

Новые возможности в фитотерапии неврастений

27.03.2015

В результате многочисленных патогенных влияний окружающей среды, возрастающего психологического напряжения в Украине, как и в большинстве стран мира, широко распространена пограничная психопатология.

В структуре пограничных психических расстройств значительное место принадлежит неврозам (от 12,9 до 69,9%). По данным ВОЗ, число больных неврозами за последние 65 лет возросло в 24 раза, причем максимальный рост отмечается в последние 15 лет. В частности, в России с 1991 по 1999 год заболеваемость неврозами выросла на 44,5% и достигла 84,8 на 100 тыс. населения [2]. Важную роль в механизме формирования неврозов играют изменение реактивности организма, повышенная аллергизация, изменчивый спектр психофармакологических средств, влияние экзогенных вредностей экологического, интоксикационного, радиационного характера.

Существенным фактором неврозогенеза является социальный, приобретающий особую актуальность вследствие социально-экономических проблем в обществе, информационной перегрузки, видоизменения личностных ценностных ориентаций и жизненных стереотипов [1,2,3,4].

По определению В.Н. Мясищева, невроз — это психогенное заболевание, в основе которого лежит неудачно, нерационально и непродуктивно разрешаемое личностью противоречие между личностью больного и действительностью. Для неврастенического внутриличностного конфликта характерно наличие несоответствия между возможностями личности, с одной стороны, ее стремлениями и завышенными требованиями к себе, с другой [11].

Различают [2,6,11] основные виды неврозов: неврастенический, истерический, невроз навязчивых состояний. Кроме того, выделяют соматоневрозы (кардионевроз, невроз желудка, мочевого пузыря) — соматовегетативные расстройства, которые имеют функциональный и обратимый характер и возникают в основном у больных с развернутой формой невроза.

Так, у больных с гипостенической формой неврастения висцеральные нарушения представлены, главным образом, желудочно-кишечными симптомами и нарушениями диуреза. При переходной форме неврастения преобладают сердечно-сосудистые расстройства (боли в области сердца, колебания артериального давления, аритмии), которые носят приступообразный характер.

Одной из наиболее стойких жалоб больных с невротическими и псевдоневротическими расстройствами нередко бывает постоянная, временами усиливающаяся головная боль (чаще тупая, ноющая, иногда довольно интенсивная и даже мигреноподобная). Она может возникать на фоне постоянного эмоционального напряжения у 87% больных с неврастениями, нарастая к концу недели и при интенсивных нагрузках [15].

В цивилизованных странах человек страдает и умирает не столько от инфекций, сколько от болезней, в основе которых лежат тяжелые переживания — то есть от психосоматических заболеваний.

К ним относят ишемическую болезнь сердца, гипертоническую болезнь, нарушения сердечного ритма, язвенную болезнь желудка и 12-перстной кишки, бронхиальную астму, сахарный диабет, гипертиреоз, нейродермит, сексуальные расстройства и другие.

Среди патогенетических факторов психосоматозов большое значение имеют длительное психическое напряжение, трудности адаптации, различные конфликты: личные, семейные, служебные [1,15].

В последние десятилетия внимание психиатров, неврологов приковано к феномену, определяемому как синдром хронической усталости. Состояния, проявляющиеся хронической усталостью без наличия соматической основы [19], включающие в себя депрессию, тревогу, фобии, нарушения сна, ощущение соматического дискомфорта, физическую и психическую слабость, трактуется с середины XIX века как неврастения.

В значительном проценте случаев причиной хронической усталости являются депрессия, реакция на стресс, хроническое нервное истощение.

Депрессия, вызванная психической травматизацией («экзогенная депрессия», «невротическая депрессия», «малая депрессия»), представляет собой одну из основных проблем здравоохранения [20], так как риск ее возникновения для каждого человека составляет 12-18%.

Традиционными методами лечения невротических и психосоматических расстройств являются психотерапия и фармакотерапия [6,11]. Однако современные исследования свидетельствуют о частом развитии негативных явлений при использовании психофармакологических препаратов (полипрагмазия, побочные токсические эффекты, фармакофилия). Поэтому в последнее десятилетие важную роль в комплексном лечении неврозов и психосоматозов приобрели методы немедикаментозного воздействия (иглорефлексотерапия, лазеропунктура, электрорефлексотерапия, латеральная светотерапия, сорбционная детоксикация), фитотерапия, витаминотерапия [8,10,12,17], которые составляют одно из приоритетных направлений отечественной неврологии и психиатрии.

Особый интерес представляет сочетанное использование методов рефлексотерапии, фитотерапии и витаминотерапии. В данном аспекте заслуживает внимания использование у больных с неврозами и органической психосоматической патологией сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта комплексного препарата Седавит производства АО «Галичфарм» в сочетании с разными методами рефлексотерапии.

Седавит — это раствор для питья, в состав которого входят экстракты растений (корневища с корнями валерианы, травы зверобоя, листьев мяты перечной, шишек хмеля и плодов боярышника), а также пиридоксина гидрохлорид (витамин В6), никотинамид (витамин РР) и сорбит. Биологически активные вещества экстрактов лекарственных растений (ЛР), входящих в состав препарата, положительно влияют на функцию нервной и сердечно-сосудистой систем и обладают преимущественно седативным действием.

ЛР, входящие в состав препарата Седавит, издавна применялись (как по отдельности, так и в составе разных сборов) для лечения депрессии, астении, фобий, сердечно-сосудистых заболеваний, заболеваний желудочно-кишечного тракта [9], их использовали еще в Древнем Китае.

Представление о механизме действия, показания к применению ЛР, входящих в состав препарата Седавит, в современной медицине незначительно сужены.

Так, в странах Древнего Востока зверобой называли «травой от 99 болезней», а сегодня его применяют в основном лишь при заболеваниях органов пищеварения.

Все ЛР, входящие в состав препарата Седавит, издревле относились к так называемым элитным ЛР и считались наиболее популярными в Китае, Корее, Японии, Вьетнаме [4,5,12]. Как полагали врачи Древнего Востока, для того чтобы достичь успеха в лечении любого заболевания, нужно, чтобы ЛР обладали общим оздоравливающим действием на организм в целом. И это присуще ЛР, входящим в состав препарата Седавит: в традиционной китайской медицине (ТКМ) им приписывали адаптогенное, общеукрепляющее, седативное, спазмолитическое, антидепрессивное, противовоспалительное, препаративное, желчегонное, легкое слабительное, мочегонное действия.

Все ЛР, входящие в состав препарата Седавит, обладают седативным эффектом, который является одним из основных стратегических направлений в лечении расстройств, связанных с патогенным фактором — «жаром» (под эту категорию подпадает большая часть патологических состояний, связанных с неврозами). Акупунктурная коррекция синдромов «жара» — это, прежде всего, седативное воздействие на ТА GI(II)4, GI(II)11, T(XIII)14, TR(X)5.

Другим направлением является спазмолитическое, желчегонное — регулирующее и выравнивающее нарушенную плавность и непрерывность в течении «чи» (прежде всего, это — расстройства эмоциональной сферы) действие. Фитотерапевтической коррекции такого состояния можно достичь при помощи ЛР, входящих в состав препарата Седавит, акупунктурным — гармонизирующим воздействием на ТА C(V)7, MC(IX)6, F(XII)3, F(XII)2, J(XIV)17, VB(XI)21, VB(XI)20, VB(XI)34.

И наконец, третьим направлением является тонизирующее, стимулирующее, адаптационное свойства организма, антидепрессивное действие — что наиболее важно в лечении расстройств, связанных с патогенным фактором «холод».

Универсальными адаптогенами — «императорами тонизации» — считают женьшень, элеутерококк, китайский лимонник, однако зверобой, мята и хмель также обладают подобными эффектами, как и тонизирующее воздействие на ТА T(XIII)20, T(XIII)4, PC1, PC3, GI(II)15, P(I)7, MC(IX)7, MC(IX)8, R(VIII)1, R(VIII)6, J(XIV)4, J(XIV)6, J(XIV)12, RP(IV)4, RP(IV)6, V(VII)23.

Согласно представлениям древних китайских медиков, человеческие эмоции, их лабильность, динамика находятся под контролем, прежде всего, функциональной системы «печени». Поэтому биологически активные вещества ЛР, которые входят в состав препарата Седавит, улучшая функцию печени, влияют не только на систему пищеварения, но и на ЦНС, уравнивая эмоциональную сферу. С функцией памяти, внимания, мышления, сознания в ТКМ тесно связаны функциональные системы «сердца» и «перикарда». Улучшая деятельность сердечно-сосудистой системы (прежде всего, это касается мяты и боярышника), одновременно можно положительно влиять на высшие психические функции.

Так, при бессоннице, мигрени, головокружении, обморочных состояниях, стенокардии, обусловленных гиперактивным «жаром» «печени» и «желчного пузыря», в состав комплексных препаратов для фитотерапии входили боярышник, валериана, мята; в случае бессонницы, депрессии, обморочных состояний, связанных с дефицитным «холодом» «селезенки» и «желудка», — мята, хмель, зверобой. При депрессиях, связанных с дефицитным «холодом» «печени» и «желчного пузыря», использовалась мята, а в случае синдрома дефицитного «холода» «легких» и «толстой кишки» — зверобой. Мята также широко применялась в случаях расстройств памяти (синдромы гиперактивного «жара» «печени» и «желчного пузыря», гиперактивного «жара» «сердца» и «тонкого кишечника», «перикарда» и «трех обогревателей»). При психомоторном возбуждении (синдромы гиперактивного «жара» «печени» и «желчного пузыря», гиперактивного «жара» «сердца» и «тонкого кишечника», «перикарда» и «трех обогревателей», гиперактивного «жара» «почек» и «мочевыводящего пузыря») использовали боярышник, валериану (истерия), мяту (тревога).

Препарат Седавит показан к применению при неврастении и неврастенических реакциях, сопровождающихся раздражительностью, тревогой, страхом, усталостью, рассеянностью, при состоянии постоянного психического напряжения, бессоннице, головных болях, обусловленных нервным напряжением, а также в качестве симптоматического средства при климактерическом синдроме; его назначают внутрь 3 раза в сутки по 5 мл (1 чайная ложка). При необходимости разовую дозу повышают до 10 мл, в случае появления заторможенности назначают по 2,5 мл утром и днем и 5 мл на ночь.

Побочные реакции при использовании препарата Седавит редки, иногда проявляются в виде головокружения, усталости, сонливости, зуда, экзантемы, легкой мышечной вялости, диспептических расстройств.

Противопоказаниями для применения препарата являются миастения и повышенная чувствительность к компонентам препарата.

Цель работы

Целью данного исследования была оценка эффективности препарата Седавит, раствор для питья производства АО «Галичфарм» в сравнении с препаратом Ново-Пассит, раствор для приема внутрь производства фирмы Galena, а также в сравнении с комплексным использованием препарата Седавит и методов рефлексотерапии в лечении неврастения.

Материал и методы исследования Под нашим наблюдением находилось 94 пациента в возрасте от 18 до 47 лет (средний возраст — $29,2 \pm 8,3$) с диагнозом неврастения (из них 38 мужчин и 56 женщин). Им было проведено клиническое неврологическое обследование, психологическое исследование, ЭЭГ, акупунктурная диагностика (по методу Накатани) в динамике. Материалы исследования статистически обработаны при помощи методов вариационной статистики с использованием критерия Стьюдента, парного критерия Стьюдента и непараметрического критерия знаков.

Все больные были разделены на три группы. Пациенты I группы (40 человек) получали Седавит по следующей схеме: по 1 чайной ложке (5 мл) 3 раза в сутки в течение 21 дня. II группа включала 30 пациентов, которые получали препарат Ново-Пассит по аналогичной схеме. Пациенты III группы (24 человек) — Седавит по вышеуказанной схеме в сочетании с лазеропунктурой (ЛП), иглорефлексотерапией (ИРТ) и полисегментарной электропунктурой (ПЭ). Больным трех групп назначали витамин Е (перорально, по 800 мг/сут) с целью коррекции недостаточности антиоксидантной системы организма у больных с невротами [2]. Больные всех групп были рандомизированными по возрасту, полу и клиническим проявлениям заболевания.

В зависимости от основных клинических проявлений невротизации мы условно выделяли вегетососудистый синдром (21,3%) — у больных преобладали жалобы на неприятные ощущения в области сердца, сердцебиение, дрожь, обильную потливость, головокружение, колебания АД; астенический синдром (22,3%) — быстрая психическая и физическая утомляемость, снижение способности к концентрации внимания, раздражительность; ипохондрический синдром (6,4%) — мнительность, фиксация на своих ощущениях, заболевании, на методах лечения, снижения либидо, быстрая психическая и физическая утомляемость; депрессивный синдром (16,0%) — с преобладанием снижения настроения, непостоянного чувства тревоги, страха, эмоциональной лабильности; цефалгический синдром (34,0%) — с ведущими симптомами: головная боль, раздражительность, быстрая психическая и физическая утомляемость.

Результаты и их обсуждение

У обследованных больных наиболее частыми симптомами были: нарушения сна (100%), головная боль (91,5%), быстрая психическая и физическая утомляемость (88,3%), раздражительность (79,8%), колебания АД (69,2%), чувство тревоги (44,7%), чувство страха (43,6%), нарушение концентрации внимания (41,5%), неприятные ощущения в области сердца (34,0%), снижение настроения (21,3%).

При объективном исследовании у больных в основном отмечалось незначительное повышение АД (140/90-145/95 мм рт. ст.) (53,2%) или снижение АД (12,8%); повышение коленных рефлексов (52,1%), незначительная анизорефлексия коленных рефлексов (39,0%), реже — положительный симптом Маринеску-Радовичи с одной или двух сторон (26,6%), легкие нарушения статики.

Все больные указывали на связь своего состояния с психотравмой. Еще раз хотелось бы подчеркнуть, что психотравме нужно уделять большое внимание как в формировании невротозов, так и в генезе любых болезней вообще [7].

По данным нашей клиники, более 80% больных пусковым моментом в развитии своего заболевания (либо его обострения) называют именно психотравму. По представлениям ТКМ, психотравма, больше чем любой другой стресс, приводит к истощению «ян-чи» (общерегуляторная функция) «почек», что вызывает выраженную инактивацию центральных механизмов адаптации — страх приводит к упадку «чи», а испуг вызывает ее временную дезорганизацию [18].

При изучении ЭЭГ до лечения у 30,9% больных был I тип ЭЭГ (по классификации Е.А. Жирмунской, 1980) — организованный, с высокой степенью регулярности биоэлектрических потенциалов с доминированием зонально-дифференцированного α -ритма, частотой 8-11 Гц и средней амплитудой (25-50 мкВ), умеренно выраженной β -активности (5-20 мкВ). Медленноволновая активность была выражена минимально, имела низкую амплитуду (15-20 мкВ).

У 34% больных наблюдали II тип ЭЭГ — гиперсинхронный — с увеличением количества и амплитуды α -волн (60-110 мкВ) по сравнению с β -активностью (50-65 мкВ).

У 25,5% больных отмечен III тип ЭЭГ — десинхронный — с уменьшением количества и амплитуды α -волн (20-30 мкВ), доминированием β -активности средней и высокой частоты (20-25 Гц), с амплитудой до 30 мкВ.

У 9,6% больных был зарегистрирован IV (дезорганизованный) тип ЭЭГ с нерегулярной, невыразительной α -активностью, со сглаженными межзональными различиями, уменьшением β -активности и умеренным повышением количества медленных волн (амплитуда всех частот — 20-40 мкВ). У 16% больных на ЭЭГ — межполушарная асимметрия.

С целью психологического исследования применялся тест СМИЛ (стандартизированное многофакторное исследование личности), который наиболее удачно отражает динамику степени адаптивности и уровня дезадаптации [14]. Тест СМИЛ, проведенный до начала лечения, показал, что у большинства больных с вегетососудистым, цефалгическим, астеническим синдромами (85; 81,3; 80% соответственно) ведущими являлись пики по 4 и 8 шкалам (импульсивности и инвертированности), вторыми по высоте — по 6 и 9 шкалам (ригидности и оптимизма), что свидетельствовало об активной жизненной позиции, раздражительной, агрессивной форме их реагирования. Изучение профиля СМИЛ у больных с депрессивным и ипохондрическим синдромами чаще (73,3; 66,7% соответственно) давало преобладание пиков по 2 и 7 шкалам (пессимистичность, тревожность) с некоторым снижением показателей по 9 и 0 шкалам (оптимизма, индивидуалистичности), что указывало на пассивную жизненную позицию, низкую общую активность, снижение самооценки, переживание чувства вины.

При исследовании методом Накатани у больных с вегетососудистым, цефалгическим и астеническим синдромами (85; 90,6; 76,2% соответственно) было отмечено достоверное ($p < 0,05$) увеличение биоэлектрических потенциалов в меридиане «желчного пузыря», а у больных с ипохондрическим и депрессивным синдромами — снижение биопотенциалов в меридианах «печени» и «легких» (83,3; 86,7% соответственно, $p < 0,05$).

У больных с вегетососудистым синдромом было максимальное значение асимметрии между показателями биоэлектрической активности меридианов с разных сторон (75%, $p < 0,05$), что подтверждает наши ранние исследования [8].

В результате проведенного лечения положительная динамика наблюдалась во всех трех группах, однако при сравнении результатов лечения значительно лучший результат ($p < 0,05$) наблюдался в III группе (больные наряду с препаратом Седавит получали лечение методами рефлексотерапии ЛП, ИРТ и ПЭ).

При анализе таких основных жалоб, как нарушения сна, головная боль, раздражительность у пациентов I группы они уменьшились в 57,5; 77,8 и 70,0% случаев, а во II и III группах — в 53,3; 74,1; 68,0% и 70,8; 81,8; 80,0% соответственно. Жалобы на быструю психическую и физическую утомляемость у пациентов III группы в 23,9% исчезли полностью, в 52,4% — значительно уменьшились, что указывает на значительное улучшение биоэлектрической активности головного мозга под воздействием комплексной терапии Седавитом и методов рефлексотерапии (динамика данной жалобы у пациентов I и II групп — 17,1%, 42,8% и 15,4%, 42,3% соответственно). Отмечалась также положительная динамика и других жалоб. Во всех трех группах наблюдалась положительная динамика объективных неврологических симптомов.

Психологическое исследование, проведенное после лечения, показало, что более выраженная положительная динамика (снижение пиков профиля СМИЛ) отмечалась у больных III группы (41,7%), что достоверно больше ($p < 0,05$), чем в I и II группах (32,5%, 30,9% соответственно).

Изменения на ЭЭГ под воздействием лечения носили позитивный характер во всех трех группах, что выражалось в улучшении α -активности, уменьшении явлений асимметрии и дезорганизации. Также во всех трех группах отмечалась положительная динамика данных акупунктурной диагностики, которая у больных III группы была достоверно выше ($p < 0,05$), чем в I и II группах.

Выводы

Препарат Седавит — эффективное средство в лечении неврастений.

Наиболее рациональная схема его использования — это сочетание с антиоксидантами (витамином Е) и методами рефлексотерапии (ИРТ, лазеротерапией, полисегментарной электропунктурой).

В настоящее время широко распространена пограничная психопатология, среди которой значительное место принадлежит неврозам, составляющим в структуре пограничных психических расстройств от 12,9 до 69,9%. Традиционными методами лечения невротических и психосоматических расстройств являются психотерапия и фармакотерапия, однако современные исследования свидетельствуют о частом развитии негативных явлений при

использовании психофармакологических препаратов. Поэтому в последнее десятилетие важную роль в комплексном лечении неврозов и психосоматозов приобрели методы немедикаментозного воздействия.

Под нашим наблюдением находились 94 пациента в возрасте от 18 до 47 лет (средний возраст — $29,2 \pm 8,3$) с диагнозом неврастения (38 мужчин и 56 женщин), всем им были проведены клиническое неврологическое обследование, психологическое исследование, ЭЭГ, акупунктурная диагностика (методом Накатани) в динамике. В результате проведенного лечения положительная динамика наблюдалась во всех трех группах, однако при сравнении результатов лечения в разных группах наблюдался значительно лучший результат ($p < 0,05$) в III группе (больные наряду с препаратом Седавит получали рефлексотерапию).

Литература

1. Александр Ф. Психосоматическая медицина. М.: Эксмо-Пресс.-2002.-224 с.
2. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. — М.: Медицина, 2000. — 495 с.
3. Вейн А.М., Дюкова Т.М., Воробьева О.В. и др. Панические атаки (неврологические и психофизиологические аспекты). — СПб: ИМА, 1997. — 304 с.
4. Гарбузов В.И. Концепция инстинктов и психосоматическая патология. - СПб: Сотис. — 1999. — 320 с.
5. Гриневич Н.А. Информационный поиск перспективных лекарственных растений. — Л., 1990. — 484 с.
6. Карвасарский Б.Д. Неврозы: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1980. — 448 с.
7. Коркушко О.О., Мачерет Е.Л., Чуприна Г.М. Актуальні питання традиційної китайської медицини // Мат. наук.-практ. конф. «Теоретичні та клінічні аспекти РТ та нетрадиц.медицини» — К., КМАПО ім. П.Л. Шупика, 2003. — С. 66-68.
8. Коркушко О.О., Мачерет Е.Л., Чуприна Г.М., Попова В.С., Дригант Л.П. Стан біопотенціалів в точках акупунктури у хворих з неврозами. // Мат. III наук.-практ. конф. «Нетрадиційні методи діагностики та лікування» — К., 1999. — С. 76.
9. Лікарські рослини / Енциклопедичний довідник за ред. акад. АН УРСР А.М. Гродзінського. - К: УРЕ, 1992.- 543 с.
10. Матяш М.Н., Мачерет Е.Л. Динамика астенического синдрома у больных неврозами, подвергшихся воздействию ионизирующего излучения под влиянием лазеротерапии. // Мат. II наук.-практ. конф. «Нетрадиційні методи діагностики та лікування» — К., 1997. — С.83.
11. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. — Л.: Издат. Ленинград. ун.- та, 1960. — 426 с.
12. Николаев Н.А. Традиционные аспекты сочетания акупунктуры и фитотерапии. Рига: SIA DDF, 1997. — 445 с.
13. Румянцева Т.М., Чуркин А.А., Басов А.М. и др. Анализ деятельности психоневрологических диспансеров по оказанию помощи больным с пограничными состояниями // Журн. невропат. и псих. им. Корсакова С.С. — 1989. — №11. — С. 87-93.
14. Собчик Л.Н. Введение в психологию индивидуальности. - М., 1997.- 480 с.
15. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. - М.: Медицина. — 1986. — 384 с.
16. Филиппов В.Л. Актуальность выделения ранней стадии интоксикации и пути профилактики пограничных психических расстройств у работающих с высокотоксичными химическими веществами. — СПб.: Сб. Труд. ВМА. — 1998. — С. 86-88.
17. Чуприков А.П., Линев А.Н., Марценковский И.А.. Латеральная терапия. — 1994. — 164 с.
18. «Chinese acupuncture and moxibustion.- Beijing: Foreign languages press, 1987.- P. 248- 249.
19. Greenberg D. Neurasthenia in the 1980s: Chronic mononucleosis, chronic fatigue syndrome and anxiety and depressive disorders psychosomatics.-1990.-Vol 31.- №2.- P. 129-137.
20. Radaf F. La depression //Tempo med.-1992. — №459. — P 1-6.

Таблица 1. Распределение пациентов в зависимости от ведущего синдрома

Таблица 2. Оценка эффективности препарата