Целью настоящего исследования являлось изучение клинико- психопатологических особенностейневрастении, определяющих эффективность и переносимость препарата танакан.
Танакан назначали в виде **монотерапии в суточной дозе до240 мг с приемом 3 раза в день во время еды. Продолжительность лечения составила 56 дней.**

**Результаты**Танакан назначали в группе из 25 пациентов сневрастенией, включавшей 9 мужчин и 16 женщин в возрасте от 19 до 48 лет. Средний возраст составил 34,6±7,4 года. Молодой возраст большинства пациентов вкакой-то степени исключал влияние астенической симптоматики при органических нарушениях ЦНС сосудистого генеза, наблюдаемых в пожилом возрасте.Продолжительность неврастении составляла от 1 до 9 мес при средней длительности 2,9±2,3 мес. Во всех наблюдениях выявлена связь развития и течения неврастениис внешними факторами - хроническими семейными и служебными перегрузками.
В соответствии с результатами кластерного анализа клиническихпризнаков неврастении, проведенного до начала лечения, было выделено две группы. *Первая группа* включала 15 пациентов и характеризоваласьсимптомами, отражающими не резко выраженное угнетение с нарушением памяти, снижением аппетита, утренним ухудшением состояния.
Во *второй группе*, включавшей 10 пациентов, доминировали симптомы тревожного диапазона: чувство внутреннего напряжения, раздражительность;вегетативные расстройства, головные боли, нарушения засыпания, утреннее затруднение с пробуждением, сонливость, ухудшение концентрации внимания.
Из первоначально отобранных 25 пациентов 22 прошли полный курс лечения. У 2 пациентов терапию прекратили после 2 нед в связи саллергической реакцией в виде кожного зуда и усилением тревоги и головных болей. Еще 1 пациент прекратил лечение спустя 3 нед от начала лечения в связи сусилением частоты и выраженности головных болей. Все 3 пациента относились к группе гиперстенической формы неврастении. В остальных наблюдениях (22пациента, 88%) была отмечена положительная терапевтическая динамика с полной или частичной редукцией исследованных симптомов и признаков расстройства. В 4наблюдениях после проведения полного курса терапии отмечено сохранение некоторых симптомов тревожного спектра (тревога, раздражительность, нарушениезасыпания).
Полный выход из астенического состояния отмечен в 18 наблюдениях, что составило 72% от всех включенных в исследование пациентов.Динамика симптомов и признаков неврастении при проведении лечения танаканом в соответствии со средними показателями суммы баллов представлена на *рис. 1*.
*Рис. 1* отражает постепенную положительную динамику состояния, значимую уже после 1-й недели лечения с редукцией симптомов после 8нед терапии. Следует отметить, что положительный эффект терапии танаканом коррелировал с выраженностью симптоматики до начала лечения (р< 0,05),однако в наибольшей степени (*см. таблицу*) эффективность терапии находилась в зависимости от выделенных вариантов неврастении (p< 0,0001)
Рис. 1. Терапевтическая динамика неврастении, оцениваемая в соответствии со средней суммой баллов карты учета психопатологической симптоматики

**Таблица. Результаты терапии танаканом (n=25)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Неврастения**  | **Эффективность**  |
| **успешная**  | **частично успешная**  | **неуспешная**  |
| Гипостеническая  | 14  | 1  | -  |
| Гиперстеническая  | 4  | 3  | 3  |
| Всего …  | 18 (72%)  | 4 (16%)  | 3 (12%)  |

Как видно из *рис. 2*, при проведении терапии в группе гипостенического варианта неврастении отмеченаравномерная редукция выраженности расстройства. Лишь в одном наблюдении после окончания терапии сохранялись симптомы вегетативной лабильности, не характерныев целом для данной группы пациентов. При гиперстеническом варианте неврастении отмечена неравномерная терапевтическая динамика с сохранением ряда симптомовтревожного регистра после окончания лечения. Корреляционный анализ результатов терапии танаканом с отдельными симптомами неврастении позволил выделить группупризнаков, сопряженных с эффектом лечения. К ним относились: отсутствие внутреннего напряжения и раздражительности, отсутствие тревожно-подавленногонастроения и борьбы за свое здоровье (p<0,05), наличие не резко выраженного угнетенного настроения и патологических телесных ощущений, таких как головныеболи (p<0,05).
На *рис. 3* показана динамика основного симптома астенического расстройства, во многом определяющего нозологическуюсамостоятельность неврастении в соответствии с критериями МКБ-10 - физического ощущения вялости, слабости и разбитости, определявшегося вне зависимости отимеющихся физических или психологических нагрузок. Этот признак имел сходную динамику в обеих выделенных группах со значительным уменьшением выраженностиуже к концу 1-й недели лечения и с практически полной редукцией в конце терапии.
*Рис. 4* отражает динамику одного из признаков, имевшихнаибольшие различия в выделенных группах гипостенической и гиперстенической неврастении - внутреннего напряжения и раздражительности. Динамика этогопризнака отражает изменения выраженности характерных для неврастении аффектов тревоги и дисфории. В группе гипостенической неврастении, изначальноотличающейся незначительной выраженностью этих симптомов, уже к 4-й неделе происходила практически полная и стабильная их редукция. При гиперстеническомварианте неврастении симптомы тревоги и дисфории отличались сравнительно большей выраженностью. На всем протяжении лечения можно было проследитьзначительные колебания выраженности этих симптомов при общей положительной динамике. Следует, однако, отметить тенденцию усиления тревоги и дисфории кконцу 1-й недели лечения, что наряду с некоторым усилением головных болей в этот же период повлекло за собой прекращение терапии танаканом у 2 пациентов.

**Обсуждение**Результаты проведенного исследования показали, чтоневрастения - это довольно разнородная клиническая группа расстройств, объединяемых по наличию неспецифических астенических симптомов и содержащихпризнаки различных диапазонов аффективного спектра. Кластерный анализ симптомов и признаков неврастении позволил подтвердить наличие двух качественно различныхвариантов. Первый из них, гиперстенический, характеризовался симптомами тревожного диапазона с признаками вегетативной лабильности и гиперестезии вотношении воздействия внешних факторов. Второй, гипостенический вариант содержал более стабильные признаки, в большей степени соответствующиесобственно депрессивному диапазону аффективного спектра.
**Анализ терапевтической динамики при лечении неврастениитанаканом показал в целом высокую его эффективность при незначительной представленности побочных эффектов и нежелательных явлений. Наилучшиерезультаты были получены при лечении гипостенического варианта неврастении, сопровождающейся снижением активности, утратой побуждений, физическим ощущениемслабости, вялости, разбитости, но без наличия выраженной тревоги, раздражительности, чувства внутреннего напряжения и нарушений сна. Положительнаядинамика психического состояния была постепенной и не резкой, однако заметной уже в начале 1-й недели лечения. Последующая динамика характеризоваласьравномерной редукцией симптомов.**
В связи с повышенной реактивностью, присущей гиперстеническомуварианту, эффект терапии был менее однороден. Общая положительная динамика в группе сопровождалась временными эпизодами усиления тревоги и головной боли впроцессе терапии. Отмечались колебания состояния в связи с дополнительными, ситуационными факторами. Эти особенности повышенной реактивности, проявляющиесяпри терапии танаканом, возможно, являются характеристикой не только гиперстенической неврастении как ограниченного во времени состояния, но ипсихобиологических особенностей, основных типологических свойств пациентов данной группы.
К факторам, связанным с положительным эффектом танакана, относились в основном негативные признаки отсутствия симптомов тревоги ивегетативной лабильности. Однако наличие не резко выраженного угнетения в комбинации с астеническими симптомами являлось наиболее важным фактором,предопределяющим успешность терапии, что позволяет предполагать прогностическую ценность такого сочетания признаков. В числе положительных факторов оказалисьтакже патологические телесные ощущения, к которым в основном были отнесены головные боли. Наряду с этим усиление частоты и выраженности головных болейявлялось одной из основных причин раннего прекращения терапии. Возможно, этот факт следует принимать во внимание при длительном лечении, позволяющемкупировать выраженность и частоту умеренно выраженных головных болей, тем самым обеспечивая в дальнейшем общий положительный результат терапии.
Таким образом, фармакотерапевтический анализ неврастении на модели монотерапии танаканом в очередной раз убеждает в обоснованностипредложенного И.П.Павловым разграничения гиперстенического и гипостенического синдромов в рамках неврастении. Это разграничение, основанное на различияхпатофизиологических оснований, в существенной мере соответствует разделению аффективных и субаффективных нарушений на расстройства тревожного и собственнодепрессивного спектра.
**Полученные данные подтверждают правомерность разделения гипостенического и гиперстенического вариантов неврастении и целесообразностьучета данных различий в терапевтической тактике.**