматизированное расстройство;
 - б) ипохондрическое расстройство;
 - в) соматоформная вегетативная дисфункция, сходная с «органными невротами»;
 - г) хроническое соматоформное болевое расстройство;
- ◆ соматогенные психические расстройства (симптоматические психические расстройства вследствие физической болезни F06);

Следует особо подчеркнуть то обстоятельство, что влияние различных национальных психиатрических и психоаналитических воззрений, смешение взглядов различных исторических эпох и терминологическая путаница затрудняет диагностику и терапевтическую стратегию в отношении психосоматических больных.

Глава 2. Принципы терапии психосоматических расстройств

1. Психосоматические реакции не требуют специального лечения, поскольку отражают нормальную физиологию. Однако длительные или чрезмерные психосоматические реакции могут служить предикторами

прогнозирования развития клинических и психосоматических нарушений у конкретного субъекта.

2. 2. Конверсионные симптомы по своему генезу определяют преимущественный способ терапии. Необходимо психоаналитическое рассмотрение динамики конфликта и воздействие методами поведенческой терапии. Психосоматические расстройства успешно преодолеваются с помощью позитивной психотерапии (Н.Пезешкиан,1996). Из отдельных этапов этого метода, стадии наблюдения/дистанцирования и вербализации больше основываются на психоаналитическом подходе, в то время как инвентаризация, ситуативное ободрение и расширение системы целей основываются на поведенческой психотерапии. Как отмечает В.Д.Менделевич (1996), метод позитивной психотерапии универсален, поскольку психологическая часть терапии любого заболевания может и должна содержать позитивную поддержку и ободрение терапевтом способности пациента преодолевать болезнь. Конверсионные симптомы также могут быть преодолены с использованием техник нейролингвистической психотерапии (НЛП). Стойкие изменения следует лечить с использованием аналитически ориентированной психотерапии.

3. Функциональные синдромы отдельных органов или систем органов («органные неврозы»). Понятие «органный невроз» является клиническим архаизмом, нисходящим к У.Келлену (1777). В отечественной литературе необходимость выделения «органных неврозов» или «системных неврозов» обосновывается в работах В.Н.Мясищева (1959), И.М.Аптера (1964), Б.Я.Первомайского (1974). А.М.Вейн с соавт.(1981) полагал, что вегетативные расстройства – важнейшие проявления клиники соматических нейрогенных расстройств. Поэтому предлагалась следующая схема развития системного невроза: эмоциональный стресс – психический конфликт – невроз – вегетативные нарушения – соматические расстройства. В соответствии с этими представлениями терапевтическая стратегия должна включать две составляющих:

- ◆ психотерапию, направленную на разрешение психического конфликта;
- ◆ биологическую терапию, способствующую редукции вегетативных нарушений и соматических расстройств.

Методы психотерапии, применяемые для лечения системных неврозов, разнообразны, но в каждом из случаев необходимо учитывать

следующие психологические факторы: картину личности, нарушение произвольного контроля за физиологическими функциями, недостаточное стремление к решению актуальной проблемы, дезадаптивные стратегии преодоления.

Поскольку формирование системного невроза происходит на неосознаваемом уровне, на первом этапе психотерапии необходимо выявить актуальный конфликт, приведший к соматизации психического расстройства. Чтобы понять, как возникают симптомы актуального невроза в виде психосоматических проявлений, необходимо учитывать подавление пациентом агрессивности. Применение современных методов поведенческой терапии предполагает воздействие на все уровни поведенческого ответа. Больным с системными (органными) неврозами следует предлагать релаксационный тренинг и прогрессирующую мышечную релаксацию. Использование групповой психотерапии более эффективно. Предпочтительна закрытая группа, состоящая из пациентов одного врача. Адекватная психотерапия является непременным условием применения психофармакотерапии. Выбор лекарственного препарата определяется ведущей симптоматикой. При системных неврозах используются следующие синтетические психотропные средства:

- ◆ транквилизаторы бензодиазепинового ряда, купирующие тревожные и вегетативные расстройства (Рудотель®, Феназепам® и др.);
- ◆ альпразолам (Кассадан®), являющийся переходным препаратом между антидепрессантами и транквилизаторами;
- ◆ бета-адреноблокаторы (Пропранолол и др.);
- ◆ антидепрессанты с минимальным побочным эффектом (СИОЗС – Флоксетин®, Ципрамил®).

4. При психосоматических болезнях в узком смысле психотерапия строится в соответствии с профилем личности (F.Dunbar).

//-- Заболевания сердечно-сосудистой системы --//

а) Ишемическая болезнь сердца

F.Dunbar впервые описал личность больных с коронарной болезнью как агрессивно-компульсивную со стремлением много времени проводить на работе и завоевывать авторитет. Friedman & Rosenman определили типы А и Б. Личности типа А – субъекты агрессивные и враждебные; личности типа Б – спокойные и менее агрессивные. Психотерапия в обоих случаях должна быть направлена на преодоление переживания «потери объекта» и «нарцисстической обиды». Высокая коморбидность с дистимической депрессией определяет назначение этим

больным антидепрессантов. Препаратами выбора являются ингибиторы МАО обратимого действия (Пиразидол, Моклобемид, Инкозан, Бефол). При резистентных к терапии состояниях хорошие результаты достигаются комбинированным применением серотонинергических антидепрессантов (Сертралин, Флуоксетин) с Миансерином, поскольку одновременная блокада пресинаптических альфа-2-адренорецепторов усиливает синаптическую моноаминовую передачу.

б) Артериальная гипертензия

Лица с повышенным артериальным давлением склонны к накоплению аффекта при внешне благоприятном поведении. Указывается также на внутриличностное напряжение таких больных, связанное с агрессией с одной стороны и чувством зависимости с другой стороны. По сравнению с нормотониками у них изменено восприятие конфликта и стресса. В соответствии с этим строится терапия. Из психотерапевтических методов эффективны поведенческая терапия в виде биоподкрепления, медитация, прогрессирующая мышечная релаксация. Помимо антигипертензивных средств, хороший эффект дает альпрозолам, поскольку такие пациенты склонны к тревожным расстройствам.

в) Нейроциркуляторная дистония (синдром Da Costa)

часто встречается в терапевтической практике. Диагностическими критериями для нейроциркуляторной дистонии являются следующие:

- ◆ жалобы на невозможность глубоко вздохнуть, одышку;
- ◆ сердцебиение, боли или дискомфорт в груди;
- ◆ нервозность, головокружение, слабость или дискомфорт в толпе;
- ◆ чрезмерная утомляемость и ограничение активности;
- ◆ сильная потливость, бессонница и раздражительность.

Согласно разделу V МКБ-10, диагностические критерии нейроциркуляторной дистонии близки к тревожным расстройствам. В тех случаях, когда на первое место в симптоматике выступает кардиофобия, следует проводить дифференциальную диагностику с аффективными эндогенными нарушениями и малопрогрессирующей шизофренией. Кардиофобический синдром объединяет приступы острого страха и тревожного опасения, возникающие после них, основным содержанием которых является угроза существованию и соматическому благополучию, связанная с работой сердца, проявляющиеся в комплексе с вегетативными нарушениями. В межприступный период можно выделить основные компоненты

расстройства: вегетативный, сенсорный, идеаторный и деперсонализационный. При выборе терапии следует учитывать особенности аффективного фона, на котором происходит развитие кардиофобического синдрома, представленность и выраженность компонентов синдрома, их связь с аффективным компонентом, а также нозологическую принадлежность расстройства. Психотерапия показана всем больным с кардиофобией и состоит из индивидуального обучения больного и групповой терапии. Психофармакологическая терапия фокусируется на доминирующей симптоматике – «мишени». Кроме того, следует учитывать влияние некоторых психотропных препаратов на сердечно-сосудистую систему.

<u>Группа препаратов</u>	<u>Эффект</u>
<u>Нейролептики</u>	
Фенотиазиновые производные -	брадикардия снижение АД изменение ST-T на ЭКГ.
Производные бутирофенона -	аналогичны, но менее выражены
<u>Антидепрессанты</u>	
Трициклические, четырехциклические -	умеренная брадикардия либо тахикардия; умеренное снижение АД; ортостатическая гипотензия; нарушения ритма сердца и проводимости.
Ингибиторы MAO -	гипотензия при длительном применении.
Препараты лития -	нарушения автоматизма и проводимости миокарда.

При кардиофобических нарушениях применяются препараты различных групп – антидепрессанты, бета-адреноблокаторы, транквилизаторы, нейролептики. Можно избежать полипрагмазии, используя психофармакологические препараты нового поколения, гомеопатические и фитопрепараты. Рутинное назначение препаратов при кардиофобическом синдроме предполагает амитриптилин в сочетании с транквилизаторами бензодиазепинового ряда. Назначение ингибиторов обратного захвата серотонина (Сертралин®, Флуоксетин®, Золофт®, Пароксетин®) позволяет добиться стойкого и длительного терапевтического эффекта, но требует терпения как от врача, так и пациента, поскольку эффект достигается на 2–4 неделе приема препарата.

У эндогенных больных с синдромом кардиофобии назначение одного антидепрессанта недостаточно, поскольку в структуре синдрома имеются ипохондрические, сенестопатические и деперсонализационные расстройства. Терапевтический эффект достигается назначением мягких

нейролептиков – этаперазина, эглонила и сонапакса в индивидуально подобранной, как правило, небольшой дозе.

Нормализация вегетативной регуляции является важным звеном в терапевтическом комплексе при кардиофобическом синдроме. Наличие в клинической картине расстройства признаков вегетативной дисфункции определяет использование препаратов из группы бета-адреноблокаторов. Предпочтительно назначение тразикора, неселективного бета-блокатора с собственной симпатомиметической активностью, благодаря которой этот препарат, в отличие от анаприлина, не вызывает резкого уменьшения частоты сердечных сокращений и снижения артериального давления.

При выявлении признаков функционально-органической недостаточности мезо-диэнцефальной области и других отделов головного мозга пациентам с кардиофобией показаны Финлепсин® и Пантогам®.

С учетом роли аффективных нарушений как фактора дезадаптации, у больных с кардиофобическим синдромом основной целью профилактических мероприятий является стабилизация состояния. Применение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина позволяет значительно улучшить показатели социального функционирования и качество жизни этих больных.

//-- Болезни органов дыхания --//

г) Бронхиальная астма

Психодинамическим фактором, вызывающим бронхиальную астму, считают сильную бессознательную потребность в защите и ласке со стороны доминирующей персоны (обычно матери). Heim et al. (1970) характеризуют этих больных как боязливых с истерическими или ипохондрическими чертами характера персон. Психотерапия может быть телесно ориентированной, поведенческой, преимущественно групповой, для преодоления конфликта между выраженными тенденциями зависимости и защиты по отношению к врачу.

Психофармакотерапия должна быть направлена на устранение ведущей симптоматики – депрессии или тревоги, для облегчения проводимой психотерапии.

//-- Заболевания пищеварительной системы --//

д) Пептическая язва

Согласно психодинамической теории хроническая фрустрация при выраженной потребности в зависимости формирует бессознательный конфликт, перерастающий в интенсивную орально рецептивную

потребность в зависимости, заботе и ласке. Психотерапия в этих случаях должна быть направлена на разрешение конфликта, связанного с зависимостью больного. Предпочтительны поведенческая и релаксационная терапия. Медикаментозная терапия преследует своей целью смягчение стресса и тревоги, преодоление «послестрессовой психосоматической незащитности» (Марилов В.В.,1993).

е) Язвенный колит

В соответствии с психодинамической теорией, конфликтной ключевой констелляцией при язвенных колитах является неспособность пациента выполнить обязательство к ключевой фигуре своей зависимости, что вызывает орально агрессивные ощущения. Основные переживания пациента при язвенном колите – это вина и тревога, которые отвергаются. Freybergeer (1969) считает характерными для больных колитом такие черты, как инфантильность, готовность к депрессивным реакциям, нарциссизм и блокированная агрессия. Задачей долгосрочной психотерапии при язвенном колите является выстраивание стабильных объектных отношений, укрепление «Я» и самоуважение.

Психофармакотерапия направлена на устранение депрессии (чаще дистимического расстройства) и тревоги. Предпочтительны обратимые ингибиторы МАО (пиразидол, моклобемид-аурорикс, бефол) или тианептин (Коаксил®) – анксиолитический рединамизирующий антидепрессант.

ж) Болезни опорно-двигательного аппарата

Психосоматические связи установлены при многих заболеваниях опорно-двигательного аппарата. Тесная связь мышечного тонуса с межличностной коммуникацией показаны в работах de Ajuriaguerra (1966), который говорит о «тоническом диалоге». Schild (1972–1973) показал, что на течение и эксацербацию дисковых грыж оказывают влияния актуальные психические конфликты пациентов. Частыми психическими расстройствами при болях в спине являются страх и вытесненная агрессия. Weintraub (1973) выделил «психосоматические псевдовертеброгенные синдромы»:

- ◆ боли в шейном отделе – эмоционально затрудненное самоутверждение, упрямство;
- ◆ боли в спине – печаль, отчаяние, малодушие, прямая компенсаторная осанка;
- ◆ боли в пояснице – психическая перегрузка, фрустрация, нарушение

сексуальности.

Психотерапия при болезнях опорно-двигательного аппарата должна быть направлена на разрешение основного конфликта. Полезна поведенческая терапия в группе, позволяющая улучшить коммуникационные навыки. Психофармакотерапия подбирается в соответствии с доминирующим психопатологическим синдромом. Чаще используются транквилизаторы, обладающие релаксационным и противотревожным действием (Рудотель®).

з) Кожные заболевания

Кожные проявления тесно связаны с эмоциональными факторами. Чаще всего это репрессированные гнев и тревога. Зуд – агрессия направленная против самого себя. Показана телесно ориентированная психотерапия и аутотренинг. Из медикаментов предпочтителен коаксил – анксиолитический антидепрессант или альпрозалам – транквилизатор с антидепрессивным эффектом.

5. В МКБ-10 выделены в отдельную группу соматоформные расстройства (F45), главным признаком которых является «повторяющееся возникновение физических симптомов наряду с постоянными требованиями медицинских обследований, вопреки подтверждающимся отрицательным результатам и заверениям врачей об отсутствии физической основы для симптоматики».

Соматизированное расстройство (F45.0), коморбидное тревоге и депрессии, что обуславливает назначение анксиолитиков и антидепрессантов.

Ипохондрическое расстройство (F45.2), главным отличием которого является наличие постоянных идей о существовании одного или более соматических заболеваний. Фармакотерапия при ипохондрическом расстройстве предполагает назначение мягких нейролептиков типа соннапакса, эглонила, этаперазина в малых дозировках.

Соматоформная вегетативная дисфункция (F45.3) совпадает по своему описанию с «системными невротами» и требует соответствующего симптоматике лечения.

Хроническое соматоформное болевое расстройство (F45.4), помимо описанных выше болей в спине, объединяет головную боль и боли в других частях тела.

Психосоматические боли являются вегетативными реакциями на сознательные и бессознательные конфликты. При болевых

соматоформных расстройствах задачей психотерапии является снижение влияния конфликтов и стрессов на пациента. Психофармакотерапия включает анксиолитики и антидепрессанты. Многочисленные исследования свидетельствуют о том, что у больных с хроническим идиопатическим болевым синдромом обнаруживаются признаки скрытой депрессии и алексетимии, что оправдывает применение тимоаналептической терапии при этих расстройствах. Антидепрессанты оказывают антикоциптивный эффект по трем основным механизмам:

- ◆ редуцируют депрессию;
- ◆ потенцируют действие эндогенных и экзогенных опиатных пептидов;
- ◆ в силу собственных анальгезирующих свойств.

Применение антидепрессантов эффективно у 50–75 % больных с хроническими болевыми синдромами. При этом наилучшие результаты достигаются при применении трициклических антидепрессантов. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (флуоксетин, золофт) также в два раза превосходят плацебо-эффект и имеют значительно меньше побочных эффектов, нежели трициклические антидепрессанты.

В структуре соматогенных психических расстройств депрессии занимают значительное место. Еще в 1957 году P.Kielholz описал «депрессию истощения», занимающую промежуточное место между невротической и реактивной депрессиями. P.Kielholz рассматривал ее как постепенно развивающуюся форму декомпенсации эмоциональной сферы личности. Феноменологически «депрессия истощения» сходна с клинической картиной «неврастении».

При органических депрессиях, которые встречаются при церебральном атеросклерозе, сенильной деменции, последствиях черепно-мозговой травмы и других заболеваниях, лечение состоит в назначении нейрометаболических стимуляторов (Пирацетам, Аминалон, Пиридитол, Фенибут). Выбор антидепрессантов осуществляется с осторожностью, с предпочтением тех, которые хорошо переносятся (малые антидепрессанты): Азафен, Миансерин, Тразидон; обратимые ингибиторы МАО: Пиразидол, Бефол, Моклобемид; селективные серотонинергические антидепрессанты (Флуоксетин, Золофт, Сертралин).

При симптоматических депрессиях, возникающих при гипокалиемии, гипонатриемии, гипокальциемии, уремии, гипоксии, сердечно-сосудистых заболеваниях, гепатите, циррозе печени и других состояниях, терапия должна быть максимально щадящей. Препаратами

выбора являются ингибиторы обратного захвата серотонина и переходные препараты (гептрал, альпрозолам). Важное значение имеет применение нелекарственных методов терапии, таких как фитотерапия, гомеопатия, антигомотоксикология, лазеротерапия, эфферентная терапия сорбентами, нормобарическая гипоксия, разгрузочно-диетическая терапия и других.

В последнее время среди врачей общей медицинской практики популярен диагноз «синдром хронической усталости». В классической психиатрии «усталость» описывалась в виде психопатологического неспецифического астенического синдрома. Астенический синдром — состояние повышенной утомляемости, раздражительности и неустойчивости настроения, сочетающееся с вегетативными симптомами и нарушениями сна. Характерны аффективная лабильность с преобладанием пониженного настроения и слезливости, раздражительная слабость, сочетающая в себе повышенную возбудимость и быстро наступающее бессилие, а также повышенная чувствительность к яркому свету, громким звукам, резким запахам, прикосновению или их непереносимость. Часты головные боли и расстройства сна в виде постоянной сонливости или упорной бессонницы, разнообразные вегетативные нарушения. Также типично изменение самочувствия в зависимости от изменений барометрического давления, жары или иных климатических факторов с усилением утомляемости, раздражительной слабости, гиперестезии.

Астенический синдром развивается исподволь. Первыми его проявлениями часто бывают повышенная утомляемость и раздражительность наряду с постоянным стремлением к деятельности даже в обстановке, благоприятной для отдыха – «усталость, не ищущая покоя». В тяжелых случаях этот синдром может сопровождаться спонтанностью, пассивностью и апатией.

Астенический синдром необходимо отличать от нерезко выраженных депрессивных состояний, проявляющихся не столько пониженным настроением и витальностью аффекта, сколько субъективным ощущением слабости, вялости, безразличия к окружающему, недомогания.

Астенический синдром может быть следствием различных соматических болезней, интоксикаций, органических заболеваний головного мозга, а также шизофрении. Его особенности в значительной степени зависят от этиологии. Астенический синдром после соматических заболеваний проявляется так называемой эмоционально-

гиперестетической слабостью, при которой повышенная утомляемость и истощаемость сочетаются с непереносимостью даже незначительного эмоционального напряжения, а также гиперестезией. Как следствие черепно-мозговой травмы, астенический синдром проявляется раздражительной слабостью, аффективной лабильностью, ментизмом, головными болями и вегетативными нарушениями. В инициальном периоде гипертонической болезни астенический синдром принимает вид «усталости, не ищущей покоя». При атеросклерозе резко выражена утомляемость и аффективная лабильность – больной легко переходит от сниженного настроения со слезливостью к благодушию и эйфории. При сифилисе мозга отмечаются взрывчатость, расстройства сна, упорные головные боли. Прогрессивному параличу свойственно сочетание повышенной утомляемости с явлениями обнубиляции. При эндокринопатиях – повышенная утомляемость, вялость, лабильность аффекта и расстройства в сфере влечений. При астеническом синдроме в течение шизофрении преобладает психическая истощаемость, она несоразмерна с умственным напряжением. Эти расстройства сочетаются с вялостью и снижением активности. При тщательном клиническом обследовании и наблюдении в динамике при шизофрении выявляются основные симптомы: нарушение ассоциаций и аффектов, аутизм и амбивалентность, которые перекрываются негативными симптомами – алогичностью, аффективной тупостью, ангедонией, асоциальностью, абулией и апатией (четыре+шесть А).

Психоэндокринные расстройства у женщин, как проблема психосоматической медицины

Тесная связь нервной и эндокринной систем обуславливает высокую частоту психических нарушений при заболеваниях у женщин, связанных с генеративной функцией. В.Д. Менделевич (1996) вслед за проф. А.Н. Молоховым (1962) предлагает выделить раздел психиатрии – «гинекологическая психиатрия». К задачам гинекологической психиатрии относится изучение особенностей психических расстройств у женщин, страдающих гинекологическими заболеваниями. Научные представления о происхождении психических расстройств при гинекологической патологии сложились в подавляющем большинстве случаев под влиянием соматопсихических, чаще всего «эндокринопсихических» концепций. Однако психодинамический подход зарубежных ученых и отечественные исследования последних лет свидетельствуют о том, что соматоцентристские концепции

происхождения психических расстройств при гинекологической патологии не всегда объясняют возникающие психические расстройства. Наиболее важными проблемами гинекологической психиатрии являются следующие:

- предменструальный синдром (ПМС);
- климактерический синдром;
- психические расстройства при беременности;
- психические расстройства при менструальных дисфункциях и бесплодии;
- психические расстройства после радикальных онкогинекологических операций.

Предменструальный синдром сопровождается соматическими и психическими расстройствами. Соматические расстройства при ПМС включают следующие симптомы: головные боли, мигрень; боли в суставах и мышцах, их опухание; боли в спине; повышенный аппетит, жажда, тяга к сладкому; нарушение координации движений; изменение сексуального поведения; диспепсия – запор или понос; потливость, озноб, головокружение, обмороки; охриплость голоса, фарингит; цистит, уретрит, затруднение мочеиспускания; увеличение массы тела; угри, фурункулы, сыпь и аллергические реакции; размягчение и опухание грудных желез. Психические расстройства при ПМС включают в себя следующие симптомы: потеря эмоционального самоконтроля, тревога, ухудшение памяти, пониженная способность концентрировать внимание; смущение, замкнутость, подавленное настроение, кошмарные сновидения, колебания настроения, раздражительность, утрата уверенности в себе (Новотны П.П., 1995). В зависимости от количества симптомов, длительности и интенсивности их проявлений, М.Н. Кузнецова (1980) разделяет предменструальный синдром на легкую и тяжелую формы. К легкой она относит появление 3–4 симптомов за 2–10 дней до менструации при значительной выраженности 1–2 симптомов заболевания; к тяжелой – появление 5–12 симптомов за 3–14 дней до менструации, причем 2–5 из них резко выражены. Однако тяжесть расстройства определяется не только количеством симптомов, но и их качеством. В.Д. Менделевич (1996) к легкой форме ПМС относит астенические и астено-депрессивные симптомокомплексы при наличии полной критичности пациентов к проявлениям болезни. При тяжелой форме наблюдается некоторое снижение критичности к болезни и своему поведению, большая спаянность симптомов заболевания с личностью больных, относительная частота истерических и

ипохондрических жалоб. Тяжесть вегетативно-сосудистых проявлений при ПМС не всегда находится в прямой зависимости от психического состояния.

Климактерический синдром (КС) – сложное состояние с полиморфной симптоматикой, возникающее вследствие не только дефицита эстрогенов, но и нарушений адаптационных процессов в нейроэндокринной системе, происходящих под влиянием как внутренних, так и внешних факторов (Тювина Н.А., 1996).

3.

4. Клиническая картина климактерического синдрома складывается из трех групп симптомов: 1) вегетативно-сосудистые, или вазомоторные нарушения – приливы жара, потливость, повышение артериального давления и его колебания, головная боль, головокружения, сердцебиение, зябкость, ознобы, чувство онемения и т. п.; 2) обменно-эндокринные – ожирение, изменение функции щитовидной железы, дисгормональная гиперплазия молочных желез, атрофия половых органов и т. д.; 3) психические нарушения, которые обязательно присутствуют в той или иной степени в структуре климактерического синдрома, а в ряде случаев являются доминирующими.

В.Д. Менделевич (1996) и др. выделяют следующие варианты психопатологических расстройств при КС: астенический вариант; сенесто-ипохондрический вариант; тревожно-депрессивный вариант; истерический вариант. Следует отличать психические нарушения при КС от психических нарушений другой этиологии. Психические нарушения являются одной из составляющих КС наряду с вегетативно-сосудистыми и обменно-эндокринными расстройствами, тогда как клиника невротозов находится в хронологической и смысловой зависимости от психической травмы. Для больных депрессивными расстройствами, в отличие от пациенток с КС, характерна наследственная отягощенность аффективными расстройствами. Характерно, что при нарастании тяжести эндогенной депрессии приливы исчезают и появляются вновь при выходе из депрессивного состояния, тогда как при климактерической депрессии депрессивная симптоматика усиливается с нарастанием тяжести вегето-сосудистых расстройств. Дифференциально-диагностическое значение имеют и расстройства сна. Для больных депрессией характерны раннее пробуждение и утрата чувства сна, а при КС – поверхностный сон с частыми пробуждениями из-за ночных приливов жара и сильной потливости. При депрессии наблюдаются снижение аппетита, потеря вкусовых ощущений,

похудание, а при КС – извращение вкусовых ощущений, непереносимость определенных запахов, непреодолимое желание к употреблению некоторых продуктов питания. Кроме того, для клинической картины депрессии характерны идеи самообвинения и самоуничтожения с суицидальными мыслями, тогда как при КС – ипохондрические расстройства с тревогой и страхом смерти.

Л.Н.Сидоренко (1979) и др. в своих исследованиях показали психосоматические соотношения между психическими травмами, структурой личности, особенностями психического реагирования и развитием мастопатии. Особое место в развитии нервно-психических расстройств у больных мастопатией занимают конфликтные ситуации, связанные с сексуальной неудовлетворенностью.

Таким образом, в обобщенном виде психические нарушения у женщин связанные с репродуктивной сферой, представляют собой расстройства, описанные М. Блейлером как «психоэндокринный синдром». Лечение психических расстройств, связанных с репродуктивной функцией у женщин, является трудной задачей из-за сложных нейро-соматических взаимоотношений. Из синтетических психотропных препаратов предпочтение отдается препаратам с минимальными побочными эффектами (Рудотель®, Сонапакс®, Эглонил®, Клопиксол®, Флуанксол®, Ципрамил®, Флуоксетин® и др.). Однако более физиологичным является применение гомеопатических и фитопрепаратов, действующих на организм целостно и не вызывающих осложнений.

5. Глава 3. Фитотерапия психосоматических расстройств

6.

7. 3.1 Лекарственные растения преимущественно стимулирующего действия

8. Аралия маньчжурская (*Aralia mandshurica* Rupr.) Небольшое деревце высотой 1,5-3м семейства аралиевых. Активными веществами являются тритерпеновые сапонины – аралозиды А, В, С, которые являются гликозидами олеаноловой кислоты. Фармакологические свойства: возбуждающий эффект проявляется в повышении двигательной активности и в усилении поведенческих реакций. Обладает антистрессовым действием. Уменьшается продолжительность сна, вызванного барбитуратами. Препараты из аралии не оказывают существенного влияния на артериальное давление, несколько стимулируют дыхание и обладают некоторым кардиотоническим

эффектом.

Аралия маньчжурская оказывает профилактическое и лечебное действие при лучевой болезни.

Сапарал — препарат, получаемый из корней аралии маньчжурской.

Состоит из суммы тритерпеновых гликозидов олеановой кислоты.

Сапарал обладает небольшой токсичностью, при длительном применении не вызывает побочных явлений.

Электроэнцефалографические данные позволяют отнести сапарал к стимуляторам ЦНС десинхронизирующего действия с преимущественной локализацией эффекта на уровне ретикулярных структур среднего мозга.

Клиническое применение: настойку из корней аралии маньчжурской применяют при астенических состояниях различной этиологии.

Отмечено благоприятное влияние настойки аралии маньчжурской при выраженных астенических состояниях у больных с

посттравматическими поражениями ЦНС и при атеросклеротической

астении. Настойка аралии улучшает общее самочувствие больных,

повышает аппетит, работоспособность, оказывает стимулирующее влияние на нервную и сердечно-сосудистую системы, способствует увеличению жизненной емкости легких и мышечной силы.

Противопоказания: побочного действия препарат не оказывает.

Препарат противопоказан при повышенной нервной возбудимости, бессоннице, гипертонической болезни, эпилепсии.

Дозы и способ применения: при астенических состояниях сапарал назначается по 1 табл. (0,05 г) утром и днем после еды в комбинации с витаминами и минеральными солями. Применение препарата в сочетании с витаминами и минеральными солями способствует улучшению клеточного метаболизма в ЦНС. Лечение проводится двумя курсами в течение 20–25 дней каждый с 2-х недельным перерывом.

Форма выпуска:

Настойка аралии (*Tinctura Araliae*) (1:5) на 70 % спирта из корней аралии маньчжурской. Назначается внутрь по 30–40 капель на прием 2–3 раза в день.

Сапарал (*Saparalum*) табл. по 0,05 г.

Женьшень обыкновенный (*Panax Ginseng C.A.Mey*). Многолетнее травянистое растение семейства аралиевых высотой 40–80 см. В корнях растения содержатся эфирные и жирные масла, сахара, крахмал, пектиновые вещества, клетчатка, азотистые и безазотистые

экстрактивные вещества, ферменты, витамины группы В, железо, фосфор, сера, марганец и другие микроэлементы, а также фитоэстрогены и даукостерин. Наиболее специфичными для растения считаются содержащиеся в корнях тритерпеновые гликозиды (панаксозиды) – А, В, С, D, Е, F. Фармакологические свойства: женьшень обладает тонизирующим действием и потенцирует действие известных стимуляторов и аналептиков. Эффект зависит от дозы: в малых дозах женьшень усиливает процессы возбуждения и ослабляет тормозные процессы, в больших дозах, наоборот, усиливает процессы торможения. Препараты женьшеня в эксперименте стимулируют синтез ядерных РНК и РНК-полимеразы печени, увеличивают синтез ДНК, белка, РНК и липидов в клетках костного мозга, повышают уровень цАМФ в надпочечниках и содержание оксикортикостероидов в плазме крови. Кроме того, они повышают содержание допамина и норадреналина в стволе головного мозга, усиливают активность основной аденилатциклазы и уменьшают количество серотонина в коре головного мозга, обладают выраженным антистрессовым свойством, повышают устойчивость к гипо– и гипертензии, оказывают противовоспалительное действие, ускоряют процессы заживления ран и обладают антитоксическим действием.

Таким образом, спектр действия препарата весьма широк: женьшень улучшает кровоснабжение мозга, увеличивает потребление кислорода, вызывает слабое увеличение двигательной активности гладкой мускулатуры, обладает антидиуретическими свойствами, оказывает гонадотропное действие, несколько активизирует кроветворение.

Клиническое применение: препараты женьшеня применяются в качестве тонизирующих и общеукрепляющих средств для лечения и профилактики различных заболеваний ЦНС, повышения уровня работоспособности и сопротивляемости организма к стрессу и неблагоприятным воздействиям внешней среды.

Женьшень эффективен при астенических и астено-депрессивных состояниях различной этиологии, невротических и соматоформных расстройствах, бессоннице и импотенции. Известно положительное действие женьшеня при миокардиодистрофии, при пониженном и повышенном артериальном давлении в качестве средства, нормализующих давление, при лечении гастритов, как иммуностимулятора при вирусном гепатите в период реконвалесценции и сахаропонижающего средства при диабете, половых расстройствах и атеросклерозе.

У женьшеня четко выражена сезонность действия. Прием его осенью наиболее эффективен. В другие времена года необходимо применять его в меньших дозах.

Противопоказания к употреблению женьшеня не выявлены, однако его не рекомендуется назначать при острых инфекционных заболеваниях и при другой остро протекающей патологии. При субъективной непереносимости препарата могут наблюдаться побочные эффекты в виде тошноты, рвоты, повышении АД, головной боли.

Дозы и способ применения:

Настойка женьшеня (*Tinctura Ginsengi*) по 15–25 капель три раза в день. Порошки или таблетки, покрытые оболочкой, принимают по 0,15–0,3 г 3 раза в день.

Заманиха (*Echinopanax elatus Nacai*) кустарник высотой 1–1,5 м с длинным ползучим корневищем, семейства аралиевых. В корнях и корневищах растения содержатся эфирное масло, тритерпеновые гликозиды, незначительное количество алкалоидов, фенольные соединения и минеральные вещества. Фармакологические свойства: при изучении настойки заманихи установлено общевозбуждающее действие препарата, проявляющееся в повышении уровня поведенческих реакций, двигательной активности и рефлекторной возбудимости.

Клиническое применение: настойку заманихи применяют как стимулирующее средство при различных формах астении, при депрессивных состояниях и гипотонии. При назначении настойки заманихи вместе с бромом эффективность лечения астенических состояний повышалась. Лечение настойкой заманихи больных с вяло протекающей шизофренией с выраженным астено-депрессивным синдромом способствовало улучшению состояния пациентов. Наилучших эффект достигался при лечении настойкой заманихи пациентов с постинфекционной астенией.

Дозы и способ применения: настойку заманихи назначают по 30–40 капель на прием 2–3 раза в день до еды курсами по 3–4 нед.

Настойка заманихи (*Tinctura Echinopanax*) (1:5) на 70 % спирте. Выпускается во флаконах по 50 мл.

Левзея сафлоровидная (*Rhaphanistrum carthamoides*). Травянистое многолетнее растение высотой 80–120 см, семейства сложноцветных. В корневищах левзеи сафлоровидной содержатся органические кислоты, смолы, эфирные масла, дубильные и красящие вещества, алкалоиды, а

также витамины, в частности аскорбиновая кислота и каротин, инулин и другие соединения. Фармакологические свойства: жидкий экстракт и настойка левзеи оказывает возбуждающее действие на ЦНС. При однократном и повторном введении препаратов левзеи отчетливо повышается работоспособность утомленных скелетных мышц.

Клиническое применение: наибольшая терапевтическая активность галеновых препаратов левзеи отмечена при лечении больных с легкими проявлениями астенизации, с жалобами на повышенную утомляемость, плохое настроение и пониженный аппетит, раздражительность, головную боль, плохой сон, снижение половой активности, на различные вегето-сосудистые нарушения. Побочных явлений не выявлено.

Дозы и способ применения:

Экстракт левзеи жидкой (*Extractum Leuzeae fluidum*) (1:1) на 70 % спирте из корневищ с корнями левзеи назначается по 20–30 капель 2–3 раза в день до еды. Выпускается во флаконах по 40 мл.

Лимонник китайский (*Schizandra Chinensis Baill.*) Листопадная лиана с деревянистым стеблем длиной 10–15 м, семейства схизандровых.

Активные вещества – схизандрин и схизандрол. Фармакологические свойства: после введения галеновы препараты лимонника китайского повышаются двигательная активность и рефлекторная возбудимость.

Клиническое применение: лимонник китайский эффективен при астенических и астено-депрессивных состояниях, которые сопровождаются такими симптомами, как быстрая утомляемость, снижение работоспособности, раздражительность, вялость, сонливость, гипотония. При приеме галеновых препаратов лимонника заметно повышается острота зрения, снижается утомляемость зрительного анализатора при больших нагрузках, а также значительно улучшается ночное зрение.

Дозы и способ применения:

Настойка из плодов лимонника (*Tinctura fructuum Schizanrae*) (1:5) на 95 % спирте.

Спиртовой экстракт лимонника (1:3) на 70 % спирте.

Назначаются галеновые препараты лимонника китайского внутрь по 20–30 капель натошак или через 4 часа после еды 2–3 раза в день в течение 20–25 дней.

Препарат выпускается во флаконах по 50 мл.

Мордовник обыкновенный (*Echinops Ritro L.*)* Травянистое

многолетнее растение высотой 50–70 см, семейства сложноцветных. Активное вещество – алколоид эхинопсин. Фармакологические свойства: при исследовании галеновых форм мордовника обыкновенного выявлено обще возбуждающее действие на ЦНС. Отмечается выраженное влияние препарата на деятельность сердечно-сосудистой системы: увеличивается амплитуда сердечных сокращений и учащается их ритм.

Клиническое применение: Эхинопсина нитрат применялся в практике лечения различных неврологических и терапевтических заболеваний. В настоящее время исключен из номенклатуры лекарственных средств, но разработка препаратов из сырья продолжается.

Рвотный корень/Чилибуха (*Strychnos Nux-Vomica*). Вечно зеленое тропическое дерево высотой 10–15 м, семейства логаниевых. Семена чилибухи содержат 2–3% суммы алколоидов, состоящей почти в равных частях из стрихнина и бруцина. Фармакологические свойства: при резорбтивном действии стрихнин оказывает сильное возбуждающее действие на ЦНС. Наиболее высокой чувствительностью обладает спинной мозг. Галеновые формы растения используют в очень малых дозах в качестве горечей, повышающих аппетит и улучшающих пищеварение.

Клиническое применение: стрихнин применяют как стимулятор ЦНС, а также для лечения последствий двигательных параличей и парезов. Широко используют стрихнин в терапевтических дозах при различных заболеваниях зрительных и слуховых анализаторов. В качестве тонизирующего средства при понижении процессов обмена, быстрой утомляемости, ухудшении аппетита, при атонии желудка.

Противопоказания к назначению стрихнина и галеновых препаратов растения: гипертоническая болезнь, бронхиальная астма, стенокардия, атеросклероз, острый и хронический нефрит, гепатиты, склонность к судорожным реакциям, гиперкинезы, беременность, базедова болезнь.

Дозы и способ применения:

Настойка чилибухи (*Tinctura Strychni*) содержит около 0,25 % алколоидов (стрихнин и бруцин). Назначают внутрь (самостоятельно или в смеси с другими настойками) по 3–10 капель на прием. Высшие дозы для взрослых: разовая 0,3 мл (15 капель), суточная 0,6 мл (30 капель). Детям до 2 лет препарат не назначают, в возрасте старше 2 лет назначают по 1–3 капли на прием в зависимости от возраста. Хранение: список Б.

Родиола розовая/Золотой корень (*Rhodiola Rosea* L.) Многолетнее травянистое растение, достигающее 50–70 см высоты, семейства толстянковых. Корни и корневища растения содержат дубильные вещества пирогалловой группы, антрагликозиды, эфирное масло, органические кислоты, значительное количество сахаров, белки, жиры, воски, стерины, третичные спирты, неопределенные соединения, фенольные вещества, гликозиды, флавоноиды и большое количество марганца. Фармакологические свойства: галеновые препараты обладают выраженным стимулирующим свойством, существенно увеличивая объем динамической и статической работы. Особенно заметно повышается работоспособность при использовании препаратов на фоне утомления и при выполнении тяжелой физической работы. При этом золотой корень нормализует обменные процессы, способствует экономическому расходованию энергетических ресурсов и быстрому их ресинтезу, улучшает энергетический обмен в мышцах и мозге за счет окислительных процессов, сопряженных с фосфорилированием, более ранним использованием в качестве субстратов окисления не только углеводов, но и липидов. Препараты родиолы оказывают стимулирующее действие на умственную работоспособность человека, несколько улучшают память и внимание. Установлено, что активирующее влияние препаратов родиолы розовой на кору головного мозга реализуется через сетчатую формацию и прямым действием на функциональное состояние мозга.

Клиническое применение: экстракт родиолы розовой применяется у пациентов с невротами и соматоформными расстройствами, при вегетососудистой дистонии, при шизофрении с ремиссией по астеническому типу.

Противопоказания: резко выраженное возбуждение, гипертонический криз, лихорадочные состояния.

Дозы и способ применения:

Экстракт родиолы розовой (*Extractum Rhodiolae fluidum*) назначают внутрь по 5-10 капель 2–3 раза в день за 30 мин. до еды. Курс лечения 10–20 дней.

В психиатрической практике назначают начиная с 10 капель 2–3 раза в день, затем дозу постепенно увеличивают до 30–40 капель на прием. Длительность лечения 1–2 мес.

Выпускается во флаконах по 30 мл.

Секуринега ветвистая (*Securinega suffruticosa* Pall.) Кустарник

высотой 1,5–2 м, семейства молочайных. В листьях и верхушках стеблей секуриноги содержится 0,15–1,4 % основного алколоида растения секурина. Фармакологические свойства: экстракт из листьев секуриноги оказывает возбуждающее действие на ЦНС, которое проявляется в усилении двигательной активности, повышении АД, увеличении амплитуды сердечных сокращений, учащении дыхания. При увеличении дозы препарата развиваются тонико-клонические судороги.

Клиническое применение: секурина нитрат используют при парезах и вялых параличах в период реконвалесценции. В качестве тонизирующего препарата его назначают при различных астено-невротических состояниях, сопровождающихся быстрой утомляемостью, ослаблением сердечной деятельности, а также при импотенции. Положительные клинические результаты получены при использовании секурина для лечения пациентов с дизэнцефальным синдромом, артериальной гипотонией. Положительная динамика клинических проявлений при лечении секурином наступает через 3–4 дня после применения препарата. Лечебный эффект сохраняется после отмены препарата.

Противопоказания: гипертоническая болезнь, стенокардия, атеросклероз, бронхиальная астма, гепатиты, острый и хронический нефрит, беременность, склонность к судорожным реакциям.

Дозы и способ применения.

Секурина нитрат (*Securinini nitras*) назначают внутрь в виде таблеток по 0,002 г (2 мг) или в виде 0,4 % раствора по 10–20 капель по 2–3 раза в день. Курс лечения продолжается 20–30 дней. Высшие дозы для взрослых внутрь: разовая 0,005 г, суточная 0,015 г; под кожу – разовая 0,003 г, суточная 0,005 г.

Выпускается в таблетках по 0,002 г, в виде 0,4 % раствора (для приема внутрь) во флаконах по 15 мл и 0,2 % раствора в ампулах по 1,0 мл.
Список А.

Стеркулия платанолистная (*Sterculia Platanifolia L.*) Дерево с круглой лиственной кроной высотой 14–16 м, семейства стеркулиевых. Растение изучено недостаточно. Препараты, приготовленные из листьев и семян стеркулии платанолистной, оказывают выраженное стимулирующее действие на ЦНС и сердечную мышцу.

Клиническое применение: настойку растения применяют в качестве тонизирующего средства при лечении астенических состояний после хронических, истощающих заболеваний, при физическом или

умственном переутомлении, а также при артериальной гипотонии.

Дозы и способ применения.

Настойку стеркулии (*Tinctura Sterculiae*) готовится из листьев растения (1:5 на 70 % спирте). Назначается внутрь по 10–40 капель 2–3 раза в день. Курс лечения 3–4 недели. Настойку не следует принимать вечером. При передозировке может возникнуть сухость во рту, сердцебиение, повышенная раздражительность, ухудшение сна.

Выпускается во флаконах по 30 мл.

Элеутерококк колючий (*Eleutherococcus senticosus* Rupr. Et Maxim.) Кустарник высотой 3–4 м, семейства аралиевых. В корнях элеутерококка колючего содержатся глюкоза, сахар, крахмал, полисахариды, воск, смолы, пектиновые вещества, производные кумаринов, жирные и эфирные масла, микроэлементы, а также элеутерозиды А, В, С, D, Е. Фармакологические свойства: экстракт из корней элеутерококка обладает малой токсичностью. Экстракт элеутерококка улучшает кровоснабжение мозга. Его действие на сосуды мозга и глазного дна осуществляется преимущественно через симпатическую иннервацию. Установлено, что препарат обладает выраженным стимулирующим и тонизирующим действием. Повышение мышечной работоспособности под влиянием препаратов элеутерококка происходит за счет меньших затрат углеводных источников энергии и более ранней мобилизации липидов, сопряженных с фосфорилированием, и лучшим сохранением баланса АТФ в мышцах, оказывающих положительное влияние на состояние углеводно-фосфорного обмена в мозговой ткани. Препараты элеутерококка оказывают гонадотропное действие в том случае, если в половых гормонах происходят активные процессы биосинтеза. В других случаях они оказываются неактивными. Отмечено антистрессовое и антитоксическое действие экстракта элеутерококка.

Клиническое применение: при соматоформных и невротических состояниях. Лечение элеутерококком приводит к положительным изменениям вегетосимпатических взаимоотношений. Экстракт элеутерококка повышает умственную работоспособность человека, уменьшает утомляемость при физической нагрузке, усиливает остроту зрения и улучшает слух. Улучшается общее состояние пациентов, снижается содержание холестерина и β -липопротеидов в сыворотке крови при атеросклерозе с преимущественным поражением аорты и коронарных сосудов. Общеукрепляющее действие элеутерококка создает благоприятный фон для лечения больных с различными заболеваниями

сердечно-сосудистой системы.

Дозы и способ применения:

Экстракт элеутерококка жидкий (*Extractum Eleutherococci fluidum*) – спиртовой (на 40 % спирте) экстракт (1:1) из корневищ с корнями элеутерококка колючего назначают по 2 мл (20–30 капель) за 30 минут до еды 2–3 раза в день.

Выпускается во флаконах по 50 мл.

9. 3.2 Лекарственные растения преимущественно седативного и противотревожного действия

10. Аморфа полукустарниковая (*Amorpha Fruticosa*)* Декоративный многолетний кустарник высотой 1,5–2 м, семейства бобовых. В семенах аморфы полукустарниковой содержатся ротеноидные гликозиды, основной из них – аморфин. Фармакологические свойства: седативный эффект. Аморфин ослабляет биоэлектрическую активность коры головного мозга, подавляет высокочастотные ритмы и несколько увеличивает число низкочастотных волн. Аморфин обладает кардиотоническими свойствами, оказывая положительное инотропное и отрицательное хронотропное действие на сердце.

Клиническое применение: на основе гликозида аморфина был создан препарат фрутицин, который применяли в качестве успокаивающего средства при невротических состояниях различного происхождения («неврозы сердца», вегетососудистая дистония, пароксизмальная нейрогенная тахикардия). Противопоказаний и побочных явлений не наблюдалось.

В связи с появлением более эффективных синтетических препаратов Фрутицин® исключен из номенклатуры лекарственных средств.

Валериана лекарственная (*Valeriana officinalis* L.) Многолетнее травянистое растение высотой до 1–1,5 м, семейства валериановых. Корневище и корни валерианы содержат до 3–3,5 % эфирного масла, изовалериановую кислоту, борнилизовалерианат, борнеол, борнеоловые эфиры муравьиной, масляной и уксусной кислот, пинены, сесквитерпены, спирты, а также ряд алколоидов (хатинин, валерин), гликозидные соединения и др. Фармакологические свойства: валериана оказывает седативное действие на ЦНС, удлиняет сон, регулирует сердечную деятельность, обладает спазмолитическими и желчегонными свойствами, усиливает секрецию железистого аппарата желудочно-кишечного тракта. Препараты валерианы оказывают положительное

нейрорегуляторное влияние на основные механизмы автоматизма сердца и проводящую систему. Галеновые лекарственные формы валерианы обладают коронарорасширяющими и гипотензивными свойствами.

Клиническое применение: препараты валерианы назначают при заболеваниях, сопровождающихся нервным возбуждением, бессонницей, мигренозными головными болями, конверсионными расстройствами. Широко применяют валериану при легких формах неврастении и психастении, при пре- и климактерических расстройствах, вегетоневрозах, «неврозах сердца», а также для профилактики и лечения в ранних стадиях стенокардии, гипертонической болезни, при некоторых заболеваниях печени и желчевыводящих путей, при болезнях, сопровождающихся спазмами желудка и кишечника с нарушением секреции. Валериана оказывает лечебное действие при систематическом и длительном курсовом применении, поэтому сроки и дозы препаратов, изготовляемых из этого растения, назначает лечащий врач в зависимости от стадии заболевания, формы течения болезни и общего состояния больного.

Дозы и способ применения.

Настой валерианы (*Infusum Valeriana*) — 20 г (2 ½ столовые ложки) сырья помещают в эмалированную посуду, заливают 200 мл горячей кипяченой воды, закрывают крышкой и нагревают на водяной бане в течение 15 мин, охлаждают при комнатной температуре в течение 45 мин, процеживают, оставшееся сырье отжимают. Объем полученного настоя доливают кипяченой водой до 200 мл. Назначают по 2–3 столовые ложки через 30 мин после еды, детям старшего возраста – по 1 десертной ложке, детям младшего возраста – по 1 чайной ложке 3–4 раза в день.

Настой сохраняют в прохладном месте не более 2 сут.

Настойка валерианы (*Tinctura Valerianae*) (1:5) готовится на 70 % спирте. Назначают внутрь взрослым по 20–30 капель на прием 3–4 раза в день, детям – столько капель на прием, сколько ребенку лет.

Выпускается во флаконах по 30 мл.

Экстракт валерианы густой (*Extractum Valerianae spissum.*) Применяется в виде таблеток, покрытых оболочкой, по 1–2 таблетки на прием. Каждая таблетка содержит 0,02 г экстракта валерианы густого.

Таблетки удобны для приема, однако более выраженный эффект дает свежеприготовленный настой валерианы.

Валериана содержится в комбинированных препаратах Корвалол® и Валокордин®.

Пассифлора инкарнатная (*Passiflora incarnata* L.) Тропическая многолетняя

лиана, достигающая 8–9 м длины, семейства страстоцветных. Травянистая пассифлора содержит хлорофилловые, белковые и пектиновые вещества, сапонины, витамины, а также алкалоиды, из которых наиболее известны гарман, гармин и гармол. Фармакологические свойства: наиболее выражены у экстракта пассифлоры седативные свойства. Обладает и противосудорожной активностью. Ее галеновые препараты практически не токсичны.

Клиническое применение: жидкий спиртовой экстракт пассифлоры применяют в качестве седативного и легкого снотворного средства при различных функциональных заболеваниях нервной системы, сопровождающихся повышенной возбудимостью, бессонницей, головной болью, а также при гиперкинезах, постгриппозных арахноидитах, климактерических расстройствах

Противопоказания: стенокардия, инфаркт миокарда, атеросклероз сосудов мозга и сердца.

Дозы и способ применения.

Экстракт пассифлоры жидкий (*Extractum Passiflorae fluidum.*) Назначают по 20–40 капель 3 раза в день. Курс лечения 20–30 дней.

Выпускается во флаконах темного стекла по 25 мл.

Пион уклоняющийся (*Paeonia Anomala L.*) Многолетнее травянистое растение высотой 1 м, семейства лютиковых. Корни пиона содержат сахара, танины, крахмал, алкалоиды, эфирное масло, в состав которого входят метилсалицилат, пеонин. В корнях обнаружены также салициловая и бензойные кислоты, гликозид салицин. Фармакологические свойства: спиртовая настойка, приготовленная из корней пиона, оказывает успокаивающее действие, обладает противосудорожным свойством.

Клиническое применение: настойку из корней пиона назначают при неврастенических состояниях, бессоннице, вегето-сосудистых нарушениях различной этиологии.

Дозы и способ применения.

Настойка из травы и корней пиона уклоняющегося (*Tinctura Paeoniae anomalae*) (1:10) на 40 % спирте. Применяют внутрь по 30–40 капель 3 раза в день. Курс лечения 25–30 дней

Выпускается во флаконах по 200 мл.

Пустырник пятилопастый (*Leonurus Quinquelobatus Gilib.*) Многолетнее травянистое растение высотой 60–120 см, семейства губоцветных. Травянистый пустырник содержит сахара, гликозиды, алкалоиды, эфирное масло,

флавоноиды, а также витамины А, С, дубильные и красящие вещества, горечи и минеральные соли. Фармакологические свойства: трава пустырника обладает выраженными седативными и противосудорожными свойствами. Седативные свойства пустырника в 2–3 раза превосходят седативное действие валерианы. Трава пустырника, кроме седативного эффекта, оказывает гипотензивное и кардиотоническое действие.

Клиническое применение: трава пустырника используется как седативное и кардиотоническое средство. Установлено, что применение пустырника положительно влияет на клинические показатели у больных кардиосклерозом, гипертонической болезнью, стенокардией, миокардитом, кардионеврозом, вегетососудистой дистонией. Настои и настойки пустырника терапевтический эффект дают довольно медленно, поэтому дозу препарата подбирают индивидуально с учетом клинической картины. При появлении симптомов угнетения ЦНС дозы уменьшают или временно на 5 дней отменяют лекарство. Затем препарат назначают в меньших дозах.

Дозы и способ применения.

Для приготовления настоя травы пустырника (*Infusum herbae Leonuri*) 15 г (4 столовые ложки сырья) помещают в эмалированную посуду, заливают 200 мл горячей кипяченой воды, закрывают крышкой и нагревают в кипящей воде на водяной бане при частом помешивании 15 мин, охлаждают в течение 45 мин при комнатной температуре, процеживают, оставшееся сырье отжимают. Объем полученного настоя доливают кипяченой водой до 200 мл. Принимают по 1/3 стакана 2 раза в день за 1 час до еды. Приготовленный настой сохраняется в прохладном месте не более 2 суток.

Настойка пустырника (*Tinctura Leonuri*) (1:5) на 70 % спирте. Принимают по 30–50 капель 3–4 раза в день.

Выпускается во флаконах по 25 мл.

Синюха голубая (*Polemonium Coeruleum* L.) Многолетнее травянистое растение высотой 80-100 см, семейства синюховых. Корневище с корнями синюхи голубой содержит 20–30 % тритерпеновых гликозидов, смолистые вещества, органические кислоты, эфирные и жирные масла. Фармакологические свойства: используется как отхаркивающее средство из-за наличия большого количества сапонинов. Отвары и настои из корней и корневища синюхи снижают двигательную активность, рефлекторную возбудимость. По седативной активности препараты синюхи в 8-10 раз превышают аналогичный эффект валерианы.

Клиническое применение: использование при хронических легочных заболеваниях показало эффективность препаратов синюхи голубой.

Седативный эффект синюхи голубой был продемонстрирован на пациентах психиатрического стационара. Для лечения больных язвенной болезнью желудка и 12 п.к. применяют комбинацию двух лекарственных растений – синюхи голубой, обладающей седативной активностью, и сушеницы топяной, оказывающей ранозаживляющее, регенеративное действие.

Препараты синюхи малотоксичны, длительное их применение не вызывает побочных явлений.

Дозы и способ применения.

Настой из корневищ с корнями синюхи голубой (*Infusum rhizome cum radicibus Polemonii Coerulei*) готовят следующим образом: 6 г (2 столовые ложки) сырья помещают в эмалированную посуду, заливают 200 мл горячей кипяченой воды, закрывают крышкой и нагревают на водяной бане в течение 45 мин, процеживают, оставшееся сырье отжимают. Объем полученного настоя доводят кипяченой водой до 200 мл.

Как отхаркивающее средство применяют по 1 столовой ложке 5–5 раз в день после еды.

При язвенной болезни – по 1 столовой ложке 3 раза в день после еды одновременно с настоем сушеницы топяной (*Gnaphalium Uliginosum L.*)

Стефания гладкая (*Stephania glabra Miers*). Травянистое тропическое растение семейства луносемянниковых. В корнях и корневище стефании гладкой содержатся алкалоиды: циклеанин, стефарин, стефаглабрин, пальматин, коридин, гиндарин и др. Фармакологические свойства зависят от содержания алкалоидов. Алкалоиды уменьшают двигательную активность, вызывают миорелаксацию, уменьшают агрессивность, обладают противосудорожным действием.

Клиническое применение: клинические испытания показали значительную терапевтическую эффективность гиндарина при неврастении, неврозе навязчивых состояниях, остаточных явлениях травматических поражений и сосудистых заболеваний головного мозга, шизофрении, эпилепсии, хроническом алкоголизме. Гиндарин мягко действует и хорошо переносится больными. В отличие от нейролептиков гиндарин не вызывает чувства тяжести в голове и общего угнетения при пробуждении.

Противопоказаний к применению гиндарина не выявлено. В начале лечения возможно легкое двигательное беспокойство, устраняемое приемом корректоров.

Дозы и способ применения.

Гиндарин (*Hyndarinum*) применяют внутрь в дозе 0,05 – 0,075 г на прием 2–3 раза в день или вводят под кожу. Высшая разовая доза 0,1 г. Детям

назначают в меньших дозах. Под кожу вводят 1–2 мл 1 % раствора гиндарина 2–3 раза в день. Курс лечения зависит от характера заболевания и индивидуальной переносимости препарата больными и может продолжаться до 3 месяцев.

Выпускают в таблетках по 0,05 г и ампулах (1–2 мл 1 % раствора). Список Б.

Хмель обыкновенный (*Humulus Lupulus L.*) Травянистое вьющееся многолетнее растение, достигающее 4–5 м длины семейства тутовых. С лечебной целью используют соцветия (шишки) растения. Созревшие шишки хмеля содержат горькое вещество лупулин, эфирное масло, в состав которого входят мирцен, гумулен, фарнезен. Кроме того, в шишках растения найдены алкалоид хумулин, гормоны, хлорогеновая, валериановая и хмеледубильные кислоты, флавоновые гликозиды, кумарины, красящие и смолистые соединения, витамины – рутин, В1, В3, В6, РР и др. соединения. Фармакологические свойства: нейротропное действие галеновых препаратов из шишек хмеля связывают с наличием в них лупулина, оказывающего успокаивающее действие на ЦНС. Содержащиеся в растении флавоноиды, гормоны и витамины обуславливают противовоспалительные, противоязвенные, капилляроукрепляющие, гипосенсибилизирующие и болеутоляющие свойства экстрактов из шишек хмеля. Установлено активное воздействие хмеля на процессы регенерации в эпидермисе кожи, в слизистых оболочках и улучшение жизнедеятельности волосяных луковиц, а также выявлены бактерицидные и фунгицидные свойства растения. Отмечено положительное влияние галеновых препаратов хмеля на процессы метаболизма и особенно на регуляцию жирового, минерального и водного обмена. Имеются данные, что шишки хмеля обладают эстрогенной активностью.

Клиническое применение: экстракты из шишек хмеля широко используются в косметике и в дерматологической практике. Противовоспалительные, болеутоляющие, бактерицидные и антиаллергические свойства галеновых препаратов хмеля обуславливают их терапевтическую эффективность при заболеваниях кожи и слизистых оболочек, сопровождающихся зудом, воспалительными и аллергическими явлениями.

Водные настои из созревших соцветий хмеля назначают для возбуждения аппетита, улучшения пищеварения, при гастритах, гастроэнтеритах, при болезнях желчного пузыря и печени.

Седативные свойства растения используют при повышенной нервной

возбудимости, нарушениях сна, вегетососудистой дистонии и климактерических расстройствах.

Дозы и способ применения.

Настой из шишек хмеля. Способ приготовления: 1 столовую ложку размельченных соцветий хмеля залить 200 мл кипятка и нагреть на водяной бане в течение 15 мин, охладить, профильтровать. Принимать по ¼ стакана 3 раза в день 3 раза в день до еды. Для наружного применения настоем смачивают марлевую повязку.

Масло хмеля входит в состав перпарата Валокардин®.

//-- Запатентованные транквилизирующие фитопрепараты --//

Персен® – транквилизирующий растительный препарат(Лек)

Состав:

1 драже Персена:

- Extr. Valeriana officinalis 50 мг
- Extr. Mentha piperitae 25 мг
- Extr. Melissa 25 мг.

1 капсула Персен форте:

- Extr. Valeriana officinalis 125 мг
- Extr. Mentha piperitae 25 мг
- Extr. Melissa 25 мг.

Показания для применения:

При астенических состояниях с явлениями раздражительной слабости. При вегетативных расстройствах – потливости ладоней и треморе рук. При расстройствах сна.

Способ применения: взрослым по 2 драже Персена или 1 капсуле Персен форте два-три раза в день. При легкой форме бессонницы следует принимать 2 драже Персена или 1 капсулу Персен форте за 1 час до сна. Детям в возрасте 6 лет по 1 драже Персена 1–3 раза в день.

Противопоказаний и побочных эффектов не выявлено.

Форма выпуска:

Персен® – 40 драже в упаковке.

Персен® форте – 20 капсул в упаковке.

Ново-Пассит® – седативное, анксиолитическое средство(Galena).

Состав Extractum pro Novo-Passit fluidim:

- Humulus lupulus
- Crataegus oxyacantha
- Hypericum perforatum
- Melissa officinalis

- *Passiflora incarnata*
- *Sambucus nigra*
- *Valeriana officinalis* 4,5 g,
- *Guaifenesinum* 4,0 g в 100 мл раствора.

Фармакологически активными компонентами препарата являются гваифенезин и экстракт из лекарственных растений с седативным, анксиолитическим и антидепрессивным эффектом.

Показания: легкие формы неврастении, сопровождающиеся тревогой, беспокойством, повышенной утомляемостью, нарушением концентрации внимания, головными болями. Климактерический синдром.

Нейроциркуляторная дистония.

Дозировки и способы приема: взрослые и дети старше 12 лет 3 раза в день по 5 мл (1 чайная ложка). При необходимости суточную дозу можно увеличить. Дозу можно изменять в зависимости от реакции пациента. Интервал между приемами дозы – 8 часов. Препарат можно принимать вместе с напитками (чай, сок). В случае появления тошноты препарат рекомендуется принимать во время еды. Препарат в обычно рекомендованных дозах не вызывает сонливости и потери внимания, что позволяет применять его в дневное время.

Противопоказания: препарат не следует принимать при известной повышенной чувствительности к некоторым его компонентам, особенно к гваифенезину. Ново-Пассит нельзя принимать также пациентам с *myasthenia gravis*. Препарат следует принимать с осторожностью в период беременности, особенно в течение 1-го триместра и в период лактации. Лечение Ново-Пасситом может сопровождаться заторможенностью, появление которой в основном зависит от индивидуальной реакции пациента.

Нежелательные эффекты: обычно препарат переносится хорошо. Однако в редких случаях могут появиться следующие нежелательные эффекты: головокружение, усталость, сонливость, зуд, экзантема, диспепсия, мышечная вялость.

Передозировка: передозировка вначале проявляется подавленностью и сонливостью. Позднее эти симптомы могут сопровождаться тошнотой, легкой мышечной слабостью, болями в суставах и ощущением давления в желудке. Лечение симптоматическое. Специфического антидота нет. Несовместимость не известна.

Взаимодействия: гваифенезин усиливает тормозящее воздействие алкоголя и остальных веществ, вызывающих торможение центральной нервной системы.

Форма выпуска: раствор 100 мл.

Антарес® 120 – анксиолитик на растительной основе с 120 мг кава-пироном (Krewel Meuselbach).

Состав: 1 таблетка содержит сухой экстракт из корней кава-кавы (*Piper Methysticum* Forster) 400 мг, что соответствует 120 мг кава-лактону.

Показания: Антарес® 120 является эффективно действующим растительным препаратом, содержащим экстракт кава-кава в качестве единственного активного вещества. Он предназначается для устранения состояний страха, напряженности и беспокойства и их последствий. В МКБ-10: генерализованное тревожное расстройство (F41.1).

Антарес® 120 характеризуется следующими свойствами:

- Монопрепарат – хорошая переносимость
- При непрерывном приеме полное анксиолитическое действие
- Анксиолитическое действие без сонливости в дневное время
- Отсутствие лекарственной зависимости при продолжительном приеме препарата.

Противопоказания: беременность, период кормления грудью, эндогенная депрессия.

Побочное действие: редко – аллергические реакции на коже и диспепсия. При продолжительном приеме может появиться преходящее окрашивание кожи и ее дериватов в желтый цвет. В редких случаях после применения лекарств с кава-кавой описываются расширение зрачков, расстройства зрения на близком расстоянии и нарушения аккомодации и конвергенции.

Взаимодействие с другими средствами: возможно усиление эффектов алкоголя, барбитуратов и других седативных психотропных средств.

Дозировка и вид применения: ежедневно принимать 1–2 таблетки, не разжевывая, с небольшим количеством жидкости после еды.

Форма выпуска: таблетки, № 30.

3.3 Лекарственные растения с антидепрессивным действием

1. Зверобой продырявленный (*Hypericum Perforatum* L.) Многолетнее травянистое растение высотой до 80-100 см семейства зверобойных. В траве зверобоя содержатся флавоноиды (гиперозид, рутин, кверцитрин, изокверцитрин и кверцетин), флюоресцирующие, красящие и дубильные вещества, каротин, гиперин, гиперфорин, эфирное масло, смолы, никотиновая и аскорбиновая кислоты, витамины Р и РР, холин, антоцианы, сапонины, спирты, следы алколоидов и др.

Фармакологические свойства: трава зверобоя содержит разнообразные биологически активные соединения и обладает многосторонними фармакологическими свойствами. Наиболее активными соединениями являются флавоноиды, оказывающие спазмолитическое действие на гладкие мышцы. Зверобой не только снимает спазм кровеносных сосудов, особенно капилляров, но и оказывает капилляроукрепляющее действие, типичное для соединений, содержащих витамин Р. Кроме того, препараты зверобоя улучшают венозное кровообращение и кровообращение некоторых внутренних органов, а также повышает диурез в результате уменьшения напряжения стенок мочеточников и непосредственного увеличения фильтрации в почечных клубочках.

Препараты на основе экстракта травы зверобоя уже в течение нескольких лет применяются для лечения депрессивных состояний в легкой и средне-тяжелой формах. Следует отметить, что депрессия может проявляться в виде самостоятельного расстройства или входить в структуру сложных психопатологических синдромов при «психосоматических заболеваниях». Недостаточная терапия депрессивных расстройств связана существенным образом не с отсутствием эффективных медикаментов, а скорее с отказом пациентов и врачей от синтетических антидепрессантов из-за нежелательных побочных эффектов.

Бесспорное преимущество препаратов зверобоя заключается в более слабых нежелательных побочных эффектах при достаточной эффективности. Однако, растительные препараты, как правило, хуже стандартизированы и их механизм действия недостаточно исследован. Более других исследован экстракт из травы зверобоя (Мюллер В.Е., Зингер А, Воннеман М., 2001).

Ранние исследования механизма действия экстракта зверобоя исходили из предположения, что он ингибирует фермент моноаминоксидазу-А и является тем самым растительным ИМАО. Новые работы не подтвердили эту гипотезу. Однако, предварительные результаты указывают на то, что экстракт из травы зверобоя ингибирует синаптосомальный захват серотонина и/или норадреналина, что сопоставимо с действием синтетических антидепрессантов.

Ранее сильное ингибирование МАО экстрактами травы зверобоя связывали с гиперипицином, одним из важнейших компонентов экстракта. Однако, активное снижение активности МАО под действием чистого гиперипицина слишком незначительно, чтобы объяснять антидепрессивную эффективность экстрактов травы зверобоя.

Гиперицин при приеме внутрь играет роль своеобразного катализатора некоторых внутриклеточных реакций и фактора, регулирующего важные жизненные процессы организма. Кроме того, гиперицин является фотодинамическим веществом, повышающим поглощение ультрафиолетовых лучей кожей.

Исследования В.Е. Мюллера с соавт. показали, что гиперфорин, содержащийся в экстракте травы зверобоя действует на все 5 медиаторов ЦНС (НА, серотонин, допамина, γ -аминомасляная кислота, L-глутамата). В эксперименте отмечена эффективность чистого гиперфорина уже в очень малых дозах. Совокупность данных по гиперфорину кажется достаточной, чтобы именно действию гиперфорина приписать антидепрессивную активность экстрактов травы зверобоя. Предполагается, что в экстрактах содержатся еще не изученные биологически активные компоненты. Антидепрессивное действие может быть также объяснено такими нейрогуморальными механизмами, как модуляция секреции цитокина (интерлейкин б) и его влиянием на мозг. Такие эксперименты на животных (крысах), как заученная беспомощность и плавательный тест на выживание (Полсолт-тест), показали эффективность экстракта зверобоя, что свидетельствует не только об антидепрессивном эффекте, но и о антистрессовом/анксиолитическом действии содержащих зверобой препаратов.

Препараты содержащие экстракт зверобоя в множестве появляются на рынке (Гелариум® Гиперикум, Деприм®, Ярсин® 300 и др). Отличительным требованием является содержание в экстракте гиперицина/ гиперфорина и постоянство состава. В большинстве продаваемых препаратов экстракта травы зверобоя содержание гиперфорина колеблется от 2 до 5 %, и в этих концентрациях он является в количественном отношении важнейшим из изветных эффективных компонентов. После приема экстракта травы зверобоя с 5 % содержанием гиперфорина при дозе 300 – 1200 мг максимальная концентрация гиперфорина в плазме крови составила 150–450 нг/мл. Время полувыведения составляет 9 – 10 часов. В исследованиях показано, что только экстракт травы зверобоя, содержащий 5 % гиперфорина, превосходил по своему терапевтическому действию плацебо.

Гелариум® Гиперикум(Бионорика Арцнаймиттель)

Активное вещество – сухой экстракт лекарственного растения Сент-Джонс (зверобой).

Состав: 1 драже содержит 255–285 мг сухого экстракта растения Сент-Джонса с соотношением лекарства к экстракту 4,5–6,7: 1, что соответствует 900 мкг чистого гиперицина.

Показания к применению: психовегетативные расстройства, депрессивные состояния, возбуждение.

Противопоказания и побочные действия: повышенная индивидуальная чувствительность к компонентам препарата. Возможны аллергические реакции и светочувствительность, особенно у лиц со светлой кожей. В настоящее время имеется недостаточный опыт приема лекарств женщинами в период беременности и кормления грудью.

Дозы и способ применения: препарат принимается по 1 драже 3 раза в день, не раскусывая, с жидкостью. Применение предусмотрено в течение не менее 3 недель. Без консультации врача длительность последующего применения не должна превышать 3 месяца.

Форма выпуска: драже по 30 и 60 штук в упаковке.

Деприм®(Лек).

Состав: 1 таблетка содержит 60 мг стандартного экстракта травы зверобоя с содержанием общего гиперицина 0,3 мг.

Дозы и способ применения: взрослым по 1 таблетке 3 раза в день до приема пищи; детям старше 7 лет по 1 таблетке 1–2 раза в день в первой половине дня. По данным В.А. Точилова и др. Деприм обладает сбалансированным действием, главными компонентами которого являются антидепрессивное и транквилизирующее. Эффект препарата проявляется уже к началу второй недели лечения. Как и все содержащие зверобой препараты, Деприм практически лишен побочных эффектов, безопасен в применении и снижает качества жизни пациентов. Поэтому он может быть рекомендован для лечения депрессий у гериатрических, соматически ослабленных и амбулаторных больных, а также при подростковой депрессии.

Форма выпуска: таблетки, в упаковке 30 шт.

3.4. Препараты с глобальным адаптогенным действием

Алталекс® – комплексный растительный препарат(Лек)*.

Алталекс®, капли представляет собой 2,5 процентную смесь эфирных масел

- Ol. Melissae/мелиссы
- Ol. Mentha piperitae/перечной мяты
- Ol. Foeniculi/фенхеля

- Ol. Caryophylli/гвоздики
 - Ol. Thymi/чабреца
 - Ol. Pini/сосновой хвои
 - Ol. Anisi/аниса
 - Ol. Eucalypti/эвкалипта
 - Ol. Salviae/шалфея
 - Ol. Cinnamomi/корицы
 - Ol. Lavandulae/лаванды
- в разбавленном этаноле.

Алталекс представляет собой традиционное домашнее средство для лечения легких форм различных расстройств организма (предболезненных состояний). Препарат приготовлен по рецептуре, составленной на основе столетнего опыта монастырских аптек.

Капли содержат эфирные масла одиннадцати лекарственных трав, оказывающих спазмолитическое, седативное и антисептическое действие. Алталекс расслабляет гладкую мускулатуру, уменьшает газообразование в кишечнике, оказывает желчегонное действие, нормализует аппетит, обезболивает и уменьшает неприятные ощущения во время менструального цикла, помогает при бессоннице, беспокойстве, обладает отхаркивающим, противовоспалительным и дезинфицирующим действием.

Показания, способ применения и дозировка:

- При болях в желудке и метеоризме
- При неприятных ощущениях во время менструального цикла
- При расстройствах выделения желчи

Принимать по 10–20 в горячем мятном чае до 5 раз в день.

- При повышенной возбудимости, бессоннице
- При отсутствии аппетита
- При воспалительных заболеваниях дыхательных путей

Принимать по 10–20 капель на сахаре за 30 минут до еды или на ночь.

Наружное применение:

- При головной боли, слабости, усталости препарат втирают в кожу лба и висков
- При болях в мышцах и суставах препарат втирают в кожу болезненной области.

Противопоказания: индивидуальная непереносимость. Кроме того, капли не рекомендуется принимать при болезнях печени, язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки, а также детям до 3-х лет. Из-за содержания алкоголя необходимо соблюдать осторожность при назначении препарата лицам, страдающим алкоголизмом или эпилепсией, женщинам в

период беременности и лактации, детям.

Фитовит® – натуральный растительный препарат(Юник Фармасьютикал Лабораториз).

Состав одной капсулы препарата Фитовит		Действие
---	--	----------

<i>Withania somnifera</i>	760 мг	Оказывает противострессовое, иммуномодулирующее, противовоспалительное действие.
<i>Emblica officinalis</i>	360 мг	Повышает сопротивляемость организма, нормализует процессы пищеварения, снижает уровень холестерина крови.
<i>Asparagus racemosus</i>	200 мг	Оказывает протистрессовое, иммуномодулирующее действие. Повышает потенцию.
<i>Tinospora cordifolia</i>	140 мг	Оказывает иммуномодулирующее, гепатопротективное, противовоспалительное действие.
<i>Tribulis terrestris</i>	100 мг	Оказывает общетонизирующее действие, снижает уровень холестерина в сыворотке крови.
<i>Picorhiza kurroa</i>	40 мг	Оказывает противовоспалительное действие, нормализует моторику желудочно-кишечного тракта.
<i>Cyperus scariosus</i>	60 мг	Нормализует аппетит, процессы пищеварения.
<i>Vacopa moniera</i>	200 мг	Активирует обменные процессы головного мозга, улучшает память.
<i>Terminalia chebula</i>	80 мг	Активирует обменные процессы головного мозга, улучшает память, зрение, оказывает гепатопротективное действие.
<i>Myristica fragrans</i>	40 мг	Оказывает общеукрепляющее действие, повышает умственную и физическую работоспособность.
<i>Piper longum</i>	100 мг	Оказывает иммуномодулирующее,

		антиаллергическое, противовоспалительное действие. Активизирует обменные процессы головного мозга; стимулирует кровообращение.
--	--	--

Дозировка: по 1 капсуле в день в течение 1–3 мес.

Форма выпуска: стрипы по 10 капсул в упаковке 3 стрипа и 10 стрип.

«Все что окружает нас – является лекарством, нужно распознать его и правильно использовать»

(Аюрведа).

Ведическая натуропатия описывает различные виды продуктов питания, лекарственных растений и минералов, применительно к возрасту, полу, типу конституции человека, месту проживания, предрасположенности к тем или иным болезням, суточным и сезонным ритмам. Аюрведические фиторецептуры имеют многокомпонентные составы, где каждое растение занимает свое иерархическое место в зависимости от того или иного требуемого эффекта. Аюрведическая медицина исповедует холистический – целостный подход к человеку. При таком подходе хронические болезни рассматриваются как системные недуги, возникающие в результате поражения многих органов.

Стреском® («Дабур Индия Лимитед»).

Является монопрепаратом, содержащем в 1 капсуле 300 мг сухого экстракта ашвагандхи (*Withania somnifera*). Ашвагандха оказывает действие на весь организм. Ее высокую биологическую активность связывают с высоким содержанием в ней фитостероидов, лигнанов, флавоногликозидов, а также особых азотистых соединений, называемых витанлоидами (сомниферин и витаноном). Последние обладают наиболее сильным эффектом, несмотря на то что они составляют лишь 1,5 % по отношению к остальным химическим компонентам данного растения. Ашвагандха нормализует энергетический баланс в течение двухнедельного курса (600 мг в сутки). При дальнейшем приеме данного препарата в течение 7-10 дней каждого месяца, энергетическое равновесие удерживается на нормальном уровне, даже несмотря на продолжающиеся негативные для организмов факторы. С действием витанлоидов связывают адаптогенный, ноотропный, антидепрессивный и тонизирующие эффекты.

Сомниферин (витаферин А) является мягким ингибитором

моноаминоксидазы (ИМАО). Сомниферин, тормозя активность МАО, не вызывает избыточной стимуляции, предотвращая появление депрессии, нарушений памяти и поведения. Сомниферин переводит окисление глюкозы на аэробный путь, даже в тканях, испытывающих гипоксию. В результате его действия из одной молекулы глюкозы образуется 38 молекул АТФ. Более того, сомниферин устраняет избытки молочной и пировиноградной кислоты, а также усиливает распад жиров, используя их в качестве дополнительного источника энергии. Таким образом, в организме устраняется хроническая усталость и тканевой ацидоз.

Витанон увеличивает продолжительность жизни ацетилхолина и стабилизирует электрическую активность в организме на уровне клеточных мембран. Благодаря такому эффекту он устраняет судороги, стабилизирует и нормализует состояние нервной системы. Одновременно витанон ускоряет распад адреналина. Вышеуказанные механизмы обеспечивают седативное, гипотензивное, противосудорожное и антистрессорное действие ашвагандхи.

Витанолоиды, особенно сомниферин усиливают активность ферментов пероксид-дисмутазы и каталазы, повышая антиоксидатную защиту клеточных мембран и препятствуя гибели макрофагов и нейтрофилов. Кроме того, по данным клинических исследований, проведенных в Великобритании, витанолоиды оказывают мягкий иммуномодулирующий эффект, выравнивая соотношение Т-лимфоцитов-киллеров и Т-супрессоров.

Фитостеролы, содержащиеся в ашвагандхе, по своей химической природе схожи по строению с тестостероном. Известно, что в древности ашвагандху использовали для лечения мужского бесплодия и хронических простатитов. Фитостеролы ашвагандхи препятствуют у пожилых мужчин переходу тестостерона в дегидротестостерон, чем предотвращают развитие аденомы предстательной железы. Фитостеролы обладают также анаболическим эффектом, активируя синтез белков и способствуя формированию и развитию скелетной мускулатуры, изменяя соотношение между мышечной и жировой тканью в сторону первой. У женщин, как показали клинические испытания ашвагандхи в США, прием препарата в течение 4–5 месяцев нормализует метаболизм эстрогенов и предотвращает тем самым развитие фибромиом и мастопатий. Кроме того, у большинства обследуемых женщин было отмечено устранение дисменореи и алгиоменореи – месячные стали протекать регулярно и безболезненно.

В ашвагандхе найдены также природные антибиотики, подавляющие размножение гонококков, стафилококков, гемолитического стрептококка и колибактерии. Некоторые исследователи указывают на антивирусный эффект растения.

Показания: практически здоровым людям при дистрессе короткими курсами по 10 дней в месяц по одной капсуле в день; пожилым людям – 14 дней в месяц по 2 капсуле ежедневно; при психосоматических расстройствах с 1 до 6 капсул в день. Курс 50 дней непрерывно, затем в периоды 5 дней до полнолуния и 5 дней после полнолуния в течение 7 – 10 месяцев.

У ашвагандхи не выявлены явные периоды сезонной активности так, как это проявляется у других адаптогенов. Однако эффективность ашваганхи значительно возрастает в периоды 3 дней до полнолуния и 7 дней, начиная с полнолуния. Принимать ее лучше утром после сна и в полдень.

Стресском® не следует принимать беременным и с осторожностью принимать при хронической вертебро-базиллярной недостаточности. Аллергические реакции наблюдаются в редких случаях.

Глава 4. Лечение соматоформной вегетативной дисфункции комплексными фитопрепаратами

А) Соматоформная вегетативная дисфункция сердечно-сосудистой системы (F45.30):

- Rp.: Мята перечная (листья) 30,0
Пустырник пятилопастной (трава) 30,0
Валериана лекарственная (корень) 20,0
Хмель обыкновенный (шишки) 20,0

D.S. Принимать по ½ стакана настоя 3 раза в день при нервном возбуждении, раздражительности, бессоннице.

- Rp.: Валериана лекарственная (корень) 25,0
Пустырник Пятилопастный (трава) 25,0
Тмин обыкновенный (плоды) 25,0
Фенхель обыкновенный (плоды) 25,0

D.S. Принимать ½ стакана настоя 3 раза в день при нервном возбуждении и учащенном сердцебиении.

- Rp.: Валериана лекарственная (корень) 30,0
Пустырник пятилопастной (листья) 30,0
Тысячелистник обыкновенный (трава) 20,0
Анис обыкновенный (плоды) 20,0

D.S. Принимать в виде настоя по 1/3 – ¼ стакана 2–3 раза в день при болях в сердце.

- Rp.: Шлемник байкальский (корни) 20,0

Пустырник обыкновенный (трава) 15,0

Мята перечная (трава) 10,0

Сушеница болотная (трава) 15,0

Шиповник коричневый (плоды) 15,0

Почечный чай (трава) 15,0

Ромашка аптечная (цветки) 10,0

D.S. принимать в виде настоя по 1/3-1/4 стакана 3 раза в день при артериальной гипертензии.

• Rp.: Рябина черноплодная (плоды) 15,0

Морковь посевная (плоды) 10,0

Фенхель обыкновенный (плоды) 10,0

Валериана лекарственная (корень) 15,0

Хвощ полевой (трава) 10,0

Василек синий (цветки) 10,0

Боярышник кроваво-красный (плоды) 15,0

Шлемник байкальский (корни) 15,0

D.S. принимать в качестве настоя по ¼ – 1/3 стакана 3 раза в день при артериальной гипертензии.

Б) Соматоформная вегетативная дисфункция желудочно-кишечного тракта (F45.31-F45.32):

• Rp.: Полынь горькая (трава) 25,0

Аир болотный (корневище) 25,0

Вахта трехлистная (листья) 25,0

Тмин обыкновенный (плоды) 25,0

D.S. Принимать по 1 столовой ложке настоя за 15–20 мин до еды для возбуждения аппетита.

• Rp.: Ромашка аптечная (цветки) 20,0

Календула лекарственная (цветки) 20,0

Подорожник большой (листья) 20,0

Тысячелистник обыкновенный (трава) 20,0

Черёда трехраздельная (трава) 20,0

D.S. Принимать по ½ – 1/3 стакана настоя 3–5 раз в день при острых гастритах.

• Rp.: Подорожник большой (листья) 20,0

Мята перечная (трава) 10,0

Зверобой продырявленный (трава) 10,0

Ромашка аптечная (цветки) 10,0

Календула лекарственная (цветки) 10,0

Одуванчик лекарственный (корень) 10,0

Шалфей лекарственный (трава) 10,0

Аир болотный (корень) 10,0

Вахта трехлистная (листья) 10,0

D.S. Принимать по 1/3 – 1/2 стакана настоя 3 раза в день за 30 мин до еды при хронических гипацидных и анацидных гастритах.

• Rp.: Алтей лекарственный (корни) 10,0

Солодка голая (корни) 10,0

Ольха серая (соплодия) 10,0

Календула лекарственная (цветки) 10,0

Тысячелистник обыкновенный (трава) 10,0

Сушеница болотная (трава) 10,0

Девясил высокий (корни) 10,0

Валериана лекарственная (корни) 10,0

Ромашка аптечная (цветки) 10,0

Черника обыкновенная (плоды) 10,0

D.S. Принимать по 1/3 – 1/2 стакана настоя за 30 мин до еды 3 раза в день при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки с нормо- и гиперсекрецией.

• Rp.: Валериана лекарственная (корень) 5,0

Аир болотный (корневище) 10,0

Вахта трехлистная (листья) 10,0

Золототысячник малый (трава) 10,0

Тмин обыкновенный (плоды) 10,0

Анис обыкновенный (плоды) 10,0

Ромашка аптечная (цветки) 10,0

Мята перечная (листья) 15,0

Тысячелистник обыкновенный (трава) 20,0

D.S. Принимать внутрь по 1/3 – 1/2 стакана отвара на один прием в горячем виде за 30 мин до еды при гастритах, язвенной болезни.

• Rp.: Анис обыкновенный (плоды) 20,0

Фенхель обыкновенный (плоды) 20,0

Тмин обыкновенный (плоды) 20,0

Мята перечная (листья) 40,0

D.S. Принимать по 1/3-1/4 стакана настоя за 30 мин до еды 3 раза в день при спазмах желудка и метеоризме.

• Rp.: Фенхель обыкновенный (плоды) 15,0

Аир болотный (корневище) 15,0

Валериана лекарственная (корень) 20,0

Мята перечная (листья) 20,0

Ромашка аптечная (цветки) 30,0

D.S. Принимать в виде теплого настоя по $\frac{1}{2}$ - $\frac{3}{4}$ стакана 3 раза в день после еды при метеоризме и спазмах кишечника.

• Rp.: Валериана лекарственная (корень) 10,0

Фенхель обыкновенный (плоды) 10,0

Мята перечная (листья) 20,0

Ромашка аптечная (цветки) 60,0

D.S. Принимать по $\frac{1}{2}$ – $\frac{3}{4}$ стакана настоя 3 раза в день после еды при спастических состояниях кишечника и чувстве тяжести в области желудка.

• Rp.: Ромашка аптечная (цветки) 10,0

Фенхель обыкновенный (плоды) 10,0

Тмин обыкновенный (плоды) 10,0

Ольха серая (соплодия) 10,0

Мята перечная (льва) 10,0

Алтей лекарственный (корень) 10,0

Зверобой продырявленный (трава) 10,0

Подорожник большой (лист) 10,0

Бессмертник песчаный (цветки) 10,0

Кассия остролистная (листья и плоды) 10,0

D.S. принимать по $\frac{1}{3}$ – $\frac{1}{2}$ стакана настоя 3 раза в день до еды при хронических спастических колитах.

• Rp.: Сушеница болотная (трава) 10,0

Календула лекарственная (цветки) 10,0

Ромашка аптечная (цветки) 10,0

Зверобой продырявленный (трава) 10,0

Ольха серая (соплодия) 10,0

Мята перечная (трава) 10,0

Подорожник большой (лист) 10,0

Алтей лекарственный (корень) 10,0

Тысячелистник обыкновенный (трава) 10,0

Тмин обыкновенный (плоды) 10,0

D.S. Принимать по $\frac{1}{3}$ - $\frac{1}{2}$ стакана настоя 3 раза в день до еды при хронических неспецифических язвенных колитах.

В) Другие соматоформные расстройства (F45.8):

• Rp.: Шалфей лекарственный (листья) 10,0

Подорожник большой (листья) 10,0

Крапива двудомная (листья) 10,0

Полынь горькая (трава) 5,0

Тысячелистник обыкновенный (трава) 15,0

Зверобой продырявленный (трава) 15,0

Хвощ полевой (трава) 15,0

Кукурузные столбики с рыльцами 10,0

Можжевельник обыкновенный (плоды) 10,0

D.S. Принимать по $\frac{1}{4}$ – $\frac{1}{3}$ стакана настоя 3 раза в день до еды при экземе.

• Rp.: Крапива двудомная (листья) 10,0

Душица обыкновенная (трава) 10,0

Черда трехраздельная (трава) 15,0

Фиалка трехцветная (трава) 10,0

Ромашка аптечная (цветки) 10,0

Тимьян ползучий (трава) 10,0

Хвощ полевой (трава) 10,0

Валериана лекарственная (корень) 15,0

Солодка голая (корень) 10,0

D.S. Принимать по $\frac{1}{3}$ – $\frac{1}{2}$ стакана настоя 3 раза в день до еды при нейродермите и экземе.

• Rp.: Зверобой продырявленный (трава) 20,0

Календула лекарственная (цветки) 10,0

Шалфей лекарственный (трава) 20,0

Душица обыкновенная (трава) 10,0

Ромашка аптечная (цветки) 10,0

Подорожник большой (лист) 15,0

Крапива двудомная (листья) 15,0

D.S. Принимать по $\frac{1}{3}$ – $\frac{1}{2}$ стакана настоя 3 раза в день до еды для лечения витилиго.

• Rp.: Черда трехраздельная (трава) 15,0

Бузина черная (цветки) 10,0

Зверобой продырявленный (трава) 15,0

Чистотел большой (трава) 5,0

Девясил высокий (корни) 10,0

Аир обыкновенный (корни) 15,0

Кукурузные столбики с рыльцами 10,0

Брусника обыкновенная (листья) 10,0

Хвощ полевой (трава) 10,0

D.S. Принимать по $\frac{1}{2}$ стакана настоя утром и вечером после еды при псориазе.

• Rp.: Лопух большой (кони) 15,0

Зверобой продырявленный (трава) 15,0

Черёда трехраздельная (трава) 15,0

Бессмертник песчаный (цветки) 10,0

Ромашка аптечная (цветки) 10,0

Кукурузные столбики с рыльцами 10,0

Пижма обыкновенная (цветки) 10,0

Аралия маньчжурская (корни) 15,0

D.S. Применять по 1/3-1/2 стакана настоя за 30 мин до еды 3 раза в день для лечения облысения.

• Rp.: Подорожник большой (лист) 15,0

Лопух большой (корень) 15,0

Календула лекарственная (цветки) 10,0

Мята перечная (трава) 10,0

Зверобой продырявленный (трава) 15,0

Кукурузные столбики с рыльцами 10,0

Бессмертник песчаный (цветки) 10,0

Крапива двудомная (трава) 15,0

D.S. Принимать по 1/3 – 1/2 стакана настоя за 30 мин до еды 3 раза в день для лечения облысения.

Правила приготовления настоев: 10 г (1–2 столовые ложки) сырья помещают в эмалированную посуду, заливают 200 мл горячей кипяченой воды (1 стакан), закрывают крышкой и нагревают в кипящей воде (на водяной бане) 15 мин, охлаждают 45 мин при комнатной температуре, процеживают, оставшееся сырье отжимают. Объем полученного настоя доводят кипяченой водой до 200 мл.

Правила приготовления отваров: 10 г (1–2 столовые ложки) сырья помещают в эмалированную посуду, заливают 200 мл горячей кипяченой воды (1 стакан), закрывают крышкой и нагревают в кипящей воде (на водяной бане) 30 мин, охлаждают 10 мин при комнатной температуре, процеживают, оставшееся сырье отжимают. Объем полученного отвара доводят кипяченой водой до 200 мл.

Глава 5. Лечение психических расстройств, связанных с репродуктивной функцией у женщин

1. Для лечения больных с климактерическим синдромом предложено большое число разнообразных методов, но до сих пор врачи испытывают некоторые затруднения в выборе терапевтических мероприятий. Помимо психотропных препаратов и заместительной гормонотерапии в качестве вспомогательного средства используют гомеопатические и фитопрепараты. Среди гомеопатических средств имеются запатентованные препараты (Климактоплан® (DNU) и др.)
- Эффективным фитопрепаратом является Климадион®(Biopogica) Состав и форма выпуска: 1 драже, содержит 20 мг экстракта из корневища цимицифуги; 60 драже в упаковке; 1 мл р-ра для приема внутрь содержит 24 мг экстракта из корневища цимицифуги; 50 мл во флаконе. Фармакологические свойства: препарат растительного происхождения. Активный компонент препарата, имея сродство к рецепторам эстрогенов в гипоталамусе, уменьшает стимулирующее влияние последнего на гонадотропную функцию гипофиза. Снижение выброса гонадотропинов ведет к устранению аффективных и вегето-сосудистых нарушений, возникающих при некоторых гипергонадотропных состояниях организма. Показания: вегето-сосудистые и аффективные расстройства в перименопаузальный период, после тотальной овариэктомии, синдроме истощения яичников, редко – при синдроме резистентных яичников. Применение: внутрь по 30 капель или по 1 драже 2 раза в сутки. Противопоказания: повышенная чувствительность к компонентам препарата. В редких случаях возможны тошнота, боль в желудке. Особые указания: без врачебного контроля препарат не рекомендуют применять более 6 месяцев. Для устранения психических симптомов назначают фитопрепараты по клиническим показаниям с активирующим, транквилизирующим или антидепрессивным эффектом. При дисменорее применяют следующий сбор: Rp.: Кора крушины 20,0 Листья березы 20,0 Листья мяты перечной 20,0 Трава тысячелистника 20,0 Корень валерианы 20,0 D.S. стакан настоя выпивают глотками в течение дня. При склонности к гипертензии и дисменорее:
- Rp.: Трава горца птичьего 10,0 Трава хвоща полевого 10,0 Трава золототысячелистника 30,0 Трава лапчатки прямостоячей 50,0 D.S. стакан настоя выпивают в течение дня глотками.
- В качестве болеутоляющего и успокаивающего средства:

- Rp.: Корень валерианы 30,0

Листья мяты перечной 30,0

Цветки ромашки аптечной 40,0

D.S. Отвар принимают по 1 стакану утром и вечером.

При обильных менструациях:

- Rp.: Кора дуба 10,0

Трава пастушьей сумки 25,0

Трава тысячелистника 25,0

Корневище лапчатки прямостоячей 25,0

D.S. Принимают по 1 стакану отвара утром и вечером.

При сосудистой дистонии по гипертоническому типу и меноррагии:

- Rp.: Трава пастушьей сумки 30,0

Трава горца птичьего 30,0

Трава омелы белой 30,0

D.S. Принимают по 1 стакану отвара утром и вечером.

Помимо лекарственных трав для пациентов с психоэндокринными нарушениями можно рекомендовать употреблять в пищу такие растения, как капусту белокачанную (при бессоннице), чеснок (при бессоннице и головной боли), сельдерей (при болезненных менструациях), укроп огородный (при бессоннице), ежевику (транквилизирующее действие), калину обыкновенную (общеукрепляющее и успокаивающее действие) и др.

В заключении следует отметить, что психосоматическая патология занимает значительное место в общемедицинской практике. Сосуществование психодинамической и клинической парадигм в отношении этой патологии дополняют друг друга. Психодинамическая парадигма психосоматических расстройств позволяет разрабатывать психотерапевтическую стратегию в отношении этих пациентов, а клинико-биологическая парадигма – применять психофармакологические средства. В лечении психосоматических расстройств ведущее значение имеют антидепрессанты, особенно те из них, которые лишены выраженных побочных эффектов. В настоящее время в мире синтезировано более 100 антидепрессантов. Недостаточная компетентность практических врачей в психиатрии и психофармакологии приводит к тому, что лишь у 5 % больных распознается депрессия, а грамотная тимоаналептическая терапия проводится лишь у 1/2 из этих больных.

Другая, не менее важная проблема – это диагностика в общемедицинской практике тревожных состояний, которые встречаются в 10–15 % случаев.

Следует также напомнить, что соматическая патология весьма часто

сочетается с психической. Само выделение «психосоматической медицины» тому пример. Успешность лечения пациентов с этой патологией определяется осведомленностью врачей общей медицинской практики о клинике, диагностике и терапии этих расстройств.

Приложения

Приложение 1

Торонтская алексетимическая шкала (TAS)

5*

1. Когда я плачу, я всегда знаю, почему
2. Мечты - это потеря времени
3. Я хотел бы быть не таким застенчивым
4. Я часто затрудняюсь определить, какие чувства я испытываю
5. Я часто мечтаю о будущем
6. Мне кажется, я так же способен легко заводить друзей, как и другие
7. Знать, как решать проблемы более важно, чем понимать причины этих решений
8. Мне трудно находить правильные слова для моих чувств
9. Мне нравится ставить людей в известность о своей позиции по тем или иным вопросам
10. У меня бывают физические ощущения, которые непонятны даже докторам
11. Мне недостаточно знать, что что-то привело к такому результату, мне необходимо знать, почему и как это происходит
12. Я способен с легкостью описать свои чувства
13. Я предпочитаю анализировать проблемы, а не просто их описывать
14. Когда я расстроен, я не знаю, печален ли я, испуган или зол
15. Я часто даю волю воображению
16. Я провожу много времени в мечтах, когда не занят ничем другим
17. Меня часто озадачивают ощущения, появляющиеся в моем теле
18. Я редко мечтаю
19. Я предпочитаю, чтобы все шло само собой, чем понимать, почему произошло именно так
20. У меня бывают чувства, которым я не могу дать вполне точное определение
21. Очень важно уметь разбираться в эмоциях
22. Мне трудно описывать свои чувства по отношению к людям
23. Люди мне говорят, чтобы я больше выражал свои чувства
24. Следует искать более глубокие объяснения происходящему
25. Я не знаю, что происходит у меня внутри
26. Я часто не знаю, почему я сержусь

Ключ TAS:

- 1* совершенно не согласен – 1 балл
- 2* скорее не согласен – 2 балла
- 3* ни то, ни другое – 3 балла
- 4* скорее согласен – 4 балла
- 5* совершенно согласен – 5 баллов.

Эта система баллов действительна для пунктов шкалы: 2, 3, 4, 7, 8, 10, 14,

16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 25, 26.

Отрицательный код имеют пункты шкалы: 1,5,6,9,11,12,13,15,19,21,24.

Для получения итоговой оценки в баллах, следует проставить противоположную оценку по этим пунктам, выдержанным в отрицательном ключе (т. е. оценка 1 получает 5 баллов; 2–4;3-3;4–2;5-1). Сумма баллов по всем пунктам равна итоговому баллу.

Интерпретация:

Теоретическое распределение результатов от 26 до 130 баллов.

Алексетимия – 74 балла и выше;

Не алексетимия – 62 балла и ниже.

Приложение 2

Примерный вопросник, облегчающий выявление депрессии в
общемедицинской практике (Кильхгольц, 1988)

1. Находите ли вы еще в чем-либо удовольствие?
2. Трудно ли вам принимать решения?
3. Интересует ли вас что-либо?
4. Не замечали ли вы в последнее время стремления рассматривать себя больше и дольше, чем раньше?
5. Не кажется ли вам, что ваша жизнь стала совершенно бессмысленной?
6. Нет ли у вас чувства постоянной усталости?
7. Плохо ли вы спите?
8. Чувствуете ли вы боли, нет ли у вас ощущений тяжести в груди?
9. Потеряли ли вы аппетит, похудели?
10. Есть ли у вас трудности сексуального плана?

Приложение 3

«Соматические» симптомы маскированных депрессий:

- ◆ бессонница среди ночи и раннее пробуждение;
- ◆ астения;
- ◆ плохой аппетит;
- ◆ потеря веса;
- ◆ запоры;
- ◆ снижение либидо;
- ◆ аменорея и другие менструальные расстройства;
- ◆ психосоматические нарушения, касающиеся сердечно-сосудистой,

дыхательной, пищеварительной систем, суставов и кожи;

- ◆ болевые ощущения (в голове, области сердца, спине и др.)

Приложение 4

Правила рациональной психофармакотерапии

- ◆ точная диагностика;
- ◆ выделение симптомов-мишеней;
- ◆ выбор наиболее подходящего препарата;
- ◆ получение информированного согласия пациента;
- ◆ начало терапии с низких доз;
- ◆ постепенный, по мере необходимости, подъем доз;
- ◆ нацеленность на оптимальный контроль симптоматики с минимальным уровнем побочных эффектов;
- ◆ периодическая переоценка симптомов-мишеней как меры успешной терапии;
- ◆ попытка медленного снижения дозы и прекращения терапии;
- ◆ постоянная поддержка больного консультациями и катamnестическим наблюдением.

Литература

1. Александер Ф., Селесник Ш. Человек и его душа: познание и врачевание от древности и до наших дней. Пер. с англ. – М.: Прогресс, 1995.-608с.
2. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства (руководство для врачей). – М, Медицина, 1993.-400с.
3. Алексетимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах/ Методическое пособие. – СПб.: Психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева, 1994.– 17с.
4. Ветров И.И. Стресском (Ашвагандха)// «Аюрведа – наука жизни» – № 2. – 2000. – С. 44–46.
5. Диагностика и лечение тревожных расстройств (Руководство для врачей). Пер. с англ./ Общая ред. Т.Дж. Мак Глинна, Г.Л.Меткалфа. Научная редакция русского издания и предисловие проф. Ю.А.Александровского.- 1989.-119с.
6. Заболевания вегетативной нервной системы// А.М.Вейн, Т.Г.Вознесенская, В.Л.Голубев и др./ Под ред. А.М.Вейна.-М.:Медицина,

1991.-624с.

7. Карвасарский Б.Д. Неврозы 2-е изд., перераб. и доп. М.:Медицина,1990.– 576с.

8. Карвасарский Б.Д., Простомолотов В.Ф. Невротические расстройства внутренних органов. – Кишинев: Штиинца,1988.– 166с.

9. Крыжановский А.В. Циклотимическая депрессия. – Киев: АПУ,1995.- 272с.

10. Кузнецова М.Н. Предменструальный синдром//Гинекологическая эндокринология. – М., 1980. – С. 368–396.

11. Лапланш Ж., Понталис Ж.-Б. Словарь по психоанализу. Пер. с франц.- М.:Высш. шк.,1996.– 623с

12. Любан-Плоцца Б., Пельдингер В.,Крегер Ф., Ледеран-Гофман К. Психосоматичний хворий на прийомі у лікаря. – Київ: «АДЕФ-Україна»,1997. Пер. с нем. Українське видання проф. О.К.Напреенко.

13. Менделевич В.Д. при участии Е.А. Сахарова, Э.В. Макаричевой. Гинекологическая психиатрия (клиника, диагностика, терапия). – Казань, 1996. – 337 с.

14. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике Россия, СП б.: АДИС,1994.-304с.

15. Молохов А.Н. Очерки гинекологической психиатрии. – Кишинев, 1962. – 137 с.

16. Морозов Г.В., Шумский Н.Г. Введение в клиническую психиатрию. – Н.-Новгород: НГМА, 1998. – 426 с.

17. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. – СПб.: Мед. информ. агенство,1995.-568с.

18. Мюллер В.Е., Зингер А., Воннеман М. Трава зверобоя. От успокоительного чая к современному антидепрессанту. Пер. с нем. – Франкфурт – на – Майне, 2001 (отдельный оттиск).

19. Н.Пезешкиан Психосоматика и позитивная психотерапия. Пер. с нем.- М.:Медицина,1996.-464с.

20. Новотны П.П. Предменструальный синдром./Пер. с англ. – М.: Крон-Пресс, 1995. – 128 с.

21. Овсянников С.А. История и эпистемология пограничной психиатрии. – М.:Альпари,1995.-206с.

22. Плетнев Д.Д. К вопросу о соматической циклотимии. – Русская клиника,1927.-Т.7.-№ 36.-С.496–500.

23. Райский В.А. Психотропные средства в клинике внутренних болезней.- 2-е изд. перераб. и доп. – М.:Медицина,1988.-256с.

24. Сакс Дж. Менопауза/Пер. с англ. – М.: Крон-Пресс, 1995. – 160 с.
25. Сидоренко Л.Н. Мастопатия (психо-соматические аспекты). – Л.: Медицина, 1979. – 168 с.
26. Соколов С.Я., Замотаев И.П. Справочник по лекарственным растениям. – М.: Медицина, 1985. – 464 с.
27. Тиганов А.С., Видманова Л.Н., Платонова Т.П., Суховский А.А. Маскированная депрессия (клиника и диагностика). – М.: ЦОЛИУВ, 1986. – 31с.
28. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства (Руководство для врачей). – М.: Медицина, 1986. – 384с.
29. Точиллов В.А. Опыт лечения депрессии Депримом// Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2000. – Т.100, № 5. – С.63.
30. Тювина Н.А. Психические нарушения у женщин в период климактерия. – М.: Крон-Пресс, 1996. – 224 с.
31. Эглитис И.Р. Сенестопатии. – Рига: «Зинатне», 1977. – 184с.
32. Ягодка В.С. Лекарственные растения в дерматологии и косметологии. – Киев: Наукова думка, 1991. – 272 с.

Сведения об авторах

1. Сыропятов Олег Геннадьевич – доктор медицинских наук, профессор психиатрии и психотерапии Украинской военно-медицинской академии, президент-учредитель Восточно-Европейской академии психотерапии – Исследовательского центра консультативной психиатрии и психотерапии.

Дзеружинская Наталия Александровна – кандидат медицинских наук, докторант Украинского НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии, ученый секретарь Восточно-Европейской академии психотерапии – Исследовательского центра консультативной психиатрии и психотерапии.