

При электрофизиологическом исследовании пациентов с импрессивным типом реагирования при периодометрическом анализе значений по группе выявляются индексы альфа-активности до 60% в основной и до 33% в группе сравнения. Индекс бета-активности до 24% и до 18% соответственно. Индекс тета-активности до 38 % в сравнении с 60%. Индекс дельта-активности до 15% в основной группе в сравнении с 12%.

Данная картина ЭЭГ у больных с истериформными расстройствами свидетельствует о наличии умеренных и значительных изменений в основном регуляторного характера за счет выраженной дисфункции в деятельности регулирующих неспецифических систем мозга и частично микроструктурные на нейрональном уровне. У пациентов с невротическими (истерическими) расстройствами эти изменения ЭЭГ оцениваются как умеренные нарушения регуляторного характера за счет дисфункции регулирующих структур лимбико-ретикулярного комплекса.

Таким образом, при импрессивном типе реагирования у больных основной группы (с истериформными состояниями, возникшими на фоне резидуальной органической недостаточности ЦНС) преобладает альфа-активность 60% в сравнении с 33% у больных с истерическими расстройствами. В группе сравнения главной является тета-активность (в основной 45% против 60% в группе сравнения).

Проведенное исследование показало, что на компьютерной ЭЭГ у пациентов выявляются электрофизиологические различия в зависимости от наличия органической недостаточности головного мозга и типологических особенностей невротических (истериформных) и невротических (истерических) состояний.

МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ ИСТЕРИФОРМНЫХ СОСТОЯНИЙ, ФОРМИРУЮЩИХСЯ НА ФОНЕ РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

О.А. Обеснюк, В.В. Обеснюк

Кемеровская ОКПБ

E-mail авторов: obesnyuk.61@mail.ru

Целью нашего исследования было изучение эффективности терапии при превентивном воздействии на органическую «почву» с последующим лечением психогенных истерических наслоений у пациентов с истериформными расстройствами, возникающими на фоне резидуальной органической недостаточности головного мозга.

По результатам нашего исследования были разработаны реабилитационные программы с учетом характера возникновения органической недостаточности и типологических особенностей истериформных состояний. Каждая программа включает в себя несколько элементов, функциональное значение которых на каждом этапе лечения может быть различным. Всего разработано восемь программ: четыре для

пациентов с невротическими расстройствами и четыре для лиц с истерическими психопатиями, возникшими на фоне резидуальной органической недостаточности головного мозга.

Нами была изучена группа больных из 106 человек. Группа формировалась по следующим критериям: все пациенты были с истерическими состояниями, соответствующими критериям раздела F44 и F60.4. Все больные еще до развития невротических и психопатических (истериформных) состояний имели экзогенные вредности, которые привели к развитию резидуальной органической недостаточности головного мозга, которую мы кодировали по МКБ-10 как F06.82, F07.2, F07.

Условно весь период лечения мы разделили на три этапа: подготовительный, основной (базисный) и поддерживающий. При лечении больных осуществлялся комплексный подход, сочетающий применение фармакологических средств и психотерапевтические мероприятия. На первом этапе нашими действиями были воздействия на имеющуюся «органическую» недостаточность путем назначения ноотропов в комплексе с общеукрепляющим лечением и психотерапевтическим воздействием, а также использование седативных препаратов растительного происхождения. Второй (базовый) этап был направлен на купирование собственно истерической симптоматики и включал в себя добавление небольших доз малых транквилизаторов, антидепрессантов. Третий этап (поддерживающий) содержал элементы базисной терапии и ноотропы.

В основу терапии, проводимой первые 10 дней (подготовительный этап), было положено активное воздействие на основные патогенетические звенья органической недостаточности головного мозга. На данном этапе лечения не применялись транквилизаторы, антидепрессанты, не воздействовали на собственно истерическую симптоматику.

Во время терапии церебрально-органической недостаточности мы использовали препараты нейрометаболического действия (ноотропы), которые назначали каждому пациенту основной группы преимущественно в виде в/в или в/м инъекций. Кроме того, пациенты получали дегитратирующую, общеукрепляющую, рассасывающую терапию (церебролизин, ФИБС, экстракт алое), вследствие чего уменьшались расстройства, связанные с церебрально-органической недостаточностью, а также назначали им седативные средства растительного происхождения.

На этом этапе нами широко использовались фитотерапевтические средства седативного спектра: корень валерианы, пустырник, настойка пиона, новопассит и обязательно каждому пациенту проводились психотерапевтические мероприятия, которые включали (одномоментная или последовательная рациональная, индивидуальная гипносуггестивная терапия, аутогенная тренировка).

Задачами психотерапевтической помощи на первом этапе является создание терапевтической установки, снижение аффективной напряженности. В этот период пациенты становились менее тревожными, у многих улучшался ночной сон.

Второй (основной) этап включал терапию, воздействующую на собственно истерическую симптоматику. Назначение препаратов осуществлялось дифференцировано в зависимости от ведущего психопатологического синдрома и типа истерического реагирования.

Для достижения вегетостабилизирующего, анксиолитического, седативного эффектов всем больным с импрессивным типом истерического реагирования основной группы кратковременно назначались транквилизаторы в небольших дозах, в т.ч. и активирующего действия. При наличии депрессивной симптоматики пациенты также получали антидепрессанты. Данной группе больным по показаниям назначались психостимуляторы – ладостен, энерион, из активаторов растительного происхождения настойки элеутерококка, женьшеня, левзея и другие, из вегетостабилизаторов – беллатоминал, пирроксан.

Больным с экспрессивным типом истерического реагирования вместе с транквилизаторами седативного действия назначались нейролептики – корректоры поведения, проводилась аутогемотерапия с малыми дозами аминазина в/м.

Наряду с рациональной психотерапией, использовали 5-10 сеансов психотерапии на фоне внутривенного вливания седуксена или реланиума.

Третий этап (поддерживающий) включает в себя элементы базисной терапии в небольших дозах в зависимости от состояния и типологической принадлежности. На этом этапе воздействия лекарственные формы ПФК сводились к минимуму и заменялись растительными стимулирующими адаптогенами и седативными фитосборами

В результате проведенного исследования мы пришли к выводу о том, что применение активной терапии церебрально-органической недостаточности делает последующее психофармакологическое лечение больных с истерическими состояниями, возникшими на фоне резидуальной органической недостаточности головного мозга более эффективным и относительно безопасным в плане возникновения побочных явлений и осложнений.

ПАНИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО: НОЗОЛОГИЯ ИЛИ «БОЛЬШОЙ ГОРШОК» ВНУТРЕННЕЙ МЕДИЦИНЫ?

Т.М. Полозова, Д.А. Шаповалов

Воронежский ОКПНД

Е-mail авторов: orgmopnd@rambler.ru

W.Cullen, вводя в 1776 г термин «невроз» в научный оборот, отнес к данной категории ряд заболеваний с неизвестным материальным субстратом, например, диффузный токсический зоб. Трактовка невротических расстройств как обусловленных взаимодействием «ключевой» психотравмирующей ситуации и специфической личностной структуры, относится к более позднему времени (II половина XIX века). Одновременно, по мере развития внутренней

медицины, шло сужение данной группы путем отделения от нее заболеваний с доказанным материальным субстратом (тиреотоксикоз, эпилепсия).

В настоящее время принято полагать, что невротические расстройства с достаточной степенью надежности отделены от соматических и неврологических заболеваний. Данное положение представляется сомнительным применительно к одному из распространенных состояний класса F4 МКБ-10 – «паническому расстройству» (ПР - F 41.0).

Поскольку ПР отнесено к категории невротических состояний, то при нем должна быть допустима возможность выздоровления. Однако, доступные литературные источники констатируют, что большинство пациентов с ПР не выздоравливают. В части случаев имеет место эпизодическое течение с ремиссиями, в структуре которых сохраняются вегетативная неустойчивость и субклиническая тревога. В других случаях имеет место «приступообразно - прогрессирующее» течение с утяжелением рецидивов и расширением спектра фобической симптоматики. Ассоциация между манифестацией ПР и психотравмой сама по себе не может доказывать психогенную природу ПР, так как подобная ассоциация нередко имеет место, например, и при первичном шизофреническом шубе.

Облигатным компонентом клинических проявлений ПР является «нейроциркуляторная дистония» - нестабильность показателей системного АД и пульса, часто – со склонностью к гипотонии и тахикардии. В современной диагностической систематике понятие «нейроциркуляторная дистония» отсутствует, а соответствующие проявления рассматриваются как вегетативные нарушения в рамках основного психического расстройства. Соответственно, стандарты лечения ПР предусматривают длительный прием антидепрессивных средств класса СИОЗС и психотерапию.

Однако повседневный опыт клинической работы позволяет отметить следующие факты (без претензий на статистическую доказательность). Интолерантность к СИОЗС у пациентов с ПР – не исключение, а правило. Рекомендованный режим терапии СИОЗС выдерживают не более 1/3 больных с ПР. Нередко отмечается и интолерантность к психотропным средствам других групп, что, по общепринятым в клинической психиатрии представлениям, указывает на наличие выраженного резидуально - органического фона. Формирование ремиссии при ПР сопровождается тем, что колебания системного АД и пульса сохраняются, но перестают сопровождаться аффектом страха. Применение ноотропных средств при ПР не имеет доказательной базы и вызывает нарекания ряда авторитетных специалистов, но пациенты на практике более комплаентны к ноотропам, чем к антидепрессантам.

Нарушения со стороны регуляторных систем организма при ПР у многих пациентов не ограничиваются регуляцией сосудистого тонуса, а затрагивают эндокринную систему. Может отмечаться гиперкортизолемиа с соответствующими клиническими проявлениями (специфический тип ожирения, стрии). У мужчин обнаруживается низкий уровень тестостерона. У женщин клинически отмечаются альгодисмено-