

Оценка эффективности препарата “Нотта” в терапии пограничных психических расстройств.

Марута Н.А., Панько Т.В.

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины

г. Харьков

Одной из основных проблем совершенствования здравоохранения в Украине является развитие амбулаторной помощи населению. Амбулаторная общесоматическая помощь является первичным звеном медицинской помощи, направленным на первичную диагностику и дальнейшую профильную ориентацию пациентов. В настоящее время установлено, что у 60-70% пациентов общесоматической сети регистрируются различные расстройства психики, среди которых преобладают пограничные психические и психосоматические нарушения [1, 2]. Необходимо подчеркнуть, что только 2-4% из всех больных психиатрического профиля в дальнейшем обращаются к психиатру, что обусловлено стигматизацией как самих пациентов, так и всей психиатрической службы в целом [3, 4].

Пути выхода из этой ситуации являются с одной стороны преодоление стигматизирующих общественных тенденций, а с другой – совершенствование знаний врачей первичной медицинской сети в области психиатрии и психофармакологии.

Важным аспектом данной проблемы является своевременное и адекватное назначение препаратов, купирующих такие симптомы, как тревога, беспокойство, внутреннее напряжение, повышенная нервная возбудимость, депрессия, эмоциональная и вегетативная лабильность. Эти препараты должны характеризоваться не только широким спектром психотропной активности, но также безопасностью применения и отсутствием симптомов «поведенческой токсичности» (вялость, сонливость в дневное время, снижение концентрации внимания, мышечная релаксация и т.д.), что обеспечивало бы возможность широкого их применения в амбулаторной сети. К таким препаратам относится комплексный натуральный (гомеопатический) препарат НОТТА, производимый компанией «Рихард Биттнер ГмбХ», Австрия. Препарат Нотта расширяет спектр психотропных влияний, характерных для "традиционных" транквилизаторов и натуральных седативных (анксиолитический, седативный, антифобический) - психоактивирующим, антидепрессивным действием и эффектом восстановления нарушенного физиологического сна и лишен побочных реакций, свойственных данным препаратам.

Препарат НОТТА зарегистрирован в Украине под регистрационным номером Р.11.01/03945. В состав препарата входят 5 компонентов натурального происхождения *Avena sativa*, *Phosphorus*, *Chamomilla*, *Coffea*, *Zincum valerianicum*. Препарат НОТТА показан для лечения невротоподобных и психосоматических расстройств, сопровождающихся беспокойством, внутренним напряжением, повышенной нервной возбудимостью, тревогой и нарушением сна.

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности действия препарата НОТТА (по 10 капель 3 раза в день) на основные симптомы у пациентов, страдающих пограничными психическими расстройствами в сравнении с плацебо в параллельной группе после 6 недель приема препарата и подтверждение переносимости, безвредности исследуемого препарата.

Проводимое исследование являлось рандомизированным, двойным-слепым, плацебо-контролируемым, проводимым в параллельных группах. В исследовании приняли участие 80 больных, отвечавших критериям включения. На протяжении 6 недель пациенты получали либо препарат НОТТА либо плацебо, распределение которых носило случайный характер. Дозировка составляла 10 капель 3 раза в день за 30 минут до приема пищи.

Анализ эффективности препарата проводился с помощью использования комплекса методов: клинико-психопатологического (при проведении которого особое внимание уделялось динамике болевых ощущений, вегетативных расстройств, диссомний и психопатологических нарушений), психометрической оценки параметров качества жизни и адаптации, уровня тревоги и депрессии.

Длительность лечения составляла 42 (6 недель) дня. Оценка состояния больных проводилась до лечения, на 10-й, 30-й и 42-й день терапии.

Анализ сопутствующей терапии показал, что в комплексном лечении все больные получали сеансы психотерапии, а 21 больной основной группы и 24 пациента группы сравнения получили сопутствующую медикаментозную терапию в виде ноотропных препаратов (пирацетам, прамистар, пикамилон), препаратов, улучшающих церебральную гемодинамику (стугерон, циннаризин), сосудорасширяющих средств (папаверин, эуфиллин), метаболических препаратов (милдронат) и витаминов (В₁, В₆).

В ходе работы обследовано 80 больных пограничными психическими расстройствами: 19 больных неврастенией (F48.0), 13 больных диссоциативными расстройствами (F44), 13 – тревожно-фобическими (F40), 28 – соматоформными расстройствами (F45), 13 – органическим эмоционально-лабильным расстройством (F06.6), которые методом случайного подбора были разделены на две груп-

пы (основная – 45 больных принимавших Нотту и группу сравнения – 35 больных, получавших плацебо).

Данные анамнеза обследованных представлены в таблице 1.

Таблица 1

Особенности анамнеза у больных в обследованных группах
(число больных в %)

Особенности анамнеза	Группы обследованных	
	Основная группа n=45	Группа сравнения n=35
I. Факторы риска		
1. Ожирение	8,9±2,1	5,7±0,9
2. Курение	37,7±4,3	34,3±4,2
3. Злоупотребление алкоголем	0	0
4. Семейная предрасположенность	24,4±3,8	25,7±1,4
5. Факторы длительной эмоциональной перегрузки и психической травматизации	100,0	100,0
II. Сопутствующие заболевания		
1. Нарушения липидного обмена	11,1±1,8	8,6±2,1
2. Сахарный диабет	0	0
3. Заболевания щитовидной железы	4,4±1,6	2,8±0,7
4. Почечная недостаточность	0	0
5. Заболевания ЖКТ	11,0±4,0	5,7±1,4
6. ИБС	6,6±0,9	2,8±0,8
7. АГ	13,3±3,2	11,4±1,9
8. Хронические нарушения мозгового кровообращения	8,8±1,7	8,5±2,4
III Длительность заболевания (в годах)	3,8±1,1	4,1±1,3
IV Характер течения:		
- латентное	11,1±4,0	5,7±0,8
- перманентное	37,7±5,2	40,0±4,1
- пароксизмальное	51,1±6,7	54,3±6,8
V. Сферы поражения (психогенно обусловленные)		
- сердечно-сосудистая	42,2±3,9	60,0±5,3

Продолжение таблицы 1

- церебральная	26,6±2,2	28,6±3,1
- органы дыхания	37,7±3,4	42,8±3,7
- костно-мышечная система	4,4±1,6	2,8±0,7
- кожа	0	0
- ЖКТ	55,5±2,3	57,7±4,5
- мочеполовая система	13,3±1,6	22,8±3,5
- органы чувств	53,7±1,8	57,7±4,5

Изучение анамнеза в группах обследованных показало, что у обследованных в анамнезе отмечались избыточный вес, курение, семейная предрасположенность. Из сопутствующей патологии у пациентов обеих групп регистрировались заболевания желудочно-кишечного тракта, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, хронические нарушения мозгового кровообращения мозгового кровообращения.

В обеих группах больных в клинической картине у обследованных преобладали психогенно обусловленные проявления в различных сферах. В целом, данные анамнеза существенно не отличались в группах обследованных.

Ведущие психопатологические синдромы, выявленные в группах обследованных, представлены в таблице 2.

Таблица 2

Ведущие психопатологические синдромы у обследованных

№№	Синдромы	Группы обследованных	
		Основная группа (n=45)	Группа сравнения (n=35)
1.	Астенический	48,8±5,3	51,4±4,4
2.	Депрессивный	37,7±3,4	45,7±3,8
3.	Ипохондрический	8,8±1,9	14,2±2,6
4.	Тревожный	46,6±1,2	45,7±3,8
5.	Обсессивный	11,1±0,9	11,4±2,1
6.	Фобический	24,4±1,4	25,7±2,7

Данные таблицы отражают наличие у больных обеих групп многообразных клинических проявлений, которые, сочетаясь друг с другом, формировали клиническую картину. Различий в преобладании ведущих психопатологических синдромов в основной группе и группе сравнения выявлено не было.

Динамика изучаемых симптомов в группах обследованных в ходе лечения представлена в таблице 3. Как свидетельствуют представленные данные, у больных основной группы начиная с первых дней терапии отмечалось обратное развитие болевых ощущений, сенестопатий и парестезий. К 30-му дню терапии отмеча-

лось достоверное уменьшение больных с данными проявлениями, а к 42-му – их осталось лишь 8,8% (по сравнению с 97,7% исходными).

Необходимо подчеркнуть, что под влиянием терапии у больных основной группы регрессировали головные боли, боли в области сердца, живота, онемение конечностей, чувство «ползания мурашек» и «кома» в горле, а также затрудненное дыхание. При этом наиболее выраженным эффектом был со стороны таких симптомов, как боли в области сердца и затрудненное дыхание (уже к 10-му дню терапии отмечалось достоверное снижение числа больных с этими проявлениями).

Анализируя динамику болевых ощущений, сенестопатий, парестезий в группе сравнения, мы отметили, что у них также отмечалась позитивные сдвиги этих симптомов, но регресс клинических проявлений был замедленным и не столь выраженным (к 42-му дню лечения у 54,2% больных сохранялись болевые ощущения, сенестопатии и парестезии).

Изучение динамики вегетативных расстройств показало, что уже к 10-му дню лечения среди больных основной группы только у 46,6% сохранялись указанные проявления (по сравнению с 84,4% до начала лечения), а к концу терапии – только у 13,3%. Особенно выраженным был регресс таких проявлений как сердцебиение и «перебои» в области сердца. Вегетативные расстройства у больных группы сравнения оказались более устойчивыми к терапии (к 42-му дню сохранялись у 48,6% больных).

Под влиянием терапии у больных основной группы регистрировалось восстановление нарушений сна (уже к 10-му дню диссомнические расстройства отмечались у 60,0% больных, к 30-му дню – у 26,6%, а к 42-му дню – у 8,8 %).

Особенно выраженным было обратное развитие расстройства засыпания, ощущения неглубокого сна и всех постсомнических расстройств. Следует отметить, что в группе сравнения восстановление сна было замедленным и не столь выраженным, как у больных основной группы (происходило только к 30-му дню и отмечалось у достоверно меньшего числа больных), в конце курса – на 42 день почти у половины - 48,6% всех больных группы сравнения регистрировались различные формы расстройства сна.

При анализе динамики психических нарушений установлено, что у больных основной группы в ходе лечения происходило стойкое обратное развитие психопатологических расстройств. До начала терапии они отмечались у всех больных, к 10-му дню – у 82,2%, к 30-му - у 66,6%, а к 42-му – у 11,1%, т.е. к 30-му дню лечения количество больных с психопатологическими расстройствами уменьшалось достоверно. При этом уже к 10-му дню лечения регистрировалось

Таблица 3

Динамика изучаемых симптомов в ходе лечения

(количество пациентов, %)

Изучаемые симптомы	До начала лечения		10 день		30 день		42 день	
	Осн. группа	Группа сравнения	Осн. группа	Группа сравнения	Осн. группа	Группа сравнения	Осн. группа	Группа сравнения
1	2	3	4	5	6	7	8	9
I. Болевые ощущения, сенестопатии, парестезии	97,7	100,0	84,4	94,3	46,6*	88,6	8,8*	54,2
1. Головные боли	97,7	100,0	80,0	82,8	40,0*	65,7*	8,8**	54,2
2. Боли в области сердца	93,3	71,1	68,8*	62,8	33,3*	54,3	4,4**	42,8
3. Боли в животе	22,2	20,0	11,1	17,1	6,6	8,6	0	11,4
4. Онемение конечностей	31,1	25,7	15,5	20,0	11,1	17,1	4,4	17,1
5. «Ползание мурашек»	15,5	20,0	11,1	17,1	4,4	17,1	0	17,1
6. Ощущение «кома» в горле	24,4	20,0	13,3	14,3	8,8	11,4	2,2	11,4
7. Затрудненное дыхание	51,1	54,3	26,6*	48,6	13,3*	45,7	4,4**	4,3
II. Вегетативные расстройства	84,4	88,6	46,6*	77,1	35,5*	68,6	13,3**	48,6
1. Приливы	26,6	28,6	15,5	25,7	8,8	22,2	2,2	20,0
2. Гипергидроз	22,2	20,3	15,5	28,6	11,1	28,6	0	25,5
3. Сердцебиение	46,6	48,5	28,8*	42,8	20,0*	31,4	4,4*	28,6
4. Перебои в области сердца	51,1	42,8	26,6*	42,8	26,6*	37,1	2,2**	34,3
5. Головокружение	60,0	68,6	42,2	62,8	33,3*	62,8	13,3*	48,6
III. Нарушение сна	93,3	94,3	60,0*	82,8	26,6*	68,5	8,8**	48,6
1. Прессомнические расстройства	68,8	54,3	26,6*	48,6	15,5*	48,5	2,2**	40,0
- трудности засыпания	68,8	48,6	24,4*	48,6	15,5*	42,9	2,2**	37,1
- ритуалы отхода ко сну	4,4	11,4	4,4	8,8	0	5,7	0	2,8
2. Интрасомнические расстройства	60,0	40,0	26,6*	31,4	24,4*	34,3	4,4**	20,0

Продолжение таблицы 3

- частые ночные пробуждения	37,7	14,8	15,5	14,3	8,8	11,4	0	11,4
- ощущение неглубокого сна	64,4	62,8	24,4*	51,4	17,7*	48,5	4,4*	28,6
3.Постсомнические расстройства	46,6	54,3	28,8	45,7	8,8*	28,6	2,2*	22,8
-раннее пробуждение	42,2	28,6	15,5	28,8	8,8	22,9	2,2	11,4
- снижение работоспособности	33,3	40,0	26,6	31,4	4,4*	28,6	0	11,4
- разбитость днем	46,6	25,7	22,2	17,1	6,6	20,0	0	14,3
-неимперативная дневная сонливость	8,8	5,7	11,1	5,7	2,2	5,7	0	5,7
IV Психические нарушения	100,0	100,0	82,2	80,0	66,6*	74,3	11,1**	45,7
1.Снижение трудоспособности	100,0	100,0	71,1	80,0	37,7*	60,0	11,1**	48,6
2. Снижение концентрации внимания	93,3	88,6	51,1*	65,7	11,1*	77,1	4,4**	42,8
3.Повышение внутреннего напряжения	82,2	80,0	28,8*	74,3	8,8*	60,0	2,2**	34,3
4. Плаксивость	64,4	68,6	22,2*	60,0	11,1*	40,0	0	17,1
5.Раздражительность	97,7	100,0	66,6*	77,1	24,4*	68,6	4,4**	54,3
6.Эмоциональная лабильность	100,0	91,4	44,4*	71,4	20,0*	60,0	0	45,7
7. Тревога	73,3	74,3	37,7*	65,7	20,0*	57,1	0	42,9
8. Дисфория	37,7	31,4	22,2	25,7	11,1	22,8	2,2	22,8
9. Агрессивность	11,1	11,4	6,6	8,6	4,4	5,7	0	5,7
10.Депрессия	80,0	80,0	37,7*	60,0	20,0*	60,0	4,4**	40,0
11.Бессонница	93,3	94,3	60,0*	82,8	26,6*	68,6	8,8*	48,5
12.Снижение либидо	15,5	8,6	11,1	8,6	6,6	8,6	6,6	8,6

Условные обозначения:

* - различия достоверны при $p < 0,05$

** - различия достоверны при $p < 0,001$

достоверное снижение числа пациентов с такими проявлениями как внутреннее напряжение, плаксивость, раздражительность, эмоциональная лабильность, снижение концентрации внимания, тревога и депрессия. Наиболее выраженным был регресс таких симптомов как тревога, плаксивость и эмоциональная лабильность.

Выявленная динамика клинических проявлений под влиянием лечения подтверждалась динамикой показателей депрессии и тревоги (табл. 4).

Как свидетельствуют данные таблицы, у больных основной группы под влиянием лечения отмечалось достоверное снижение средних показателей депрессии и тревоги. Динамика этих показателей у больных группы сравнения характеризовалась их снижением, которое, однако, не было статистически значимым.

Анализируя динамику средних показателей тревоги в группах обследованных, мы отметили, что под влиянием лечения у всех категорий больных регистрировалось снижение уровня тревоги, которое происходило уже с первых дней приема препарата. Снижение уровня тревоги у больных группы сравнения не было статистически достоверным.

Снижение средних показателей депрессии отмечалось во всех группах обследованных, но статистической достоверностью оно характеризовалось лишь в группах больных соматоформными и органическими эмоционально лабильными расстройствами. У больных группы сравнения снижение уровня депрессии во всех группах не было достоверным.

Следовательно, клинические улучшения состояния больных основной группы под влиянием лечения подтверждались изменениями показателей уровня депрессии и тревоги.

Динамика психометрических параметров качества жизни и субъективных симптомов представлена в таблице 5. Как свидетельствуют данные таблицы, отношение к болезни у большинства больных проявлялось фиксацией на патологии, что сопровождалось депрессией, страхом, тревогой и беспокойством. Индифферентность и адаптация к болезни регистрировались у незначительного числа больных. Под влиянием лечения в основной группе достоверно уменьшалось число больных с фиксацией на патологии, при этом у них регрессировали симптомы тревоги и страха. Наряду с этими сдвигами отмечалось достоверное возрастание числа больных с адаптацией в отношении своего заболевания. У больных группы сравнения динамика показателей отношения к болезни имела аналогичную направленность, но была менее выраженной. Также у больных группы сравнения полностью не подвергались обратному развитию страх, тревога и депрессия,

Таблица 4

Динамика показателей депрессии и тревоги под влиянием лечения

Изучаемые группы	Уровень депрессии								Уровень тревоги							
	До лечения		10 день		30 день		42 день		До лечения		10 день		30 день		42 день	
	А	В	А	В	А	В	А	В	А	В	А	В	А	В	А	В
1. Общие группы	46,63± 0,75	47,76± 0,94	38,36± 0,66	40,97± 0,94	32,95± 0,54	36,35± 0,59	28,95± 0,51*	35,20± 0,58	27,63± 1,34	28,01± 1,25	17,43± 1,30	24,15± 1,29	13,72± 1,09	20,13± 1,37	8,13± 0,61*	18,05± 0,73
2. Больные неврастением	44,83± 2,50	46,28± 2,22	41,16± 1,09	37,51± 1,96	34,21± 1,28	36,71± 1,16	30,56± 0,68	34,14± 1,03	25,58± 2,97	26,61± 2,4	18,41± 2,55	23,85± 1,35	11,17± 1,77	17,23± 1,35	8,08± 0,91*	15,11± 1,37
3. Больные смешанным диссоциативным расстройством	47,83± 2,50	51,42± 2,75	39,16± 1,81	45,57± 2,33	33,71± 0,52	38,42± 1,44	32,66± 1,64	38,57± 1,21	30,83± 3,55	28,71± 3,47	16,20± 3,92	25,28± 2,76	12,64± 1,69	21,71± 2,77	6,2± 1,11*	19,23± 2,31
4. Больные соматоформными расстройствами	57,14± 2,36	52,12± 1,47	39,14± 2,32	45,24± 2,11	38,85± 1,46	33,74± 1,09	26,71± 0,68*	33,86± 0,62	24,57± 3,43	26,81± 2,53	15,57± 3,43	24,92± 3,05	12,71± 3,77	19,26± 1,58	7,42± 0,57*	16,21± 0,71
5. Больные тревожно-фобическими расстройствами	42,66± 1,14	41,75± 1,79	39,51± 1,02	42,72± 1,37	37,33± 0,64	37,52± 0,64	31,16± 1,13	36,25± 2,65	32,77± 2,02	29,61± 2,67	16,44± 2,62	23,52± 0,95	14,73± 2,38	20,44± 3,69	9,33± 2,12*	17,29± 1,75
6. Больные органическими эмоционально лабильное расстройство	45,51± 2,24	47,03± 2,96	38,17± 2,69	44,28± 3,52	31,29± 1,64	37,11± 1,98	25,94± 1,83*	31,17± 0,88	26,61± 2,59	27,19± 2,91	19,35± 3,78	23,48± 0,65	13,05± 1,92	21,59± 2,17	10,15± 1,63*	18,32± 1,85

Условные обозначения:

А-больные основной группы; В-больные группы сравнения; *-различия достоверны при $p < 0,001$

характеризующие отношение к болезни.

Таблица 5

Динамика психометрических параметров качества жизни и субъективных симптомов (% больных)

Показатели	До лечения		После лечения	
	Основная группа	Группа сравнения	Основная группа	Группа сравнения
1	2	3	4	5
1. Отношение к своей болезни				
- фиксация на патологии	68,8	80,0	20,0*	31,4*
- депрессия	57,7	68,5	4,4*	43,3
- страх	46,6	54,3	0	34,2
- тревога	68,8	62,8	0	25,7
- беспокойство	62,2	57,1	2,2*	31,4
- индифферентность	15,5	11,4	8,8	17,1
- адаптация	15,5	8,5	71,1*	51,4*
2. Уровень тревоги				
- высокий	40,0	39,1	0	8,5
- средний	24,4	26,0	0	24,2
- минимальный	8,8	5,7	1,9	21,4
- отсутствует	26,8	29,2	98,1*	45,9
3. Удовлетворенность жизнью				
- высокая неудовлетворенность	15,5	14,2	6,6	5,7
- средняя неудовлетворенность	57,7	60,0	26,6*	37,7
- минимальная неудовлетворенность	17,7	11,4	42,2*	25,7
- удовлетворенность	6,6	14,2	24,4	20,0
4. Самочувствие				
- тяжелое	0	0	0	0
- средней тяжести	80,0	71,4	0*	25,7
- удовлетворительное	20,0	28,6	100,0*	74,3
5. Концентрация внимания				
- отсутствует	0	0	0	0
- снижена значительно	33,3	48,6	1,4*	14,4
- снижена незначительно	60,0	42,8	23,0*	34,2
- не нарушена	6,7	8,6	75,6*	51,4
6. Память				
- тяжело нарушена	2,2	0	0	0
- существенно нарушена	24,6	25,7	2,6*	11,6
- несущественно нарушена	37,7	42,8	26,6	54,2

Продолжение таблицы 5

- не нарушена	35,5	31,5	70,8*	34,2
7. Сон				
- бессонница	42,2	57,1	0*	5,7*
- нарушен значительно	31,1	31,4	4,4	11,4
- нарушен незначительно	13,3	5,7	4,4	51,4*
- не нарушен	6,6	5,7	68,8*	31,4
Поведенческая сфера жизни				
1. Возможность активной жизни				
- тяжело нарушена	13,3	25,7	0	5,7
- нарушена значительно	46,6	40,0	2,2	14,3
- нарушена незначительно	24,4	14,3	15,5	51,4
- не нарушена	15,5	20,0	82,2*	28,6
2. Влияние болезни на повседневную жизнь				
- значительное	51,1	54,3	0	5,7
- умеренное	15,5	17,1	0	14,3
- не значительное	6,6	17,1	37,7	37,7
- не влияет	4,4	11,4	62,2*	31,4
3. Способность к работе				
- не работоспособен	37,7	37,1	0	2,9
- затруднена существенно	48,8	51,4	4,4*	20,0*
- ограничена	13,3	11,4	63,3*	65,7*
- не нарушена	0	0	32,3*	11,4
4. Удовлетворенность пациента лечением				
- недостаточно	73,3	88,6	2,8	32,9
- удовлетворительно	26,6	11,4	11,1	40,0
- хорошо	0	0	65,5*	21,4
- очень хорошо	0	0	20,6*	5,7
Социальная сфера жизни (в баллах)				
1. Социальные контакты в целом	1,9	1,7	3,8	2,9
2. Взаимоотношения с другими людьми	0,9	1,1	3,5	2,7
3. Семейные взаимоотношения	1,2	1,4	3,6	3,1
4. Сексуальная жизнь	1,5	1,9	3,0	2,7

Условные обозначения:

*-различия достоверны при $p < 0,05$

Анализ уровня тревоги показал ее полный регресс под влиянием лечения у больных основной группы и о сохранении ее проявлений у больных группы сравнения.

Под влиянием лечения у больных основной группы отмечалось возрастание показателей удовлетворенности жизнью (с 6,6% до 24,4%), которое регистрировалось наряду с достоверным уменьшением числа больных с высоким и средним уровнем неудовлетворенности жизнью и возрастанием числа пациентов с минимальной неудовлетворенностью. У больных группы сравнения, динамика данных показателей имела аналогичную направленность, но была менее выраженной, (число больных возросло с 14,2% до 20,0%).

Как свидетельствуют данные таблицы 5, у больных обеих групп улучшались показатели самочувствия, концентрации внимания, памяти и качества сна, причем эта динамика у больных основной группы характеризовалась достоверными изменениями показателей.

Изучение поведенческой сферы жизни в динамике лечения показало, что к его окончанию среди больных основной группы достоверно преобладали лица, у которых возможность активной жизни была ненарушенной (82,2% больных), в то время как в группе сравнения таких пациентов оказалось лишь 28,6%. Параллельно в обеих группах регистрировалось возрастание числа обследованных, у которых болезнь не влияла на повседневную жизнь (до 62,2% в основной группе и до 31,4% в группе сравнения), что сопровождалось уменьшением количества лиц, у которых влияние болезни на повседневную жизнь было значительным (к концу лечения среди пациентов основной группы таких больных не было). Наряду с описанными изменениями у больных обеих групп под влиянием лечения отмечалось восстановление работоспособности. Так, в основной группе после лечения не было больных, считавших себя нетрудоспособными, а 32,3% считали свою работоспособность ненарушенной. В группе сравнения сохранялись пациенты, считавшие к концу лечения работоспособность существенно затрудненной.

Оценивая удовлетворенность пациентов лечением, мы отметили, что к концу терапии большинство больных (86,1%) основной группы считали ее результативность хорошей и очень хорошей (в группе сравнения число таких пациентов составляло лишь 37,1%).

При анализе социальной сферы жизни выявлена позитивная динамика под влиянием лечения. Так, в основной группе зарегистрировано значительное расширение социальных контактов, взаимоотношений с другими людьми, улучшение семейных взаимоотношений и сексуальной жизни. В группе сравнения описанные изменения были менее выраженными. В целом, под действием лечения у больных основной группы происходило улучшение самочувствия, что способствовало вос-

становлению отношения к себе и своему состоянию, расширению социальных контактов.

Анализ динамики лабораторных данных (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимия крови) свидетельствовал об отсутствии изменений параметров крови и мочи под влиянием лечения.

Изучение клинических симптомов заболевания и их динамики под влиянием лечения отражало отсутствие побочных эффектов и новой симптоматики у больных обеих групп.

Прием препаратов НОТТА у больных основной группы сопровождался хорошей его переносимостью (побочных эффектов, а также симптомов «поведенческой токсичности» - вялости, слабости, сонливости, снижения концентрации внимания и памяти – нами не зарегистрировано).

Результаты оценки эффективности лечения в обеих группах представлены в таблице 6.

Таблица 6

Эффективность лечения в группах обследованных (% больных)

Показатели эффективности	Основная группа	Группа сравнения
1. Выздоровление	64,6±2,1*	31,4±4,2
2. Значительное улучшение	26,6±2,1	48,6±3,9
3. Улучшение	8,8±1,5	14,3±2,6
4. Отсутствие эффекта	-	5,7±0,9
5. Ухудшение состояния	-	-

Условные обозначения:

*-различия достоверны при $p < 0,05$

Как свидетельствуют представленные данные у больных основной группы, принимавших НОТТУ, отмечалась высокая терапевтическая эффективность, которая статистически достоверно отличалась от таковой в группе сравнения.

В целом, результаты рандомизированного, двойного-слепого, плацебо-контролируемого, проводимого в параллельных группах, сравнительного исследования эффективности и безопасности применения препарата НОТТА у пациентов, страдающих пограничными психическими расстройствами, свидетельствуют о том, что препарат НОТТА является эффективным средством лечения погранич-

ных расстройств (эффективность препарата достоверно превосходит Плацебо). Терапевтический эффект НОТТЫ проявляется к 5-7 дню терапии, к 20 дню лечения становится стойким и выраженным. Терапевтический эффект НОТТЫ включает регресс болевых ощущений, вегетативных расстройств, диссомний и психопатологических нарушений. При этом первыми купируются вегетативные и диссомнические нарушения, что создает основу для обратного развития остальных клинических проявлений, в этом числе психопатологических. Психофармакологический эффект НОТТЫ сочетает транквилизирующий, анксиолитический и антидепрессивный эффекты без выраженной седации, что приводило к расширению социальных контактов, улучшению семейных взаимоотношений и восстановлению показателя качества жизни. Регресс клинических проявлений пограничных психических расстройств под влиянием препарата НОТТА сопровождался восстановлением работоспособности. Препарат хорошо переносится больными и не имеет побочных эффектов. Полученные результаты позволяют рекомендовать препарат НОТТА к применению в амбулаторных и стационарных условиях психоневрологического и соматического профиля.

Литература:

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Руководство для врачей. – Ростов-на-Дону: изд-во «Феникс», 1997.-576 с.
2. Марута Н.А. Невротическая болезнь // Международный медицинский журнал. – 1997. – том 3. - № 3. – с. 16-20.
3. Михайлов Б.В., Сердюк А.И. Социальная психиатрия, психотерапия и медицинская психология в Украине // Український медичний альманах, 2000, том 3, № 2 (додаток) с. 103
4. Напреєнко О.К. Сомато-психічні розлади // Укр. вісник психоневрології. – Харків, 1996. - № 4. – Вип. 5(12). – с. 292-294

Оцінка ефективності препарату “Нотта” у лікуванні пограничних психічних розладів

Марута Н.О., Панько Т.В.

Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України
м. Харків

В роботі викладені результати рандомізованого подвійного-сліпого, плацебо-контрольованого дослідження, що проводилося у паралельних групах. В ході роботи обстежено 80 хворих на пограничні розлади. Доведено, що Нотта є ефективним засобом лікування пограничних розладів. Терапевтичний ефект Нотти проявляється вже к 5-7 дню терапії та включає регрес больових відчуттів, вегетативних, психопатологічних розладів та розладів сну, що створює передумови для зворотнього розвитку інших клінічних проявів. Препарат добре переноситься хворими, не викликає побічної дії.

Отримані результати дозволяють рекомендувати препарат НОТТА до застосування в амбулаторних та стаціонарних умовах психоневрологічного та соматичного профілю.