

*И. А. Бабюк, Т. В. Арнольдова, Б. Б. Ивнев, О. Е. Шульц,
С. В. Титиевский, И. Б. Рымарь*

КОРРЕКЦИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТРЕВОГИ И ИНСОМНИИ У БОЛЬНЫХ ПАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Украина

Резюме. Проведено клиническое исследование эффективности гомеопатического препарата хомвио-нервин в комплексном лечении 24 больных паническим расстройством. Установлена высокая эффективность препарата в отношении нормализации вегетативной функции, нивелирования тревожной и депрессивной симптоматики, устранения явлений диссомнии, что сказывается в улучшении качества жизни пациентов (самочувствия, настроения, умственной и физической активности). Препарат хорошо переносился больными, не вызывает идиосинкразии, выраженных побочных эффектов и может быть рекомендован в широкую врачебную практику.

Ключевые слова: паническое расстройство, инсомния, пароксизмальная тревога, хомвио-нервин.

Паническое расстройство (ПР) в настоящее время является достаточно изученной в мировой психиатрии и относительно непривычной для отечественных врачей диагностической категорией (несмотря на почти пятилетнюю историю изучения российскими психиатрами и неврологами и внедрение МКБ-10). 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 т. п. [4].

В течение жизни 10-20 % населения переносят один или более панических приступов, что вызывает социальную дезадаптацию и влияет на качество жизни в ожидании приступов. 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 у 0,6 % населения разных возрастных групп [8]. Панические атаки (ПА) обычно возникает на фоне острой психогении (социально-политические конфликты, внезапные стрессовые воздействия), а также биологических (гормональная перестройка, начало половой жизни, аборт, приём гормональных средств, беременность) и физиогенных (алкогольные эксцессы, первый приём наркотиков, инсоляция, физическая нагрузка) факторов. ПА в ряде случаев может возникнуть и аутохтонно, при отсутствии предшествовавшего эмоционального

и физического напряжения, на фоне повседневной деятельности больного. В Украине неблагоприятное сочетание социально-экономических, экологических факторов, нахождение человека в длительной стрессовой ситуации способствует росту показателей заболеваемости. 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 [2]. 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 неблагоприятных ситуациях (пробывание в толпе, замкнутом пространстве, информационная негативация в средствах масс-медиа и т.п.) способствует формированию ограничительного поведения, т.е. избегания потенциально опасных для развития ПА мест и ситуаций. Тревога по поводу возможного развития атаки в определённом 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 тяжёлое заболевание, худший прогноз и требует особой комплексной поэтапной 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 «серьёзности» его заболевания. Трактовка пациентом панической атаки как проявления какого-либо психического или соматического заболевания приводит к частым посещениям врача, консультациям у специалистов различного профиля, неоправданным диагностическим исследованиям и создаёт у пациента впечатление о сложности и уникальности его заболевания. Несвоевременное медицинское вмешательство, а также неверные представления пациента о сути заболевания ведут к нарастанию ипохондрических симптомов, депрессивной симптоматики, способствующих утяжелению течения болезни [3].

Лечение панических расстройств можно разделить на 3 основных этапа:

Таблица 1. Критерии оценки терапевтической эффективности хомвио-нервина

3 балла	Значительное улучшение	Заметная редукция субъективных жалоб больного, улучшение показателей клинико-психологических и лабораторных тестов
2 балла	Заметное улучшение	Положительная динамика субъективных жалоб и изучаемых показателей
1 балл	Незначительное улучшение	Незначительная положительная динамика субъективных жалоб и изучаемых показателей
0 баллов	Без динамики или ухудшение	Отсутствие положительной динамики или ухудшение состояния больного

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

2. Стабилизирующая (долечивающая) терапия для закрепления результатов, восстановление 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 [6]. 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 предвзято назначение последних («премедикация»). Для длительного приёма используются антидепрессанты, чаще селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС). Данные препараты лишены недостатков антидепрессантов первого поколения, вызывавших выраженные побочные эффекты из-за блокады М-холинорецепторов. Однако у некоторых пациентов СИОЗС также могут негативно влиять на некоторые соматические функции – основным недостатком этой группы является возникновение в течение первых 2-3 недель лечения гиперстимуляции (раздра-

жительность, 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 [7]. Кроме того, учитывая выраженный фобический компонент в структуре синдрома, у многих пациентов присутствует значительный страх приёма любых психоактивных лекарств, осторожность к малейшим побочным эффектам и способность к формированию связей любых отклонений в самочувствии с негативным действием лекарства (фар-макофобия). В связи с этим остается актуальным поиск эффективного препарата, обладающего выраженным противопаническим, противотревожным и антидепрессивным действием, безопасным при длительном применении, не вызывающем зависимости и влияния на качество повседневной жизни.

Наши клинические наблюдения показывают, что этим требованиям в достаточной мере соответствует хомвио-нервин, являющийся комплексным гомеопатическим средством, рекомендованным фирмой «Хомвиора» (Германия) как природный транквилизатор и анксиолитик без выраженных побочных действий и привыкания. Ниже перечислены действующие вещества этого препарата, а также их количественное содержание и терапевтические эффекты, описанные Г. Келер, Э. Фарингтон [5, 9]. 1 таблетка хомвио-нервина содержит:

Sepia 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;

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, дис-

Таблица 2. Критерии оценки переносимости хомвио-нервина

1 балл	Хорошая	Побочных эффектов и изменений лабораторных показателей нет
2 балла	Удовлетворительная	Незначительные побочные эффекты, не требующие дополнительного лечения. Лабораторные показатели без изменений
3 балла	Неудовлетворительная	Побочные реакции сказываются на общем состоянии больного, без дополнительного лечения и отмены препарата
4 балла	Крайне неудовлетворительная	Выраженные побочные эффекты, влияющие на здоровье больного. Изменение лабораторных показателей. Отмена препарата

Таблица 3. Динамика показателей опросника Вейна в процессе терапии хомвио-нервином

Недели	1	2	3	4
Сумма баллов	25,4	19,8	12,6	7,5

пепсии, гипертонуса мускулатуры матки, чрезмерно обильных месячных, носовых кровотечений и варикозного расширения вен нижних конечностей;

Hyosciamus niger Д₃ - Белена черная (32 мг) - применяется в гомеопатической практике при депрессии, инсомнии, истерических симптомах, послеродовых и климактерических психозах, алкоголизме (в том числе с металкогольными психозами), эпилепсии, паркинсонизме, заикании, а также спастической икоте, колите и кашле, функциональных задержках мочеиспускания и энурезе;

Ignatia amara Д₃ - 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 приступ аппендицита»), психогенной диарее, аменорее, зуде половых органов, алибидемии.

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

Подобное описание показаний и способов применения рассматриваемого лекарственного средства, принятое в гомеопатической теории и практике, равно как и в психосоматической медицине, даёт представление о широком спектре его лечебного действия при психических и психосоматических расстройствах, а также соматических заболеваниях с коморбидной психопатологией [1].

Материалы и методы

Целью данного исследования явилась оценка терапевтической эффективности и переносимости препарата хомвио-нервин («Хомвиора», Германия) в лечении пароксизмальной тревоги и инсомнии у больных паническим расстройством.

Нами было проведено лечение 24 больных паническим расстройством, из них 18 женщин и 6 мужчин. Возраст колебался от 25 до 44 лет, средний возраст составил 28,4 лет.

Длительность заболевания составила от 3 до 24 месяцев с частотой приступов в среднем 3 раза в неделю.

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 и повышенной массы тела).

Для оценки уровня тревоги использовались шкалы Гамильтона, для оценки вегетативных проявлений – шкала Вейна. Проводилась регистрация соматических показателей (пульс, артериальное давление, лабораторные анализы).

О клиническом эффекте и переносимости препарата судили по специально разработанным клиническим критериям (табл. 1; 2), по методике А. К. Напреенко.

Результаты и обсуждение

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 самоотчёты пациентов. Наряду с этим стабилизировался фон настроения, улучшался сон. Вегетативные расстройства редуцировались несколько медленнее – к 15 дню терапии (табл. 3).

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, а к 3-4 неделе терапии тревожные, депрессивные и вегетативные значительно редуцировались (табл. 4).

Прямого снотворного действия у препарата обнаружено не было. Однако следует особо отметить опосредованное влияние хомвио-нервина на нормализацию ночного сна и вегето-сосудистого компонента. При приёме препарата больные в течение дня оставались спокойными, жалоб на своё 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 приёме препарата у пациентов не наблюдалось признаков лекарственной загруженности, дневной сонливости, вялости, замедленности психических и моторных реакций. Больные были бодрыми, общительными, деятельными, в связи с чем улучшался их психотерапевтический контакт с врачом.

Таблица 4. Динамика показателей шкалы тревоги Гамильтона в процессе терапии хомвио-нервином

Шкалы	Баллы			
	1 неделя	2 неделя	3 неделя	4 неделя
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

Таблица 5. Эффективность лечения хомвио-нервином

Результат лечения	Мужчины (n=6)		Женщины (n=18)	
	Количество	%	Количество	%
Значительное улучшение	4	66,7	13	72,2
Заметное улучшение	1	16,7	3	16,7
Незначительное улучшение	1	16,7	2	11,1
Без динамики или ухудшение	-	-	-	-

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

Выраженный положительный результат констатирован у мужчин в 83,4 % случаев, у женщин – 88,9 %.

В 3 случаях (8,8 %) для улучшения самочувствия доза хомвио-нервина была увеличена с 1 до 2 таблеток три раза в сутки и назначена дополнительно адекватная коррекция.

Все пациенты отмечали уменьшение утомляемости и повышение работоспособности, редукцию сенестоалгий, раздражительности, беспокойства.

Со стороны сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта патологии не выявлено.

Таким образом, применение гомеопатического препарата хомвио-нервин как при моно-, так и в комплексном лечении больных паническими расстройствами (в том числе и у беременных) является достаточно эффективным и перспективным. При этом отмечается нормализация вегетативной функции, нивелирование тревожной и депрессивной симптоматики, устранение явлений диссомнии (увеличивается продолжительность и глубина сна, укорачивается период засыпания), что сказывается в улучшении качества жизни пациентов (самочувствия, настроения, умственной и физической активности). Препарат хорошо переносится больными, не вызывает идиосинкразии, выраженных побочных эффектов и может быть рекомендован в широкую врачебную практику.

Таблица 6. Общая оценка переносимости лечения

	Удовлетворительная	Неудовлетворительная	Крайне неудовлетворительная
21 человек	3 человека	-	-

I. A. Babiuk, T. V. Arnoldova, B. B. Ivnev, O. E. Shults, S. V. Titievsky, I. B. Rimar

Correction Paroxysmal Anxiety and Insomnia in Panic Disorder Patients

A clinical study of the efficacy of homeopathic preparation Homvio-Nervin in treatment of 24 patients with panic disorder has conducted. The study demonstrated high efficacy in normalization of autonomic function, leveling anxiety and depressive symptoms, eliminate insomnia phenomena that impact in improving the quality of life (health, mood, mental and physical activity). The drug is well tolerated, does not cause idiosyncrasies, severe side effects and can be recommended for widespread medical practice. (Arch. Clin. Exp. Med. – 2014. – Vol. 23, No. 1. – P. 65-68)

Keywords: panic disorder, insomnia, anxiety, Homvio-Nervin.

I.O. Бабюк, Т.В. Арнольдова, Б.Б. Ивнев, О.Е. Шульц, С.В. Тітєвський, І.Б. Римар

Корекція пароксизмальної тривоги та інсомнії у хворих на панічні розлади

Проведено клінічне дослідження ефективності гомеопатичного препарату хомвіо-нервін у комплексному лікуванні 24 хворих на панічний розлад. У результаті дослідження встановлено високу ефективність препарату щодо нормалізації вегетативної функції, нівелювання тривожної і депресивної симптоматики, усунення явищ диссомнії, що позначається у поліпшенні якості життя пацієнтів (самопочуття, настрою, розумової та фізичної активності). Препарат добре переносився хворими, не визивав ідіосинкразії, виражених побічних ефектів і може бути рекомендований у широку лікарську практику. (Арх. клін. експ. мед. – 2014. – Т. 23, № 1. – С. 65-68)

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бабюк И. А., Шульц О. Е. Применение препарата хомвио-нервин в коррекции аффективных нарушений у наркологических больных // Результаты клинических исследований препарата Хомвио-нервин (Украина, 2001-2008). – НА Dr. Hagedorn GmbH & Co. – 2008. – С. 64-71.
2. Баранов П.А. Паническое расстройство (клиника, диагностика, терапия). – М.: НЦПЗ РАМН. [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.psychiatry.ru/lib_show.php?id=106.
3. Воробьева О.В. Паническое расстройство: подходы к диагностике и терапии / – М.: В мире лекарств. – 2000. – №1. – С. 17-21.
4. Каплан Г., Сэдок Б. Клиническая психиатрия / Под ред. Дмитриевой Т.Б. – М.: ГЭОТАР Медицина. – 1998. – 505 с.
5. Келер Г. Гомеопатия. – Смоленск: Гомеопатическая медицина. – 1997. – 172 с.
6. Критерії діагностики і лікування психічних розладів та розладів поведінки у дорослих. Клінічний посібник / За ред. П.В. Волошина, В.М. Пономаренка, О.К. Напреєнка, Н.М. Марути та ін. – К.: 2000. – 303 с.
7. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. – С-Пб.: Медицинское информационное агентство. – 1995. – 568 с.
8. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. – М.: Экспертное бюро. – 1997. – 491 с.
9. Фарингтон Э. Гомеопатическая клиническая фармакология. – К.: Колос и ИТЭМ. – 1992. – 194 с.

Надійшла до редакції: 28.03.2014