

В. Г. Подсевакин, Н. В. Бочкарева,
С. В. Кирюхина, С. В. Подсевакина, И. Я. Моисеева

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕКСИДОЛА, ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ И ТИМОГЕНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОТИЧЕСКИМ РАЗВИТИЕМ ЛИЧНОСТИ

Аннотация. *Цель работы:* изучение терапевтической эффективности мексидола, гипербарической оксигенации и тимогена в комплексном лечении больных с невротическим развитием личности. *Материал и методы.* В исследовании было включено 66 пациентов, из них 50 женщин, 16 мужчин. Средний возраст пациентов составил $48,6 \pm 10,5$ года. Пациенты были распределены на две группы ($n = 33$). Пациентам первой группы назначалась традиционная терапия: диазепам по 10 мг в сутки внутривенно струйно один раз в день 20 дней, пароксетин в дозе 40 мг однократно утром в течение 30 дней. Пациентам второй группы базовая терапия дополнялась мексидолом, который вводили по 200 мг в сутки (4 мл 5 % раствора) внутривенно капельно на 200 мл физиологического раствора натрия хлорида в течение 20 дней, с последующим переходом на таблетированную форму по 125 мг три раза в сутки до 30 дней; тимогеном в виде 0,01 % раствора, вводимого по 1 мл внутримышечно в течение десяти дней ежедневно и пяти дней через день; сеансами гипербарической оксигенации, проводимыми в барокамерах типа БЛКС-301 и 303 МК при длительности изопрессии 40 мин, избыточном давлении 1,6 атмосферы, общим курсом 21 сеанс. Критериями эффективности для итоговой оценки результатов лечения являлись: редукция степени выраженности психопатологических симптомов, восстановление работоспособности и социальной активности. *Результаты.* Хронический стресс обуславливает развитие затяжных форм невротических расстройств и приводит к формированию невротического развития личности. При этом заболевании на фоне традиционной терапии анксиолитиками и антидепрессантами такие симптомы заболевания, как снижение побуждений, продуктивности в труде и социальной активности, не только не купируются, но и усугубляются побочными действиями данной группы препаратов. Применение мексидола, гипербарической оксигенации и тимогена в комбинации с пароксетином и диазепамом способствует не только более эффективному купированию тревоги и ипохондрической фиксации при невротическом развитии личности, но и быстрому восстановлению уровня побуждений, физической и умственной работоспособности, социальной адаптации. *Выводы.* Комбинированная терапия мексидолом, гипербарической оксигенацией, диазепамом и пароксетином позволяла ускорить редукцию основных психопатологических симптомов невротического развития личности, уменьшить побочные эффекты бензодиазепиновых анксиолитиков и антидепрессантов, повысить работоспособность больных и их качество жизни, что указывает на повышение эффективности и безопасности данной схемы лечения.

Ключевые слова: невротическое развитие личности, гипербарическая оксигенация, мексидол, тимоген.

V. G. Podsevatkin, N. V. Bochkareva,
S. V. Kiryukhina, S. V. Podsevatkina, I. Ya. Moiseeva

EXPERIENCE OF APPLICATION OF MEXIDOL, HYPERBARIC OXYGENATION AND TIMOGEN IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH NEUROTIC DEVELOPMENT OF PERSONALITY

Abstract. *Background.* The article aims at studying the therapeutic efficacy of mexidol, timogen and hyperbaric oxygenation in complex treatment of patients with neurotic personality development. *Materials and methods.* The study included 66 patients - 50 women, 16 men. The average age of the patients was $48,6 \pm 10,5$ years. Patients were divided into two groups ($n = 33$). Patients Group № 1 was prescribed conventional therapy: Diazepam 10mg per day for intravenous injection once a day for 20 days, paroxetine 40mg once in the morning for 30 days. Patients Group № 2 base therapy was supplemented by mexidol which was injected by drip-feed 200 mg per day (4 ml of 5 % solution) intravenously with 200 ml of physiological sodium chloride solution for 20 days, followed by the transfer to the tablet form of 125 mg 3 times a day up to 30 days; 1 ml of timogen as 0.01 % solution was injected intramuscularly daily for 10 days and 5 days every second day; hyperbaric oxygenation sessions conducted in BLKS-301 and 303 MK pressure chambers with isopression period of 40 min, overpressure 1,6 atmospheres, general course of 21 sessions. Performance criteria for the final evaluation of the results of treatment were reduction of the severity of psychiatric symptoms, health and social activity restoration. *Results.* Chronic stress causes the development of lingering forms of neurotic disorders and leads to neurotic personality development. In case of such disease, against the background of traditional therapy with anxiolytics and antidepressants the symptoms such as reduced motivation, productivity at work and social activities are not even cut off, but the side effects by these drugs are aggravated. Application of mexidol, hyperbaric oxygenation and timogen in combination with paroxetine and diazepam not only promotes more effective relief of anxiety and neurotic hypochondriac fixation with the development of the individual, but also the rapid recovery of the level of motivation, physical and mental health, and social adaptation. *Conclusions.* Combination therapy by mexidol, hyperbaric oxygenation, diazepam and paroxetine allowed to accelerate the reduction of the basic psychological symptoms of neurotic personality development, to reduce the side effects of benzodiazepine anxiolytics and antidepressants, increase the efficiency of patients and their quality of life, indicating the efficiency and safety of this regimen.

Key words: neurotic personality development, hyperbaric oxygenation, mexidol, timogen.

Введение

Значимость проблемы психогенно обусловленных состояний определяется в первую очередь их широкой распространенностью как среди психически больных, так и в общей популяции. По данным ряда авторов [1, 2], в структуре пограничной психической патологии невротические расстройства составляют от 12,9 до 69,9 %. Всемирная организация здравоохранения констатирует, что за последние 65 лет число больных неврозами возросло в 24 раза [3]. Изучение психогенно обусловленных расстройств невротического регистра особо актуально для Республики Мордовия, так как первичная заболеваемость невротическими расстройствами в Мордовии в 2012 г. была

в 2,5 раза выше, чем в среднем по РФ (РМ – 233,1 на 100 тыс. населения; РФ – 91,0). В структуре указанной психической патологии пограничного уровня значительную долю занимают длительно сохраняющиеся расстройства, имеющие признаки затяжных либо хронических заболеваний со стационарным или рецидивирующим течением [4]. При длительном и неблагоприятном течении невротозов более пяти лет на фоне хронического стресса происходят изменения в клинической картине, стабилизация и развитие личностных изменений, потеря непосредственной связи невротических расстройств с конкретной психогенией, присоединяется ранняя ипохондризация, частые декомпенсации, приводящие к формированию невротического развития личности [1, 5–7]. Ему свойственны частые повторные госпитализации, резистентность к традиционной терапии, что является неблагоприятным вариантом течения заболевания и обуславливает в ряде случаев инвалидизацию пациентов [6, 8, 9].

Основная проблема при невротическом развитии личности – углубление ипохондрической фиксации, снижение работоспособности, что вызывает значительную физическую и социальную несостоятельность пациентов и в конечном итоге приводит к социальной и трудовой дезадаптации [5, 10]. Несмотря на успехи, достигнутые в последние десятилетия в области диагностики и лечения психических заболеваний, профилактика, лечение и реабилитация больных с невротическими расстройствами продолжают оставаться важной проблемой медицины [11, 12].

Доминировавшие представления о невротозах как функциональных психогенных заболеваниях, при которых в мозговых структурах отсутствуют какие-то морфологические изменения, в последние годы подверглись существенному пересмотру. В патогенезе невротических расстройств основную роль играет гипоксия тканей, активизация перекисного окисления липидов (ПОЛ), нарушения иммунных и эндокринных взаимодействий. Работы ряда авторов показали, что гипербарическая оксигенация в сочетании с антиоксидантами и иммуномодуляторами обладают выраженным стресс-протекторным действием, потенцирующим лечебные эффекты анксиолитиков и антидепрессантов [13–16]. Кроме того, при традиционной терапии невротозов только психофармакологическими средствами наблюдаются нежелательные эффекты, усугубляющие состояние больных [17, 18].

При этом, несмотря на общность патогенетических механизмов развития острых и затяжных форм невротических расстройств, при лечении невротического развития личности комплексные патогенетические подходы с использованием антиоксидантов, антигипоксантов, иммунокорректоров, как правило, не применяются.

В связи с этим целью настоящего исследования явилось изучение терапевтической эффективности мексидола, гипербарической оксигенации и тимогена в комплексном лечении больных с различными вариантами невротического развития личности.

Материалы и методы исследования

Проведено простое, рандомизированное, сравнительное в параллельных группах исследование в отделении невротозов ГАУЗ Республики Мордовия «Республиканская психиатрическая больница» с информированного добровольного согласия пациентов согласно ст. 11 Закона РФ «О психиатриче-

ской помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» и заключением ЛЭК (№ 35 от 28.01.13).

Оценка психического состояния и социальной адаптации осуществлялась по шкале Авруцкого [2] при поступлении в стационар на 10-й, 20-й и 30-й день лечения.

Всего в исследование было включено 66 пациентов, из них 50 женщин, 16 мужчин. Средний возраст больных находился в пределах $48,6 \pm 10,5$ года. Пациенты были разделены на две группы (по 33 человека). В первой группе назначалась традиционная терапия: диазепам по 10 мг в сутки внутривенно струйно один раз в день 20 дней, пароксетин в дозе 40 мг один раз в день в течение 30 дней.

Второй группе пациентов базовая терапия дополнялась мексидолом по 200 мг в сутки (4 мл 5 % раствора) внутривенно капельно на 200 мл физиологического раствора натрия хлорида в течение 20 дней с последующим переходом на таблетированную форму по 125 мг три раза в сутки до 30 дней; сеансами гипербарической оксигенации (общим курсом 21 сеанс) в барокамерах типа БЛКС-301 и 303 МК при длительности изопрессии 40 мин, избыточном давлении 1,6 атмосферы, тимогеном 0,01 %, вводимым по 1 мл внутримышечно ежедневно в течение 10 дней, затем по 1 мл внутримышечно через день в течение пяти дней. Критериями эффективности для итоговой оценки результатов лечения являлись: редукция выраженности психопатологических симптомов, восстановление работоспособности и социальной активности.

Критерии включения пациентов в исследование: установленный диагноз «невротическое развитие личности» в соответствии с МКБ-10 (F62.1) с длительностью невротической симптоматики более пяти лет.

Критерии исключения из исследования: органические заболевания ЦНС, вялотекущие формы шизофрении и другие расстройства шизофренического спектра, эндокринная патология, злокачественные новообразования, клаустрофобия.

Статистическую обработку результатов проводили общепринятыми методами статистики с помощью стандартного пакета программ Statistics 6.0. Определяли *t*-критерий Стьюдента для зависимых и независимых выборок [19] на персональном компьютере Authentic AMD. Выявленные закономерности между группами и признаками были значимыми при вероятности безошибочного прогноза $p = 95$ % и более.

Результаты исследования и их обсуждение

Оценка социально-демографических особенностей показала, что среди исследуемых преобладали пациенты, не состоящие в браке (53,1 %). По уровню занятости в структуре данной категории больных преобладали неработающие (46,9 %) и инвалиды III группы (34,9 %) (табл. 1).

В зависимости от продолжительности заболевания преобладающее число пациентов составили лица с длительностью невротических расстройств от пяти до шести лет – 34,8 %, длительность заболевания от шести до восьми лет встречалась в 24,2 % случаев, от восьми до 12 лет – в 25 % случаев, более 13 лет – в 15,2 % случаев (табл. 2).

Изначальной причиной, запускающей невроз, у большинства больных (39,4 %) явилась проблема одиночества (табл. 3).

Таблица 1

Социально-демографические особенности больных

Изучаемый параметр	Количество	
	<i>n</i> = 66	Процент
Семейное положение		
В браке	31	46,9
Не женат / не замужем	35	53,1
Уровень занятости		
Работающий	12	18,2
Неработающий	31	46,9
Инвалид	23	34,9

Таблица 2

Распределение больных по длительности заболевания

Длительность заболевания	<i>n</i> = 66	Процент
5–6 лет	23	34,8
6–8 лет	16	24,2
8–12 лет	17	25,8
Более 13 лет	10	15,2

Таблица 3

Этиологический фактор невротического развития личности

Этиологический фактор	<i>n</i> = 66	Процент
Частые соматогении	7	10,6
Изменение социального статуса, низкий социально-экономический статус	15	22,7
Одиночество	26	39,4
Хроническая неблагоприятная обстановка в семье	18	27,3

Среди других факторов невротического развития личности в 27,3 % случаев отмечалась хроническая неблагоприятная обстановка в семье, в 22,7 % – ухудшение социально-экономического статуса, в 10,6 % – частые обострения хронических соматических заболеваний. При этом у большей части пациентов данные этиологические факторы являлись не только причиной начала заболевания, но в течение длительного времени сохранялись в их жизни, что привело к хронизации невротического процесса и переходу его в невротическое развитие личности.

В структуре ведущего клинического синдрома при невротическом развитии личности преобладала депрессивно-ипохондрическая симптоматика – 45,5 % случаев, обсессивно-фобический синдром наблюдается в 30,3 % случаев, истерический синдром – в 24,2 % случаев (табл. 4).

Таблица 4

Ведущий клинический синдром невротического развития личности

Клинический синдром	<i>n</i> = 66	Процент
Истерический синдром	16	24,2
Депрессивно-ипохондрический	30	45,5
Обсессивно-фобический	20	30,3

При поступлении в стационар клиническая картина невротического развития личности была представлена как продуктивной, так и негативной симптоматикой. Продуктивные расстройства проявлялись тревогой, составившей по шкале Авруцкого – Зайцева $2,27 \pm 0,72$ балла, сенестопатиями с интенсивностью расстройств $2,52 \pm 0,51$ балла. Негативная симптоматика проявлялась чувством вялости интенсивностью $2,48 \pm 0,44$ балла, снижением побуждений $1,70 \pm 0,53$ балла, физической истощаемостью $1,58 \pm 0,44$ балла, умственной истощаемостью $1,86 \pm 0,74$ балла, низкой продуктивностью в труде $2,12 \pm 0,63$ балла, низкой активностью в развлечениях $1,84 \pm 0,48$ балла, что обуславливало низкую социальную активность пациентов, высокую степень дезадаптации – $1,98 \pm 0,43$ балла. По тяжести проявлений психопатологические расстройства первой и второй группы наблюдения при поступлении в стационар статистически значимо между собой не отличались.

На первом этапе работы изучены психопатологические симптомы в группе пациентов, получающих традиционную психофармакотерапию (табл. 5).

Таблица 5

Динамика клинических симптомов при невротическом развитии личности на фоне традиционной терапии на разных сроках лечения, $M \pm m$

Симптом	Степень выраженности, баллы			
	Исходные	10-й день	20-й день	30-й день
Тревога	$2,27 \pm 0,72$	$1,73 \pm 0,52$	$1,0 \pm 0,40^*$	$0,18 \pm 0,10^*$
Сенестопатии	$2,52 \pm 0,51$	$1,79 \pm 0,53$	$1,03 \pm 0,42^*$	$0,64 \pm 0,29^*$
Чувство вялости	$2,48 \pm 0,44$	$2,52 \pm 0,42$	$2,61 \pm 0,54$	$2,65 \pm 0,46$
Снижение побуждений	$1,70 \pm 0,33$	$1,88 \pm 0,50$	$2,14 \pm 0,42$	$2,42 \pm 0,26^*$
Истощаемость физическая, чувство слабости	$1,58 \pm 0,44$	$1,76 \pm 0,36$	$2,10 \pm 0,28$	$2,46 \pm 0,22^*$
Истощаемость умственная	$1,86 \pm 0,34$	$2,11 \pm 0,32$	$2,38 \pm 0,14^*$	$2,44 \pm 0,16^*$
Снижение продуктивности в труде, учебе, трудотерапии	$2,12 \pm 0,33$	$2,35 \pm 0,33$	$2,48 \pm 0,26$	$2,52 \pm 0,03^*$
Снижение активности в развлечениях, культуртерапии	$1,74 \pm 0,36$	$1,92 \pm 0,33$	$2,10 \pm 0,32$	$2,19 \pm 0,06^*$
Общая оценка адаптации (степень социальной дезадаптации)	$1,98 \pm 0,23$	$2,04 \pm 0,20$	$2,12 \pm 0,16$	$2,32 \pm 0,11$

Примечание. Различия статистически значимы относительно: * – $p < 0,05$ исходных значений.

При изучении психопатологических симптомов в первой группе пациентов снижение степени выраженности тревоги наблюдалось на 20-й день терапии (с $2,27 \pm 0,72$ до $1,0 \pm 0,4$ балла), и к 30 дню терапии значение данного показателя снижалось до $0,18 \pm 0,1$ балла.

В группе больных, получающих комбинированную терапию, степень выраженности симптома «тревога» к 20-му дню терапии снижалась с $2,31 \pm 0,69$ до $0,8 \pm 0,38$ балла и к 30-му дню терапии составляла $0,11 \pm 0,09$ балла, при этом достоверных отличий в сравнении с первой группой пациентов не наблюдалось (табл. 6).

Динамика клинических симптомов при невротическом развитии личности на фоне комбинированной терапии на разных сроках лечения, $M \pm m$

Симптом	Степень выраженности, баллы			
	Исходные	10-й день	20-й день	30-й день
Тревога	2,31 ± 0,69	1,69 ± 0,47	0,8 ± 0,38*	0,11 ± 0,09*
Сенестопатии	2,49 ± 0,48	1,64 ± 0,48	0,86 ± 0,32*	0,42 ± 0,21*
Чувство вялости	2,52 ± 0,32	2,02 ± 0,38	1,10 ± 0,24*#	0,35 ± 0,20*#
Снижение побуждений	1,75 ± 0,48	1,62 ± 0,51	1,06 ± 0,50#	0,50 ± 0,32*#
Истощаемость физическая, чувство слабости	1,60 ± 0,39	1,46 ± 0,42	0,96 ± 0,36#	0,58 ± 0,24*#
Истощаемость умственная	1,92 ± 0,65	1,65 ± 0,53	1,34 ± 0,42*#	0,86 ± 0,37*#
Снижение продуктивности в труде, учебе, трудотерапии	2,32 ± 0,59	1,53 ± 0,47	1,12 ± 0,36#	0,32 ± 0,17*#
Снижение активности в развлечениях, культуртерапии	1,87 ± 0,54	1,48 ± 0,35	1,18 ± 0,28#	0,62 ± 0,17*#
Общая оценка адаптации (степень социальной дезадаптации)	2,01 ± 0,38	1,73 ± 0,33	1,11 ± 0,25*#	0,81 ± 0,18*#

Примечание. Различия статистически значимы относительно: * – $p_1 < 0,05$ исходных значений; # – $p_2 < 0,05$ пациентов, получавших «традиционную» психофармакотерапию в соответствующий день наблюдения.

Сенестопатии в первой группе больных начинали уменьшаться к 20-му дню терапии с $2,52 \pm 0,51$ до $1,03 \pm 0,42$ балла, к 30-му дню терапии степень выраженности данного симптома существенно снижалась до $0,64 \pm 0,29$. Во второй группе больных к 20-му дню терапии выраженность сенестопатий снижалась с $2,52 \pm 0,51$ до $0,86 \pm 0,32$ балла, а к 30-му дню терапии составляла $0,42 \pm 0,21$ балла. Подобная динамика указывает на то, что антидепрессант и бензодиазепиновый транквилизатор, а также их комбинация с метаболической терапией хорошо купируют тревогу и сенестопатии при затяжных формах невротических расстройств.

Чувство вялости в первой группе больных, получающих традиционную терапию, к 10-му дню терапии практически не менялось, а к 30-му дню терапии даже усиливалось с $2,48 \pm 0,44$ до $2,65 \pm 0,46$ балла. Во второй группе больных выраженность симптома вялости снижалось к 20-му дню терапии с $2,52 \pm 0,32$ до $1,10 \pm 0,24$ балла, и к 30-му дню терапии наблюдалась выраженная положительная динамика – $0,35 \pm 0,20$ балла, при этом имелись статистически достоверные отличия от пациентов, получавших «традиционную» психофармакотерапию в соответствующий день наблюдения.

Низкий уровень побуждений – характерный симптом хронических, затяжных невротических расстройств. В обеих группах он наблюдался у всех пациентов, и выраженность его до лечения в группах достоверно не отличалась ($1,70 \pm 0,33$ – $1,75 \pm 0,48$ балла соответственно). В первой группе обследуемых низкий уровень побуждений к 30-му дню терапии статистически достоверно отличался от исходных значений данного показателя, что клинически проявлялось прогрессирующим снижением побуждений, нарастанием

безынициативности, пассивности с $1,70 \pm 0,33$ до $2,42 \pm 0,26$ балла. Во второй группе больных уровень побуждений статистически достоверно увеличивался к 20-му дню терапии с $1,75 \pm 0,48$ до $1,06 \pm 0,50$ балла, и к 30-му дню состояние пациентов существенно улучшалось – показатель составлял $0,50 \pm 0,32$ балла.

Чувство слабости и физической истощаемости также является частым клиническим проявлением невротического развития личности, выявляется практически у всех пациентов с данной нозологией. Степень выраженности данного симптома при поступлении в стационар составила $1,58 \pm 0,44$ балла. В исследуемой группе пациентов, получающих традиционную терапию анксиолитиком и антидепрессантом, показатель физической истощаемости и чувства слабости увеличивался на всем протяжении терапии, и к 30-му дню составил $2,46 \pm 0,22$ балла. Во второй группе пациентов комбинация антидепрессанта, транквилизатора, мексидола, сеансов гипербарической оксигенации и тимогена позволяла существенно облегчить состояние больных и снизить физическую утомляемость и чувство слабости. Данный показатель к 30-му дню составлял $0,58 \pm 0,24$ балла.

Умственная истощаемость также наблюдалась у всех пациентов с невротическим развитием личности в исследуемых группах. До начала лечения данный симптом составлял $1,86 \pm 0,34$ балла, при этом степень выраженности умственной истощаемости увеличивалась в группе пациентов, получающих традиционную терапию, достигая к 20-му дню лечения $2,38 \pm 0,14$ балла, к 30-му дню терапии – $2,44 \pm 0,16$ балла. Положительно повлияла на умственную активность больных терапия антиоксидантами, гипербарической оксигенацией и тимогеном. Во второй исследуемой группе к 20-му дню терапии данный показатель достоверно отличался от показателя первой группы пациентов в соответствующий день наблюдения и составил $1,34 \pm 0,42$ балла, что свидетельствует об улучшении мозгового метаболизма, синаптической передачи, транспорта нейромедиаторов и кровоснабжения головного мозга на фоне комбинированной терапии и согласуется с работами П. Б. Зотова и соавторов (2006), С. А. Царегородцевой и соавторов (2006) [20, 21]. К концу терапии данный симптом существенно редуцировался до $0,86 \pm 0,37$ балла. Низкая продуктивность в труде – один из основных так называемых негативных симптомов невротического развития личности, который обуславливает низкую работоспособность пациентов как в быту, так и в профессиональной сфере. Данный показатель по шкале Авруцкого в исследуемых группах до лечения составлял $2,12 \pm 0,33$ балла, при этом традиционная терапия антидепрессантом и транквилизатором усугубляла снижение продуктивности в труде за счет проявления седативного и миорелаксирующего компонентов – на 30-й день терапии показатель увеличивался до $2,52 \pm 0,32$ балла. Во второй группе наблюдения низкая продуктивность в труде не прогрессировала, а, напротив, пациенты на фоне лечения более активно включались в трудотерапию в отделении, что особенно было заметно к 30-му дню лечения: показатель низкой продуктивности в труде снижался до $0,32 \pm 0,17$ балла. Та же динамика прослеживается и при изучении активности в культуротерапии: снижение активности в развлечениях сохранялось и несколько усугублялось в первой группе пациентов, получающих традиционную терапию, особенно к 30-му дню терапии, с $1,74 \pm 0,36$ до $2,19 \pm 0,06$ балла.

Во второй группе пациентов активность в развлечениях и культуртерапии увеличивалась до $0,62 \pm 0,17$ балла. Низкий уровень социального функционирования, низкая адаптация пациентов с невротическим развитием личности на производстве и в быту является важной медико-социальной проблемой. Показатель социальной дезадаптации в исследуемой нами группе пациентов до лечения составил $1,98 \pm 0,23$ балла. На фоне традиционной терапии его восстановления не наблюдалось. В группе пациентов, получающих комбинированную терапию, показатель социальной адаптации существенно улучшался, и к 30-му дню лечения составлял $0,81 \pm 0,18$ балла.

Заключение

Анализ результатов проведенного исследования показал, что комбинированная терапия превосходит по клинической эффективности традиционные методы лечения невротического развития личности, что свидетельствует о комплексном воздействии на основные патогенетические звенья затяжных форм невротозов – дисфункциональные расстройства иммунитета, тканевую гипоксию, нейроэндокринные нарушения, вызываемые стресс-реакцией, и согласуется с работами, проведенными нами ранее [21]. Более быстрая и полная редукция основных психопатологических симптомов в виде купирования ипохондрической фиксации, психофизической астении, сенестопатий, активации мотивационно-волевой сферы и умственной работоспособности, повышения социальной активности, наблюдаемые у пациентов второй группы, возможно, связаны с восстановлением антиоксидантных систем тканей организма, основных клеточных и гуморальных параметров гомеостаза. При этом разработанная комбинация лекарственных препаратов является не только высокоэффективной, но и более безопасной, так как при ее использовании выявлено снижение степени выраженности нежелательных эффектов анксиолитиков и антидепрессантов. Повышение работоспособности и концентрации внимания, отсутствие сонливости, вялости, психофизической утомляемости у пациентов второй группы на фоне лечения позволяет использовать диазепам и пароксетин в комплексе с мексидолом, тимогеном, гипербарической оксигенацией в более низких дозах.

Выводы

Таким образом, комбинированная терапия мексидолом, тимогеном, гипербарической оксигенацией, диазепамом и пароксетином не только купировала клинические «продуктивные» симптомы невротического развития личности, но и существенно уменьшала выраженность «негативной» симптоматики, повышала продуктивность в труде, показатель общей оценки адаптации, что позволяет рекомендовать разработанную комбинацию для лечения затяжных форм невротических расстройств.

Список литературы

1. Александровский, Ю. А. Причины психических болезней / Ю. А. Александровский // Психиатрия: национальное руководство / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Н. Краснова, Н. Г. Незнанова, В. Я. Семке, А. С. Тиганова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 24–41.

2. **Курпатов, В. И.** Неврозы в современном мире / В. И. Курпатов, С. А. Осипова // Новые концепции и подходы к терапии : сб. тез. науч.-практ. конф. с международ. участием (Санкт-Петербург, 3–4 февраля 2011 г.) / под общ. ред. проф. Н. Г. Незнанова, Б. Д. Карвасарского. – СПб. : С.-Петер. науч.-исследоват. психоневролог. ин-т им. В. М. Бехтерева, 2011. – 287 с.
3. **Павлык, Н. В.** Характерологические факторы невротического развития личности / Н. В. Павлык // Вісник Національного технічного університету України «Київський політехнічний інститут»: Філософія. Психологія. Педагогіка. – 2010. – Вип. 2. – С. 118–123.
4. **Дмитриева, Т. Б.** Концепция реабилитации в пограничной психиатрии / Т. Б. Дмитриева, В. А. Тихоненко // Психосоциальная реабилитация и качество жизни : сб. науч. тр. – СПб. : С.-Петер. науч.-исследоват. психоневролог. ин-т им. В. М. Бехтерева, 2001. – Т. 137. – С. 174–180.
5. **Александровский, Ю. А.** Проблемы специфичности непсихотических психических расстройств: клиничко-психопатологический и клиничко-фармакологический анализ / Ю. А. Александровский // Российский психиатрический журнал. – 2008. – № 5. – С. 28–39.
6. **Антохин, Е. Ю.** Ранняя ипохондризация невротических расстройств как предиктор затяжного течения / Е. Ю. Антохин, В. К. Авеличев // Неврозы в современном мире. Новые концепции и подходы к терапии : сб. тез. науч.-практ. конф. с международ. участием (Санкт-Петербург, 3–4 февраля 2011 г.) / под общ. ред. проф. Н. Г. Незнанова, Б. Д. Карвасарского. – СПб. : С.-Петер. науч.-исследоват. психоневролог. ин-т им. В. М. Бехтерева, 2011. – 287 с.
7. **Дроздов, А. А.** Невротическое развитие личности. Полный справочник психотерапевта / А. А. Дроздов, М. В. Дроздова. – М. : Эксмо, 2007. – 704 с.
8. **Шмилович, А. А.** Клинические закономерности рецидивирующего и затяжного течения фобических расстройств / А. А. Шмилович // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1998. – Т. 98, № 5. – С. 26–28.
9. **Белогорцев, Д. О.** Клиничко-биологические и психосоциальные факторы затяжного течения невротических расстройств : автореферат дис. ... канд. мед. наук / Белогорцев Д. О. – СПб., 2011. – 23 с.
10. **Карвасарский, Б. Д.** Неврозы: руководство для врачей / Б. Д. Карвасарский. – М. : Медицина, 1990. – 576 с.
11. **Караваева, Т. А.** Влияние социально-экономических факторов на клиническую картину больных с невротическими расстройствами / Т. А. Караваева // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2010. – № 1. – С. 71–74.
12. **Васильева, А. В.** Затяжные формы невротических расстройств и малопрогрессирующие варианты шизофрении (дифференциально-диагностические аспекты) / А. В. Васильева, А. М. Шлафер // Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал им. П. Б. Ганнушкина. – 2012. – № 2. – 80 с.
13. **Кирюхина, С. В.** Экспериментально-клиническое обоснование патогенетической фармакологической коррекции обсессивно-фобических, конверсионных, астенических расстройств : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Кирюхина С. В. – Саранск. – 2010. – 40 с.
14. **Подсевакин, В. Г.** Опыт применения мексидола в комплексной терапии конверсионного расстройства / В. Г. Подсевакин, С. В. Кирюхина, Д. С. Блинов, С. В. Подсевакина // Журнал неврологии и психиатрии. – 2009. – № 4. – С. 75–77.
15. Патогенетические механизмы развития стресс-обусловленных расстройств и возможности их фармакологической коррекции / В. Г. Подсевакин, С. В. Кирюхина, С. В. Подсевакина, М. Е. Кирюхин, Н. В. Бочкарева, Н. В. Мироненко, С. Н. Горячева, Д. И. Кузьмин // Психическое здоровье. – № 2. – 2012. – С. 39–89.

16. **Подсевакин, В. Г.** Принципы терапевтической тактики стресс-обусловленных конверсионных, обсессивно-фобических, неврастенических расстройств с учетом роли нейроиммунных и эндокринных механизмов в их формировании / В. Г. Подсевакин, С. В. Кирюхина // Психическое здоровье. – № 10. – 2010. – С. 39–47.
17. **Сергеев, И. И.** Психофармакотерапия невротических расстройств / И. И. Сергеев // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2003. – Т. 5, № 6. – С. 230–235.
18. **Аведисова, А. С.** Длительное применение бензодиазепиновых транквилизаторов: польза или вред? (обзор литературы) / А. С. Аведисова, Д. В. Ястребов // Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал им. П. Б. Ганнушкина. – 2010. – Т. 12, № 1. – С. 17–24
19. **Закс, Л.** Статистическое оценивание / Л. Закс. – М. : Статистика, 1976. – 598 с.
20. **Зотов, П. Б.** Депрессии в общемедицинской практике (клиника, диагностика, лекарственная терапия) : метод. пособие для врачей / П. Б. Зотов, М. С. Уманский. – 2006. – 16 с.
21. **Царегородцева, С. А.** Мексидол в комплексной терапии посттравматических стрессовых расстройств / С. А. Царегородцева, М. Ю. Бондаренко, Е. В. Вахранева, А. Л. Азин // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 2006. – Прил. 1. – С. 148–152.
22. **Аврцкий, Г. Я.** Стандартизированная регистрация клинических данных о течении эндогенных психозов и невротических состояний под влиянием психофармакотерапии : метод. рекомендации / Г. Я. Аврцкий, С. Г. Зайцев ; под ред. А. А. Портнова. – М., 1975. – 367 с.

References

1. Aleksandrovskiy Yu. A. *Psikhiatriya: natsional'noe rukovodstvo* [Psychiatry: national guide]. Moscow: GEOTAR-Media, 2009, pp. 24–41.
2. Kurpatov V. I., Osipova S. A. *Novye kontseptsii i podkhody k terapii: sb. tez. nauch.-prakt. konf. s mezhdunarod. uchastiem (Sankt-Peterburg, 3–4 fevralya 2011 g.)* [New concepts and approaches to therapy: collected theses of the scientific and practical conference with international participation (Saint-Petersburg, 3-4 February 2011)]. Saint Petersburg: S.-Peter. nauch.-issledovat. psikho-nevrolog. in-t im. V. M. Bekhtereva, 2011, 287 p.
3. Pavlyk N. V. *Visnik Natsional'nogo tekhnichnogo universitetu Ukraïni «Kiïvs'kiiy politekhnichniy institut»: Filosofiya. Psikhologiya. Pedagogika* [Bulletin of National Technical University of Ukraine “Kiev Polytechnic Institute”]. 2010, vol. 2, pp. 118–123.
4. Dmitrieva T. B., Tikhonenko V. A. *Psikhosotsial'naya reabilitatsiya i kachestvo zhizni: sb. nauch. tr.* [Psychosocial rehabilitation and life quality: collected papers]. Saint Petersburg: S.-Peter. nauch.-issledovat. psikhonevrolog. in-t im. V. M. Bekhtereva, 2001, vol. 137, pp. 174–180.
5. Aleksandrovskiy Yu. A. *Rossiyskiy psikhiatricheskii zhurnal* [Russian psychiatric journal]. 2008, no. 5, pp. 28–39.
6. Antokhin E. Yu., Avelichev V. K. *Nevrozy v sovremennom mire. Novye kontseptsii i podkhody k terapii: sb. tez. nauch.-prakt. konf. s mezhdunarod. uchastiem (Sankt-Peterburg, 3–4 fevralya 2011 g.)* [Neuroses in modern world. New concepts and approaches to therapy: collected theses of the scientific and practical conference with international participation (Saint-Petersburg, 3-4 February 2011)]. Saint Petersburg: S.-Peter. nauch.-issledovat. psikhonevrolog. in-t im. V. M. Bekhtereva, 2011, 287 p.
7. Drozdov A. A., Drozdova M. V. *Nevroticheskoe razvitie lichnosti. Polnyy spravochnik psikhoterapevta* [Neurotic personality development. Psychotherapist's complete reference book]. Moscow: Eksmo, 2007, 704 p.

8. Shmilovich A. A. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S. S. Korsakova* [Journal of neurology and psychiatry named after S.S. Korsakov]. 1998, vol. 98, no. 5, pp. 26–28.
9. Belogortsev D. O. *Kliniko-biologicheskie i psikhosotsial'nye faktory zatyazhnogo techeniya nevroticheskikh rasstroystv: avtoreferat dis. kand. med. nauk* [Clinical-biological and psychosocial factors of prolonged course of neurotic disorders: author's abstract of dissertation to apply for the degree of the candidate of medical sciences]. Saint Petersburg, 2011, 23 p.
10. Karvasarskiy B. D. *Nevrozy: rukovodstvo dlya vrachey* [Neuroses: guide for practitioners]. Moscow: Meditsina, 1990, 576 p.
11. Karavaeva T. A. *Obozrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V. M. Bekhtereva* [Review of psychiatry and medical psychology named after V.M. Bekhterev]. 2010, no. 1, pp. 71–74.
12. Vasil'eva A. V., Schlafer A. M. *Psikiatriya i psikhofarmakoterapiya. Zhurnal im. P. B. Gannushkina* [Psychiatry and psychopharmacotherapy. Journal named after P.B. Gannushkin]. 2012, no. 2, 80 p.
13. Kiryukhina S. V. *Eksperimental'no-klinicheskoe obosnovanie patogeneticheskoy farmakologicheskoy korrektsii obsessivno-fobicheskikh, konversionnykh, astenicheskikh rasstroystv: avtoref. dis. d-ra med. nauk* [Experimental clinical substantiation of pathogenetic pharmacological correction of obsessive-phobic, conversion and asthenic disorders: author's abstract of dissertation to apply for the degree of the doctor of medical sciences]. Saransk, 2010, 40 p.
14. Podsevatkin V. G., Kiryukhina S. V., Blinov D. S., Podsevatkina S. V. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii* [Journal of neurology and psychiatry]. 2009, no. 4, pp. 75–77.
15. Podsevatkin V. G., Kiryukhina S. V., Podsevatkina S. V., Kiryukhin M. E., Bochkareva N. V., Mironenko N. V., Goryacheva S. N., Kuz'min D. I. *Psikhicheskoe zdorov'e* [Mental health]. 2012, no. 2, pp. 39–89.
16. Podsevatkin V. G., Kiryukhina S. V. *Psikhicheskoe zdorov'e* [Mental health]. 2010, no. 10, pp. 39–47.
17. Sergeev I. I. *Psikiatriya i psikhofarmakoterapiya* [Psychiatry and psychopharmacotherapy]. 2003, vol. 5, no. 6, pp. 230–235.
18. Avedisova A. S., Yastrebov D. V. *Psikiatriya i psikhofarmakoterapiya. Zhurnal im. P. B. Gannushkina* [Psychiatry and psychopharmacotherapy. Journal named after P.B. Gannushkin]. 2010, vol. 12, no. 1, pp. 17–24.
19. Zaks L. *Statisticheskoe otsenivanie* [Statistic evaluation]. Moscow: Statistika, 1976, 598 p.
20. Zotov P. B., Umanskiy M. S. *Depressii v obshchemeditsinskoj praktike (klinika, diagnostika, lekarstvennaya terapiya): metod. posobie dlya vrachey* [Depressions in general medical practice (clinic history, diagnostics, drug treatment): tutorial for practitioners]. 2006, 16 p.
21. Tsaregorodtseva S. A., Bondarenko M. Yu., Vakhraneva E. V., Azin A. L. *Byulleten' eksperimental'noy biologii i meditsiny* [Bulletin of experimental biology and medicine]. 2006, app. 1, pp. 148–152.
22. Avrutskiy G. Ya., Zaytsev S. G. *Standartizirovannaya registratsiya klinicheskikh dannykh o techenii endogennykh psikhozov i nevroticheskikh sostoyaniy pod vliyaniem psikho-farmakoterapii: metod. rekomendatsii* [Standardized registration of clinic data on the course of endogenous psychoses and neuroticneuroticisms under the effect of psychopharmacotherapy: recommended practice]. Moscow, 1975, 367 p.

Подсеваткин Вячеслав Григорьевич

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой нервных болезней и психиатрии, Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарева (Россия, г. Саранск, ул. Большевикская, 68); заслуженный врач РФ и Республики Мордовия, главный врач, Республиканская психиатрическая больница (Россия, Республика Мордовия, Лямбирский район, п. Звездный)

E-mail: mrpb@mail.ru

Бочкарева Наталья Владимировна

ассистент, кафедра нервных болезней и психиатрии, Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарева (Россия, г. Саранск, ул. Большевикская, 68); заведующая психотерапевтическим отделением, Республиканская психиатрическая больница (Россия, Республика Мордовия, Лямбирский район, п. Звездный)

E-mail: bochkareva1975@yandex.ru

Кiryukhina Светлана Владимировна

доктор медицинских наук, доцент, кафедра нервных болезней и психиатрии, Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарева (Россия, г. Саранск, ул. Большевикская, 68); заместитель главного врача по медицинской части, Республиканская психиатрическая больница (Россия, Республика Мордовия, Лямбирский район, п. Звездный)

E-mail: krsv55@mail.ru

Подсеваткина Светлана Вячеславовна

кандидат медицинских наук, старший преподаватель, кафедра нервных болезней и психиатрии, Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарева (Россия, г. Саранск, ул. Большевикская, 68); заведующая отделением реанимации и интенсивной терапии, Республиканская психиатрическая больница (Россия, Республика Мордовия, Лямбирский район, п. Звездный)

E-mail: mrpb@mail.ru

Podsevatkin Vyacheslav Grigor'evich

Doctor of medical sciences, professor, head of sub-department of nervous diseases and psychiatry, Ogarev Mordovia State University (68 Bolshevistskaya street, Saransk, Russia); honoured practitioner of the Russian Federation and the Republic of Mordovia, medical superintendent, Republican mental hospital (Zvyozdny village, Lyambirsky district, Republic of Mordovia, Russia)

Bochkareva Natal'ya Vladimirovna

Assistant, sub-department of nervous diseases and psychiatry, Ogarev Mordovia State University (68 Bolshevistskaya street, Saransk, Russia); head of psychotherapy unit, Republican mental hospital (Zvyozdny village, Lyambirsky district, Republic of Mordovia, Russia)

Kiryukhina Svetlana Vladimirovna

Doctor of medical sciences, associate professor, sub-department of nervous diseases and psychiatry, Ogarev Mordovia State University (68 Bolshevistskaya street, Saransk, Russia); deputy medical superintendent for medical issues, Republican mental hospital (Zvyozdny village, Lyambirsky district, Republic of Mordovia, Russia)

Podsevatkina Svetlana Vyacheslavovna

Candidate of medical sciences, senior lecturer, sub-department of nervous diseases and psychiatry, Ogarev Mordovia State University (68 Bolshevistskaya street, Saransk, Russia); head of reanimation and intensive therapy unit, Republican mental hospital (Zvyozdny village, Lyambirsky district, Republic of Mordovia, Russia)

Моисеева Инесса Яковлевна

доктор медицинских наук, профессор,
заведующая кафедрой общей
и клинической фармакологии,
Медицинский институт, Пензенский
государственный университет
(г. Пенза, ул. Красная, 40)

E-mail: moiseeva_pharm@mail.ru

Moiseeva Inessa Yakovlevna

Doctor of medical sciences, professor,
head of sub-department of general
and clinical pharmacology,
Medical Institute, Penza State University
(40 Krasnaya street, Penza, Russia)

УДК 615.27:616.89

Подсеваткин, В. Г.

Опыт применения мексидола, гипербарической оксигенации и тимогена в комплексном лечении пациентов с невротическим развитием личности / В. Г. Подсеваткин, Н. В. Бочкарева, С. В. Кирюхина, С. В. Подсеваткина, И. Я. Моисеева // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2013. – № 4 (28). – С. 80–93.