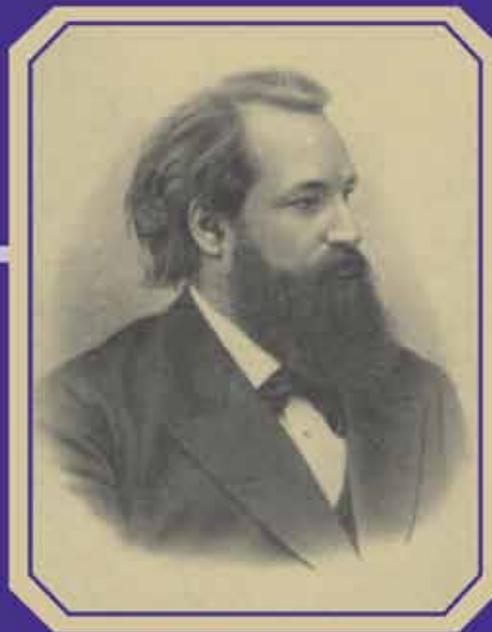


ISSN 1997-7298

ЖУРНАЛ НЕВРОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ

ИМЕНИ С.С. КОРСАКОВА

Том 112



12'2012

Научно-практический журнал
Основан в 1901 г.



МедиаСфера

ЭФФЕКТИВНАЯ КОМБИНАЦИЯ С ПРЕПАРАТАМИ РАЗЛИЧНЫХ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ГРУПП ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ И ДИСБАЛАНСА

НООТРОПНЫЕ СРЕДСТВА

+

Потенцирует ноотропный эффект
(т. к. Адаптол сам обладает ноотропными свойствами).^{1,2}

БЕНЗОДИАЗЕПИНОВЫЕ ТРАНКВИЛИЗАТОРЫ

+

Улучшает переносимость (уменьшает выраженность побочных эффектов), потенцирует противотревожное действие, уменьшает проявления синдрома отмены бензодиазепиновых транквилизаторов.¹

СНОТВОРНЫЕ СРЕДСТВА

+

Усиливает действие и нормализует сон.

АНТИДЕПРЕССАНТЫ

+

"Терапия прикрытия" – улучшает переносимость, способствует повышению и стабилизации терапевтического эффекта, облегчает состояние пациента до момента начала действия антидепрессантов (первые две недели).

НЕЙРОЛЕПТИКИ

+

Улучшает переносимость – уменьшает проявления нейролептического синдрома (соматовегетативные и неврологические побочные эффекты), не снижая антипсихотического действия.¹

А

Д

А

П

Т

О

Л

БАЗИСНОЕ СРЕДСТВО В ТЕРАПИИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ И ДИСБАЛАНСА РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Литература

1. О.С. Чабан, О.О. Хаустова. Терапия пациентов с тревожными синдромами в рамках невротических и психосоматических расстройств (сердечно-сосудистая патология и метаболический синдром X). Методические рекомендации. Киев. 2009
2. Л.С. Чутко, М.П. Кузовенкова. Основные подходы к диагностике и лечению психосоматических заболеваний. Санкт-Петербург. 2009

Психовегетативные особенности и возможности терапии больных нейроциркуляторной астенией

Н.А. ФРОЛОВА, Л.С. ЧУТКО*, С.Ю. СУРУШКИНА

Кафедра военно-морской и госпитальной терапии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, Институт мозга человека им. Н.П. Бехтерева РАН, Санкт-Петербург

Neurocirculatory asthenia: psychoautonomic features and treatment possibilities

N.L. FROLOVA, L.S. CHUTKO, S.YU. SURUSHKINA

Kirov Military Medical Academy; N. Bekhtereva Institute of Human Brain, St-Petersburg, Russian Academy of Sciences

Представлены результаты клинического, физиологического и психологического обследования 31 пациента с нейроциркуляторной астенией с синдромом артериальной гипертензии. Установлено увеличение уровня реактивной тревоги и личностной тревожности, сопряженные с изменением целого ряда физиологических показателей функции сердечно-сосудистой и дыхательной систем, что, по мнению авторов, подтверждает ведущую роль психоэмоциональной сферы в формировании гипертензивных реакций. В изученной группе больных установлена высокая эффективность адаптола в суточной дозе 1500 мг в течение 8 недель — улучшение в 74% случаев.

Ключевые слова: нейроциркуляторная астения, адаптол.

The authors present the results of clinical, physiological and psychological examination of 31 patients with neurocirculatory asthenia with arterial hypertension syndrome. There was an increase in the levels of state and trait anxiety correlated with a number of physiological traits that confirmed a leading role of psycho-emotional sphere in the formation of hypertensive reactions. An evaluation of the efficacy of the drug Adaptol used in daily dosage 1500 mg during 8 weeks in the treatment of these patients revealed its high efficacy (the improvement was seen in 74% of cases) confirmed by the data of clinical and psychological studies.

Key words: neurocirculatory asthenia, adaptol.

Нейроциркуляторная астения (НЦА) относится к психовегетативным расстройствам, при которых подразумевается психическое происхождение соматических феноменов. В современной психиатрии данная патология чаще всего рассматривается как «соматоформное расстройство (СФР)». Это группа психогенных заболеваний, характеризующихся клиническими проявлениями, напоминающими соматическое заболевание, но при этом не обнаруживается никакой органической патологии и имеются лишь неспецифические функциональные нарушения. В нашей стране это заболевание традиционно рассматривается в свете нейроциркуляторной дистонии (НЦД). Согласно определению, предложенному Н.Н. Савицким, «НЦД — полиэтиологическое страдание, в основе которого лежат расстройства нейроэндокринной регуляции с множественными и разнообразными клиническими симптомами, возникающими и усугубляющимися на фоне стрессовых воздействий и отличающимися доброкачественностью и благоприятным прогнозом» (цит. по [9]).

Наиболее стойкими при НЦА оказываются кардиоваскулярные расстройства, респираторные и вегетативные нарушения. Одним из наиболее распространенных синдромов при НЦА является синдром артериальной гипер-

тензии [12]. Спонтанные повышения артериального давления (АД) наблюдаются у большинства больных НЦА. В отличие от больных гипертонической болезнью, АД при НЦА повышается умеренно (больше систолическое). Уровень АД отличается крайней лабильностью на протяжении суток и зависит в основном от эмоциональных факторов; утром и ночью, как правило, АД нормальное [8].

Доля больных НЦА в общей структуре сердечно-сосудистых заболеваний составляет до 30–50% [5]. Поскольку НЦА встречается преимущественно у лиц трудоспособного возраста, успешное лечение этого заболевания, безусловно, имеет большое социальное значение.

Значительную роль в генезе НЦА играют тревожные расстройства. По данным С.В. Иванова [5], тревожно-фобические расстройства отмечаются у пациентов с данной патологией в 65% случаев. Еще Da Costa в 1871 г. на основе наблюдений, сделанных во время гражданской войны в США, описал нарушения сердечно-сосудистой системы, названные им «возбудимым сердцем солдата» и позднее получившие название «синдром Да Коста». В 1966 г. W. Thiele [19] описал психовегетативный синдром — психофизиологическое расстройство с превалированием вегетативных нарушений в ответ на эмоциональное напря-

жение, отмечая естественное взаимодействие и одновременное развитие психических и вегетативных сдвигов. Изучением рассматриваемой патологии занимаются как кардиологи, так и психотерапевты и неврологи.

Для коррекции психоэмоционального состояния и нейровегетативных нарушений, обуславливающих повышение АД у больных НЦА, используются препараты из группы транквилизаторов (анксиолитики). Под влиянием анксиолитиков уменьшается возбудимость подкорковых областей головного мозга (лимбической системы, таламуса, гипоталамуса), ответственных за осуществление эмоциональных реакций, и тормозится взаимодействие между этими структурами и корой большого мозга. Ранее часто использовались транквилизаторы бензодиазепиновой группы (диазепам, феназепам, альпразолам, грандаксин и др.), при применении которых возможно развитие целого ряда побочных эффектов, в том числе возникающих после отмены бензодиазепинов, в виде возобновления или даже усиления прежней симптоматики (синдром рикошета) [14]. В связи с этим в последнее время большее распространение получили небензодиазепиновые анксиолитики. Эту группу составляют различные по химической структуре лекарственные препараты, которые также оказывают анксиолитическое действие, но не вызывают миорелаксации, мнестических расстройств и синдрома зависимости. Одним из таких лекарственных средств является препарат адаптол, который обладает умеренной анксиолитической активностью, устраняет или ослабляет беспокойство, тревогу, страх, внутреннее эмоциональное напряжение и раздражительность [3, 4]. Транквилизирующий эффект препарата не сопровождается сонливостью, миорелаксацией и нарушением координации движений. Адаптол не снижает умственную и двигательную активность, поэтому его можно применять перед началом рабочего дня.

Цель исследования — изучение психовегетативных проявлений у больных НЦА с синдромом артериальной гипертензии и оценка эффективности препарата адаптол в этих случаях.

Материал и методы

Исследование проводилось в Клинике военно-морской и госпитальной терапии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова.

В соответствии с критериями ВОЗ, был отобран 31 пациент с НЦА гипертензивного типа, которые составили основную группу. В контрольную группу вошли 34 практически здоровых человека. Эти группы были сопоставимы по полу и возрасту. Средний возраст в исследуемых группах составил $32,7 \pm 5,8$ года.

Критерии исключения из исследования были следующие: стойкое повышение АД (выше 140/90 мм рт.ст.) не менее чем в 2 из 3 амбулаторных измерений АД, проводившихся с интервалом в 1 нед; наличие изменений со стороны одного и/или нескольких внутренних органов; бронхиальная астма или хронический бронхит в анамнезе; сопутствующие хронические заболевания пищеварительной и мочеполовой системы в стадии обострения; заболевания эндокринной системы; острое инфекционное заболевание или обострение хронической инфекции на момент обследования.

Во всех случаях проводились сбор анамнеза и общесоматическое обследование. Оценка вегетативных нару-

шений осуществлялась с помощью опросника для выявления признаков вегетативных нарушений А.М. Вейна и соавт. [2]. Выполнялось суточное мониторирование АД, осуществлялся спектральный анализ variability сердечного ритма (ВСР) согласно принятым международным стандартам. Интенсивность головной боли и кардиалгий вычислялась с помощью визуально-аналоговой шкалы (ВАШ, 10-балльный вариант). Реактивная тревога и личностная тревожность оценивались с помощью шкалы Спилбергера—Ханина, уровень депрессии — по адаптированной шкале Цунга.

Для исследования нейровегетативной регуляции сердечного ритма использовался прибор САКР — спироартериокардиоритмограф, разработанный ООО ИНТОКС, который позволяет одновременно непрерывно осуществлять регистрацию АД, потоков вдыхаемого и выдыхаемого воздуха и сердечного ритма по ЭКГ. Всем испытуемым проводилась фоновая регистрация кардиоритмограммы (КРГ), АД и дыхания в течение 2 и 5 мин, а также выполнялись следующие 2-х минутные дыхательные тесты: проба с фиксированным дыханием 6 дыхательных циклов в минуту; синхронизированное с сердечным ритмом дыхание [12], для выполнения которого участникам эксперимента дополнительно накладывались ЭКГ-электроды кардиосигнализатора фирмы «Биосвязь». Колебания сердечного ритма преобразовывались в световые и звуковые сигналы, что позволяло, используя принцип биоуправления с обратной связью, при увеличении частоты сердечных сокращений (ЧСС) выполнять вдох, а при снижении ЧСС — выдох. Используя эти дыхательные методики, мы исходили из представлений, что дыхательный тест может выявлять связанные с активностью барорефлекса периферические парасимпатические влияния на синусовый узел. Синхронизация дыхания с колебаниями сердечного ритма выявляет собственную частоту центрального водителя ритма, или центральную пейсмекерную активность, осуществляющуюся через симпатический отдел вегетативной нервной системы [7, 18].

Пациентам с НЦА адаптол назначался в течение 8 нед в суточной дозе 1500 мг, разделенной на 3 приема. Другой терапии в течение этого времени и за 1 мес до обследования пациенты не получали.

Результаты

Ведущими жалобами пациентов основной группы являлись слабость, повышенная утомляемость, плохая переносимость физических и психоэмоциональных нагрузок.

Среднее значение систолического АД было 130 ± 16 , диастолического АД — 83 ± 11 мм рт.ст.; максимальные цифры регистрируемого систолического АД — 169 ± 28 , диастолического АД — $103,6 \pm 9,2$ мм рт.ст. Средняя ЧСС — $68,8 \pm 13,1$ уд. в минуту.

Помимо синдрома артериальной гипертензии, у 25 (80,6%) больных встречался кардиалгический синдром, который проявлялся колющими, ноющими болями, как правило, в области верхушки сердца, связанными с психоэмоциональными нагрузками и прекращающимися при отвлечении больного на внешние факторы. Средняя интенсивность сердечной боли по ВАШ составила $5,8 \pm 3,1$.

У всех пациентов основной группы отмечались головные боли. В 22 (70,9%) случаях цефалгии имели тупой, диффузный, сжимающий характер и не были связаны с

Результаты обследования пациентов с НЦА до и после лечения адаптолом

Показатель	Пациенты с НЦА		Контрольная группа
	до лечения	после лечения	
Систолическое АД, мм рт.ст.	138,3±16,2	126,4±18,1	124,5±12,6
Диастолическое АД, мм рт.ст.	87,6±11,4	78,3±7,2	76,4±7,3
Максимальное систолическое АД, мм рт.ст.	169,4±28,1	132,3±19,2*	128,6±10,5
Максимальное диастолическое АД, мм рт.ст.	103,6±9,2**	87,4±6,1*	83,3±4,3
Средняя ЧСС	68,8±8,1	69,2±7,5	70,3±6,9
Реактивная тревожность, баллы	38,5±8,2*	31,9±6,3*	28,7±5,4
Личностная тревожность, баллы	43,7±9,3**	39,6±8,4	28,3±5,1
Общая мощность ВСР	64,3±15,2*	49,3±9,6*	45,1±8,7
Мощность медленноволнового диапазона ВСР	36,9±7,6*	28,4±4,6*	26,6±5,3

Примечание. Достоверность различий по сравнению с контрольной группой на уровне * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$; достоверность различий по сравнению с соответствующим показателем до лечения на уровне * — $p < 0,05$.

динамикой АД. Это позволило оценить данные цефалгии как головные боли напряжения (ГБН). При этом у 18 (58,1%) пациентов отмечались частые (эпизодические) ГБН. Частота приступов головной боли в таких случаях составляла 3—10 раз в месяц. Диагноз «хронические ГБН» был поставлен в 4 (12,9%) случаях. Мигренозные боли отмечались у 9 (29,0%) человек, при этом мигрень без ауры была в 7 (22,6%) случаях, мигрень с типичной аурой — в 2 случаях. Средняя интенсивность головной боли по ВАШ составила $7,2 \pm 2,5$.

Комплексный балл оценки тяжести вегетативных нарушений по опроснику А.М. Вейна составил в основной группе $43,6 \pm 13,2$, в контрольной группе — $22,5 \pm 6,7$ балла (норма — 20—25 баллов).

Результаты психологического исследования по тесту Спилбергера—Ханина показали, что у пациентов с НЦА имелось умеренное повышение реактивной тревожности и выраженное повышение личностной тревожности по сравнению с контрольной группой (см. таблицу).

При спектральном анализе ВСР выяснилось, что общая мощность состояния в покое в группах больных НЦА с артериальной гипертензией и здоровых достоверно различалась ($p < 0,01$) (см. таблицу). Кроме того, мощность медленноволнового диапазона ВСР больных НЦА также была значимо ($p < 0,05$) больше, чем у здоровых. При анализе мощности быстроволнового спектра ВСР, а также соотношения медленных и быстрых волн значимые различия получены не были.

Синхронизация дыхания с сердечным ритмом выявила значимое ($p < 0,05$) увеличение общей мощности спектра, а также его медленноволнового диапазона. В еще большей степени общая мощность и мощность медленных волн увеличились при выполнении дыхательного теста — 6 циклов в минуту (см. таблицу).

Наибольшего внимания заслуживает анализ амплитуды мощности медленноволнового пика, характеризующего синхронизацию ритмической активности, что проявляется в гармонизации (и повышении амплитуды основного пика спектральной мощности ВСР) либо дезорганизации (и снижении амплитуды основного пика).

После лечения адаптолом улучшение состояния было отмечено у 23 (74,1%) пациентов. Отмечалось существенное снижение частоты эпизодов сердечной боли, снижение средних и максимальных значений систолического и диастолического АД (см. таблицу). Средняя интенсивность сердечной боли после курса лечения составила

$3,4 \pm 1,6$, т.е. имело место статистически достоверное ($p < 0,05$) уменьшение интенсивности боли. Отмечалось также после лечения достоверное уменьшение реактивной тревожности ($p < 0,01$). При оценке болевого синдрома с помощью ВАШ средняя интенсивность головной боли после лечения составила $3,1 \pm 1,5$ балла. Таким образом, отмечено достоверное уменьшение интенсивности боли ($p < 0,01$). Наибольшее снижение интенсивности цефалгии наблюдалось у пациентов с ГБН (особенно с частыми эпизодами).

Комплексный балл оценки тяжести вегетативных нарушений после курса адаптола по шкале А.М. Вейна составил $27,1 \pm 5,9$, что свидетельствует о достоверном улучшении ($p < 0,05$). Помимо улучшения самочувствия после курса адаптола отмечалось достоверное снижение мощности медленноволнового диапазона ВСР ($p < 0,05$).

В 2 случаях во время 1-й недели лечения отмечалась незначительная сонливость, которая не потребовала отмены терапии и прошла самостоятельно. Других нежелательных побочных эффектов и осложнений не было.

Обсуждение

Полученные результаты показали, что больных НЦА с преобладающим синдромом артериальной гипертензии отличает повышение уровня реактивной тревоги и, в большей степени, личностной тревожности. Результаты наших исследований согласуются с данными, ранее полученными О.В. Антонышевой и В.И. Козловским [1], которые при обследовании пациентов с артериальной гипертензией выявили повышенный уровень личностной тревожности и реактивной тревоги, что подтверждает вовлеченность психоэмоциональной сферы в формирование гипертензивных реакций.

Анализ ВСР является интегральным показателем, отражающим воздействие симпатического и парасимпатического отделов автономной нервной системы на синусовый узел. Анализируя спектральные показатели вариабельности АД при фоновой его регистрации, нами получено значимое уменьшение мощности медленноволнового спектра систолического АД у больных НЦА по сравнению со здоровыми, что, учитывая значимое увеличение медленноволновой мощности ВСР в сравнении со здоровыми, указывает на явное рассогласование между ВСР и АД, что не наблюдается у здоровых. Повышение общей мощности ВСР указывает на весомый вклад веге-

тативной нервной системы в регуляцию сердечного ритма у больных НЦА. В то же время увеличение мощности медленноволнового диапазона ВСР у больных НЦА с артериальной гипертензией в сравнении со здоровыми может быть косвенным свидетельством повышенной симпатической активности [15].

Таким образом, повышение АД у больных НЦА происходит на фоне психической и нейровегетативной дезадаптации: состояния дистресса, при котором на фоне общей активации автономной нервной системы с преобладанием симпатикотонии наблюдается дезорганизация ритмических процессов, выявляющаяся с помощью дыхательных тестов [17]. Тревожность в этом случае играет роль своего рода связующего звена между психической и соматической сферами [11], подтверждая мнение J. Lipowski [16] о том, что механизм соматизации определяется склонностью переживать психологический стресс на физиологическом уровне. Дыхательные пробы в комплексе с сердечным ритмом позволяют более точно выявлять особенности симпатовагусных взаимоотношений, а также активности «центрального осциллятора» и периферической барорефлекторной чувствительности. У больных НЦА имеет место дезорганизация ритмов, которая

проявляется при синхронизации дыхания с сердечным ритмом.

Подводя итоги результатов исследования, следует еще раз подчеркнуть, что повышенная активность вегетативной нервной системы, симпатикотония у больных НЦА с синдромом артериальной гипертензии ассоциированы с повышенным уровнем реактивной и личностной тревожности [10]. В связи с этим патогенетически обоснованным представляется применение анксиолитиков в лечении НЦА. Препарат адаптол проявляет антагонистическую активность по отношению к возбуждающей адренергической и глутаматергической системам и усиливает функционирование тормозных серотонин- и ГАМК-ергических механизмов мозга [3]. Применение адаптола приводит к снижению уровня реактивной тревоги и нормализации вегетативного баланса в сердечно-сосудистой системе, что и обеспечивает нормализацию состояния и снижение АД у больных НЦА. Полученные клинические изменения во многом определяются анксиолитическим и вегетостабилизирующим эффектами адаптола, что делает его эффективным средством лечения НЦА.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антоньшева О.В., Козловский В.И. Профиль личности, тревожные и депрессивные расстройства у больных артериальной гипертензией. Вестник ВГМУ 2010; 9: 2.
2. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Воробьева О.В. и др. Психосоматические отношения. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика. Под ред. А.М. Вейна. М: МИА 2000.
3. Громов Л.О., Дудко Е.Т. «Типичные» и «атипичные» транквилизаторы. Вестник фармакологии и фармации 2003; 10: 11–17.
4. Живолупов С.А., Самарцев И.Н., Марченко А.А., Пуляткина О.В. Прогностическое значение содержания в крови нейротрофического фактора мозга (BDNF) при терапии некоторых функциональных и органических заболеваний нервной системы с применением адаптола. Журн неврол и психиатр 2012; 4.
5. Иванов С.В. Соматоформные расстройства (органные неврозы): эпидемиология, коморбидные психосоматические соотношения, терапия: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М 2002; 38.
6. Ионеску В. Сердечно-сосудистые расстройства на грани между нормой и патологией. Пер. с рум. Бухарест: Из-во Академии социалистической республики Румыния 1973; 203.
7. Котельников С.А., Ноздрачев А.Д., Одинак М.М., Шустов Е.Б., Коваленко И.Ю., Давыденко В.Ю. Вариабельность ритма сердца: представления о механизмах. Физиология человека 2002; 28: 1: 130–141.
8. Маколкин В.И., Абакумов С.А. Нейроциркуляторная дистония в терапевтической практике. М: Медицина 1985; 192.
9. Покалев Г.М. Нейроциркуляторная астеня — важная проблема современной клинической медицины. Казанский мед журнал 1973; 4: 13–18.
10. Смудевич А.Б., Сыркин А.Л. Психокardiология. М: МИА 2005; 784.
11. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. М: Медицина 1986; 384.
12. Фролова Н.Л., Свистов А.С., Филиппов А.Е., Суворов Н.Б. Использование кардиореспираторного биоуправления в диагностике и коррекции регуляторных нарушений при нейроциркуляторной астенции. Вестн Рос воен-мед акад 2005; 2: 13: 243–247.
13. Шанин В.Ю., Кропотов С.П. Клиническая патофизиология функциональных систем. Под ред. Ю.Р. Шевченко. СПб: Спец лит 1997; 332.
14. Шейдер Р., Гринблат Д. Тревожные состояния. Психиатрия. Под ред. Р. Шейдера. М 1998; 353–381.
15. Aksefrod S. Components of heart rate variability. Basis Studies. From: Malik M., Camm A.J. Heart rate variability. Armonk: Futura Publishing Company, Inc 1995; 147–160.
16. Lipowski Z.J. Somatization: the concept and its clinical application. Am J Psychiatry 1988; 145: 11–21.
17. Melcher A. Carotid baroreflex heart rate control during the active and the assisted breathing cycle in man. Acta Physiol Scand 1980; 108: 2: 165.
18. Richter D.W., Spyer K.M. Central regulation of autonomic fluctuations Cardiorespiratory control .NY: Oxford Univ Press 1990; 189.
19. Thiele W. Psycho-vegetative Syndrome. Ment Welt 1966; 1: 9–13.

АДАПТОЛ®

таблетки 300 мг № 20, 500 мг № 20
капсулы 300 мг № 20

Регистрационный номер:

табл. 300 мг № 20 PC № UA/2785/01/02;
табл. 500 мг № 20 PC № UA/2785/01/01;
капс. 300 мг № 20 PC № UA/2785/02/01.

Химическое название: (2,4,6,8-тетраметил-2,4,6,8-тетра-азабицикло-(3,3,0)октандион-3,7).

Состав: действующее вещество – 1 таблетка содержит 300 мг Адаптола и 500 мг Адаптола; 1 капсула содержит 300 мг Адаптола. **Вспомогательные вещества:** метилцеллюлоза, кальция стеарат.

Лекарственная форма: таблетки, капсулы.

Фармакотерапевтическая группа: анксиолитики.

Код АТС N05B X05.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА. Адаптол® обладает умеренной транквилизирующей (анксиолитической) активностью, устраняет или ослабляет беспокойство, тревогу, страх, внутреннее эмоциональное напряжение и раздражительность. Транквилизирующий эффект препарата не сопровождается миорелаксацией и нарушением координации движений. На основании этого Адаптол® относят к дневным транквилизаторам. Снотворным эффектом не обладает, однако усиливает действие снотворных средств и улучшает сон при его нарушениях.

Адаптол® обладает антиоксидантной активностью, поэтому действует как мембраностабилизатор, адаптоген и церебропротектор при оксидантном стрессе разного генеза. В нейромедиаторном профиле действия Адаптола® присутствует дофаминопозитивный компонент. Препарат проявляет антагонистическую активность относительно возбуждения адренергической и глутаматергической систем и усиливает функционирование тормозных серотонин- и ГАМК-ергических механизмов мозга. Препарат обладает нормостеническими свойствами.

Адаптол® облегчает никотиновую абстиненцию. При пероральном приеме биодоступность составляет 77–80%. До 40% препарата связывается с эритроцитами; остальная часть – 60%, не связывается с белками крови и содержится в плазме в свободном виде, в связи с чем препарат без препятствий распространяется в организме и свободно проникает через мембраны. Максимальная концентрация в сыворотке крови достигается через 30 минут, высокий уровень сохраняется 3–4 часа, затем постепенно снижается. Препарат полностью выводится из организма с мочой в течение суток, не накапливается и не подвергается биохимическим воздействиям в организме.

ПОКАЗАНИЯ. Неврозы и неврозоподобные состояния, сопровождающиеся раздражительностью, эмоциональной лабильностью, чувством тревоги и страха; для улучшения переносимости нейролептиков или транквилизаторов с целью устранения вызванных ими соматовегетативных и неврологических побочных эффектов; кардиалгии различного генеза (не связанные с ИБС); облегчает течение соматовегетативных проявлений при предменструальном синдроме и менопаузе.

Адаптол® показан как церебропротектор и адаптоген при эмоциональном и оксидантном стрессе различного генеза.

В составе комплексной терапии никотиновой зависимости как средство, уменьшающее тягу к курению.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. Повышенная чувствительность к Адаптолу® или к вспомогательным компонентам препарата. Детский возраст до 10 лет. Беременность. Период лактации.

НЕОБХОДИМЫЕ МЕРЫ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ. Привыкание, зависимость и синдром отмены при применении Адаптола® не установлены. С осторожностью применяют при нарушении функций печени и почек, у больных с артериальной гипотензией.

ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ. *Применение в период беременности или кормления грудью.* Адаптол® хорошо проникает во все ткани и жидкости организма. Нет достаточных данных относительно применения препарата в период беременности и кормления грудью, поэтому его не рекомендуют назначать беременным и кормящим грудью.

Способность влиять на скорость реакции при управлении автотранспортными средствами или при работе с другими механизмами. Необходимо быть осторожным при управлении транспортными средствами, так как иногда применение препарата может привести к снижению артериального давления.

Дети. Применение препарата противопоказано детям до 10 лет.

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ. Адаптол® принимают внутрь независимо от приема пищи. Взрослым назначают по 500 мг 2–3 раза в сутки. При необходимости дозу можно увеличить. Максимальная разовая доза — 3 г, максимальная суточная — 10 г. Длительность курса лечения — от нескольких дней до 2–3 месяцев.

Детям в возрасте от 10 лет дозу определяет врач индивидуально, в среднем по 250 мг 1–3 раза в сутки.

Для лечения табачной зависимости препарат принимают по 500–1000 мг 3 раза в сутки ежедневно в течение 5–6 недель.

ПЕРЕДОЗИРОВКА. Адаптол® малотоксичен. При значительной передозировке возможно усиление побочных эффектов (аллергические реакции, диспептические расстройства, временное снижение артериального давления и температуры тела).

Лечение: необходимо провести общепринятые методы дезинтоксикации включая промывание желудка.

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ. Обычно Адаптол® переносится хорошо. Возможны аллергические реакции и диспептические расстройства после применения в высоких дозах. В этом случае прием препарата прекращают. Может снижаться АД и температура тела, которые нормализуются самостоятельно и не требуют прекращения приема препарата.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ДРУГИМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ. Адаптол® можно комбинировать с нейролептиками, транквилизаторами (бензодиазепинами), снотворными, антидепрессантами и психостимуляторами.

УСЛОВИЯ ХРАНЕНИЯ. Хранить в недоступном для детей, сухом месте, при температуре 15–25°C.

УПАКОВКА. По 10 таблеток в блистере, 2 блистера в упаковке.

УСЛОВИЯ ОТПУСКА ИЗ АПТЕК. Без рецепта.

ПРОИЗВОДИТЕЛЬ. АО «Олайнфарм», Латвия.



OLFA

Фармацевтический маркетинг и дистрибуция
тел. (044) 530-11-38 www.olfa.kiev.ua



СИЛА СПОКОЙСТВИЯ

АДАПТОЛ®

- **СНИМАЕТ** беспокойство, тревогу, внутреннее эмоциональное напряжение, страх, раздражительность
- **ДЕЙСТВУЕТ** быстро и эффективно (эффект первого приема)
- **ПОВЫШАЕТ** психическую и физическую устойчивость в условиях стресса
- **УЛУЧШАЕТ** память, работоспособность, сон
- **НЕ ВЫЗЫВАЕТ** привыкания и синдрома отмены
- **УЛУЧШАЕТ** переносимость бензодиазепиновых транквилизаторов, антидепрессантов и нейролептиков

АДАПТОЛ® таблетки 300 мг № 20, 500 мг № 20
капсулы 300 мг № 20

Дневной анксиолитик со свойствами адаптогена

ПОКАЗАНИЯ

Неврозы и невротоподобные состояния с явлениями:

- раздражительности
- эмоциональной неустойчивости
- тревоги
- страха

Предупреждение невротических расстройств в стрессовых ситуациях²

Устранение соматовегетативных проявлений в терапии:

- кардиалгий различного генеза (не связанных с ИБС)
- инфаркта миокарда (период реабилитации)²
- кардиомиопатий дисовариального генеза⁷
- гипертонической болезни
- нейрорегуляторной дистонии
- травматической и дисциркуляторной энцефалопатии I и II стадий¹
- заболеваний ЖКТ (язвенная болезнь, синдром раздраженного кишечника)
- предменструального синдрома
- менопаузы
- синдрома эмоционального выгорания³

Головные боли напряжения⁴

Реабилитация после перенесенных заболеваний

Улучшение переносимости нейролептиков и бензодиазепиновых транквилизаторов

Купирование никотиновой зависимости

Купирование невротической, астенической, кардиальной симптоматики и при вегетативных дисфункциях у детей от 10 лет (доза определяется индивидуально)^{5,6,7,8}

ДОЗИРОВКА И КРАТНОСТЬ ПРИЕМА

1000 - 1500 мг в 2-3 приема

1500 - 2000 мг в 2-3 приема

1000 - 1500 мг в 2-3 приема

1500 - 2000 мг в 2-3 приема

1000 мг в 2 приема

1000 мг в 2 приема

300 мг 3 раза в сутки или 500 мг 2 раза в сутки

1500 мг в 3 приема

1000 мг в 2 приема

300 - 600 мг 3 раза в сутки, начиная с 14 дня менструального цикла до начала следующего

1000 мг в 2 приема

1500 мг в 2-3 приема

1500 мг в 2 приема

1000 - 1500 мг в 2-3 приема

1000 - 1500 мг в 2-3 приема

1500 - 3000 мг в 3 приема

в среднем 250 - 750 мг/сут в 1-3 приема

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

от нескольких дней до 2-3 месяцев

от нескольких дней до 2-3 месяцев

от нескольких дней до 2-3 месяцев

от 1 до 3 месяцев

до 2 месяцев

от нескольких дней до 2-3 месяцев

1 месяц

от 1 до 3 месяцев

1 месяц

3 месяца подряд до 3 месяцев

до 3 месяцев

2-3 месяца

1 месяц

до 2-3 месяцев

от нескольких дней до 2-3 месяцев

в течение 5 - 6 недель

от нескольких дней до 2-3 месяцев

БАЗИСНОЕ СРЕДСТВО В ТЕРАПИИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ И ДИСБАЛАНСА РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

1. Живолупов С.А. «Нейрофизиологический мониторинг эффективности комплексной терапии сосудистой и травмотической энцефалопатии»// Журнал неврологии и психиатрии, 4, 2013.
2. Стащенко И.Е. «Терапевтические возможности адаптола в раннем постинфарктном периоде у больных с травмотическими расстройствами»// журнал «Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия» №4-2011.
3. Чутко Л.С. «Клинико-нейрофизиологическое исследование эффективности приема адаптола при лечении синдрома эмоционального выгорания»// Журнал неврологии и психиатрии, 10, 2010.
4. Чутко Л.С. «Головные боли напряжения: клинико-психологические варианты и возможности терапии»// Журнал неврологии и психиатрии, 11, 2010.
5. Информационно-методическое письмо «Новые пути фармакотерапии неврозов у детей и подростков». Администрация Волгоградской области; Комитет по здравоохранению: Волгоградский государственный медицинский университет, 2007 г.
6. Корнишова Т.Д. «Применение адаптола при синдроме вегетативной дистонии у детей»// Журнал неврологии и психиатрии, 9, 2011; Вып. 2.
7. Мироткина В.Р. «Терапевтические возможности адаптола в лечении вегетативных нарушений у женщин»// журнал «Доктор.Ру» №6-2009.
8. Чутко Л.С. «Активные чресные расстройства у детей»// Журнал неврологии и психиатрии, 11, 2010.

OLFA

Фармацевтический маркетинг и дистрибуция
тел. (044) 530 11 38 www.olfa.kiev.ua

