

УДК 618.17-008.8(616-053.7)7616.12-008.331

ЛИТОВЧЕНКО Т.А., ТОНДИЙ О.Л., ЗАВАЛЬНАЯ Е.П., ЯРОШ В.А.¹

Харьковская медицинская академия последипломного образования

¹ Областная клиническая больница, г. Харьков

ЛЕЧЕНИЕ ЦЕФАЛГИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСТОНИИ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД ПРЕ- И МЕНОПАУЗЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТА ЦЕФАВОРА

Резюме. Нами проводилась оценка эффективности действия гомеопатического препарата Цефавора (Cefak, Германия) в коррекции головной боли при вегетососудистой дистонии у женщин в период пре- и менопаузы. В группу обследованных вошли 52 женщины в возрасте от 37 до 55 лет, у которых имели место цефалгии различного генеза, а также проявления вегетативной дистонии. Всем больным проводилось общеклиническое, неврологическое и психологическое обследование. Предложенный препарат оказывает вазоактивное, вентонизирующее, нейротропное, кардиотоническое действие, улучшает реологические свойства крови и микроциркуляцию. В результате лечения отмечалась положительная динамика в клинической картине в виде уменьшения интенсивности цефалгического синдрома, а также нормализация вегетативных функций у женщин в период пре- и менопаузы. Препарат Цефавора можно рекомендовать для периодических курсов в монотерапии или в комплексном лечении.

Ключевые слова: цефалгический синдром, вегетативная дистония, пре- и менопауза, женщины, Цефавора.

В связи с увеличением продолжительности жизни все большую актуальность приобретают медико-социальные аспекты, связанные с менопаузой. По прогнозам Всемирной организации здравоохранения, к 2015 г. около 46 % женского населения планеты будет находиться в возрасте старше 45 лет, причем 85 % из них столкнутся с проблемами перименопаузального периода, для которого характерны такие проявления климактерического синдрома (КС), как вазомоторные и психоэмоциональные расстройства [1, 3–5, 8, 10, 11]. Эти симптомы, развивающиеся у большинства женщин трудоспособного возраста, становятся препятствием для ведения привычного образа жизни, снижают качество жизни, работоспособность и нередко приводят к проблемам в семье и на работе [1, 3–5, 8, 10–11]. В современных условиях, в связи с увеличением общей продолжительности жизни и относительным улучшением социально-бытовых условий, время наступления менопаузы отодвинулось на 5–8 лет по сравнению с началом века. Средний возраст наступления менопаузы в настоящее время составляет 46 лет 8 месяцев, и поэтому практически 1/3 своей жизни женщина проводит в состоянии постменопаузы [4, 5].

Вопросы климактерия в течение многих лет привлекают внимание ученых всех стран, так как гормональная перестройка репродуктивной системы сопровождается развитием патологических изменений в различных органах и системах, особенно в сердечно-сосудистой, нервной, эндокринной, костно-мышечной [1, 3–5, 11].

Климактерический период в целом можно рассматривать как период сложной возрастной перестройки в первую очередь нейрогуморальной регуляции, связанной с угасанием репродуктивной функции. Климактерический период (КП) возникает как у женщин, так и у мужчин, но у мужчин он наступает позже, развивается медленнее. У женщин же КП начинается раньше, протекает острее, и гораздо ярче выражен [3–5, 10–13], что обуславливает большие возможности его исследования.

Адрес для переписки с авторами:

Тондий Оксана Леонидовна
nikiforcat@mail.ru

© Литовченко Т.А., Тондий О.Л., Завальная Е.П., Ярош В.А., 2014

© «Международный неврологический журнал», 2014

© Заславский А.Ю., 2014

Климакс — общемедицинская проблема, изучением которой занимаются врачи многих специальностей, прежде всего эндокринологи, гинекологи, сексопатологи, невропатологи, терапевты, врачи общей практики — семейной медицины и другие. Обычно климакс у женщин наступает в возрасте 45–55 лет, у мужчин — 45–60 лет. Мужчины реже обращаются к врачу по поводу климактерических жалоб, а врачи, в свою очередь, редко объясняют жалобы больного изменениями в организме, свойственными климаксу. Время наступления климакса зависит от типа нервной деятельности человека, перенесенных в прошлом заболеваний, физического развития, образа жизни и многих других факторов. Явления климакса развиваются постепенно и в норме малозаметно проходят в течение 1–5 лет. У части людей нарушения нервной деятельности и изменение функций желез внутренней секреции наблюдаются за несколько лет до прекращения менструации и угасания половой функции. При этом они сопровождаются различными болезненными проявлениями (патологический климакс). У женщин окончание месячных и начало климакса часто не совпадают. Обычно изменения в яичниках начинаются позже — уже после того, как в течение нескольких лет больные предъявляют жалобы климактерического характера [3–5].

Климакс, наступающий до 40 лет, считается ранним. При этом уже в 36–40 лет могут наблюдаться снижение двигательной активности, неприятные ощущения в области сердца, сердцебиение, приливы жара к голове, озноб. Появляется излишняя полнота, иногда повышается артериальное давление. Наступлению раннего климакса способствуют коморбидные острые и хронические болезни, частые роды и аборт, воспалительные заболевания половой сферы [3–5, 10, 11].

По происходящим в организме процессам климакс разделяют на стадии:

1. **Пременопауза** — период от начала угасания гормональной функции яичников до полного прекращения менструаций. Начинается пременопауза в среднем в 40–45 лет и продолжается от 2 до 6 лет. Однако начало пременопаузы, как указывает ряд источников, в последнее десятилетие «молодеет», и начинается она в среднем в 37–38 лет.

2. **Менопауза** — последняя спонтанная менструация. Если месячные прекращаются и отсутствуют как минимум год, значит, менопауза уже наступила.

3. **Постменопауза** — период от последней менструации до последнего дня жизни женщины. В этот период выработка яичниками гормонов совсем прекращается, уровень эстрогенов стабильно низкий. При нормальном течении климакса деятельность репродуктивной системы прекращается постепенно и организм успевает адаптироваться к этим изменениям, самочувствие остается нормальным долгое время [3–5, 10, 11].

Климактерические расстройства, возникающие в результате дефицита эстрогенов, усугубляют изменения

в организме женщины, появляющиеся еще в пременопаузе, и характеризуются в основном комплексом вегетососудистых (приливы жара, повышенная потливость, головные боли, озноб, приступы сердцебиения и др.), обменно-эндокринных (прибавка в массе тела, колебание артериального давления (АД), сухость и старение кожи, ломкость ногтей, выпадение волос и др.) и психоэмоциональных (раздражительность, сонливость или бессонница, слабость, беспокойство, депрессия, забывчивость, невнимательность, снижение либидо и др.) проявлений. Позже, при более глубоком эстрогенном дефиците, появляются урогенитальные и поздние обменные нарушения (остеопороз, сердечно-сосудистые заболевания, нарушение обмена веществ и др.) [3–5, 10, 11].

Таким образом, **климактерический синдром** (климакс) — комплекс сосудистых, неврологических и психоэмоциональных нарушений, обусловленных гормональными изменениями в организме женщины в перименопаузе (возрасте последней менструации). Данное состояние является переходным для женщин — от фертильного возраста к постменопаузе, когда оплодотворение невозможно.

Ранние симптомы климактерического синдрома: приливы жара, ознобы, повышенная потливость, головные боли, повышение или понижение давления, учащенное сердцебиение; раздражительность, сонливость, слабость, беспокойство, депрессия, забывчивость, невнимательность, снижение полового влечения.

Через 1–3 года могут появиться и другие неприятные симптомы климакса: боль в мочевом пузыре, жжение и зуд в области половых органов, сухость кожи, ломкость ногтей, морщины, сухость и выпадение волос, возможно увеличение массы тела.

К поздним симптомам климакса относят обменные проявления, которые могут возникнуть спустя 5 и более лет после менопаузы: метаболический синдром (атеросклероз, повышенное давление, ожирение, инсулинорезистентность); неврологические (снижение когнитивной функции, памяти, зрения, слуха); костно-мышечные проявления (остеопороз, остеоартрит, что грозит частыми и сложными переломами, даже непровольными) и др. [3–5, 10, 11].

Все проявления климактерического синдрома обусловлены возрастным снижением уровня женских половых гормонов — эстрогенов. Снижение уровня этих гормонов приводит к нарушению регуляции нервных центров в головном мозге — центра терморегуляции, сосудодвигательного, сердечного и т.д., что проявляется симптомами климактерического синдрома.

1. **Приливы** — самый частый симптом климакса, появляется у 50–55 % всех женщин этого возраста. Приливы представляют собой вазомоторные приступы — резкое расширение мелких сосудов кожи. Клинически это проявляется картиной внезапного прилива жара к голове и верхней половине туловища. Чаще всего это

происходит ночью. Во время прилива могут наблюдаться приступы сердцебиения, одышки, повышение артериального давления. Иногда наблюдаются обморочные состояния, чувство нехватки воздуха, тошнота, головокружение, слабость.

По количеству таких приливов определяют степень тяжести климактерического синдрома:

— легкая степень — до 10 приливов без нарушения общего состояния и трудоспособности;

— средней тяжести — до 20 приливов в сутки, с жалобами на головную боль;

— тяжелая степень — свыше 20 приливов в сутки, что приводит к нарушению трудоспособности.

2. Неврологические симптомы — головная боль, головокружения, для которых характерна метеочувствительность — возникают при изменении погоды (температуры, влажности, давления).

3. Психоэмоциональные симптомы — после приливов самые распространенные. Женщины страдают от нестабильности настроения, положительные эмоции могут резко сменяться отрицательными. Раздражительность, плаксивость и беспокойство — основные проявления климактерического периода. Могут иметь место нарушения сна (нарушения засыпания, поверхностный сон), иногда очень значительные, что тоже сказывается на эмоциональном состоянии женщины. Снижение памяти и скорости мышления являются причиной снижения «тонуса» коры головного мозга в перименопаузе.

К тяжелым проявлениям климактерического синдрома относят **депрессии и фобии**, которые могут представлять непосредственную угрозу для жизни женщины — именно в этот возрастной период наблюдается всплеск суицидов.

4. Адреналовые симптомы — встречаются несколько реже, по данным литературы, связаны со множественными гормональными перестройками и проявляются в виде адреналовых кризов, сопровождающихся головной болью, повышением артериального давления, учащением сердцебиения, задержкой мочи. К этим же проявлениям климактерического синдрома относят так называемую климактерическую кардиодистрофию — для нее типичны боли в области сердца по типу болей при стенокардии [2–4, 6–14].

По клиническим проявлениям различается физиологическое и патологическое течение КП.

Лечение климактерического синдрома имеет несколько направлений.

1. Здоровый образ жизни: нормализация суточного биоритма, отказ от вредных привычек, поддержание определенного режима питания и двигательного режима.

2. Заместительная гормональная терапия — применение препаратов, содержащих женские половые гормоны, очень эффективно снимает практически все симптомы климактерического синдрома.

3. Негормональные методы лечения — используются различные растительные препараты для снятия симптомов климакса.

4. Седативные препараты.

5. Витамины (группа В, альфа-токоферол, аскорбиновая кислота, D), микроэлементы (кальций, магний, селен, цинк).

6. Антидепрессанты — необходимы при проявлениях депрессии (при стойком снижении настроения, «эмоциональной тупости», суицидальных мыслях).

7. Растительные комплексные препараты, содержащие фитостероиды (препараты папоротника и др.).

8. Физиотерапия и другие немедикаментозные методы лечения (гидротерапия: обливания, контрастный душ, горячие ножные ванны, горячая ванна с успокаивающими травами перед сном, радоновые и йодобромные ванны).

9. Массаж общий и сегментарный, тонизирующий или релаксирующий.

10. Рефлексотерапия: акупунктура, термпунктура, фармакопунктура.

11. Симптоматическая терапия — нейропротекторы, вазоактивные препараты, венотоники и др. [7–9, 11, 12, 14].

Несмотря на доказанную эффективность заместительной гормональной терапии для коррекции неврологических осложнений климактерия, она имеет ряд противопоказаний [1, 5]. В связи с этим актуальным является использование альтернативных негормональных методов лечения КС, среди которых все большее внимание специалистов привлекают комбинированные стандартизированные экстракты растений и гомеопатические препараты [15, 16].

Целью нашего исследования явилась оценка эффективности применения препарата Цефавора (Cefak, Германия) в коррекции вегетативных дистоний у женщин с цефалгическим синдромом в период пре- и менопаузы.

Препарат Цефавора® содержит уникальную комбинацию 3 активных веществ: гинкго билобы, омелы белой и боярышника. Тщательно подобранное сочетание активных веществ, дополняющих друг друга, оказывает благоприятное воздействие на центральную и периферическую нервную, сердечно-сосудистую и эндокринную системы. Фармакологические эффекты гомеопатического применения компонентов Цефавора представлены в табл. 1 [15].

Компоненты, входящие в состав препарата Цефавора, комплексно улучшают мозговую, сердечную и периферическую микроциркуляцию. Снижается агрегация эритроцитов, тромбоцитов и вязкость крови, что приводит к улучшению реологических характеристик крови и скорости кровотока в капиллярах. Постепенно стабилизируется проницаемость клеточных мембран, нейтрализуется действие свободных радикалов, улучшается утилизация кислорода и глюкозы. В конечном итоге нормализуется сердечное, мозговое и периферическое кровообращение, улучшается метаболизм в тканях всех органов и систем [15].

Таблица 1. Компоненты, входящие в состав препарата Цефавора, и их действие

Компонент	Механизм действия и терапевтический эффект
Гинкго билоба (Ginkgo biloba)	В крови происходит снижение агрегации эритроцитов и тромбоцитов. Это является причиной уменьшения вязкости крови, что связано с улучшением характеристик и скорости кровотока, особенно в капиллярах. Проницаемость капилляров нормализуется путем стабилизации мембраны. В тканях стимулируются процессы поглощения и утилизации кислорода и глюкозы. Флавоноиды нейтрализуют действие свободных радикалов, которые в большом количестве выделяются в случае ишемической болезни сердца или нарушений метаболизма, и защищают организм от вредных последствий воздействия радикалов. Нормализация кровообращения в головном мозге и конечностях происходит без появления синдрома обкрадывания
Омела белая (Viscum Album L.)	Способствует нормализации высокого и низкого кровяного давления, уменьшает проявления головокружения, коронарной вазоконстрикции, аритмий сердца
Боярышник (Crataegus laevigata and monogyna)	Благодаря дилатации кровеносных сосудов увеличивается коронарный кровоток, что влечет за собой улучшение показателей миокардиального кровотока

Таблица 2. Распределение пациенток в группах

Возраст женщин, лет (фаза)	От 37 до 45 (пременопауза)	От 45 до 55 (менопауза)	От 45 до 55 (постменопауза)	Всего
Основная группа, n/%	21/40,4	8/15,4	3/5,8	32/61,5
Контрольная группа, n/%	12/23,1	5/9,6	3/5,8	20/38,5

Нами были обследованы 52 женщины в возрасте от 37 до 55 лет, находившиеся под наблюдением в течение 2 месяцев. У всех пациенток принимались во внимание возраст, сопутствующая патология, наличие гинекологических заболеваний, уровень физической активности, наличие психоэмоционального фактора, уровень образования, семейное положение, трудоспособность и др. Наличие актуальной соматической патологии являлось критерием исключения.

У пациенток отмечались физиологические нарушения менструального цикла, связанные с климактерическим периодом. Все пациентки были осмотрены гинекологом, не получали гормонозаместительную терапию, имели сохранившееся либидо.

Пациентки были распределены в зависимости от возраста и периода климактерических проявлений (табл. 2).

Как видно по данным табл. 2, пациентки с пременопаузой составляли большую часть основной и контрольной группы и были молодого возраста (от 37 до 45 лет). Пациенток в менопаузе было 13 человек, а в постменопаузальном периоде — только 6.

Для оценки интенсивности головной боли применялась визуально-аналоговая шкала (ВАШ) от 1 до 10 баллов. Использовались опросник по головной боли, опросник для выявления вегетативных изменений (Вейн А.М., 2000), вегетативный индекс Кердо. Для оценки астенического состояния применялась субъективная шкала оценки астении (MFI-20) [2, 6, 7, 9, 14].

Все пациентки проходили комплексное клиничко-параклиническое обследование, включающее в себя: изучение неврологического статуса, электрокардиографию (ЭКГ), реоэнцефалографию (РЕГ), ультразвуковую доплерографию (УЗДГ), магнитно-резонансную (МРТ)

или компьютерную томографию (КТ) головного мозга и шейного отдела позвоночника; были изучены заключения смежных специалистов, ряд лабораторных показателей и др. Полученные результаты сравнивались с контрольной группой женщин аналогичной возрастной категории.

Все обследованные женщины были произвольно разделены на 2 группы. В первую группу входило 32 женщины, которые принимали препарат Цефавора в течение 2 месяцев в дозе 20 капель 3 раза в день. Вторую группу составили 20 женщин того же возраста, которые не получали регулярного медикаментозного лечения, периодически проходили курсы физиотерапии, массажа, лечебной физкультуры.

У всех пациенток головные боли и признаки вегетативной дистонии дебютировали еще в пубертатном или молодом возрасте. С наступлением пременопаузы головные боли усиливались, интенсивность и частота их увеличивалась. Головные боли давящего, пульсирующего, распирающего характера, локализующиеся чаще в теменной, лобно-височной областях, иррадиирующие в затылочную область, диффузно охватывали всю голову. В 40,4 % случаев цефалгии сопровождалось онемением в области лица, в верхних конечностях (53,8 %), слабостью в руках и ногах (9,6 %), головокружением (73,1 %), неустойчивостью (61,5 %), светобоязнью (34,6 %), нестабильностью цифр артериального давления (88,5 %), сердцебиением (42,3 %), болями в области сердца (30,8 %), сопровождающимися чувством нехватки воздуха, одышкой (55,8 %), чувством жара или озноба (96,15 %), метеоризмом (78,8 %), полиурией (82,7 %), болями в эпигастрии (9,6 %), гипергидрозом (локальным и диффузным) (100 %), отечностью лица (80,8 %), стра-

Таблица 3. Оценка интенсивности цефалгического синдрома по ВАШ

До лечения		После лечения	
Основная группа	Контрольная группа	Основная группа	Контрольная группа
7,80 ± 1,23	7,50 ± 1,10	4,90 ± 1,76	7,10 ± 1,64

хом, тревогой (59,6 %), раздражительностью (88,5 %), снижением работоспособности (94,2 %), бессонницей (86,5 %), общей слабостью (96,2 %), предобморочным состоянием (13,5 %), плохой переносимостью высоких и низких температур (75 %), сонливостью (28,8 %), эмоциональной лабильностью (100 %), плаксивостью (59,6 %), снижением памяти и концентрации внимания (82,7 %). Такие состояния имели приступообразный или перманентный характер и провоцировались метеорологическими факторами, эмоциональной или физической нагрузкой. Также у пациенток отмечалась склонность к депрессии (9,6 %), навязчивые идеи (5,8 %), нарушение либидо (7,7 %), и т. д.

В неврологическом статусе у молодых пациенток (от 37 до 45 лет) отмечалась рассеянная неврологическая микросимптоматика в виде нарушения конвергенции и аккомодации (90,9 %), анизорефлексии (84,8 %), оживления сухожильных рефлексов (72,7 %), появления рефлексов орального автоматизма, стопных и кистевых знаков (87,9 %), парестезий (84,4 %), синдрома вегетативной дистонии (100 %), вестибулоатактического (36,5 %) и астенического синдрома (93,9 %) и т. д.

У пациенток старшего возраста (от 45 до 55 лет) присоединялись явления пирамидной, экстрапирамидной и сенсорной недостаточности более выраженного характера, элементы когнитивных нарушений, на фоне дисциркуляторной энцефалопатии (хроническая недостаточность мозгового кровообращения и признаки внутричерепной гипертензии) и формирования признаков, характерных для развития раннего атеросклероза сосудов.

При изучении интенсивности головной боли по ВАШ до и после лечения в основной группе отмечалась положительная клиническая динамика в виде значительного снижения интенсивности (65,6 % основной группы) головных болей, относительная стабилизация цифр артериального давления, меньшая зависимость от метеорологических, физических и психоэмоциональных факторов. Оценка интенсивности цефалгического синдрома по ВАШ представлена в табл. 3.

Всем пациенткам был проведен мониторинг основных субъективных и объективных симптомов до и после лечения в основной и контрольной группе (табл. 4).

По данным опросника А.М. Вейна (2000) для выявления наличия и степени выраженности вегетативных изменений, у всех пациенток наблюдались объективные и субъективные вегетативные симптомы, чаще с преобладанием симпатической направленности, как перманентного (48,1 %), так и пароксизмального характера (51,9 %). У 12 пациенток контрольной группы, а также

19 пациенток основной группы наблюдалось смешанное течение приступов, без четкого типа. После проведенного курса лечения через 2 месяца в основной группе отмечалась положительная динамика в виде уменьшения вегетативных симптомов, частоты и интенсивности головных болей, нормализации вегетативных функций, нормализации сна, работоспособности, уменьшения потливости, сердцебиения, а также уменьшения частоты, длительности и выраженности вегетативных пароксизмов. Показатели опросника А.М. Вейна коррелировали с клинической симптоматикой, представленной в табл. 4.

По данным расчета вегетативного индекса Кердо, до начала исследования преобладание симпатического влияния наблюдалось у 30,8 % женщин основной и 9,6 % — контрольной группы, парасимпатического — у 13,5 % (контрольная — у 15,4 %), нормотония — у 17,3 % (контрольная — у 13,5 %). После проведенного курса лечения через 2 месяца в основной группе увеличилось число женщин с нормотонией — 43,75 %, уменьшилось — с симпатикотонией (34,3 %) и парасимпатикотонией (21,9 %). Показатели в контрольной группе через 2 месяца коррелировали с аналогичными показателями у женщин в этой же группе до начала лечения.

Таким образом, изучение вегетативного тонуса дало возможность выявить снижение выраженности симпатикотонии в процессе лечения препаратом Цефавора. На фоне лечения отмечалось уменьшение симпатической направленности вегетативных функций, о чем свидетельствует регресс клинических проявлений, а также нормализация вегетативного индекса Кердо и увеличение количества пациенток с нормотонией.

При изучении выраженности астенического синдрома с помощью субъективной шкалы оценки астении (MFI-20) в основной и контрольной группе до начала исследования отмечалась выраженность общей астении, снижение общей активности, мотивационных процессов, наличие физической и психической астении. В ходе динамического наблюдения через 2 месяца в основной группе отмечались улучшения в состоянии женщин, снижение выраженности астении, умственной и физической утомляемости, общей астенизации.

До начала исследования при проведении ЭКГ у 18 пациенток регистрировались признаки гипертрофии миокарда левого желудочка, у 30 пациенток отмечались неспецифические изменения при отсутствии морфологических изменений в миокарде, которые были обусловлены чаще повышением тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы (синусовая тахикардия, синусовая аритмия, экстрасистолия), что подтверж-

Таблица 4. Сравнительная характеристика клинических симптомов (%)

Жалобы	До лечения		После лечения	
	Основная группа (n = 32)	Контрольная группа (n = 20)	Основная группа (n = 32)	Контрольная группа (n = 20)
Головные боли	100	100	34,4	90
Онемение в области лица	62,5	45	46,9	40
Онемение в верхних конечностях	43,8	45	37,5	45
Головокружение	71,9	65	53,1	60
Нестабильные цифры артериального давления	84,4	85	53,1	80
Сердцебиение	65,6	65	46,9	45
Боли в области сердца	56,3	55	50	55
Боли в эпигастрии	18,8	10	15,6	10
Чувство нехватки воздуха, одышка	53,1	50	31,3	55
Чувство жара или озноба	84,4	60	59,4	60
Полиурия	59,4	60	40,6	60
Гипергидроз (локальный и диффузный)	93,8	90	68,8	95
Отечность лица	37,5	35	28,1	35
Страх, тревога	56,3	50	40,6	50
Раздражительность	78,1	80	62,5	85
Снижение работоспособности	93,8	100	56,3	95
Бессонница	84,4	70	25	70
Общая слабость	71,9	65	31,25	60
Плохая переносимость высоких и низких температур	75	75	43,8	70
Предобморочное состояние	21,9	20	15,6	20
Сонливость	28,1	25	25	25
Эмоциональная лабильность	100	100	28,1	80
Плаксивость	56,3	60	42,4	55
Снижение памяти и концентрации внимания	87,5	70	34,4	65

далось данными исследований различных авторов. При проведении ЭКГ-исследований в динамике были зарегистрированы положительные изменения в основной группе обследуемых женщин, которые принимали препарат Цефавора. У 11 пациенток из 32 отмечалась нормализация сердечного ритма, уменьшились экстрасистолы. По данным исследования артериального давления в основной и контрольной группе, у большинства пациенток произошла стабилизация цифр артериального давления в пределах возрастной нормы.

Для изучения церебральной гемодинамики мы использовали методы реоэнцефалографии и ультразвуковой доплерографии.

У пациенток в основной и контрольной группе до лечения показатели церебральной гемодинамики по данным РЭГ были идентичны и характеризовались нарушением конфигурации анакротической и катакротической фаз волны, пологого характера восходящей части, смещением дикротического зубца

и вершины, раздвоением вершины с образованием плато, появлением венозных волн в катакротической фазе, свидетельствовавших о достоверных изменениях эластотонических свойств сосудистой стенки и появлении признаков затруднения венозного оттока различной степени выраженности. Чаще превалировал гипертонический тип кривой (82,7 %) с проявлениями межполушарной асимметрии и признаками венозного застоя, объединением элементов, характерных для гипертонического типа РЭГ-кривой.

После проведенного курса лечения препаратом Цефавора через 2 месяца в основной группе у всех 32 пациенток отмечалось изменение качественных показателей кривых РЭГ в виде уменьшения плато, нормализации систолидиастолического соотношения, уменьшения количества венозных волн, что подтверждает вазоактивное действие препарата Цефавора, улучшающее микроциркуляцию, венозный отток и реологические свойства крови.

Для детального изучения церебральной гемодинамики нами использовался метод УЗДГ. У 88,5 % пациенток отмечалось достоверное снижение скорости кровотока, повышение индекса пульсации по всем сосудистым бассейнам с более выраженной дисциркуляцией в вертебрально-базиллярном бассейне. В процесс вовлекались не только внутримозговые, но и магистральные сосуды головы, что в дальнейшем способствовало развитию более глубоких нарушений церебральной гемо- и ликвородинамики и прогрессированию более выраженной энцефалопатии. У незначительного количества более молодых пациенток (5,8 %) скоростные характеристики совпадали с нормальными показателями, что, по-видимому, было связано с включением компенсаторных механизмов в интракраниальных сосудах в виде вазоспазма для обеспечения мозгового кровотока на нормальном уровне.

Результаты исследований через 2 месяца показали, что при УЗДГ было выявлено повышение скоростных показателей кровотока на 15–20 % в позвоночных, задних мозговых и средних мозговых артериях. При этом отмечено повышение коэффициентов сосудистой реактивности, положительная реакция на функциональные нагрузочные тесты, что соответствует удовлетворительной величине церебрального резерва, по данным исследования с использованием гипер- и гиповентиляционных тестов. Признаков выраженного стеноза и окклюзии в магистральных сосудах не было выявлено. Отмечалось улучшение количественных и качественных параметров спектра во всех сосудистых бассейнах, косвенные признаки улучшения церебрального венозного кровотока без гемодинамически значимых отклонений. Показатели РЭГ и УЗДГ в контрольной группе существенно не отличались от исходных.

Таким образом, эти данные указывают на эффективность применения препарата Цефавора, который благодаря сочетанию гинкго билобы, боярышника и омелы белой улучшает реологические характеристики крови и скорость церебрального кровотока, обладает вазоактивным, антиагрегантным и вентонизирующим действием.

При изучении данных КТ- и МРТ-исследования в анамнезе в обеих группах не было выявлено выраженной сосудистой, а также демиелинизирующей, воспалительной и очаговой патологии. Отмечалось незначительное расширение субарахноидальных пространств и желудочковой системы мозга, симметричное снижение плотности ткани.

Таким образом, при наблюдении за женщинами в пременопаузе и при первых признаках менопаузы целесообразно выделять группу риска пациенток с цефалгическим синдромом на фоне вегетативной дистонии и рекомендовать им периодические курсы приема препарата растительного происхождения Цефавора в монотерапии или в комплексном лечении.

Препарат не вызывает выраженных побочных явлений (кроме индивидуальной непереносимости) при

длительном приеме. Только у 5 пациенток из основной группы в начале курса лечения отмечалось усиление головной боли в течение 3–4 дней, которая купировалась самопроизвольно и не требовала отмены Цефавора. У 3 пациенток периодически отмечалось появление общей слабости, «несвежести в голове», «ватности во всем теле», легкое головокружение. Вероятно, это было связано с особенностью действия гомеопатических препаратов на начальном этапе лечения.

Препарат Цефавора может использоваться как альтернатива или дополнение к синтетическим препаратам, эффективен и достаточно безопасен при длительном приеме.

В заключение хотелось бы напомнить врачам разных специальностей — терапевтам, неврологам, эндокринологам и др., что, видя женщину из возрастной категории «40+» с проявлениями вегетативной дисфункции, целесообразно направить ее к гинекологу для оценки и коррекции гормонального фона.

Список литературы

1. Березина И.И. Менопауза. — М.: Медицина, 2002. — С. 5–12.
2. Головная боль: Рук-во для врачей / Под ред. М.Н. Пузина. — М.: Медицина, 2007. — С. 3–203.
3. Клопова И.А. Клинико-функциональная характеристика, особенности ведения женщин с цефалгическим синдромом в климактерическом периоде: Автореф. дис... канд. мед. наук. — Иваново, 2008. — 27 с.
4. Краснощекова Л.И. Неврологические нарушения при патологическом климаксе у женщин // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1989. — Т. 89. — С. 41–44.
5. Кулаков В.И., Сметник В.П. Руководство по климактерию. — М.: Медицина, 2001. — С. 265.
6. Мачерет Е.Л., Коркушко А.О. Вегетососудистая дистония и рефлексотерапия // Международный неврологический журнал. — 2009. — № 8(30). — С. 69–71.
7. Морозова О.Г. Вегетативные дисфункции в общесоматической практике // Здоров'я України (тематичний випуск). — 2007. — С. 38–39.
8. Синицына Л.В. Клинико-функциональная характеристика неврологической патологии у женщин в климактерическом периоде, особенности ее диагностики и диспансеризации в амбулаторно-поликлинических условиях: Автореф. дис... д-ра мед. наук. — Иваново, 2006. — 23 с.
9. Соколов С.А. Алгоритм объективной оценки результатов лечения больных с нейрциркуляторной дистонией: обоснование и опыт применения // Рос. медико-биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова. — 2010. — № 4. — С. 104–109.
10. Клопова И.А. Состояние вегетативной нервной системы при цефалгиях в климактерическом периоде // Вестн. РГМУ. — 2008. — № 2 (61). — С. 31.
11. Состояние психовегетативного статуса у женщин с цефалгиями в период перименопаузы // Вестн. Ивановской медицинской академии. — 2007. — Т. 12, № 1–2. — С. 41–43.
12. Завальная Е.П., Тондий О.Л. и др. Монотерапия препаратами гинкго билобы в лечении вегетативно-сосудистых расстройств у женщин в период пре- и менопаузы //

Украинский вестник психоневрологии. — 2012. — Т. 20, вып. 3 (72). — С. 96.

13. Цефалгический синдром в климактерическом периоде у женщин / И.А. Клопова, Л.И. Краснощечкова, Н.Ф. Евсеев, М.Ю. Точенов, В.Л. Ельниковский, В.Б. Гришштейн, В.В. Линьков // IX Всероссийский съезд неврологов: Сборник тезисов. — Ярославль, 2006. — С. 14.

14. Шток В.Н. Головная боль. — М.: МИА, 2007. — 274 с.

15. For the support of blood flow — Cefavora®. Results of a multicentre drug monitoring. Jürgen Hartmann Verlag GmbH, D-91093 Heßdorf-Klebheim. Editorial staff: A. Bauer, B. Blunck. Enclosure to DBI — Der Bayerische Internist 4/08, August/September 2008.

16. Sieglaff V. Beginnende zerebrovaskuläre Insuffizienz, Behandlung mit Cefavora® // Z. Allg. Med. — 1991. — 67. — 1593-1598.

Получено 07.03.14 ■

Литовченко Т.А., Тондй О.Л., Завальна Є.П., Ярош В.А.¹

Харківська медична академія післядипломної освіти

¹ Обласна клінічна лікарня, м. Харків

ЛІКУВАННЯ ЦЕФАЛГІЧНОГО СИНДРОМУ Й ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСТОНІЇ В ЖІНОК У ПЕРІОД ПРЕ- ТА МЕНОПАУЗИ З ЗАСТОСУВАННЯМ ПРЕПАРАТУ ЦЕФАВОРА

Резюме. Нами проведено оцінку ефективності дії гомеопатичного препарату Цефавора (Cefak, Німеччина) у корекції головного болю у жінок із вегетосудинною дистонією в період пре- та менопаузи. До групи обстеження увійшли 52 жінки віком від 37 до 55 років із цефалгіями різного генезу, а також проявами вегетативної дистонії. Усім хворим проводили загальноклінічне, неврологічне та психологічне обстеження. Запропонований препарат справляє вазоактивну, венотонізуючу, нейропротекторну та кардіотонічну дію, покращує реологічні властивості крові та мікроциркуляцію. У результаті лікування відзначалась позитивна динаміка клінічної картини у вигляді зменшення інтенсивності цефалгійного синдрому, а також нормалізації вегетативних функцій у жінок в період пре- та менопаузи. Препарат Цефавора можна рекомендувати для періодичних курсів лікування у монотерапії або ж у комплексному лікуванні.

Ключові слова: цефалгійний синдром, вегетативна дистонія, пре- та менопауза, жінки, Цефавора.

Litovchenko T.A., Tondiy O.L., Zavalnaya Ye.P., Yarosh V.A.¹

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

¹ Regional Clinical Hospital, Kharkiv, Ukraine

TREATMENT FOR CEPHALGIC SYNDROME AND VEGETATIVE DYSTONIA SYNDROME IN WOMEN DURING PRE- AND MENOPAUSE USING CEFAVORA

Summary. We evaluated the efficacy of a homeopathic drug Cefavora (Cefak, Germany) in the correction of headaches at vegetovascular dystonia in women during pre- and menopause. The study group included 52 women aged 37 to 55 years who had cephalalgia of various origins and manifestations of vegetative dystonia. All patients underwent general clinical, neurological and psychological examination. The proposed formulation has vasoactive, venotonic, neuroprotective, cardiogenic effects, improves blood rheology and microcirculation. As a result of treatment we noted a positive dynamics in the clinical picture in a form of decreased intensity of cephalgic syndrome, as well as normalized autonomic function in women during pre- and menopause. Cefavora may be recommended for periodic courses in monotherapy or combined treatment.

Key words: cephalgic syndrome, vegetative dystonia, pre- and menopause, women, Cefavora.