

Лікування хворих з психовегетативними розладами

за допомогою препарату Релаксил

Клименко О.В., Каліщук-Слободін Т.М., Горячий С.О., Маняк Б.Т., Лукашевич П.В., Рябиченко Т.М., Курочкин І.В., Головченко Ю.І.

**Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика
Київська міська клінічна лікарня №9**

Актуальність

Психовегетативні розлади є однією з актуальних проблем сучасної медицини. Це обумовлено багатьма факторами, передусім розповсюдженістю вегетативної дисфункції (до 80% — у хворих з різними захворюваннями), яка є суттєвим фактором етіопатогенезу цілої групи захворювань, або виникає вторинно, внаслідок ураження різних систем організму [7].

Складні сучасні економічні умови, коли масштабного характеру набули такі екзогенні чинники, як соціальні стресові стани, екологічні та інші катаклізми, призводять до астенизації населення. Астенія характеризується якісними змінами функціонального стану, на тлі збільшення використання енергетичних речовин та медіаторів центральної нервової системи, що в свою чергу призводить до зростання кількості психовегетативних розладів та потребує пильної уваги з боку лікарів різних спеціальностей [9].

Слід зазначити, що адекватна терапія психовегетативних розладів має велику соціальну значимість, враховуючи, що в ряді досліджень у цих хворих є тенденція до підвищення рівня холестерину та значно зростає ризик виникнення серцево-судинної патології [11, 15].

Саме тому рання діагностика і адекватна терапія психосоматичних розладів стає однією з найважливіших проблем сучасної медицини, поступово набуває все більшого значення в широкій лікарській практиці, що обумовило проведення нашого дослідження.

Вступ

Термін «психовегетативні розлади» об'єднує велику кількість симптомів, самим поширеним серед яких є тривога, відчуття внутрішнього напруження, порушення сну, роздратованість, неадекватні та різні за модальністю емоційні реакції. Одним з перших даний термін описав З. Фрейда в 1984 році у праці «Оправдание отделения от неврастении определенных синдромов: тревожные неврозы». Він зазначив, що специфічні клінічні прояви психовегетативних розладів (ПВР), а саме тривога та паніка, є максимальним ступенем їх вираження та можуть асоціюватись з порушенням однієї, або декількох

функцій організму. При цьому хворі відчувають серцебиття, зтискання в горлі, відчуття нестачі повітря, біль в ділянці серця і т. ін. Частота ПВР згідно даних різних авторів коливається в межах 10–20% в популяції [12].

Клінічно ПВР проявляється психічними та вегетативними симптомами, а вегетативні розлади мають свою специфіку. Слід звернути увагу на полісистемний характер вегетативних симптомів. Зазвичай у хворих бувають кардіоваскулярні, гастроінтестинальні та розлади дихання, які проявляються спочатку в одній системі (це є поштовхом звернення до лікаря), а з часом мають тенденцію до полісистемного характеру [5, 10].

Серед обставин, що сприяють виникненню психосоматичних розладів, найбільш значними є психотравми. Вплив стресу на діяльність внутрішніх органів, у тому числі на імунні і обмінні процеси, підтверджено даними клінічних та експериментальних досліджень. Однак психотравмуючі події є лише однією зі складових патогенезу психосоматичних розладів. Значна роль у формуванні психосоматичних захворювань належить особистісним властивостям. Ситуації, подібні до первинної психотравмуючої події, часто повторюються і не знаходять свого продуктивного, конструктивного або адаптивного вирішення, тому вони знаходять свій вихід у дисфункції тих чи інших органів та систем, що підтверджує актуальність нашого дослідження.

Лідером серед психопатологічних синдромів, асоційованих з вегетативною дисфункцією, є тривога. Тривога — це сигнал про загрозові зміни в організмі чи зовнішньому середовищу [3, 5].

Тривожність при неврозах значно погіршує психоемоційний стан хворих, сприяє поглибленню невротизації особистості, ускладнює соціальну адаптацію та знижує якість життя. Довготривалий стрес-синдром призводить до стійкого погіршення гомеостазу, формування стадії виснаження механізмів адаптації, порушення вегетативного і гормонального балансу та тканинного метаболізму, що також погіршує перебіг і прогноз вже наявних соматичних захворювань. Тому психовегетативні розлади є характерним феноменом старіння, що значно посилюються і стають частішими з віком. Одним із таких залежних від віку станів є клімактеричний синдром, при якому тривожні прояви є компонентом психоемоційного дисбалансу, нерідко домінуючим у клінічній неврологічній симптоматиці при даній нозології.

Психічні симптоми облігатно супроводжують вегетативну дисфункцію, однак ступінь їх виразності може бути різною та ігноруватись хворим, за рахунок перекриття вегетативними розладами.

Основою патогенезу вегетативної дисфункції є порушення інтегративної діяльності надсегментарних вегетативних структур (лімбіко-ретикулярного комплексу) у результаті чого розвивається дезінтеграція вегетативних, емоційних, сенсомоторних, ендокринно-вісцеральних співвідношень, а також циклу сон — активний стан [8].

Експериментальні дані показують, що ПВР можуть бути обумовлені симпатичною гіперактивністю, це підтверджує той факт, що у хворих з ПВР відмічається зниження кількості пресимпатичних альфа2-адренорецепторів, що пояснюється включенням захисних, анксиолітичних механізмів [13]. Під час досліджень передбачалось, що ПВР можуть виникати внаслідок генетичної трансформації адренорецепторів і виникнення популяції адренорецепторів зі зміненою чутливістю, але інші дослідження цього не підтвердили [16]. На даний час основну роль у патогенезі тривоги людини відіграє гамма-аміномасляна кислота (ГАМК). Порушення центральних ГАМК-ергічних механізмів, що виникають при різних соматогенних та психогенних впливах, призводять до тривоги і депресії. Таким чином дефіцит ендогенних ГАМК-ергічних речовин, які можуть привести до нейроендокринологічних порушень може стати складовою частиною патогенезу.

Порушення ГАМК залежних процесів у ЦНС обумовлює дисфункцію серотонін-, катехоламін- та пептидергічних систем, які є самостійними патогенетичними механізмами. Новим направленням у вивченні механізмів розвитку тривоги є концепція про генетичну детермінованість характеру відповіді організму на стрес, згідно якої виділяють активний (реакція активації поведінки) та пасивний (реакція «застигання», «відключення») фенотипи стресіндукованих реакцій. Корекція таких порушень, препаратами що впливають на ГАМК-ергічну передачу можуть представляти вдалу терапевтичну стратегію, яка дозволяє лікувати тривогу і депресію [14].

Врахування стану вегетативної нервової системи відіграє важливу роль у комплексній терапії практично будь-якої соматичної патології. Вплив на вегетативні функції, у свою чергу, пов'язаний з корекцією тривожних порушень. Важливим у виборі терапевтичної стратегії тривожно-вегетативних порушень є осмислення основних патогенетичних ланок які приймають участь у формуванні тривожних розладів.

Лікування психосоматичних розладів включає широке коло лікувальних і реабілітаційних заходів, що потребують участі не тільки лікаря загального профілю, а також психіатра та психотерапевта. В цілому успіх лікування психосоматичних розладів залежить від уваги та творчого підходу лікаря.

Для лікування психосоматичних розладів традиційно використовується широкий спектр засобів рослинного походження. Активно діючі біологічні речовини рослин дають змогу використовувати фітопрепарати як ефективні лікувальні та профілактичні засоби при

багатьох захворюваннях. Ці засоби нерідко мають переваги перед традиційними медикаментами (препарати рослинного походження характеризуються малою токсичністю і кращою переносимістю у порівнянні із синтетичними сполуками). Кожна з лікарських рослин має свій спектр дії та показання для застосування. Комбіновані лікарські засоби на основі натуральних екстрактів рослин мають широкий спектр активності завдяки сумачії та посиленню дії кожного з компонентів [1, 4, 5, 10].

Фармакотерапія психосоматичних розладів передбачає використання широкого спектру психотропних препаратів. При цьому бажано обмежитись монотерапією. Враховуючи можливість підвищеної чутливості, а також виникнення побічних ефектів, психотропні засоби призначають в мінімальних дозах.

Основні вимоги до психотропних препаратів в терапії психосоматичних розладів:

- 1) широкий спектр психотропної активності-ефективний вплив на тривожні, афективні (депресивні), іпохондричні (астенічні, соматовегетативні розлади);
- 2) незначний спектр побічних ефектів з мінімальним негативним впливом на соматичні функції;
- 3) виражені соматотропні ефекти (терапевтичний вплив направлений на супутню соматичну патологію);
- 4) незначні седативні ефекти [5].

Мета дослідження: провести аналіз літературних даних щодо вегетативної дисфункції у осіб молодого віку та внести доповнення до лікування і діагностики психовегетативних розладів за допомогою препарату Релаксил.

Методи дослідження

Для досягнення поставленої мети під нашим спостереженням знаходилось 28 хворих (14 чоловіків та 14 жінок), віком від 23 до 35 років. Середній вік клав 27,6 років. Хворі за професією були: менеджери — 10 (35,7%); водії — 7 (25%); медичні працівники — 5 (17,85%); вчителі — 6 (21,4%).

Всі хворі були обстежені за допомогою детального загально-клінічного та клініко-неврологічного обстеження, ми використовували методи анкетування: оцінки якості сну, оцінки якості життя, шкалу життєвих ситуацій Холмса і Рея, шкалу самооцінки тривоги Шихана, шкали Спілберга і Бека.

Критерієм включення в групу обстеження була наявність у хворих вегетативної дисфункції, що оцінювалась за допомогою анкет двох типів: «Опитувальник для виявлення ознак вегетативних змін», що заповнює хворий, та «Схеми дослідження для виявлення ознак вегетативних розладів», що заповнює лікар [2, 7].

Для лікування наших хворих ми зупинились на комбінованому лікарському засобі вітчизняного виробництва Релаксил, що містить екстракт валеріани, м'яти перцевої та м'яти лимонної (меліси). Спеціально підібрана комбінація діючих речовин проявляє синергічну дію. Препарат ефективний при легких формах невротичних порушень, що супроводжуються роздратованістю, неспокоєм, страхом, втомою, порушенням уваги та пам'яті, психічним виснаженням; легкими формами розладу сну, пов'язаними зі збудженням; нападами головного болю та мігрені, зумовлені нервовим перенапруженням; легких формах дисменореї та клімактеричному синдромі; функціональних захворюваннях органів травлення (дискінезії жовчовивідних шляхів, диспепсичному синдромі, синдромі подразненого товстого кишківника); нейроциркуляторної дистонії з тахікардією; артеріальній гіпертензії 1 стадії; постійному психічному напруженні у дорослих та дітей з 12 років. Препарат зручний у застосуванні дорослим та дітям від 12 років призначається по 1–2 капсулі 2–3 рази на добу, при безсонні — по 1–2 капсулі за годину до сну. Курс лікування залежить від характеру та перебігу захворювання і визначається лікарем. Протипоказанням до прийому препарату є підвищена чутливість (алергія) до компонентів препарату. Відпускається Релаксил без рецепта.

Ми застосовували препарат по 1 капсулі 3 рази на день. Курс лікування тривав 14 днів. Оцінку стану хворих ми проводили перед початком та на 14 день лікування.

Результати і обговорення

При аналізі анамнестичних даних нами було виявлено, що фактором на тлі яких у хворих виникали ПВР була тривала (протягом до 2-х місяців) психотравмуюча ситуація, переважно пов'язана з працею та побутовими умовами — 16 хворих (57,14%). Відмічені шкідливі звички: зловживання алкоголем — 6 пацієнтів (21,4%), тютюнопаління — 10 чоловіків (35,7%).

Із супутньої патології у 6 хворих (21,4%) була артеріальна гіпертензія 1 ст., захворювання шлунково-кишкового тракту (хронічний холецистит та хронічний гастрит в ст. ремісії), що зустрічалось у 2-х жінок (7,14%). В залежності від даної патології ці хворі отримували відповідну терапевтичну корекцію.

Згідно даних «Опитувальника для виявлення ознак вегетативних змін», кількість балів складала від 17 до 23 (норма не більше 15 балів), що підтверджувало наявність вегетативної дисфункції у наших хворих. Аналіз «Схеми дослідження для виявлення ознак вегетативних розладів» також доводив наявність вегетативної дисфункції, оскільки сума балів складала в середньому 31 ± 4 (норма не більше 25 балів). В структурі суб'єктивної симптоматики у пацієнтів переважали скарги на роздратованість і емоційну лабільність (20 хворих — 83,3%), зниження розумової та фізичної працездатності

спостерігалось у 13 осіб, переважно чоловіків (54,16%), зниження настрою (60,7% — 17 пацієнтів).

Головний біль був більш притаманний жінкам та спостерігався у 7 жінок та 3-х чоловіків. Для всіх патологічних станів характерні як загальні тривожні симптоми, так і специфічні. Вегетативні симптоми, переважно пов'язані з підвищенням симпатичного тону, розглядаються серед загальних тривожних симптомів.

У наших хворих були вегетативні симптоми у вигляді: тахікардії (21 пацієнт — 75%); нападів жару та лихоманки (12 хворих — 43%); дистального гіпергідрозу (20 осіб — 71%); сухості у роті (18 чоловік — 71%); відчуття нестачі повітря (10 хворих — 36%); болю в животі, проносу (25%); частого сечовипускання (29%); головокружіння (36%); міалгії (18%).

У 20 (71,4%) хворих відмічено порушення сну, це проявлялось у вигляді важкості засинання, поверхневого сну з частими пробудженнями. Після двотижневого лікування 19 хворих (95% від хворих з порушенням сну) відмітили значне покращення у вигляді покращення якості сну, збільшення його тривалості та зменшення часу засинання, а у 10 (50%) з цих пацієнтів повністю нормалізувався сон, що було доведено згідно оцінки якості сну (від $15,4 \pm 2,87$ до $23 \pm 3,12$) та мало статистично значимі показники.

Дані тестувань до та після 2-х тижнів лікування надані в таблиці 1.

Таблиця 1. Результати клініко-психологічного тестування хворих до та після 14 днів лікування за допомогою препарату Релаксил

	До лікування	Після лікування
Оцінка якості сну	$15,4 \pm 2,87^*$	$23 \pm 3,12^*$
Шкала життєвих ситуацій Холмса і Рея	$163 \pm 14^*$	$112 \pm 10^*$
Шкала самооцінки тривоги Шихана	$25,7 \pm 7,3$	$18,5 \pm 6,4$
Шкала Спілберга: особистнісна тривожність	$42,6 \pm 7,34$	$30,2 \pm 6,44$
Реактивна тривожність	$39,7 \pm 8,5$	$27,4 \pm 6,3$
Шкала Бека	$14,3 \pm 3,2$	$10,1 \pm 2,1$

Примітка: * — статистично значимі дані ($p < 0,05$)

З таблиці видно, що ступінь виникнення стресу у наших хворих була високою (163 ± 14 балів за шкалою життєвих ситуацій Холмса і Рея), але після лікування даний показник значно знизився і склав 112 ± 10 балів.

За шкалою Шихана у наших хворих рівень тривоги відрізнявся від норми (до 20 балів) і був $25,7 \pm 7,3$ бали, але ми змогли відмітити позитивний ефект лікування за рахунок значного зниження його рівня $18,5 \pm 6,4$.

При аналізі даних тестувань за шкалою Спілберга, на початку лікування у наших хворих був помірний рівень тривожності, що протягом лікування мав тенденцію до низького $30,2 \pm 6,44$, $27,4 \pm 6,3$, але статистично значимої різниці нами виявлено не було, за рахунок нетривалого періоду спостереження та невеликої кількості хворих у обстеженні. Ці дані доповнював аналіз результатів за шкалою Бека, де ми також спостерігали позитивну тенденцію від $14,3 \pm 3,2$ до $10,1 \pm 2,1$.

Висновки

Під впливом лікування вітчизняним препаратом Релаксил достовірним було зниження частоти та вираженості більшості суб'єктивних симптомів у всіх хворих. Значно зменшився відсоток хворих зі скаргами на роздратованість, емоційну лабільність, підвищену втомлюваність, порушення сну, зниження настрою, головний біль. Достовірної динаміки частоти скарг на зниження фізичної працездатності вираженості не відмічено. Отже, прийом препарату капсул Релаксил по 1 капсулі 3 рази на добу, достовірно зменшує дратівливість, емоційну лабільність, покращує настрій, сприяє нормалізації сну у хворих з ПВР. Відмічалась гарна переносимість препарату і не було побічних ефектів. Це дає нам підґрунтя рекомендувати використання препарату Релаксил для терапії хворих з психовегетативними розладами.

Література

1. Бурчинський С. Г. *Нові аспекти фармакотерапії психосоматичної патології. Ліки*. — 2004. — №5–6. — С.28–32.
2. *Вегетативные расстройства/ Под редакцией А.М. Вейна*. — 1998. — М.: Медицина. — 740 с.
3. Воробьева О. В. *Психовегетативный синдром, ассоциированный с тревогой.// Здоров'я України*. — 2007. — №18. — С.47–48.
4. Карвасарский Б. Д. *Неврозы*. — М.: Медицина, 1990. — 573 с.
5. Коваленко І.В. *Психосоматичні розлади: діагностика та лікування*. — Вінниця: ТОВ «Консоль», — 2005. — 32с.
6. Лапин И. П. *Нейрохимическая мозаика тревоги и индивидуализация психофармакологии. // Тревога и обсессии*. — М.: Изд. РАМН, 1998. — С. 12–20.
7. Мачарет Е.Л., Мурашко Н.К., Писарук А.В. *Методы диагностики вегетативной дисфункции. // Український медичний часопис*. — №2. — 2000. — С.89–94.

8. Морозова О.Г., Киреев И.В. Коррекция вегетативных и тревожных нарушений в практике врача — интерниста. // *Новости медицины и фармации*. — 2007. — №215. — С.8–9.
9. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине: Руководство для врачей. — М.: Медицинское информационное агентство. — 2001. — 256 с.
10. Чутко Л.С., Фролова Н.Л. Психовегетативные расстройства в клинической практике. — СПб., 2005. — 176 с.
11. Bajwa W.K., Asnis G.M., Sanderson W.C., et al. High cholesterol levels in patients with anxiety disorders. // *Am. J. Psychiatry*. — 1996. — V.149. — N.3. — p. 376–378.
12. Beck A.T., Steer R.A., Sanderson W.C., et al. Panic Disorder and suicidal ideation and behavior: discrepant findings in psychiatric outpatients. // *Am. J. Psychiatry*. — 1995. — V. 151. — V.9. — p. 1195–1199.
13. Redmond D.E. New and old evidence for the involvement of a brain norepinephrine system in anxiety. // *Phenomenology and treatment of Anxiety*. Edited by Fann W. E., Jamaica, NY, Spectrum Press, — 1994.
14. Stewart S.H., Pihl R.O. Chronic Use of Alcohol and/or Benzodiazepines may account for evidence of altered benzodiazepine receptor sensitivity in anxiety disorder. // *Arch. Gen. Psychiatry*. — 1995. — V.49. — p. 329–333.
15. Weissman M.M., Markowitz J.S., Ouellette R., et al. Panic Disorder and cardiovascular/cerebrovascular problems: results from community survey. // *Am. J. Psychiatry*. — 1996. — V. 153. — №.11. — p.1504–1508.
16. Wang Z.W., Crowe R.R., Noyes R.J. Adrenergic receptor genes as candidate genes for affective disorder: a linkage study. // *Am. J. Psychiatry*. — 1992. — V.149. — P.470–474.

Клименко О.В., Калищук-Слободин Т.М., Горячий С.О., Маняк Б.Т., Лукашевич П.В., Рябиченко Т.М., Курочкин І.В., Головченко Ю.И.

Лечение больных с психовегетативными расстройствами с помощью препарата Релаксил

В статье представлен анализ литературных данных относительно психовегетативной дисфункции (ПВД) и основных принципов лечения больных с астеничными расстройствами. В результате исследования доказана целесообразность и эффективность использования препарата Релаксил («Киевский витаминный завод») для курации больных данной группы. Прием препарата Релаксил по 1 капсуле 3 раза в сутки достоверно уменьшает раздражительность, эмоциональную лабильность, улучшает настроение, способствует нормализации сна у больных с ПВД. Препарат имеет хорошую переносимость и отсутствие побочных эффектов.

Ключевые слова: Релаксил, вегетативная дисфункция, психовегетативные расстройства.

Klimenko O., Kalischuk-Slobodin T., Hariachii S., Maniak B., Lukashevich P., Riabichenko T., Kurochkin I., Holovchenko Y.

Relaxil in treatment of patients with psycho-vegetative disorders

The article presents an analysis of published data regarding psychovegetative dysfunction (PVD) and basic principles of treatment of patients with adynamic disorders. The study proved feasibility and effectiveness of the drug Relaxil (“Kyiv Vitamin Factory”) for supervision of this group. Administration of Relaxil at a dose 1 capsule TID significantly reduced irritability, emotional lability, improved mood, helped to normalize sleep in patients with PVD. The drug is well tolerated and has no side effects.

Key words: Relaxil, autonomic dysfunction, psycho-vegetative disorders.