

ется актуальной проблемой теоретической и практической психиатрии. На примере 52 амбулаторных больных (57,69% - мужчины) в возрасте $45,1 \pm 14,39$ лет (длительность заболевания $19,79 \pm 14,04$ лет) осуществлена оценка эффективности различных реабилитационных мероприятий. Контрольную группу составили 28 больных (60,7% – мужчин) в возрасте $46,4 \pm 14,28$ лет (длительность заболевания $19,68 \pm 14,87$ лет), не включившиеся в реабилитационные программы. В исследовании клинко - психопатологический метод сочетался с психометрическими методиками, включая шкалу общего клинического впечатления (CGI), шкалу социального функционирования (PSP) и Визуальную аналоговую шкалу (ВАШ) для оценки связанного со здоровьем качества жизни (КЖ) больных

Исходно группы были сравнимы по своему психическому состоянию (3,04 и 2,78 балла по шкале CGI, $p > 0,05$, что ближе к умеренной тяжести заболевания). Динамическое наблюдение пациентов в течение 18 мес. продемонстрировало, что уровень социального функционирования больных, участвовавших в реабилитационной программе, несколько повысился и достиг $60,73 \pm 13,72$ балла по сравнению с исходным уровнем – $57,04 \pm 14,00$ балла по шкале PSP. При качественном анализе распределения пациентов внутри интервалов шкалы PSP определяется перераспределение массива пациентов в интервалах более высокого значения социального функционирования относительно исходных данных. Если исходно функционирование 46,67% пациентов соответствовало оценке в интервале 60-51 балл, то в результате реабилитации только 9,09% пациентов функционировали в соответствии с этим уровнем. При этом число случаев, соответствующих оценке функционирования в интервалах 70- 61 балл и 50-41 балл, возросло до 36,36%. Число случаев в интервале 40-31 балл также снизилось с 16,67% до 4,56%, а в интервале 90-81 балл возросло с 4,17% до 13,64%. Уровень социального функционирования в контрольной группе также несколько возрос, но это изменение не достигло значимой степени $52 \pm 14,15$ балла и $54 \pm 13,02$ балла. При качественной оценке показателей обращает на себя внимание перераспределение пациентов в интервалы с более низким показателем социального функционирования относительно исходных данных. Исходно большинство пациентов (39, 29%) по уровню своего функционирования соответствовали интервалу 70-61 балл при последующем снижении до 16,67% пациентов с этим

уровнем функционирования. Частота случаев, соответствующих интервальной оценке 60-51, 50-41, 40-31 баллов, увеличилось. Психическое состояние больных обеих групп, согласно результатам обследования по шкале CGI, в период наблюдения оставалось стабильным ($2,96 \pm 0,82$ балла и $3 \pm 0,68$ балла соответственно). Динамика КЖ, согласно самооценке пациентов, как в основной группе ($64,79 \pm 21,99$ балла и $62,5 \pm 22,83$ балла по ВАШ), так и в контрольной группе ($58,92 \pm 24,62$ балла и $56 \pm 34,79$ балла) была не достоверной.

Таким образом, в результате реабилитации происходит качественное улучшение социального функционирования больных параноидной шизофренией, однако КЖ остается без существенного улучшения, что отражает многофакторность этого понятия.

ОПЫТ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРАНОИДНОГО ПСИХОЗА У ЛИЦА С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ТРОПИКАМИДА

Е.М. Наркелюнас

Тюменская ОКПБ

В теоретической психиатрии всегда был актуален вопрос способности психоактивных веществ вызывать психические расстройства психотического уровня. Выделялся и исследовался класс галлюциногенов, которые использовались в экспериментальной практике для создания модели «лабораторного психоза» (обнаружение психоактивных эффектов при впервые проведенном эксперименте употребления LSD-25 человеком в виде «непрерывного потока фантастических картин, экстраординарных форм с интенсивной, подобной калейдоскопу игрой цветов» (Albert Hofmann, 1943); опубликование первой статьи относительно действия LSD на мозг, написанной Вернером Штолем (Werner Stoll) в Швейцарском Архиве Неврологии (Swiss Archives of Neurology) в 1947 году; проведение экспериментов с данным препаратом ЦРУ в США по специальной программе на добровольцах – в основном, на студентах университетов, в 1951 году; учреждение «Проекта исследования психоделических веществ» профессором Гарвардского университета Timothy Leary с проведением экспериментов в 1960 году).

В свою очередь, практические врачи живо обсуждают вопрос возможности провокации

галлюциногенами приступы эндогенных психических заболеваний (Matthew Hickman et al.).

Современные реалии ставят задачу перед практической психиатрией взглянуть на старую проблему с другой стороны. Как никогда актуален вопрос способности химических препаратов вызывать хронические психозы. В связи с изменением законодательства Российской Федерации в сфере незаконного оборота наркотических веществ в 2012 году изъяты из свободной аптечной продажи кодеинсодержащие препараты. Лица, употреблявшие эти доступные наркотические средства, вынуждены искать другие источники удовлетворения наркотической зависимости. Одна из малоизученных сфер – злоупотребление дешевым тропикамидом, свободно продающимся в аптечной сети в форме глазных капель. Тропикамид является блокатором m -холинорецепторов, используется в качестве глазных капель 0,5% и 1% в офтальмологической практике для диагностических целей при проведении офтальмоскопии, а также, в комплексной терапии воспалительных заболеваний глаз. В терапевтических дозах препарат обладает слабым влиянием на ЦНС, однако, при употреблении высоких доз возможно развитие «холинолитического синдрома», который характеризуется психомоторным возбуждением, беспокойством, галлюцинаторными переживаниями. Немедицинское применение данного препарата связано с его способностью вызывать яркие зрительные галлюцинации и необычные «телесные ощущения». Наркозависимые лица используют его внутривенно. Клиническая картина опьянения схожа с картиной опьянения опиатами – сильная волна прихода, ощущение легкости, блаженства, радости. В связи с высокой токсичностью препарата, наряду с эйфорией проявляются симптомы отравления: резкое психомоторное возбуждение, спутанность сознания, появление галлюцинаторных зрительно-слуховых переживаний, возможно развитие холинолитического делирия, а так же возможно угнетение дыхания и развитие коматозного состояния. Наряду с видимыми проявлениями действия тропикамида – резкое расширение зрачка, – можно отметить следующие характерные симптомы передозировки при парентеральном способе введения: отмечается сухость кожных покровов, слизистых оболочек, задержка мочи, повышение числа сердечных сокращений, артериального давления, частоты дыхания и температуры тела, аритмия, которые помогают проводить дифференциальную диагностику отравления и выбор тактики лечения. Тропикамид обладает сильной наркогенностью – физическая за-

висимость формируется уже после нескольких применений, которая проявляется непреодолимой тягой к приему препарата на фоне психомоторного возбуждения.

Симптомы хронического отравления тропикамидом катастрофичны: появляется паническая светобоязнь, возникают серьезные проблемы со зрением, обычно необратимые, слепота. Сильное токсическое влияние оказывает на внутренние органы: поражение печени по типу хронического активного гепатита с быстрым образованием цирроза и печеночной недостаточности. Возникает поражение сердечной мышцы по типу тяжелой миокардиопатии с аритмией (что является одной из частых причин смерти на игле, при введении чистого тропикамида). Постоянны капиллярно- и ангиопатии, тяжелая анемия, тромбозы крупных сосудов, тканевые некрозы, в терминальной стадии – гангрена конечностей. Отмечается гипертермия, сухость во рту, дизурия (на поздних стадиях – недержание мочи). Со стороны ЦНС возникают эпилептические припадки, снижение памяти, внимания, интеллекта. В терминальных стадиях – нефропатия с олиго- и анурией, печеночная энцефалопатия. Средняя продолжительность жизни лица, злоупотребляющего тропикамидом, составляет 2 года.

К большому сожалению, перед психиатрами ГБУЗ ТО ОКПБ открылась новая грань стыка со смежной специальностью – наркологией. В настоящее время в отечественной и зарубежной литературе представлено мало данных о клинике, диагностике и лечении отравлений новыми наркотическими средствами, практически нет данных о последствиях длительного употребления и синдромах отмены, и совсем не освещен вопрос возможности тропикамида вызывать хронические психозы. В связи с чем, хочется представить клинический опыт изучения и терапии хронического параноидного психоза, возникшего как следствие кратковременного злоупотребления тропикамидом.

В отделении № 3 ГБУЗ ТО «ОКПБ» находилась на лечении пациентка с острой психотической симптоматикой в виде развернутого систематизированного бреда, спровоцированной применением тропикамида внутривенно в течение двух недель. Пациентка поступила в психиатрическую больницу впервые в жизни, по направлению участкового врача психиатра, с явлениями психоза. Приводим краткую выдержку из истории болезни пациентки:

Больная К., 40 лет, на момент госпитализации жалобы не высказывала, у себя каких-либо психических нарушений не признавала. Сообщила, что вво-

дила себе внутривенно тропикамид в течение 2-х недель (до этого случая наркотические вещества никогда не принимала), объяснила это тем, что «кустала на работе, вводила для расслабления, как снотворное». Уточнила, что последнюю инъекцию делала за 4 недели до поступления в стационар. Рассказала, что за несколько дней до поступления в больницу, к ней в квартиру пришел сосед с каким-то подозрительным человеком, которого она не знала. Сосед и раньше оказывал ей знаки внимания, пытался соблазнить ее, а теперь решил взять силой, попытался изнасиловать ее (что при этом делал второй мужчина, где он был, и зачем она пустила двух незнакомых мужчин в квартиру, сказать не может). Затем он избил ее, после этого она заметила пузырек тропикамида, который подбросили «чтобы подставить» ее. Тут же появился третий мужчина, которому она опять же сама открыла дверь, «оперативник, сотрудник милиции». Он стал вымогать у нее деньги, 10 тысяч рублей, за то, что он «закроет глаза» на тропикамид. Она, решив обмануть их, сказала, что денег у нее нет, но можно занять их у матери, куда всей компанией они и отправились. Она же осталась у матери, денег им не вынесла. Поэтому сейчас за ней организована слежка, ей пытаются отомстить. Пояснила, что и сосед, видимо это «переодетый опер». Замечала, что в ее отсутствие они посещали квартиру. Она замечала это по переставленным вещам, по надорванным упаковкам лекарственных препаратов и т. д. В связи с этим потребовала сменить замок у отца. Дела этого так оставлять не намерена, будет писать «заявление», требовать, чтобы ее оставили в покое, а виновных привлекли к ответственности. При осмотре обнаруживала заторможенность, замедленность движений, подолгу обдумывала ответы на вопросы, с трудом, подолгу вспоминала детали своей биографии, путалась в датах, событиях, с трудом могла восстановить их последовательность, с недоумением осматривала окружающую обстановку. Ориентировка в сферах психической деятельности, в целом, была сохранена. Обнаруживала сниженное настроение с угрюмой раздражительностью, без явных признаков агрессии, эмоциональную напряженность. Прослеживалась замедленность, обстоятельность, торпидность мыслительных процессов, снижение со стороны памяти и внимания. Галлюцинаторных переживаний не наблюдала, при расспросе отрицала, пояснила, что «не отмечала галлюцинаций даже на фоне введений тропикамида».

В анамнезе – злоупотребление алкоголем, галлюцинаторную симптоматику, связанную с алкогольными эксцессами, отрицает. Со слов пациентки и ее родственников стало известно, что не употребляет алкоголь в течение 2-х лет до настоящей госпитализации.

При дополнительном обследовании больной выявлены: анемия тяжелой степени, абсцессы обоих ягодиц, многочисленные гематомы и некрозы по ходу кубитальных вен, диффузные изменения БАГМ, при

функциональных нагрузках прослеживается повышение судорожной готовности головного мозга по данным ЭЭГ; отмечаются легкие гипертензионные признаки по ЭХО-ЭС; резидуальная неврологическая симптоматика; офтальмоскопия без особенностей. По результатам экспериментально – психологического исследования выявлено умеренное мнестическое снижение, замедленный темп протекания мыслительных процессов, утомляемость, истощаемость; соответствие показателя уровня интеллекта границам низкой нормы; неравномерность мышления, инертность, застреваемость на деталях; в личностной сфере – примитивность личностных установок, эмоциональная неустойчивость, недостаточность установок интериоризации и социальных норм и правил поведения; склонность к формированию аффективно заряженных идей, связанных с представлением о недоброжелательном отношении окружающих, собираемость перцепций, при которой воспринимается преимущественно информация, подтверждающая уже сформированную перцепцию. В психическом статусе помимо стойких систематизированных бредовых переживаний выявлялось снижение памяти, как на текущие события, так и на события прошлых лет; обстоятельное, тугоподвижное, вязкое мышление; легкое интеллектуальное снижение, неустойчивый уровень внимания; колебания фона настроения; ограниченность критических возможностей.

Терапия и динамика психического состояния на фоне лечения: вначале назначался препарат зипрекса в средней терапевтической дозировке, на фоне которого положительной динамики состояния не наблюдалось, в связи с чем, был отменен. В последующем был назначен трифтазин с различными вариациями дозировок, на фоне которого прослеживалась незначительная положительная динамика в виде ослабления аффективной окраски переживаний, бредовые высказывания сохраняли актуальность. Учитывая имеющиеся у больной нарушения когнитивных функций в лечение был добавлен акатинол – мемантин по схеме до 10 мг 2 раза в сутки. На фоне сочетания акатинола с трифтазином у пациентки достаточно быстро параноидная симптоматика дезактуализировалась, появилось осознание болезненности переживаний, фон настроения выровнялся, стала активнее, начала высказывать социально-приемлемые планы на будущее, наблюдалось заметное улучшение со стороны внимания, памяти и мыслительной деятельности. Пациентка была выписана из отделения с восстановленной трудоспособностью, с рекомендациями наблюдения в амбулаторной службе. На момент выписки в клинической картине сохранялось легкое когнитивное снижение■

Анализируя материалы данного клинического наблюдения, следует отметить следующие особенности: отсутствие выявленной наследственной предрасположенности к эндогенным психическим заболеваниям, злоупотребление алкоголем в анамнезе, наличие соматических

признаков интоксикации тропикамидом (анемия, абсцессы, некрозы), возникновение хронических расстройств психотического уровня после кратковременного периода злоупотребления тропикамидом (не более двух недель), возникновение первичного персекуторного систематизированного интерпретативного бреда с фабулой, связанной с тематикой наркомании («подставили, подбросили флакончики»), начало по типу «бредового озарения». Психоз развивался на хорошо выраженной «органической» основе – тугоподвижность, ригидность всех психических процессов, обеднение мышления, когнитивное снижение, склонность к аффективным реакциям. Последующая динамика параноида свидетельствовала о хроническом, резистентном к терапии течении без тенденции к развитию, усложнению бредовой системы. Общая длительность психоза составила не менее четырех месяцев на фоне терапии. Органическую природу этого психического расстройства косвенно подчеркивает положительная динамика на фоне терапии акатинолом-мемантином высокую клиническую эффективность которую в курации больной К. следует отметить особо.

Безусловно, было бы неправильно делать поспешные выводы о дефиниции особой нозологической формы этиологически отграниченных бредовых психозов, однако этот случай должен привлечь внимание как психиатров, побуждая их к целенаправленному сбору наркологического анамнеза в случае выявления бредового психоза, так и призвать наркологов особенно тщательно исследовать психический статус зависимых лиц на наличие психопродуктивных расстройств. Для дальнейшей систематизации требуется длительный период накопления клинического опыта наблюдения за профильным контингентом больных.

ДИНАМИКА РЕДУКЦИИ СИМПТОМАТИКИ В ХОДЕ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТОМ ТРИТТИКО У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ПОТЕРЕЙ ПЛОДА В АНАМНЕЗЕ

Т.В. Никифорова, Е.Д. Счастный, Л.А. Азаркова

НИИ АГиП СО РАМН, г. Томск
НИИПЗ СО РАМН, г. Томск

E-mail авторов: academs@rd4.tomsk.ru

Частота развития депрессивных расстройств во время беременности находится в диапазоне от 14 до 23% (Gaynes B.N. et al., 2005). Лечение текущего депрессивного эпизода представляется довольно сложным, еще более затруднено лече-

ние депрессивного расстройства у женщин с привычной потерей плода в анамнезе из-за развивающейся плацентарной недостаточности у этой категории пациентов (Сидельникова В.М., 2005). Рекомендованные в периоде беременности препараты группы СИОЗС, рекомендованные для лечения депрессии у беременных женщин (Addis et al., 2000), в случае развития плацентарной недостаточности, могут усугублять нарушение маточно-плацентарного кровотока за счет действия серотонина на 5-НТ-2_a рецепторы миометрия и сосудов. Альтернативным решением вопроса в этом случае может являться назначение препарата с ингибирующим действием на 5-НТ-2_a рецепторы. Таким препаратом является триттико (тразодон).

Цель исследования: оценка клинической эффективности препарата триттико (тразодон) у беременных с потерей плода в анамнезе.

Материал и методы.

Объектом исследования явилось наблюдение за течением беременности у 103 женщин в возрасте от 18 до 38 лет, имеющих неблагоприятное окончание от одной до четырех предыдущих беременностей. Наблюдаемые в зависимости от наличия или отсутствия депрессивного состояния были разделены на две клинических группы. В первую группу вошли беременные, страдающие депрессивным расстройством. Вторую группу составили психически здоровые беременные женщины. Наличие депрессии диагностировалось в соответствии с критериями МКБ-10. Всем пациентам первой группы предлагалось лечение депрессии препаратом триттико. В зависимости от желания лечиться, или отказа от лечения, пациенты внутри I группы разделились на две подгруппы: в Ia подгруппу вошли 36 пациентов, страдающих депрессией и принимающих триттико. Препарат назначался после 16 недель беременности в дозировке 150 мг на ночь и отменялся перед родами. В Ib подгруппу вошли 36 беременных женщин отказавшихся от приема антидепрессанта. Вторая группа (II) явилась контрольной, куда вошли психически здоровые. Во всех исследуемых группах динамика психопатологической симптоматики оценивалась по 17-пунктовой шкале Гамильтона для оценки депрессии до начала лечения, на 1-й, 2-й, 4-й, 6-й, 14-й неделях лечения, перед родами и после. Статистическая обработка проводилась с использованием LSD-test. Все исследуемые группы были однородны по возрасту, сроку беременности, паритету родов, акушерскому, психиатрическому диагнозам.