



Энерион - эффективное и безопасное средство для лечения астении у больных с психовегетативным синдромом | Вейн А.М., Федотова А.В., Гордеев С.А. | «РМЖ» №10 от 29.05.2004

Регулярные выпуски «РМЖ» №10 от 29.05.2004 стр. 631

Рубрика: Психиатрия

Авторы: Вейн А.М., Федотова А.В.¹, Гордеев С.А.
¹ ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, Москва

Астенические состояния различной этиологии в последнее время имеют неуклонную тенденцию к росту и являются одной из наиболее часто встречающихся жалоб на приеме у врачей всех специальностей.

Для астении характерны длительно существующие быстрая утомляемость и общая слабость, возникающие без значительных физических или интеллектуальных нагрузок, и не проходящие после отдыха. При астении выявляются эмоциональная лабильность, мотивационные и сексуальные расстройства, нарушения сна, снижение аппетита, памяти, внимания, гиперестезия (повышенная чувствительность). **Астения значительно снижает качество жизни пациентов, приводя к стойкой и выраженной дезадаптации.**

По этиологии астения делится на органическую и «функциональную». Наиболее частые причины, вызывающие развитие **органической формы** астении – инфекционные, эндокринные, неврологические, онкологические, гематологические заболевания, нарушения функции ЖКТ (в том числе и гепатиты), а также патология иммунной системы. **«Функциональные» астенические расстройства** предполагают существование нарушений психической сферы: психические заболевания, проявляющиеся различными формами депрессии, реактивные и невротические состояния, дистимии, сезонно–аффективные расстройства.

Астенический синдром всегда требует лечения независимо от его этиологии и стадии развития. Для терапии астенических расстройств используются различные препараты: ноотропы, адаптогены растительного происхождения, некоторые антидепрессанты и даже нейролептики. Однако стимулирующие свойства одних их перечисленных препаратов способны усиливать свойственную астении раздражительность, нарушения сна, вегетативные нарушения; седативные эффекты других усугубляют вялость и дневную сонливость. Поэтому создание препарата со сбалансированным противоастеническим действием является важной медико–социальной задачей.

Самым перспективным в этом отношении является препарат **Энерион**, представленный фармацевтическим заводом «Эгис» (Венгрия). Энерион является синтетическим соединением, полученным в результате соединения двух молекул диизобутирата тиамин дисульфидным мостиком. Обладая липофильными свойствами, Энерион быстро всасывается в ЖКТ и проникает через гематоэнцефалический барьер, накапливаясь в структурах лимбико–ретикулярного комплекса и особенно – в ретикулярной формации, гиппокампе, зубчатой извилине, клетках Пуркинье. Энерион обладает выраженным прохололитическим эффектом, потенцирует серотонинэргическую активность и способствует ресинхронизации циркадных ритмов.

В зарубежной литературе содержатся данные о благоприятных результатах применения Энериона при астении у больных с коронарной болезнью, с постинфекционной астенией, с синдромом раздраженного кишечника, у женщин в послеродовом периоде [8,9,11,12,13]. Целью нашего исследования было определить эффективность и переносимость препарата Энерион при лечении больных психовегетативным синдромом с выраженной астенией.

В исследуемую группу было отобрано 40 пациентов обоего пола (26 женщины и 14 мужчины) в возрасте от 18 до 62 лет (средний возраст 37,2 года) с психовегетативным синдромом, в клинической картине которых доминировали астенические симптомы.

Эффективность действия Энериона оценивалась по изменению субъективного самочувствия пациентов, динамике показателей психологических тестов и параметров вызванных потенциалов. Нежелательное действие лекарственного препарата регистрировалось как при помощи обычных анкет, так и путем целенаправленного опроса.

После двухнедельного периода wash-out проводилось фоновое исследование пациентов, включавшее клинико-неврологическое обследование, анкетирование, психологическое тестирование и исследование когнитивных вызванных потенциалов P300 методом Odd-ball парадигма, характеризующим память и уровень направленного внимания [2].

Клинико-неврологический метод включал подробный сбор анамнестических данных с применением баллированных стандартизированных анкет для оценки состояния вегетативной нервной системы, самочувствия по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), астении и анкеты качества сна [1].

Состояние психической сферы оценивалось с помощью теста Спилбергера (определение реактивной и личностной тревожности) и теста Бека (оценка депрессивных проявлений) [7,10,14]. Исследовались также кратковременная память (зрительная память на цифры и образы, опосредованное запоминание), концентрация внимания и работоспособность (тест Бурдона, таблицы Шульце) [3,5].

Пациентам назначалась монотерапия препаратом Энерион по 2 таблетки в сутки (400 мг сальбутиамина) в течение 28 дней. Повторное обследование проводилось на 7-й и 28-й день терапии. Когнитивные функции оценивались до лечения и после завершения терапии. Полученные результаты представлены в таблицах 1, 2.

У обследованных нами пациентов, помимо жалоб на общую слабость (100%), утомляемость (100%), чувство постоянной усталости (100%), снижение работоспособности (90%) и концентрации внимания (80%), ухудшение памяти (50%), трудности усвоения новой информации (47%), были выявлены неспецифические жалобы на повышенную тревожность (75%), чувство постоянного внутреннего напряжения (62,5%), снижение фона настроения (65%), снижение самооценки (55%), снижение аппетита (65%), головные боли, соответствующие критериям головных болей напряжения (55%), нарушения сна (55%), головокружение (48%), учащенное сердцебиение (45%), боли в левой половине грудной клетки, не связанные с физической нагрузкой (40%), гипотимические состояния (35%), чувство нехватки воздуха (27,5%). На фоне проводимого лечения достоверно регрессировали такие клинические проявления, как общая слабость (30%), утомляемость (30%), снижение работоспособности (27,5%), эмоциональная лабильность (25%), чувство внутреннего напряжения (27%), повышенная тревожность (17%), боли в области сердца (25%), головные боли (27%), нарушение сна (20%), трудности концентрации внимания (19%), нарушения памяти (20%).

Длительность заболевания составляла от 1 до 24,5 месяцев (средняя длительность 12,2±4,8 месяца).

Среди факторов, провоцирующих развитие астенического синдрома, следует выделить: длительные психотравмирующие ситуации у 75%, работа без выходных и отпуска 50%, острая психотравмирующая ситуация 25%, тяжелая физическая работа 10%, сопутствующие соматические заболевания 10%, у 50% пациентов наблюдалось сочетание двух и более предрасполагающих факторов.

По данным анкетного тестирования больные до лечения имели выраженные астенические проявления (высокие показатели по анкете астении), тревожные расстройства (повышенные показатели реактивной и личностной тревожности по тесту Спилбергера), значительные вегетативные расстройства (по данным анкеты вегетативных нарушений), нарушения сна (по данным анкеты субъективной оценки качества сна), легкую степень депрессии (по тесту Бека), плохое самочувствие (по визуальной аналоговой шкале). По всем фоновым параметрам больные достоверно отличались от группы здоровых испытуемых [4,6].

На седьмой день терапии 65% пациентов отметили значительное улучшение субъективного самочувствия, достоверно улучшились показатели по данным анкетного тестирования. К 28 дню терапии все исследуемые пациенты отметили значительное субъективное улучшение самочувствия (по ВАШ до лечения 6,55 балла, после – 3,84 балла), уменьшение выраженности астенических проявлений (общий балл выраженности астении достоверно уменьшился на фоне лечения с 18,1 до 11,5 балла), достоверное улучшение качества ночного сна (с 17,9 до 20,75 балла на фоне терапии), уменьшение выраженности тревожных и депрессивных проявлений (с 52,8 балла до 42,9 баллов и с 16,25 баллов до 10,55 баллов соответственно), уменьшение степени выраженности вегетативной дистонии (44,8 балла до лечения и 33,22 после) (табл. 1).

При анализе когнитивных функций до лечения было выявлено, что у обследованных нами пациентов по сравнению со здоровыми испытуемыми наблюдается достоверно меньшее запоминание как цифр (кратковременная зрительная память на цифры), так и образов (кратковременная зрительная память на образы), достоверно затруднено опосредованное запоминание (способность не только удерживать в памяти вновь усвоенную информацию, но и возможность оперировать ей), достоверно хуже концентрация внимания (среднее время, затраченное на выполнение пяти черно-белых таблиц Шульте и количество допущенных ошибок в тесте Бурдона) и работоспособность (количество просмотренных строк в тесте Бурдона). К 28-му дню терапии все показатели достоверно улучшились по сравнению с фоновыми, не достигая величин здоровых испытуемых, но не отличаясь от них достоверно (табл. 2).

Проведенное исследование вызванных потенциалов P300, оцениваемое как коррелят памяти и уровня направленного внимания, выявило следующее: амплитудно-временные параметры потенциала P300 не имели достоверных отличий по латентным периодам по сравнению со здоровыми испытуемыми.

До лечения отмечено достоверное уменьшения амплитуды компонента P300 ($4,31 \pm 0,51$ мкВ) по сравнению со здоровыми испытуемыми в 2,5 раза ($12,78 \pm 0,58$ мкВ), что свидетельствует о нарушении направленного внимания и о трудностях сосредоточения. После лечения наблюдается достоверное увеличение амплитуды компонента P300 у больных ($7,06 \pm 0,54$ мкВ) по сравнению с его исходным фоном, но это увеличение не достигало величин здоровых испытуемых.

Эффективность действия препарата оценивалась по результатам показателя балла общей астении на 28 день терапии. Все обследованные нами больные были разделены на три группы:

- 1 группа** – высокая эффективность – показатель <12 баллов;
- 2 группа** – удовлетворительная эффективность – показатель от 12 до 18 баллов;
- 3 группа** – неудовлетворительная эффективность – показатель >18 баллов.

На 28-й день терапии пациентов с неудовлетворительной эффективностью (т.е. относящихся к третьей группе) не оказалось, во вторую группу вошли 10 пациентов (25%), в первую 30 пациентов (75%). У пациентов первой группы жалобы астенического круга регрессировали полностью. Пациенты второй группы имели достоверно большую длительность заболевания ($17,5 \pm 3,1$ месяца) по сравнению с пациентами первой группы ($7,4 \pm 2,6$ месяца) и достоверно больший процент сочетания факторов, приводящих к возникновению астении (100% во второй группе и 33,3% в первой).

Таким образом, можно сделать вывод, что предикторами эффективности препарата являются меньшая длительность заболевания, меньшее количество факторов, приводящих к возникновению астении, меньший балл по анкете астении.

Таблица 1. Динамика показателей данных анкетного тестирования до лечения и на 7-й и 28-й дни терапии по группе в целом

Показатель	До лечения	На 7 день терапии	28 день терапии
Общий балл по анкете астении	72,55±13,69	65,75±10,59*	55,23±11,57**
ВАШ	6,55±1,6	5,31±1,26*	3,84±1,52**
Вегетативная анкета	44,8±11,1	37,35±10,28*	33,2±10,13**
Анкета оценки качества сна	17,9±2,49	19,1±2,84*	20,75±2,53**
Тест Бека	16,25±7,1	14,3±5,5*	10,55±4,5**
ЛТ	52,8±6,6	46,87±6,12*	42,9±6,3**
РТ	42,3±7,15	41,35±5,96*	40,5±2,3
Общая астения	18,1±2,1*	14,3±2,5**	11,5±2,7**

* – достоверное отличие показателя на седьмой день терапии
 ** – достоверное отличие показателей на 7 и 28 день терапии

Таблица 2. Результаты оценки кратковременной зрительной памяти на образы и цифры, опосредованного запоминания, работоспособности и концентрации внимания до и после лечения

Показатель	Здоровые испытуемые	До лечения	28-й день терапии
Зрительная память на цифры	7±2,2	5±1,3*	6±1,5**
Зрительная память на образы	12±2,3	9±2,2*	11±2,5**
Опосредованное запоминание	8±1,4	4±1,0*	7±1,6**
Таблицы Шульте (среднее время, с)	30±11,5	38±12,8*	32±12,6**
Тест Бурдона (количество просмотренных строк)	37±12,5	32±11,3*	23±9,5**
Тест Бурдона (количество допущенных ошибок)	8±1,6	15±2,2*	9±1,8**

* – достоверное отличие показателей здоровых испытуемых от больных до лечения
 ** – достоверное отличие показателей до лечения и после терапии

Заключение

Результаты нашего исследования показали **хорошую эффективность препарата Энерион** при лечении больных психовегетативным синдромом с выраженными астеническими проявлениями. Препарат был эффективен у всех исследуемых пациентов, у 75% пациентов действие препарата оценено как очень эффективное, у 25% пациентов действие препарата оценено как удовлетворительное. Препарат отличается хорошей переносимостью и удобной формой дозирования. Энерион обладает выраженным противоастеническим и вегетотропным эффектом, нормализует структуру сна, нормализует общий фон настроения, улучшает качество жизни, оказывает выраженное положительное влияние на процессы усвоения и возможности оперировать новой информацией, улучшает концентрацию внимания и работоспособность. Противоастенический эффект Энериона появляется уже к концу первой недели приема и нарастает в процессе терапии. Энерион может быть рекомендован к применению как в качестве монотерапии, так и в составе комбинированной терапии.

Литература:

1. Вейн А.М. Заболевания вегетативной нервной системы. М. Медицина 1991. 655 с.
2. Гнездицкий В.В. Вызванные потенциалы мозга в клинической практике Таганрог 1997. 367 с.
3. Карелин А.А. Психологические тесты М. Владос 2001. 247 с.
4. Окнин В.Ю. Клинико–физиологические аспекты патогенеза гипергидроза: Дис... канд. мед. наук. М 1991.
5. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика С.Бахрах. 1998. 668 с.
6. Федотова А.В. Клинико–психовегетативные особенности лиц с артериальной гипотензией: Дис... канд. мед. наук. М. 2000.
7. Ханин Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера. Л. 1976., 40 с.
8. Acuna V. The use of salbutamine in a group of university students presenting with a psychosomatic fatigue syndrome Gaz. Med. 1985; 92:1–3.
9. Archard J. A polyvalent approach to the treatment of post–infection asthenia: Arcalion Ther. Pharm.Clin. 1985; 1.4: 23–27.
10. Beck A.T., Ward C.M., Mendelsohn M. et al. An inventory for measuring depression Arch. Gen. Psychiat. 1961; 5: 561 –571.
11. Daniel J., Cristol R. The rehabilitation of patient with coronary artery disease: contribution of a new drug Med. Int. 1974; 1.9:53–54.
12. Feuerstein C. Neurophysiological data concerning fatigue .Role of activator reticular formation Entretiens de Bichat. 1992.
13. Martin A. Clinical trials with Arcalion in irritable colon syndrome Vie Med. 1981; 12: 2–3.
14. Spielberger C.D., Gorsuch R.L., Lushene R.E. STAI manual for the State–Trait Anxiety Inventory Consulting. Psychologist. Press. Palo. Alto. 1970