

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВУЮ ТРАВМУ

А.К. Напреенко, Н.А. Максименко

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев

Особливості лікування і динаміка клінічних проявів непсихотичних розладів у пацієнтів, які перенесли черепно-мозкову травму

О.К.Напреенко, Н.О.Максименко

Показана актуальність проблеми, патоморфоз зазначених розладів. Описані комплексний диференційований підхід до лікування із використанням гомеопатичного препарату хомвіо-нервін, дана оцінка його ефективності. Встановлено, що фактором предиспозиції психічних порушень в осіб, які перенесли ЧМТ, є певні акцентуовані риси особистості та дисгормонійні типи ставлення до хвороби (до наслідківЧМТ).

Ключові слова: черепно-мозкова травма, непсихотичні психічні розлади, психопатологічні синдроми, лікування, акцентуація особистості

Peculiarity of treating and dynamics of clinical manifestation of non-psychotic psychical disorders after brain injury

A.K. Napreenko, N.A. Maksimenko

Actuality of problem is shown. Along with injury, other factors are shown to play a role in the development of above disorders.

Key words: brain injury, non-psychotic psychical disorders, psychopathological syndromes, treatment, accentuation of person

Поступила 03.03.08

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, непсихотические психические расстройства, психопатологические синдромы, лечение, акцентуация личности.

Актуальность проблемы черепно-мозговой травмы (ЧМТ) постоянно возрастает. По данным ВОЗ [2], среди причин смерти травматизм занимает третье, а у людей моложе 45 лет — первое место. В структуре всех видов травматизма сочетанная травма достигает 50—70 %, а ее почти постоянным слагаемым (до 80 % таких больных) является ЧМТ, что в абсолютных числах составляет от 130 до 200 случаев на 100 000 населения. Частота ЧМТ составляет в среднем 4 случая на 1000 населения. В США этот по-

казатель равен 2, в Швеции — 3,6, в Украине — 4-4,2 на 1000 населения, без учета не госпитализируемых больных с легкой ЧМТ. Согласно статистическим данным ВОЗ, в разных странах констатируется продолжающийся в связи с научно-техническим прогрессом рост нейротравматизма, в частности черепно-мозговых повреждений (в среднем на 2% ежегодно). Соответственно увеличивается и количество больных с отдаленными последствиями ЧМТ, в том числе в виде непсихотических психических расстройств (НПР). Изучению последних и посвящена наша работа, в ходе которой был выявлен определенный клинический патоморфоз НПР. Изменение клинической структуры погра-

нических состояний, возникших на фоне церебротравматической болезни, характеризуется многообразием симптоматики с преобладанием невротических депрессий, соматовегетативных феноменов, ипохондрических, астеноипохондрических и других проявлений [5, 7].

Такие особенности НПР, возникших на экзогенно-органическом церебральном фоне, диктуют необходимость поиска новых подходов к их диагностике, лечению и профилактике. Лечебно-профилактический комплекс при рассматриваемых заболеваниях, помимо психотерапии, должен включать психотропные лекарственные средства, к которым современные специалисты [6, 9] предъявляют следующие требования:

- широкий спектр психотропной активности (эффективное влияние на тревожно-депрессивные, ипохондрические и другие симптомы),
- минимальное неблагоприятное (побочное) действие на вегето-висцеральные функции,
- положительный соматотропный эффект (лечебное воздействие на соматоневрологическую сферу),
- минимальная поведенческая токсичность (малая выраженность или отсутствие тормозящего влияния на сенсомоторные реакции, внимание и т.д.),
- хорошие показатели интеракции с соматотропными лекарственными средствами, благополучная переносимость пациентами с коморбидными соматическими и неврологическими заболеваниями,
- минимальная потребность в титровании дозы препарата.

Нами [7] сделано предположение, что этим требованиям в достаточной мере соответствует хомвио-нервин, являющийся комплексным гомеопатическим средством, рекомендованным фирмой Хомвиора (Германия), как природный транквилизатор и антидепрессант без побочных действий и привыкания. Ниже перечислены действующие вещества этого препарата, а также их количественное содержание и терапевтические эффекты, описанные Н.В. Вавиловой, Г. Келер, Ж. Шарет, Э. Фарингтон, [1, 4, 10,11]. 1 таблетка 320 мг хомвио-нервина содержит:

1. Sepia D4 (Сепиа D4) 64,0 мг
2. Arnbra D2 (Амбра D2) 64,0 мг
3. Hyoscyamus D3 (Гиосциамус D3) 32,0 мг
4. Ignatia D3 (Игнация D4) 32,0 мг

Благодаря тому, что препарат является комплексным, каждый из его составляющих имеет свой спектр показаний для его применения:

1. Sepia (Чернила каракатицы) - купирует невротические расстройства, сопровождаемые тревогой, угнетенным настроением, повышенной раздражительностью, плаксивостью, фобиями, истерическими симптомами, потливостью, приливами жара или похолодания в конечностях, а также застоем крови в системе воротной вены;

2. Ambra grisea (Китовый воск) - способствует устранению бессонницы, возникающей при умственном переутомлении и волнении, расстройств памяти, в том числе у лиц пожилого возраста, головокружения, шаткой походки, парестезий в конечностях, а также коклюшеподобного кашля, астматических проявлений, диспепсии, гипертонуса мускулатуры матки;

3. Hyoscyamus niger (Белена черная) — применяется в гомеопатической практике при депрессиях, инсомнии, истерических симптомах, алкоголизме (в том числе с металкогольными психозами), эпилепсии, паркинсонизме, заикании, а также спастической икоте, колите и кашле, функциональных задержках мочеиспускания и энурезе;

4. Ignatia amara (Игнация горькая) - показана при невротических нарушениях сна, церебралгиях, треморе, гипергидрозе, неустойчивой зевоте, булимии, хорее, парестезиях и парезах конечностей. Оказывает терапевтический эффект при 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.

Такое непривычное для классической психиатрии, однако, принятое в гомеопатической теории и практике, равно как и в психосоматической медицине, описание показаний для применения, рассматриваемого лекарственного препарата дает представление о широком спектре его лечебного действия при психических и психосоматических расстройствах, а также соматических заболеваний с коморбидной психопатологией.

Инструкция для медицинского использования данного препарата утверждена МЗ Укра-

Таблица 1. Сравнительная эффективность лечения

Результаты лечения	Группы больных					
	основная 1 (п. 50)		основная 2 (п. 30)		сравнения (п. 30)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Значительное улучшение	34	68%	18	60%	4	13,3%
Улучшение	15	30%	6	20%	6	20%
Без изменений	1	2%	5	16,7%	11	37%
Ухудшение	-	-	1	2,3%	9	30%

ины (регистрационное свидетельство № Р. 01.03/05818 от 15.01.2003 г.).

В процессе выполнения данной работы обследовано 110 пациентов с непсихотическими (неврозоподобными) психическими расстройствами, развившимися в различные периоды после перенесенной ЧМТ. Согласно диагностическим критериям МКБ10 выявленная психопатология соответствовала следующим рубрикам: органическое (астеническое) эмоционально-лабильное расстройство вследствие ЧМТ (F06.6), органическое депрессивное расстройство вследствие ЧМТ (F06.32), органическое тревожное расстройство вследствие ЧМТ (F06.4), органические диссоциативные расстройства вследствие ЧМТ (F06.5), а также органические расстройства личности вследствие перенесенной ЧМТ (F07.0).

Для сравнительной оценки динамики выявленных расстройств на фоне проведенной терапии все пациенты, участвовавшие в исследовании, были разделены на 3 группы. Первую группу (основную 1) составили 50 пациентов с последствиями ЧМТ в виде НПР, пролеченных по предложенной нами схеме, они принимали хомвио-нервин в сочетании с комплексом психотерапевтической реабилитации. Хомвио-нервин назначался без других (психотропных) препаратов по 1-2 таблетке (в зависимости от выраженности симптоматики) 3 раза в день, под язык до полного растворения, в течение 4-х недель. Дифференцированное психотерапевтическое воздействие включало рациональную психотерапию, аутогенную тренировку, семейную психотерапию [7], а также групповую психотерапию. Во вторую группу (основную 2) вошли 30 больных, перенесших ЧМТ, с такими же НПР, получавших традиционное комплексное лечение, в которое входили антидепрессанты группы СИОЗС, бензодиазепиновые анксиолитики, иногда нейролептики. В третью группу (сравнения) вошли также 30 пациентов с ЧМТ в анамнезе и аналогичной психопатологической симптоматикой, которые по организационным причинам не получали специфической (психотропной) медикаментоз-

ной терапии, а использовали только приведенный выше психотерапевтический комплекс.

Основываясь на рекомендациях Б.Д.Карвасарского [3,8] мы использовали следующие критерии оценки эффективности лечения больных с НПР вследствие перенесенной ЧМТ: 1 — симптоматика появлялась очень часто или характеризовалась выраженной интенсивностью; 2 — симптоматика возникала часто юга характеризовалась значительной интенсивностью; 3 — симптоматика проявлялась редко или характеризовалась слабой интенсивностью; 4 — симптоматика отсутствовала.

Степень выраженности симптомов оценивали в баллах (от 0 до 4). Оценку производили в начале и в конце лечения. Сравнение полученных величин, с учетом редукции психопатологических симптомов, позволило оценить изменения в симптоматике как значительное улучшение (в начале лечения - 1 или 2, в конце лечения — 3 или 4); улучшение (в начале лечения - 1 или 2, в конце — 3); без изменений (в начале лечения - 1 или 2, в конце - также 1 или 2); ухудшение (в начале лечения — 2, в конце — 1).

Для количественной оценки результативности лечения высчитывали коэффициент медицинской эффективности соответственно формуле:

$R_t = P_t : N_t$; где R_t — коэффициент медицинской эффективности, P_t - количество пациентов с редукцией симптоматики, N_t - общее количество обследуемых на конец лечения.

Результаты лечения пациентов 3-х групп представлены в таблице 1.

Подводя итоги проведенного лечения, следует отметить, что в основной группе пациентов, получавших лечение по предложенной нами схеме, "значительное улучшение" отмечалось в 34 (68%) случаях, "улучшение" имело место у 15 (30%) пациентов, у одного (2%) больного результат лечения был оценен, как „без изменений". Ни в одном случае из 50 пациентов основной группы №1 не отмечалось негативного результата лечения. Коэффициент

Таблица 2. Динамика степени акцентуации (средний балл) в преморбидном периоде, при первичном обследовании, а также после проведенного лечения, больных основных групп

Типы акцентуации	В преморбидном периоде (n=110)	При первичном обследовании (n=110)	Непосредственно после проведенного лечения			
			Группы 1, 2 (n=80)	Р	Группа 3 (n=30)	Р
возбудимый	16,4±0,4	17,9 ±0,5	15,9 ±0,5	<0,05	17,3±0,3	>0,05
застывающий	16,1 ±0,3	17,5 ±0,3	15,8 ±0,4	<0,05	17,1±0,6	>0,05
педантический	16,0 ±0,4	16,2 ±0,2	15,3±0,5	>0,05	15,8±0,04	>0,05
тревожный	15,9 ±0,5	17,3±0,8	14,1±0,6	<0,05	16,9±0,8	>0,05
аффективно-лабильный	17,5±0,9	18,2±0,4	16,3±0,9	<0,05	17,6±0,7	>0,05
демонстративный	15,5 ±0,3	15,4 ±0,6	14,9 ± 0,4	>0,05	15,4±0,5	>0,05
гипертимный	15,8 ±0,8	16,5 ±0,7	15,8 ±0,8	>0,05	16,2±0,6	>0,05
дистимический	16,3 ±0,5	17,5 ±0,4	15,0 ±0,1	<0,05	17,2±0,5	>0,05

медицинской эффективности в группе № 1 составил 0,98.

Результаты лечения пациентов основной группы №2, получавших традиционное комплексное лечение, были оценены следующим образом: "значительное улучшение" наблюдалось в 18 (60 %) случаях, "улучшение" - у 6 (20 %) пациентов, "без изменений" было зарегистрировано в 5 (16,7 %) случаях и "ухудшение" - в 1 (3,3 %) случае. Коэффициент медицинской эффективности в основной группе № 2 составил 0,8.

Результаты лечения пациентов группы сравнения, получавших только психотерапевтическую помощь, выглядели следующим образом: «значительное улучшение» - 4 пациента, улучшение — 6 (20 %) больных; без изменений — 11 (37 %) случаев; ухудшение - 9 (30 %) пациентов. Коэффициент медицинской эффективности в этой группе составил 0,33. Достоверных различий эффективности терапии в двух основных группах не выявлено ($p > 0,05$).

Таким образом, внедрение препарата хомвио-нервин в сочетании с психотерапевтическим воздействием в комплексное лечение пациентов с НПР на фоне черепно-травматической болезни способствовало повышению эффективности терапии примерно в 3 раза по сравнению с пациентами, не получающими психофармакотерапию ($p < 0,01$). При этом в группе пациентов, получавших хомвио-нервин, не было зарегистрировано ни одного побочного эффекта, препарат хорошо переносился и не вызывал какого-либо дискомфорта, в то время, как пациенты основной группы № 2 в 18 (22,5 %) случаях предъявляли по 1, 2 или 3 следующих жалоб: на сухость во рту, слабость, головокружение, сонливость днем, рассеянность внимания, заторможенность, на тахикардию, гипомнезию, запоры, диарею.

На фоне проводимой терапии в основных группах редукция психопатологической симптоматики по окончании 4-недельного лечения сопровождалась тенденцией ($p > 0,05$) к снижению показателей таких выраженных типов личностной акцентуации пациентов: (оценивалась по шкале Шмишека, табл. 2) возбуждаемого (до среднего балла $15,9 \pm 0,5$), застревающего ($15,8 \pm 0,4$), тревожного ($14,1 \pm 0,6$), аффективно-лабильного ($16,3 \pm 0,9$), дистимического ($15,0 \pm 0,1$). Более достоверную динамику личностной акцентуации следует ожидать при запланированной нами оценки катамнестического наблюдения.

Более положительная динамика проявления НПР на фоне комплексной терапии с применением хомвио-нервина, а также отсутствие каких-либо побочных эффектов такого лечения (в сравнении с традиционной психотропной фармакотерапией) дают основание рекомендовать применение данного гомеопатического средства при оказании медицинской помощи

лицам, перенесшим ЧМТ с непсихотическими психическими расстройствами.

Возрастание степени личностной акцентуации в процессе становления НПР в посттравматическом периоде и ее снижение при положительной динамике психопатологии указывает на то, что выраженные акцентуированные свойства личности по возбудимому, застревающему, тревожному и дистимическому типам являются факторами predisпозиции к пограничным психическим расстройствам позволяют рекомендовать клиницистам их раннюю диагностику личности у пациентов, перенесших ЧМТ, а также психотерапевтическую коррекцию личности с целью первичной, вторичной и третичной профилактики непсихотических психических расстройств.

Литература

1. Вавилова Н.В. Гомеопатическая фармакодинамика. – 4.1 и 4.2. – М.: Эверест, 1994.
2. Европейская база данных «Здоровье для всех» (Европейское региональное бюро ВОЗ, версия за январь 2007 года).
3. Карвасарский Б.Д, Неврозы. – М.: Медицина, 1980.- 448 с.
4. Келер Г. Гомеопатия. – Смоленск: Гомеопатическая медицина, 1997.
5. Марута Н.А. Клинико-психопатологические особенности современных невротических расстройств // Международный медицинский журнал. – Т.10, № 1, 2004. – С.38-41.
6. Напреенко А. К. Психосоматические расстройства: подходы к фармакотерапии // Международный медицинский журнал. – Т.8, № 4, 2002. – С.40-45.
7. Напреенко А.К., Юнда Л.И., Коновалов О.Г. Хомвио-нервин в лечении непсихотических психических расстройств // Архив психиатрии. – Т.10, 3 (38), 2004. – С. 157-160.
8. Психотерапия / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб: Питер, 2000. – 544 с.
9. Смудевич А.Б., Иванов СВ. Терапия психосоматических расстройств. Клинические эффекты эглонила (сульпирида) // Психиатрия и психофармакотерапия. – Т. 2, № 3, 2000. – С. 6-8.
10. Фарингтон Э. Гомеопатическая клиническая фармакология. – К.: Колос и ИТЭМ, 1992.
11. Шарет Ж. Практическое лекарствоведение. – К.: Украинская советская энциклопедия, 1990.