

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 616.89-008.441.1-085+615.214

*И. А. Бабюк, О. Е. Шульц, Ц. Б. Абдрахимова, Б. Б. Ивнев***КОРРЕКЦИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТРЕВОГИ У БОЛЬНЫХ ПАНИЧЕСКИМ
РАССТРОЙСТВОМ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ
С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ХОМВИО-НЕРВИНА**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: паническое расстройство, паническая атака, пароксизмальная тревога, хомвио-нервин

Паническое расстройство (далее - ПР) в настоящее время является достаточно изученной в мировой психиатрии и относительно непривычной для отечественных врачей диагностической категорией. До публикации в 1980 г. в США классификации DSM - 3 паническое и генерализованное тревожное расстройство в зарубежной литературе рассматривали как единое заболевание, называемое «неврозом тревоги». Выделение ПР в отдельную диагностическую категорию было обусловлено следующими причинами: повторяемостью приступов тревоги (паники); появлением тревоги ожидания в «межприступном периоде» и частым развитием агорафобии; повышенным наследственно-генетическим риском развития ПР; выраженной связью с депрессией и алкоголизмом; частым наличием пролапса митрального клапана; провокацией приступов паники лактатом натрия и углекислым газом; высокой эффективностью антидепрессантов по сравнению с другими препаратами [1].

В течение жизни 10-20% населения переносят один или более панических приступов, что вызывает социальную дезадаптацию и снижает качество жизни. Распространенность расстройства по данным эпидемиологических исследований составляет 1,9-3,6%. В 2-3 раза чаще оно наблюдается у женщин. Частые эпизодические панические приступы встречаются, по данным В.Д.Вида и Ю.В.Попова (1997) у 0,6% населения разных возрастных групп [2]. Панические атаки (далее - ПА) обычно возникает на фоне психогении (кульминация конфликта, острые стрессовые воздействия), а также биологических (гормональная перестройка, начало половой жизни, аборт, прием гормональных средств) и физиогенных (алкогольные эксцессы, первый прием наркотиков, инсоляция, физическая на-

грузка) факторов. ПА, однако, может возникнуть и аутохтонно, при отсутствии предшествовавшего эмоционального и физического напряжения, на фоне повседневной деятельности больного. Симптомы ПА возникают неожиданно, приступ развивается быстро, достигая своего пика за 10 минут. Обычная длительность ПА 20-30 минут, реже - около часа. Частота приступа варьирует от ежедневных до одного в несколько месяцев. Обычно у больных возникают 2-4 приступа за неделю [3]. Первые атаки оставляют неизгладимый след в памяти больного, что ведет к появлению синдрома тревоги "ожидания" приступа, который в свою очередь закрепляет повторяемость атак. Повторение атак в сходных ситуациях (транспорт, пребывание в толпе и т.д.) способствует формированию ограничительного поведения, т.е. избегания потенциально опасных для развития ПА мест и ситуаций. Тревога по поводу возможного развития атаки в определенном месте (ситуации) и избегание данного места (ситуации) определяется термином "агорафобия". Нарастание агорафобической симптоматики приводит к социальной дезадаптации пациента. Из-за страха пациенты могут быть не в состоянии покинуть дом или оставаться в одиночестве. Наличие агорафобии при ПР указывает на более тяжелое заболевание, худший прогноз и требует особой терапевтической тактики. Многие пациенты, впервые испытав ужасающие симптомы паники, прибегают к скорой медицинской помощи. Госпитализация такого пациента по "скорой" подкрепляет его катастрофическую оценку атаки и убеждает в "серьезности" его заболевания. Трактовка пациентом панической атаки как проявления какого-либо соматического заболевания приводит к частым посещениям врача, консультациям у специалистов различного профиля, неоправданным диаг-

ностическим исследованиям и создает у пациента впечатление о сложности и уникальности его заболевания. Неверные представления пациента о сути заболевания ведут к появлению ипохондрических симптомов, способствующих утяжелению течения болезни [4].

Лечение панических расстройств можно разделить на 3 основных этапа:

1. Купирование ПА вплоть до установления ремиссии (4-6 недель – 2-3 мес.).

2. Стабилизирующая (долечивающая) терапия для закрепления результатов, восстановления уровня социальной адаптации, преодоление агорафобических проявлений (тревога ожидания, избегающее поведение) и ранних рецидивов (4-6 мес.). На этом этапе необходимо проведение адекватной психотерапии.

3. Профилактическая (длительная) терапия, направленная на предотвращение развития рецидивов и поддержание устойчивой ремиссии (до 1 года и более).

Согласно стандартам диагностики и лечения для терапии больных паническим расстройством пациентов используется психофармакотерапия, психотерапия либо (предпочтительно) комбинация методов. Среди различных модальностей психокоррекции направлением с доказанной эффективностью является когнитивно-поведенческая психотерапия. Фармакологическими средствами первого ряда являются современные антидепрессанты и бензодиазепины [5]. Психофармакотерапия таких пациентов длительна, сложна и нередко (в 20 % случаев) сохраняет тенденцию к хроническому течению, несмотря на правильно проведенное лечение. Кратковременная терапия сопровождается высоким риском рецидива – до 80%. Транквилизаторы бензодиазепинового ряда, хотя и способны существенно влиять на тревогу, могут применяться кратковременно – до 4 недель, так как могут формировать зависимость. Традиционные бензодиазепины в изолированном виде применяются в настоящее время при ПА редко, назначаясь лишь как «корректоры» антидепрессантов в начальной фазе лечения или даже предваряя назначение последних («премедикация»). Для длительного приема используются антидепрессанты, чаще селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС). Данные препараты лишены недостатков антидепрессантов первого поколения, вызывавших выраженные побочные эффекты из-за блокады м-холино-рецепторов. Однако у некоторых пациентов СИОЗС также могут негативно влиять на некоторые со-

матические функции – основным недостатком этой группы является возникновение в течение первых 2-3 недель лечения гиперстимуляции (раздражительность, бессонница, нервозность) и усиление тревоги и панической симптоматики (вероятно в связи с излишней стимуляцией серотониновых ауторецепторов), которые могут приводить к нарушению комплайенса или даже необходимости отмены препарата [6]. Кроме того, учитывая выраженный фобический компонент в структуре синдрома, у многих пациентов присутствует значительный страх приема любых психоактивных лекарств, настороженность к малейшим побочным эффектам и способность к формированию связей любых отклонений в самочувствии с негативным действием лекарства (фармакофобия). В связи с этим остается актуальным поиск препарата, обладающего противопаническим и противотревожным действием, безопасного при длительном применении, не вызывающего зависимости и влияния на качество повседневной жизни.

Нами сделано предположение, что этим требованиям в достаточной мере соответствует хомвио-нервин, являющийся комплексным гомеопатическим средством, рекомендованным фирмой "Хомвиора" как природный транквилизатор без побочных действий и привыкания. Ниже перечислены действующие вещества этого препарата, а также их количественное содержание и терапевтические эффекты, описанные Г. Келлер, Э. Фарингтон [7, 8]. 1 таблетка хомвио-нервина содержит:

1. *Seripia D4* - Чернила каракатицы (64 мг) купирует невротические расстройства, сопровождаемые тревогой, угнетенным настроением, повышенной раздражительностью, плаксивостью, фобиями, истерическими симптомами, потливостью, приливами жара к туловищу и голове, чувством жара или похолодания в конечностях, а также застоем крови в системе воротной вены;

2. *Ambra grisea D2* - Китовый воск (64 мг) - способствует устранению бессонницы, возникающей при умственном переутомлении и волнении, расстройств памяти, в том числе у лиц пожилого возраста, судорожной симптоматики, головокружения, шаткой походки, парестезии в конечностях, а также коклюшеподобного кашля, астматических проявлений, диспепсии, гипертонуса мускулатуры матки, чрезмерно обильных месячных, носовых кровотечений и варикозного расширения вен нижних конечностей;

3. *Nuosciamus niger D3* - Белена черная (32 мг) - применяется в гомеопатической практике

при депрессии, инсомнии, истерических симптомах, послеродовых и климактерических психозах, алкоголизме (в том числе с металкольными психозами), эпилепсии, паркинсонизме, заикании, а также спастической икоте, колите и кашле, функциональных задержках мочеиспускания и энурезе, сатириазе и нимфомании;

4. *Ignatia amara* Дз - Игнация горькая (32 мг) - показана при невротических нарушениях сна, церебралгиях, треморе, гипергидрозе, неудержимой зевоте, булимии, хорее, парастезиях и парезах конечностей, проявлениях "кардионевроза", а также функциональных спазмах верхних дыхательных путей, судорожных болях в мышцах голени (симулирующих облитерирующий эндартериит), спазмах в желудке и илеоцекальной области ("ложный аппендицит"), психогенной диарее, аменорее, зуде половых органов, алибидемии, чрезмерно частых спонтанных эрекциях.

Фирма-изготовитель дает такие основные рекомендации по дозировке хомвио-нервина: при бессоннице - 4 табл. перед сном; перед экзаменами, выступлениями, презентациями, собеседованиями и другими стрессогенными ситуациями - 2-3 табл. утром; при курсовом лечении невротических расстройств - по 2 табл. 3 раза в день.

Такое непривычное для классической психиатрии, однако, принятое в гомеопатической теории и практике, равно как и в психосоматической медицине, описание показаний и способов применения рассматриваемого лекарственного средства дает представление о широком спектре его лечебного действия при психических и психосоматических расстройствах, а также наркологах заболеваниях с коморбидной пси-

хопатологией [9].

Нами было проведено лечение 12 больных паническим расстройством, из них 9 женщин и 3 мужчин. Возраст колебался от 25 до 44 лет, средний возраст составил 28,4 лет.

Длительность заболевания составила от 3 до 24 месяцев (в среднем 9 месяцев).

Лечение было комплексным, проводилась когнитивно-поведенческая психотерапия, хомвио-нервин назначался с первого дня обращения в качестве единственного средства с психотропной активностью (монотерапия). Препарат назначался по 1 таблетке 3 раза в день под язык с возможным увеличением дозы до 2 таблеток 3 раза в день в случаях недостаточной редукции симптоматики.

В процессе проведенного лечения установлено следующее. Уже на 8-й день терапии у 8 больных наступила значительная редукция тревожно-фобической симптоматики, что подтверждали данные клинико-психологического, экспериментально-психологического исследований, а также самоотчеты пациентов. Наряду с этим стабилизировался фон настроения, улучшался сон. Вегетативные расстройства редуцировались несколько медленнее к 15 дню терапии.

Результаты лечения показали, что на данной выборке больных хомвио-нервин обладает достаточно выраженным анксиолитическим и вегетотропным действием. К 8-му дню терапии у больных отмечалось снижение общего числа по шкале тревоги Гамильтона более чем на 50% по сравнению с исходным (табл.1), а к 3-4 неделе терапии тревожные, депрессивные и вегетативные значительно редуцировались.

Таблица 1

Динамика показателей шкалы тревоги Гамильтона в процессе терапии Хомвио-нервином

Шкалы	Баллы			
	1	2	3	4
Психическая тревога (п.п. 1-6, 14)	13,6	6,5	5,1	2,6
Соматическая тревога (п.п. 7-13)	8,8	10,3	7,5	3,9
СУММА БАЛЛОВ	22,4	16,8	12,6	5,5

Прямого снотворного действия у препарата обнаружено не было. Однако следует особо отметить опосредованное влияние хомвио-нервина на нормализацию ночного сна. При приеме препарата больные в течение дня оставались спокойными, жалоб на свое самочувствие не предъявляли. Именно быстрое купирование тревожной и фобической симптоматики, стабилизация психического состояния служили достаточным фундаментом для

восстановления физиологического сна. Хомвио-нервин облегчал наступление сна, способствовал его глубине и увеличивал продолжительность.

Отдельно следует отметить, что при приеме препарата у пациентов не наблюдалось признаков лекарственной загруженности, дневной сонливости, вялости, замедленности психических и моторных реакций. Больные были бодрыми, общительными, деятель-

ними, в связи с чем улучшался их психотерапевтический контакт с врачом.

Курс амбулаторного лечения составлял 4-8 недель. В дальнейшем пациенты переводились на поддерживающее амбулаторное лечение или наблюдение и при необходимости продолжали принимать хомвио-нервин в домашних условиях. Консультации с лечащим врачом происходили раз в 7 дней первые 2 месяца, затем 1 раз в 15 дней. Терапевтический эффект препарата на ста-

дии формирования ремиссии также проявлялся в стабильном, ровном психическом состоянии пациентов. Субъективно они отмечали бодрость, хорошее самочувствие, повышение работоспособности, ровный фон настроения.

Таким образом, применение гомеопатических препаратов в комплексном лечении больных паническими расстройствами нам представляется многообещающим. Необходимы дальнейшие углубленные исследования этого направления.

І. О. Бабюк, О.Є. Шульц, Ц.Б.Абдряхімова, Б.Б.Івнєв

КОРЕКЦІЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЇ ТРИВОГИ У ХВОРИХ НА ПАНІЧНИЙ РОЗЛАД В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ЗА ДОПОМОГОЮ ХОМВІО-НЕРВІНУ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

На підставі аналізу літературних джерел автори представляють матеріали про лікування хворих на панічний розлад. Визначена висока ефективність препарату хомвіо-нервін при комплексному застосуванні для корекції пароксизмальної тривоги таких пацієнтів. Результати лікування 12 хворих показали достатню високу ефективність препарату як такого, що має анксиолітичну і вегетотропну дію та добре зноситься хворими. Потрібні подальші дослідження застосування гомеопатичних засобів в комплексному лікуванні хворих на панічний розлад. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 1 (21). — С. 30-33).

I. A. Babyuk, O.E. Shults, Ts.B.Abdryahimova, B.B.Ivnev

CORRECTION OF PANIC DISORDER PATIENT'S PAROXYSMAL ANXIETY DURING COMPLEX TREATMENT WITH THE HELP OF HOMVIO-NERVIN

Donetsk national medical university na. M.Gorkiy

Based on literature sources, the authors present the data on treatment of panic disorder. High efficiency of Homvio-nerwin during complex treatment is noted. Results of 12 patient's treatment demonstrated the high enough efficiency of medicine with anxiolytic and vegetatropic effects. The further profound researches of homeopathic medicine for complex treatment of panic disorder are necessary. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 1 (21). — P. 30-33).

Литература

1. Каплан Г., Сэдок Б. Клиническая психиатрия, пер.с англ. дополненный / под ред. Дмитриевой Т.Б.- М.: ГЭОТАР Медицина, 1998.-505 с.
2. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия.- М.: «Экспертное бюро», 1997.- 491 с.
3. Баранов П.А. Паническое расстройство (клиника, диагностика, терапия).- М.: НИЦПЗ РАМН.- http://www.psychiatry.ru/lib_show.php?id=106.
4. Воробьева О.В. Паническое расстройство: подходы к диагностике и терапии.- М.: В мире лекарств – 2000, №1.
5. Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на панічний розлад // Лікарська справа. – 2008. - № 3-4. – С. 155-158.

6. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов.- СПб.: Медицинское информационное агентство, 1995.- 568 с.
7. Келер Г. Гомеопатия. - Смоленск: Гомеопатическая медицина, 1997.
8. Фарингтон Э. Гомеопатическая клиническая фармакология. - К.: Колос и ИТЭМ, 1992.
9. Бабюк І.О., Шульц О.Є., Черепков В.М. Досвід застосування препарату хомвіо-нервін в наркологічній практиці / Безпека та ефективність терапії неврологічних, психічних та наркологічних розладів: Матеріали пленуму і конференції науково-практичного товариства неврологів, психіатрів та наркологів України. – АР Крим–Харків, 2008. – С. 11.

Поступила в редакцию 16.09.2008