

Життя в умовах війни: способи ефективної фітоткорекції стресу, безсоння та артеріальної гіпертензії

Майже рік українці живуть в умовах війни, у щоденному протистоянні російській агресії, долаючи надмірний стрес, перемагаючи «звичайні» соматичні хвороби, чисельні захворювання, спровоковані війною. Досвід країн, які пережили воєнну експансію та успішно відновилися після тривалих кривавих війн, свідчить, що одразу після початку бойових дій хвилеподібно зростає поширеність психічних захворювань через різке підвищення рівня тривоги, депресії, розладів сну і безсоння (Berg L. et al., 2022). Згодом це негативно впливає на стан кардіоваскулярної системи, провокуючи підвищення захворюваності та смертності від інсультів, серцевої недостатності, інфаркту міокарда (Korinek K. et al., 2020). Беручи до уваги висновки, зроблені зарубіжними військовими медиками, українські лікарі вже мають власний досвід профілактики та подолання проявів стресу і його наслідків у воєнний час; накопиченими знаннями вони щиро діляться з усім медичним товариством.



Під час міжнародної неврологічної XIV конференції NeuroSymposium ка н дидат медичних наук Олена Сергіївна Пуркаленко представила доповідь «Стрес та порушення сну в умовах війни: у фокусі – кардіопациєнт. Що потрібно знати?».

в якій розкрила особливості впливу інсомній на здоров'я і психічний стан. Доповідачка підкреслила, що протягом останніх місяців велика кількість людей відзначає порушення сну: схожі скарги висловлюють не лише хворі, а й оточення, знайомі, друзі. В когорті пацієнтів із неврологічною, кардіологічною патологією майже 30% хворих мають проблеми із засинанням.

Можливості фармакологічної корекції порушень сну базуються на знаннях його фізіології: процес засинання розпочинається зі стадії розслабленого неспання, яка переходить у стадії засинання та поверхневого сну, котрі змінюються стадіями помірного глибокого сну й глибокого сну; повний цикл сну складає 1 год 20 хв. Спікерка зазначила, що мозок відпочиває під час глибокого сну, який припадає на 4-ту та 5-ту фази сну і складає загалом 20% від усієї тривалості сну.

Згідно з Міжнародною класифікацією порушень сну 3-го перегляду (2014), виокремлюють декілька типів порушень сну; до першої групи належать розлади циркадного ритму чи порушення сну через неузгодженість між навколишнім середовищем і циклом сну-неспання. Цей тип розладу сну дуже поширений у сучасних умовах через стрес, неможливість розслабитися, постійні нічні прокидання, обумовлені повітряною тривоною. Зазвичай пацієнти мають труднощі із засинанням, тому прокидаються пізно вранці; після засинання відзначається нормальний сон. У деяких випадках сонливість та засинання з'являються раніше звичайного часу, отже, прокидання відбувається рано (іноді – посеред ночі) чи розвивається т. зв. уривчастий сон, який характеризується чергуванням декількох епізодів сну і прокиданням протягом доби. Внаслідок таких порушень спостерігається супутня хронічна проблема безсоння.

До другої групи розладів сну належать інсомнії, які є надзвичайно поширеним явищем, з котрим мають справу майже 95% населення земної кулі. Обов'язковий діагностичний критерій інсомнії – домінування безсоння серед інших скарг: пацієнт самостійно привертає увагу лікаря на безсоння, підкреслюючи її часту появу (не менше 3 р/тиж) і наполягаючи на окремії медикаментозній допомозі з метою відновлення здорового сну. При інсомніях порушується засинання (тривалість цієї фази може перевищувати 30 хв), змінюється підтримання нічного сну (не-спання вночі після прокидання триває >30 хв), з'являється раннє прокидання (сон закінчується щонайменше за 30 хв раніше бажаного часу пробудження), при цьому

труднощі зі сном виникають, незважаючи на достатні можливості й оптимальні умови для сну. Відсутність задовільного нічного відпочинку спричиняє порушення фізичного та соціального функціонування протягом дня: прогресують втома та нездужання, знижуються настрої, концентрація уваги, порушуються соціальна і професійна / освітня функції, виникають дратівливість та денна сонливість, знижуються мотивація й енергія, зростає кількість помилок або нещасних випадків, з'являються поведінкові проблеми (гіперактивність, імпульсивність, агресивність), а також постійне занепокоєння щодо майбутнього сну.

У структурі інсомній виокремлюють пре-, інтра- та постсомнічні порушення. Пресомнічні порушення характеризуються складнощами засинання, тривожністю, нав'язливими спогадами, сонливістю вранці, зниженням працездатності; інтра-сомнічним розладам притаманні часті нічні пробудження, труднощі засинання, недостатня глибина сну, напівсон, порушення структури сну, агнозія сну. Постсомнічні порушення включають раннє пробудження, поганий настрої, слабкість, емоційну нестійкість, сонливість удень. Залежно від тривалості розрізняють короткочасну (тривалість 1-3 тиж), хронічну (>3 тиж) та інтермітуючу інсомнію. Інтермітуюча і короткочасна інсомнія провокуються емоційними стресами, конфліктами в сім'ї та на роботі, зовнішніми подразниками (шум, світло), порушенням режиму дня, десинхронизмом, переміщенням зі сходу на захід, зміною роботи біологічного годинника, реакціями горя, хронічним болем. Ознаками хронічної інсомнії можуть бути синдром неспокійних ніг, хронічні соматичні захворювання, депресія, тривожність.

Третю групу розладів сну представляють гіперсомнії, які проявляються у вигляді надмірної денної сонливості за умови достатнього часу нічного сну. Під парасомніями розуміють рухові, поведінкові чи вегетативні феномени, що виникають у специфічному зв'язку із процесом сну, але обов'язково пов'язані з розладами сну. До парасомній належать сомнамбулізм, нічні жахи, сонний параліч. П'ята група розладів представлена порушеннями рухів, пов'язаними зі сном: апное-гіпнопное сну (клінічно проявляється обструкцією дихальних шляхів, зниженням умісту кисню на 20%, вибуховим хропінням наприкінці епізоду, тяжкою фрагментацією сну, зниженням якості сну), синдромом неспокійних ніг, розладами поведінки під час фази швидкого сну.

Порушення сну визнано фактором ризику розвитку багатьох захворювань: артеріальної гіпертензії (АГ), гіпертонічного кризу, ішемічної хвороби серця (ІХС), гострого порушення мозкового кровообігу. Розлади сну, своєю чергою, провокують виникнення дратівливості, появу провалів у пам'яті, галюцинацій, підвищують ризик розвитку кардіоваскулярної патології, цукрового діабету 2 типу, ожиріння, сприяють виникненню тремору, судом, болю, знижують активність імунної системи. Отже, інсомнія є фактором ризику розвитку як погіршення стану кардіопациєнтів із серцево-судинними захворюваннями та супутньою

депресією, тривогою, неспокоєм, психоемоційними стресами, перенавантаженнями. Інсомнія може ускладнювати перебіг АГ або бути причиною її розвитку, а також, навпаки, неконтрольований перебіг АГ провокує порушення сну. Доведено, що стрес – причина розладів сну; він сприяє виникненню інсульту / інфаркту міокарда в кардіопациєнтів. Ці факти пояснюють стрімким зростанням психоемоційного напруження, стресу, тривоги під час війни.

Одним із найефективніших способів попередження виникнення та лікування порушень сну є відновлення рівня гамма-аміномасляної кислоти (ГАМК) – медіатора, який сприяє засинанню. Зниження ГАМК-активності – патофізіологічне підґрунтя для порушення засинання та реалізації патогенної дії стресу на серцево-судинну систему. Виснаження вмісту гальмівного медіатора ГАМК зумовлює зниження синтезу та секреції мелатоніну, підвищення симпатикотонії у вигляді вазоконстрикції, підвищення частоти серцевих скорочень, втрати контролю над існуючими кардіоваскулярними захворюваннями, що зовсім виснажує пацієнта. Лікування порушень сну засновано на усуненні дії факторів, здатних викликати інсомнію, та забезпеченні оптимальної гігієни сну: нормалізації режиму відходу до сну і прокидання, яка припускає обмеження фізичної активності, а також заборону застосування гаджетів за годину до сну, підтримання активної фізичної форми протягом дня, використання релаксаційних заходів, когнітивно-поведінкової терапії, ведення щоденника сну.

На жаль, в умовах війни на тлі постійного стресу ефективність немедикаментозних методів лікування порушень сну може бути недостатньою. В більшості випадків нині необхідно одразу призначати медикаментозну терапію через необхідність досягнення швидкої клінічної відповіді. Зазвичай лікування порушень сну засновано на призначенні снодійних засобів. Ідеальне снодійне викликає швидкий сон за мінімальної дози, знижує кількість нічних пробуджень, не впливає на архітектуру сну, пам'ять та інші когнітивні функції, рівень неспання під час пробудження. З огляду на участь ГАМК у регуляції засинання першим кроком до фармакологічної корекції порушень сну можуть бути відновлення та корекція вмісту ГАМК за допомогою комбінованих седативних фітопрепаратів. На жаль, застосування екзогенного мелатоніну не спричиняє прямого підвищення гальмівної активності ГАМК, тому, на думку доповідачки, найдодільнішим є використання багатокомпонентного препарату Карвеліс, який містить валеріану, пустирник, глід, мелісу, через його здатність (на відміну від багатьох інших ліків) сприяти підвищенню рівня ГАМК.

Рослинний кардіоседативний комплекс Карвеліс чинить значний вплив на вміст ГАМК у синаптичній щілині та продукцію мелатоніну завдяки наявності «седативного тріо» (валеріана, пустирник, меліса). Сила седативної дії Карвелісу обумовлена впливом одразу на чотири шляхи збільшення синаптичної ГАМК-активності. Крім активації вивільнення ГАМК до синаптичної щілини, компоненти «седативного тріо»

забезпечують підвищення активності ГАМК-рецепторів, зменшення зворотного захоплення ГАМК із синапсу та його катаболізму. Валеріана також сприяє підвищенню синтезу мелатоніну, який, своєю чергою, підвищує синтез ендогенної ГАМК, що в сукупності одночасно заспокоює Perezбуджену нервову систему, зменшує гіперсимпатикотонію, відновлює рівень мелатоніну, необхідний для для полегшення настання фізіологічного сну та нормалізації якості сну. Інші компоненти Карвелісу посилюють дію комплексу: екстракти глуду та пустирнику розширюють судини й корегують ендотеліальну дисфункцію, усуваючи стресорну вазоконстрикцію.

Рекомендована разова доза Карвелісу складає 30 крапель, яку слід приймати 3 р/добу протягом 3 міс. У випадку недостатнього лікувального ефекту можливе призначення класичних снодійних препаратів (залеплон, зопіклон, доксаламін, агоністи рецепторів мелатоніну чи мелатонін, у тому числі з пролонгованим вивільненням), але тривалість їхнього використання не має перевищувати 6-8 тиж. Після закінчення цього терміну слід відмовитися від прийому традиційних снодійних засобів шляхом поступової відміни та повернутися до прийому Карвелісу, що дозволить м'яко відновити можливість самостійного засинання, а також нормалізувати самопочуття пацієнта. Карвеліс одночасно повертає нормальний сон і зменшує вплив стресу на кардіопациєнта в період воєнського часу, що може знизити ризик підвищення артеріального тиску (АТ), стенокардії, розвитку інфаркту міокарда, інсультів.

Ще одна лекція, присвячена можливо-стям фітотерапевтичної корекції стресу в кардіологічних хворих, пролунала під час конгресу з міжнародною участю «Психосоматична медицина ХХІ століття: реалії та перспективи». Доповідь «Дистрес як причина загострення гіпертонічної хвороби.



Як попередити судинну катастрофу?» представив **доктор медичних наук, професор Валерій Володимирович Батушкін**.

За підрахунками Міністерства охорони здоров'я України, нині психологічної допо-

моги потребують майже 60% українців, а 50% мешканців України оцінюють свій психологічний стан як дуже напружений. Доповідач навіть результати дослідження Syntax, в якому оцінювали вплив стресу, пов'язаного з війною в Сирії (2014-2017 рр.), на перебіг ІХС у жінок: найпотужнішими стресорами визнані проживання в зоні активних бойових дій, перетин замінованих «зелених смуг», безпосередній контакт із ворогом, тобто всі дії, асоційовані з психоемоційним потрясінням. Саме стрес визнано єдиним позитивним предиктором загострення ІХС у жінок під час війни; за силою своєї негативної дії стрес випередив навіть АГ, гіперліпідемію, гіперглікемію. Згідно з даними систематичного огляду та метааналізу (n=5696), психосоціальний стрес асоціюється з підвищенням ризику АГ (відносний ризик (ВР) 2,4; 95% довірчий інтервал (ДІ) 1,65-3,49), тоді як хворі на АГ достовірно частіше відчувають психоемоційний стрес порівняно з нормотензивними особами (ВР 2,69; 95% ДІ 2,3-3,11).

Доведено, що стрес асоційований зі стрибками АТ, гіпертонічними кризами, перебоями в роботі серця; з іншого боку, збільшення ступеня АГ пов'язано зі зростанням вираженості невротичних

та обсесивно-компульсивних симптомів, посиленням алекситимії, дистресу, депресії, тривожності, параноїальних симптомів, психотизму. Все це ускладнює перебіг АГ і підвищує ризик судинних катастроф.

Під тривалим впливом стрес-фактора відбувається виснаження ГАМК-ергічної системи, що спричиняє гіперактивність симпатичної ланки вегетативної нервової системи, активацію симпатоадреналової системи. На тлі гострого / хронічного психоемоційного стресу знижується рівень ГАМК, змінюється здатність рецепторів до зв'язування з відповідними медіаторами, знижуються чутливість та щільність ГАМК-рецепторів, що сприяє дисфункції вегетативної нервової системи за типом гіперсимпатикотонії. У воєнний час дистрес є головним фактором коливань АТ, зриву компенсації гіпотензивної терапії, що сприяє розвитку не лише гіпертонічних кризів, а й інфарктів, інсультів.

Загальноприйнятий спосіб корекції дистресу – призначення антидепресантів, але довгостроковий прийом цих препаратів не пов'язаний зі значним поліпшенням якості життя при тривалому спостереженні. Крім того, під час застосування антидепресантів у хворих зберігаються підвищений АТ, тахікардія, задишка, болі в прекардіальній ділянці.

З огляду на особливості патогенезу АГ додатково до стандартної антигіпертензивної терапії необхідно призначати препарати, що одночасно мають седативну (центрально) та кардіовазотропну (периферичну) дію. Таким засобом може бути Карвеліс – натуральний кардіоседативний комплекс з унікальним набором фітокомпонентів (глід, пустирник, валеріана, меліса), який поєднує м'яку седативну та потужну кардіовазотропну дію.

Спікер поділився власним досвідом застосування Карвелісу в хворих на АГ (n=187), середній вік складав 47,5 року: пацієнтів рандомізували для 6-місячного прийому Карвелісу (30 крапель 3 р/добу) одночасно зі стандартною гіпотензивною терапією (n=92) або ізольованою стандартною гіпотензивною терапією (n=95) (Батушкін В.В. Фітотерапія. Часопис, 2021). На тлі лікування Карвелісом констатували поліпшення показників психоемоційного стану в хворих основної групи у вигляді достовірного зниження індексу емоційної збудливості за В.В. Бойко на відміну від контрольної групи. Порівняно з базовими показниками прийом Карвелісу сприяв достовірному зменшенню субклінічно вираженої тривоги (8,6±0,8 vs 7,1±0,7 відповідно) та депресії (7,9±0,6 vs 6,2±0,7) у динаміці лікування; зазначені зміни мали достовірний характер порівняно з контролем (p<0,05). Застосування Карвелісу супроводжувалося достовірним покращенням психоемоційного стану за госпітальною шкалою тривоги та депресії HADS порівняно з контролем. Отриману позитивну динаміку доповідач пояснив активною дією седативного тріо – трьох компонентів Карвелісу (валеріани, меліси, пустирнику), які сприяють збільшенню активності ГАМК-системи й усуненню вегетативної дисфункції – однієї з основних причин підвищення АТ при АГ. Валеріана підвищує вивільнення ГАМК до синаптичної щілини та забезпечує зниження зворотного захоплення ГАМК у синапсі; пустирник обумовлює збільшення активності ГАМК-рецепторів, меліса сприяє зменшенню катаболізму ГАМК. Саме така злагоджена дія «седативного тріо» Карвелісу забезпечує зниження емоційної збудливості на 27%, тривоги – на 22,3%, депресії – на 15,4% та покращення психоемоційного стану за шкалою HADS.

У рамках цього дослідження також аналізували вплив Карвелісу на варіабельність серцевого ритму. Доведено, що застосування Карвелісу асоційоване зі зростанням резервів вегетативної регуляції, покращенням оперативного контролю регуляції артеріального тону, що клінічно проявляється поліпшенням статистичних (SDNN, RMSSD, PNN50%), хвильових (LF/HF) та інтегральних (вегетативний баланс, фрактальний індекс, функціональний стан за Баєвським)

показників вегетативного тону. У хворих на АГ, які додатково отримували Карвеліс протягом 6 міс, констатовано збільшення тону парасимпатичної ланки вегетативної нервової системи на 54,6%, що свідчить про його гальмівний (врівноважувальний) вплив на гіперактивну ланку симпатичної нервової системи в пацієнтів з АГ за рахунок підвищення SDNN, RMSSD, PNN50% та скорочення LF/HF. Згідно з дослідженням змодельованих шкірно-симпатичних потенціалів, хворим на АГ притаманне посилення вегетативного тону з перевагою симпатикотонії та погіршення реактивності вегетативного забезпечення. Прийом Карвелісу сприяв подовженню часу появи спайку відповіді симпатичної ланки вегетативної нервової системи (Батушкін В.В. Кардіологія: від науки до практики, 2017).

Валерій Володимирович відзначив м'яку гіпотензивну активність Карвелісу завдяки центральному механізму дії: на тлі його прийому знижується активність

вазомоторного центру регуляції на 43,3%, підкоркових структур – на 24,2%. Окрім того, Карвелісу властива периферична судинорозширювальна активність завдяки наявності в його складі екстрактів глоду та пустирнику; саме флавоноїди і проціанідини глоду й пустирнику чинять інгібувальний вплив на ангіотензинперетворюючий фермент, поліпшують синтез потужного вазодилатора – оксиду азоту, що зумовлює появу м'якого гіпотензивного ефекту. Доповідач підкреслив, що різні частини глоду містять різноманітну кількість флавоноїдів і проціанідинів; найбільша їхня концентрація визначається в квітках, трохи менша – в листі, мінімальна – у плодах. Вміст проціанідинів у листі глоду є удвічі вищим, ніж у плодах, тоді як концентрація олеанової та урсолової кислот у плодах глоду вдвічі перевищує таку в квітках. Карвеліс містить максимальну кількість зазначених біологічно активних компонентів, тому що під час його виробництва використовується

екстракт не з однієї частини глоду, а із суміші листя, квіток і плодів рослини. Завдяки таким технологічним особливостям лікування Карвелісом супроводжувалося достовірним зниженням вихідного середнього систолічного (149 vs 137 мм рт. ст. відповідно) та діастолічного (94 vs 82 мм рт. ст.) АТ у динаміці спостереження (Батушкін В.В. Артеріальна гіпертензія, 2021).

Отже, додаткове призначення Карвелісу до базисної гіпотензивної терапії впливає на важливі ланки патогенезу АГ, які не охоплюють стандартні гіпотензивні препарати, що дозволяє швидко заспокоїти пацієнта та додатково знизити АТ, а також запобігти можливому розвитку гострих серцево-судинних подій (транзиторній ішемічній атаці, інсульту, інфаркту міокарда).

Підготувала **Тетяна Можина**



Ця інформація надана Компанією в якості професійної підтримки фахівцям охорони здоров'я. Інформація, що відноситься до будь-якого продукту(ам) може не збігатися з інструкцією для медичного застосування препарату. ТОВ «УА «ПРО-ФАРМА» не рекомендує застосувати Карвеліс в цілях, які відрізняються від тих, які описані в інструкції для медичного застосування лікарського засобу. Перед тим, як призначити будь-які препарати, будь ласка, ознайомтеся з відповідною інструкцією від виробника. Якщо у Вас виникли питання з інформації про продукти компанії ТОВ «УА «ПРО-ФАРМА», Ви можете звернутися до нас за адресою: 03170, м. Київ, вул. Перемоги, 9, оф. 20, тел. (044) 422 50 70. www.pro-pharma.com.ua.

Матеріал затверджено до розповсюдження: 22.08.2023

Матеріал придатний до: 22.08.2028

