

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ (РОЛЬ И МЕСТО ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ)

© **Давыдов А. Т.**

Российская Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург

Ключевые слова

психические заболевания, принципы лечения, методы лечения, психофармакотерапия

Давыдов А. Т. Основные принципы лечения психических расстройств (роль и место психофармакотерапии) // *Обзоры по клин. фармакол. и лек. терапии.* — 2004. — Т. 23. — №2. — С. 52–61.

В обзоре с современных позиций излагаются принципы и методы лечения больных с различными психическими заболеваниями. Даны классификации и рассмотрены основные методы терапии психических расстройств. Показано, что несмотря на проблему фармакорезистентности основным методом терапии психических расстройств является психофармакотерапия. Библ. 35 назв.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

В результате прогресса науки в психофармакотерапии произошло широкое внедрение лекарственной медикаментозной терапии психозов в практику. Простота и безопасность применения психотропных средств явились одним из их основных достоинств, позволили по-настоящему вывести психиатрию из стен психиатрических больниц, обосновать возможность и практически осуществлять амбулаторное лечение психически больных. Появилась возможность не только объединить биологическое и социореабилитационное терапевтические воздействия, но и способствовать их взаимному потенцированию [2, 3].

С момента внедрения в психиатрическую практику первого нейролептика ларгактила (аналога современного аминазина) прошло свыше 50 лет. Вплоть до последнего времени традиционное использование различных схем психотропных препаратов было принято считать основным и чаще всего единственным методом лечения психозов [3, 5, 6, 11, 17, 25, 29]. При этом многими авторами [1, 2, 4] отмечалось, что наряду с не вызывающим сомнения положительным действи-

ем психотропных препаратов имеется целый ряд весьма существенных негативных сторон [9, 10, 16].

Во-первых, определенные психопатологические расстройства (особенно дефицитарные симптомы) чаще всего не поддаются терапии даже современными атипичными нейролептиками. У значительного числа больных психотропные препараты вообще оказываются неэффективными: по данным ряда авторов полностью или частично резистентны от 30 до 50 % больных хроническими психозами [16, 21, 31, 33]. Особенно типичные нейролептики способны вызывать серьезные и часто необратимые побочные эффекты и осложнения. Так, у 15–30 % больных, регулярно принимающих традиционные нейролептики более года, развивается поздняя дискинезия [16, 32, 34]. При проведении длительной нейролептической терапии отрицательные стороны отдельных традиционных нейролептиков взаимно усиливаются [20, 21, 24, 35].

Как следствие, все чаще стали формироваться малокурабельные психопатологические образования, представляющие собственно дефицитарноподобную симптоматику, которая, тесно переплетаясь с не полностью редуцированными психотическими расстройствами, в значительной мере усугубляется неврологическими и психическими проявлениями нейролепсии [21, 30]. Сложившаяся в результате этого ситуация позволила констатировать возникновение определенного кризиса в области психофармакотерапии психозов [30, 31, 35].

Полученное изобилие психотропных препаратов, имевшихся в арсенале психиатров, было синтезировано на основе психофармакологических свойств, обнаруженных у появившихся ранее, так называемых «эталонных» нейролептиков. Все они мало чем принципиально отличались один от другого, разделяя общие недостатки. Частота развития побочных действий и экстрапирамидных осложнений при длительном и массовом применении классических нейролептиков привела в свое время к созданию концепции «отрицательного лекарственного патоморфоза» [16, 31].

В психиатрической практике основным методом терапии острых психических состояний до сих пор являются классические нейролептики. Принято считать, что один лишь факт появления продуктивной

симптоматики служит достаточным основанием для их назначения. При этом терапия обычно носит малодифференцированный характер, а при выборе конкретного препарата врачи руководствуются в лучшем случае традиционно принятыми «стандартными» подходами. В большинстве руководств по психофармакотерапии [2, 3, 5, 6, 13, 18, 19, 22, 29] в подобных случаях рекомендуется применять традиционные нейролептики, причем независимо от структуры состояния, этапа заболевания и других факторов. При этом указывается на недостаточную эффективность седативных препаратов (хлорпромазина, левомепромазина), в связи с чем рекомендуется использовать нейролептики, обладающие мощным антипсихотическим действием, такие как галоперидол, трифлуоперадол (триседил), тиопроперазин (мажептил), причем в высоких дозах и даже в комбинации.

В настоящее время резко возрастает актуальность вопросов терапии психических расстройств (особенно эндогенных) по целому ряду причин [7, 8, 13, 14, 15, 18, 19, 22]:

1. До сих пор нет 100 % способа излечения эндогенных психических расстройств.
2. В лечении используется комплекс различных методов.
3. В большинстве случаев не знаем этиологию, патогенез психического расстройства.
4. Преобладает субъективный подход врача к выбору метода лечения (традиционно сложившийся и из-за недостаточности знаний).
5. Отмечается явный патоморфоз психических расстройств с увеличением койко-дня (по сравнению с допсихофармакологической эрой).
6. Происходит ослабление терапевтического эффекта при повторных курсах терапии, привыкание больных к отдельным препаратам. Зачастую врачи неоправданно часто меняют препарат.
7. Часты осложнения и побочные эффекты терапии.
8. Появляются новые формы психических расстройств.
9. Более чем в 30 % случаях лечения отмечается терапевтическая резистентность, в том числе первичная.
10. Все чаще встречается лимит эффективности проводимой терапии, а это зависит от индивидуальной реактивности организма.
11. Продолжается синтез новых препаратов, разработка других методов терапии.
12. Есть жертвы лечения. Фармацевтические компании диктуют свои схемы лечения, причем длительностью свыше года и более, а с другой стороны врач несет юридическую ответственность за лечение больного.

ИСТОРИЧЕСКАЯ СПРАВКА

Терапия психических расстройств уходит своими корнями в далекое прошлое. Так, в XVI веке для лечения использовали «клетку для душевнобольных».

В XVIII веке лечили «обливанием холодной водой» по Горну, использовали «приспособления для вращения беспокойных больных», изгоняли «дьявола» с помощью прижиганий, физических способов; «одержимых сжигали на кострах». И это происходило сравнительно недавно в просвещенной Европе.

В России и некоторых других странах издревле к душевно больным относились традиционно положительно. Их считали посланниками Бога, им предоставляли пищу, одежду, жилье. Они часто проживали в монастырях, приходах. Государство и религия, общественные организации увековечили такое отношение целым рядом памятников. Например: памятник Василию Блаженному в Москве на Красной площади; часовня Ксении Блаженной на Смоленском кладбище в Санкт-Петербурге и др.

Вместе с тем для богатых больных использовались разные методы (медикаментозные и немедикаментозные). Так, на гравюрах запечатлены способы кровопускания, лечения пиявками, физическими и другими методами [12].

Революционным (и не только в лечении) явилось снятие цепей с душевнобольных французским психиатром Пинелем (конец XVIII века). Начало биологической терапии было положено в 20–30 годах XX века с введением так называемой маляротерапии (Венгер-Яурега, 1918), наркотического сна (Клэси, 1922), инсулино-коматозной терапии (Закель, 1936), медикаментозной судорожной терапии (Герлети, 1938).

Другой важной вехой явился синтез психофармакологического препарата (аналога современного аминазина) — ларгактила, созданного французами Лабори, Делай и Деникером в 1952 году («психофармакологическая эра в психиатрии»). Тогда представлялось, что это решит проблему лечения психических расстройств.

Прошло свыше 50 лет, а актуальность проблемы не снята и даже обострилась! По сравнению с дофармакологической эрой койко-день увеличился в 1,5 раза в результате проведенного анализа историй болезней в клинике психиатрии Военно-медицинской академии [7].

В связи с этим методы лечения требуют дифференцированного подхода, использования общих и частных принципов, учета длительности и степени прогрессивности заболевания. Разработка методов активной терапии психических расстройств обусловлена продолжающимся ростом психической заболеваемости, появлением целого ряда лекарственных и аутоиммунных состояний, увеличением случаев фармакорезистентных психопатологических синдромов, а также осложнениями и побочными действиями стандартной терапии нейролептиками и другими препаратами.

КЛАССИФИКАЦИЯ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

Единых классификаций методов лечения до сих пор нет. Однако если исходить из принципа, что классификация есть условная договоренность лю-

■ **Таблица 1.** Основные методы лечения психических расстройств [7, 28]

Биологическая терапия	Социореабилитационная терапия
Психофармакотерапия	Психотерапия
Эфферентная	Психодинамическая терапия (психоаналитическая)
Инсулинокоматозная	Экзистенциально-гуманистическая
Электросудорожная	Суггестивная
Психирургия	Лично-ориентированная патогенетическая терапия
Наркопсихотерапия	

дей по проблеме на данный момент, то ее можно представить следующим образом:

Как правило, термином «биологическая терапия» обозначают методы лечения, направленные на коррекцию соматоцеребральных механизмов патогенеза психических расстройств. Социореабилитационные методы терапии предлагают воздействие прежде всего на личность больного. Противопоставление это весьма условно, так как невозможно противопоставить биологическое и социальное в генезе и развитии психических расстройств [23, 26].

К психотерапевтическим методам относятся гипнотерапия, аутогенная тренировка, рациональная психотерапия, коллективная и групповая терапия, психосетотерапия, музыкотерапия, поведенческая психотерапия, лечение средой, семейная терапия, терапия занятости, трудотерапия и другие виды [15, 27].

УСТАРЕВШИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

По данным разных авторов [7, 15, 26, 30, 33], устаревшими методами лечения являются:

- лечение атропиновыми комами;
- лечение с вызыванием коразоловых судорог;
- амитал-кофеиновое растормаживание (ступор, мутизм);
- электросон;
- инсулинокоматозная терапия;
- медикаментозная судорожная терапия;
- трудотерапия в больницах.

ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ И ПРИНЦИПЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ТЕРАПИИ

1. Психофармакотерапия

Данные по частоте и распространенности фармакорезистентности в психиатрической практике варьируют от 20 до 50 %. Клинический опыт показывает, что резистентность к психотропным средствам может обнаруживаться с самого начала за-

болевания, являясь результатом его злокачественности. В таких случаях ее обозначают как истинную резистентность. Она обусловлена формой течения заболевания или особой индивидуальной нечувствительностью больного к психофармакотерапии. У некоторых больных она обусловлена генетически детерминированной невосприимчивостью к психотропным препаратам и характеризуется нарушениями метаболизирующей активности цитохрома Р-450. В таких случаях предлагаются альтернативные терапевтические подходы в лечении. Как правило, при истинной резистентности не удается добиться положительного клинического эффекта от проводимой психофармакологической терапии вследствие выраженных побочных явлений или парадоксальных реакций.

В других случаях фармакорезистентность формируется постепенно по мере течения эндогенного процесса и на длительном фоне проводимой терапии. Ряд авторов обозначают ее как псевдорезистентность. Она, как правило, вызвана длительной шаблонной или рутинной фармакотерапией с постепенным развитием феномена адаптации к используемым препаратам. Не исключено, что при этих обстоятельствах психотропные вещества могут играть роль «фиксаторов» психопатологических проявлений, и весьма вероятным механизмом при этом является так называемая специфическая реакция по Г. Селье. Спорным представляется положение о таких причинах псевдорезистентности, как использование врачами недостаточных, низких доз или неадекватность проводимой фармакотерапии. Нарастание доз в таких случаях не всегда приводит к «полному купированию» психопатологической симптоматики, а назначенная врачом поддерживающая терапия часто не выполняется больным. В большинстве случаев больные нарушают режим или назначенную схему терапии вследствие вызываемых побочных явлений или индивидуальной непереносимости ряда препаратов, что также требует альтернативных подходов в лечении.

Поэтому, несмотря на достигнутые успехи и продолжающийся синтез новых психотропных препаратов, возникла необходимость разработки комплексных и альтернативных немедикаментозных методов терапии в психиатрической практике.

С учетом предлагаемого подхода и необходимости комплексного использования медикаментозных и немедикаментозных методов, основная терапия у больных эндогенными психозами включает 5 основных видов:

- психофармакологическая терапия;
- эфферентная терапия;
- инсулиношочковая терапия;
- электросудорожная терапия;
- психотерапия.

Все виды терапии отвечают синдромологическому принципу и, как правило, используются в комплексе с учетом индивидуального подхода, показаний и противопоказаний.

Современный международный подход к психофармакотерапии эндогенных психических расстройств можно представить в виде следующей схемы:

1. «Активное» или «обязательное» стационарное лечение (от 6 до 12 недель) в целях купирования симптомов, достижения ремиссии).

2. «Длительное» стационарное и (или) амбулаторное лечение (от 4 до 6 месяцев) для преотвращения рецидивов.

3. «Поддерживающая» терапия (1 год и более) в целях профилактики повторных эпизодов и достижения устойчивой и качественной ремиссии типа «А».

Чтобы избежать формирования терапевтической резистентности курсы психофармакотерапии должны быть длительностью:

- не менее 6 недель с использованием нейролептиков первого выбора в дозах 250–750 мг аминазина в сутки;
- 6 недель нейролептиков другой химической группы (в суммарной дозе не более 900 мг аминазина в сутки);
- 6 недель атипичных нейролептиков типа леопнекса; если не эффективен — то состояние считается фармакорезистентным.
- поиск другого метода терапии.

Задачи психофармакотерапии

1. Сдерживание прогрессивности за счет антипсихотического действия нейролептических средств.
2. Купирование психопатологических синдромов способом:

- замедления развития синдрома;
- остановкой и распадом синдрома;
- заменой новым синдромом более легкого регистра.

Принципы психофармакотерапии

1. Этиотропность лечения (где причина известна).
2. Лечение должно быть обоснованным, а не «терапия ради терапии».
3. Назначаться по показаниям.
4. Индивидуальный подход.
5. Учет динамики состояния, отказ от «шаблонной терапии».
6. Отказ от двух крайних способов терапии — «медленного» и «быстрого» наращивания доз.
7. Раннее начало лечения.
8. Использование комбинации препаратов и методов терапии.
9. Последующая социальная и трудовая реабилитация.
10. Должны быть правила назначения определенных групп препаратов.

В качестве примера правильности проведения психофармакотерапии можно привести вариант назначения антидепрессантов в общей врачебной практике:

1. Предпочтение отдается антидепрессантам новых классов.

2. Начинать сразу с эффективной дозировки (для коаксила — 3 таблетки по 12,5 мг).

3. Антидепрессивный эффект следует ожидать концу второй недели терапии.

4. Курс лечения депрессивных расстройств в общесоматической практике составляет обычно 6–8 недель.

5. При более глубоких депрессиях или рецидивах назначается длительная поддерживающая терапия (как, минимум 6 месяцев).

Особенности психофармакологической терапии у больных шизофренией

Шизофрения — прогрессирующее психическое заболевание, характеризующееся диссоциативностью психических функций, утратой единства психических процессов с быстро или медленно развивающимися изменениями личности особого типа и разнообразными продуктивными психопатологическими расстройствами. Общий показатель заболеваемости шизофренией, по данным разных авторов, находится в пределах от 1,9 до 10 случаев на 1000 населения. Самая высокая заболеваемость приходится на подростковый и юношеский возраст, а также на возраст 20–29 лет. Этиология и патогенез шизофрении полностью не выяснены. Существуют теории психогенеза и эндотоксикоза, а также гипотезы: генетическая, катехоламиновая, индоламинная, иммунологическая и другие. Систематика шизофрении включает более 70 форм и три основных типа течения: непрерывный, приступообразно-прогрессирующий и рецидивирующий. В патогенезе форм шизофрении имеются как общие механизмы, так и существенные различия.

Основным методом лечения больных шизофренией является терапия психофармакологическими средствами. Эффективность применения психотропных средств доказана: у 70 % пациентов наступает очевидное улучшение, у 25 % оно незначительное или отсутствует и только у 5 % больных наблюдается ухудшение состояния. Антипсихотические препараты подавляют продуктивную симптоматику заболевания, сокращают время пребывания пациента в клинике и уменьшают вероятность повторной госпитализации.

В задачи психофармакологической терапии входит купирование продуктивной психопатологической симптоматики и сдерживание прогрессивности эндогенного процесса.

Выбор психофармакологических препаратов и оптимальные сроки лечения определяются: индивидуальностью больного; комбинированностью и сочетанностью лекарственного воздействия; особенностями развития клинических проявлений болезни; возрастом; соматическим состоянием; чувствительностью больного к выбранному препарату; типом течения; стадией заболевания; структурой синдрома; наличием психофармакологических осложнений и др. Выбор препаратов определяется спектром и силой действия на основе ведущего психопатологического синдрома и формы течения шизофрении.

При повторных курсах лечения, как правило, происходит ослабление терапевтического эффекта, определенное «привыкание» к отдельным препаратам, что требует изыскания эффективных методик, применения комбинаций и последовательного сочетания препаратов для потенцирования их действия. Рядом авторов предлагается «стандартизация комбинированных препаратов», содержащих в одном драже разные сочетания нейролептиков, антидепрессантов и корректоров. Это может быть оправданным в случаях необходимости потенцирования действия препаратов или в целях корригирующего действия, когда действие одного препарата устраняет побочные действия другого.

В связи с этим используемые психофармакологические схемы должны соответствовать следующим принципам:

1. Лечение должно начинаться с ранних этапов заболевания с учетом динамики состояния, обоснованности комбинаций препаратов в зависимости от форм и типов шизофрении.

2. Отвечать направленности воздействия комплекса нейролептиков, антидепрессантов и транквилизаторов на смешанные психопатологические синдромы.

3. Усиливать антипсихотическое действие за счет суммации и пролонгирования психотропной активности препаратов.

4. Устранять побочные действия и осложнения психотропных средств психокорректорами.

5. Темп наращивания доз, их максимальный уровень, срок активного лечения, методика снижения, переход на амбулаторное лечение должны быть исключительно индивидуальными.

6. Средняя продолжительность одного активного терапевтического курса не должна превышать 45 дней. Окончательное закрепление компонентов лечебного комплекса и их доз определяется степенью обратного развития психотической симптоматики. После наступления терапевтического эффекта дозы препаратов следует постепенно снижать в целях закрепления достигнутых результатов.

Успех комбинированной психофармакологической терапии во многом зависит от строгой индивидуализации методики лечения, соответствующей психопатологическим особенностям клинической картины болезни. Выбор комбинаций и суточных доз обуславливается психотропной активностью препаратов, а также стадией и типом течения процесса. Лечение препаратами требует постоянного динамического наблюдения за больным, глубокого психопатологического анализа структуры психотического состояния, своевременной замены препаратов и изменения их дозировок.

Выбор психотропных препаратов, число которых превышает 1000 и продолжает увеличиваться, сопряжен со значительными трудностями для клиницистов вследствие недостаточности стойких клинических эффектов и часто вызываемых побочных действий и осложнений.

В настоящее время не существует способа заранее предсказать, какое именно лекарство наиболее подходит для конкретного больного, и единственным способом установить это является метод проб и ошибок. На практике у каждого больного шизофренией или у его родственника должен иметься назначенный врачами список опробованных им лекарств, в котором были бы указаны дозы (в миллиграммах) и отмеченный эффект (или его отсутствие). Это сможет принести огромную пользу и сэкономит больному и врачам многие недели, избавив в будущем от подбора нужного лекарственного средства методом проб и ошибок.

В ряде исследований было доказано, что если больной шизофренией проявляет резко отрицательную субъективную реакцию (называемую эффектом раздражения) на первую дозу данного лекарства, то возможность того, что в последующем оно станет ему помогать, очень мала [26].

2. Эфферентная терапия (методы экстракорпоральной гемокоррекции; методы экстракорпоральной детоксикации)

В клинике психиатрии Военно-медицинской академии эфферентная терапия (ЭТ) больных шизофренией стоит на втором месте и используется в комплексе с основным психофармакологическим лечением.

Методы ЭТ могут быть востребованы клиницистом тогда, когда у больных шизофренией возникают выраженные проявления острого или хронического эндотоксикоза, иммунокомплексного или аутоиммунного процесса, протекающего с расстройствами гемореологическими, приводящими к тяжелому психосоматическому состоянию. В таких случаях другие виды помощи становятся несостоятельными. Для их гемокоррекции предлагаются перфузионные операции направленного изменения клеточного и неклеточного, субстратного, в том числе белкового, электролитного, газового состава крови путем ее внеорганной обработки. Воздействие методов ЭТ на кровь и внутреннюю среду организма в целом комплексное и его можно объяснить тремя группами эффектов: специфических, неспецифических и дополнительных.

Целесообразность использования методов ЭТ связывают с их детоксикационным, реокорректирующим и иммунокорректирующим эффектами. Наряду с этим в литературе сообщается о выявленном антипсихотическом, антидепрессивном и психостимулирующем эффектах в результате проведения методов ЭТ. Ранее было установлено, что в психиатрической практике методы ЭТ оказались наиболее эффективными при гипертонических, фебрильных и кататонических формах эндогенной патологии, при острых отравлениях наркотическими и психофармакологическими веществами, делириозных состояниях различной этиологии и фармакорезистентных «некупируемых галлюцинаторных синдромах».

Выявленная направленность и эффективность изолированных, комбинированных и сочетанных методов ЭТ позволила определить показания к их использованию в терапии фармакорезистентных психопатологических синдромов и неотложных состояний в психиатрической практике.

Основные показания

1. Неотложные показания: фебрильная шизофрения, злокачественный нейролептический синдром.
2. Острые отравления психоактивными и сильнодействующими препаратами, ядами (этиленгликоль, метиловый, технический спирт, антифриз).
3. Фармакорезистентные состояния (безуспешность психофармакотерапии и других методов).

Основные противопоказания

1. Гиповолемия, гипопроотеинемия, анемия, гипоагуляционные нарушения).
2. Агональное (преагональное) состояние.

Наиболее доступные и технически простые изолированные методы ЭТ (гемосорбция, плазмаферез, плазмообмен и др.) должны использоваться первыми и чаще. При отсутствии положительного эффекта от изолированной методики гемосорбции (ГС) могут быть использованы комбинированные методы или их последовательные сочетания, в том числе с наиболее эффективными операциями плазмообмена (ПО) и плазмафереза (ПаФ) с лазерным облучением крови (ЛОК). Для усиления реокорректирующего эффекта показана комбинированная операция ПаФ с плазмасорбцией (ПС) и гемоксигенацией (ГО).

В случаях злокачественного нейролептического синдрома и при острых отравлениях нейролептиками высокая эффективность наблюдалась практически при всех использованных методах с учетом одновременной отмены препаратов. Отмена нейролептиков без проведения методов ЭТ вызывала усиление клинических проявлений нейролептического синдрома. Традиционно проводимая инфузионно-дезинтоксикационная терапия позволяла в конечном счете устранить проявления злокачественного нейролептического синдрома с недостаточной эффективностью, однако на протяжении более длительных сроков и с большей затратой инфузионных растворов. В связи с этим проведение методов ЭТ в случаях злокачественного нейролептического синдрома и острых отравлений нейролептиками оправдано и может быть использовано в неотложной терапии у больных психиатрического профиля.

Комплексная терапия больных с фебрильной шизофренией, тяжелым онейроидно-кататоническим синдромом требует безотлагательного проведения методов ЭТ по неотложным показаниям.

Специфических психиатрических противопоказаний к проведению методов ЭТ нами не выявлено.

но. Существуют только общие противопоказания, такие как выраженный геморрагический синдром, гипопроотеинемия с общим белком ниже 50 г/л, гипотонические состояния с АД ниже 80 мм рт. ст., предельная анемия и агональное состояние. Из побочных реакций и осложнений методов ЭТ в отдельных случаях наблюдались: геморрагический синдром с признаками венозного кровотечения в результате недостаточного гемостаза; постэксцизионные гематомы; пирогенные и аллергические реакции в форме озноба, повышения температуры тела до субфебрильных цифр, уртикарные высыпания на коже лица и туловища, иногда мышечные боли. Указанные побочные эффекты, как правило, не требовали дополнительных назначений и быстро устранялись после завершения ЭТ, и лишь в отдельных случаях требовали оказания симптоматической медицинской помощи.

3. Терапия солями лития

В психиатрической практике чаще применяют карбонат лития. Терапевтический спектр солей лития ограничен. Терапевтическая концентрация лития в крови должна составлять 0,4–0,9 ммоль/л. Лечение солями лития проводится в стационаре под контролем формулы крови. Терапия тем эффективнее, чем проще синдром, чем больше он приближается к типичной (классической) мании. При маниакальных состояниях, которые сочетаются с галлюцинаторными, бредовыми и кататоническими расстройствами терапия солями лития малоэффективна. В этих случаях ее следует сочетать с назначением нейролептиков. Соли лития применяют для профилактики аффективных расстройств. Наряду с этим соли лития можно назначать при психопатиях, эпилепсии и других заболеваниях с рецидивирующими аффективными расстройствами. Профилактика солями лития приступов аффективных и шизоаффективных психозов с отчетливыми признаками прогрессивного течения малоэффективна. На фоне применения солей лития уменьшается тяжесть аффективных расстройств, редуцируются симптомы психомоторного возбуждения, гневливость, вспыльчивость, идеи переоценки, а также тревога, тоска, идеаторная и двигательная заторможенность. На первый план в клинической картине приступов и фаз начинает выступать невротическая и вегетативная симптоматика. Обычно профилактическое действие солей лития обнаруживается спустя 5–6 месяцев от начала лечения. Считается, что при этом в 2 раза сокращается число дней болезни и частота госпитализаций. На протяжении первого года болезни уменьшается число приступов.

Основные показания

1. Фазнопротекающие и хронические типичные гипоманиакальные и маниакальные состояния средней тяжести.

2. Профилактика аффективных фаз в рамках маниакально-депрессивного психоза (МДП), шубообразной шизофрении, шизоаффективных психозов.

Основные противопоказания

1. Беременность; период лактации.
2. Выраженные аллергические и эндокринные расстройства.
3. Тяжелые заболевания мочевыделительной и сердечно-сосудистой систем, обострения желудочно-кишечных заболеваний.

4. Инсулинокоматозная терапия

Инсулинокоматозная терапия до сих пор остается эмпирическим методом, так как механизм действия инсулиновых ком выяснить не удалось. Чаще всего инсулинокоматозная терапия используется при начальных проявлениях и фармакорезистентных синдромах у больных шизофренией при давности болезни до одного года.

Инсулинокоматозная терапия проводится только в стационаре с тщательным соматическим обследованием. Для ее проведения выделяются отдельная палата и специально обученный медицинский персонал. В связи с возможностью возникновения повторных или отсроченных ком, психомоторного возбуждения или эпилептиформного припадка в палате должна быть аптечка с 40 % раствором глюкозы в ампулах, 0,1 % раствором адреналина в ампулах по 1 мл, лобелином, камфорой, кофеином, растворами витаминов В и аскорбиновой кислоты, литической смесью.

Основные показания

1. Кататонические, депрессивно-параноидные и галлюцинаторно-параноидные состояния в начальных стадиях заболевания (до 1–2 лет).
2. Абстинентные расстройства при наркоманиях.

Основные противопоказания

1. Острые инфекционные и соматические заболевания, активная форма туберкулеза.
2. Тяжелые заболевания печени и почек.
3. Заболевания эндокринных органов.
4. Беременность и сердечно-сосудистые заболевания в стадии декомпенсации.
5. Онкологические заболевания.

Представляется, что проводимое лечение целесообразно проводить до легких ком, преимущественно оглушенности и сопора. При этом не всегда, как рекомендуется в ряде старых руководств, после оглушения должен и может наблюдаться симптом хоботка, после прекомы — двигательное возбуждение, а после комы — отсутствие корнеального рефлекса.

5. Электросудорожная терапия

В настоящее время применяется крайне редко. Чаще всего электросудорожная терапия предлагается к использованию при фармакорезистентных

депрессивных синдромах, фебрильной шизофрении, фармакорезистентных депрессивных синдромах возбуждения и ступора.

Больных тщательно обследуют терапевт, хирург, невропатолог и другие врачи. Проводится ЭКГ, рентгеноскопия органов грудной клетки, рентгенограммы костей и суставов.

Электросудорожная терапия осуществляется в специальном помещении и обученным медицинским персоналом. Она является одним из крайних средств выбора среди других методов терапии.

Основные показания

1. Тяжелые фармакорезистентные депрессии эндогенного и инволюционного генеза.
2. Фармакорезистентные кататонические состояния (ступор, возбуждение).
3. Фебрильная шизофрения.

Основные противопоказания

1. Тяжелые заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной и пищеварительной систем, а также опорно-двигательного аппарата (для профилактики переломов).
2. Органические заболевания головного мозга и периферической нервной системы.
3. Эндокринные заболевания, болезни печени и почек.
4. Беременность, отслоение сетчатки.

6. Стереотоксическая психирургия (инвазивная, неинвазивная)

Актуальность использования психирургических приемов обусловлена медикаментозной резистентностью, характерной для некоторых хронически протекающих психических расстройств. Примерно 20–30% больных «оседают» в психиатрических больницах. Эта ситуация является исходным пунктом для обоснования, разработки и использования новых методов лечения, повышающих эффективность терапии и улучшающих социализацию пациентов. По данным литературы, в группе так называемых «некурабельных» больных положительный результат после операций удается получить в 50–70 %, вплоть до практического выздоровления у части из них [26].

Основные показания

1. Длительность заболевания не менее 3–5 лет.
2. Безуспешность (высокая резистентность) всех видов терапии.
3. Инвалидизация и ресоциализация больных, обусловленных тяжестью психического расстройства.
4. Некурабельный (малокурабельный) психопатологический синдром при известной структуре мишеней.

Основные противопоказания

1. Возраст до 16 лет, кроме отдельных форм эпилепсии.

2. Общехирургическое соматическое противопоставление.

3. Нет структуры-мишени.

4. Юридические ограничения (наличие согласия, опеки и т. д.).

7. Психотерапия

Психотерапия при эндогенных психических расстройствах является вспомогательным методом, но тем не менее весьма необходимым по мере выхода из острого психотического состояния.

Психотерапия имеет целью устранить отдельные проявления болезни, изменить отношение больного к своему состоянию, самому себе и к окружающему. Важным является индивидуальный подход к больному. Психотерапия применяется как правило в состоянии полной или неполной ремиссии. Чаще всего применяется рациональная психотерапия, позволяющая воздействовать на больного с помощью логически аргументированных разъяснений методом объяснения, разубеждения и переориентировки ложных убеждений.

Гипнотерапия бредовых и галлюцинаторных состояний может привести к обострению заболевания. Психотерапия эффективна у пациентов, сохранивших сознание болезни, у которых нет выраженных изменений личности, грубой психопатизации, эмоционального отупения или нарушений мышления. Особенно нуждаются в психотерапии больные с акцентуацией психастенических черт характера, таких как, нерешительность, мучительные сомнения, постоянная тревога за свое здоровье, опасение повторного обострения заболевания.

При простой форме шизофрении на фоне действующих активирующих нейролептиков больным показана групповая психотерапия, особенно занятия коммуникативным тренингом. При вялотекущей шизофрении всегда необходима индивидуальная психотерапия.

Общие принципы лечения

1. Клиническая обоснованность метода лечения (соответствие метода клинко-психологическим особенностям заболевания).

2. Индивидуальность (учет особенностей соматоневрологического статуса, реактивности организма, личностных характеристик больного, семейно-ситуационных особенностей и др.).

3. Динамичность (своевременность изменений тактики в соответствии с динамикой клинической картины).

4. Комплексность терапевтического воздействия (одновременность воздействия на различные звенья патогенеза путем сочетания разных лечебных средств, в том числе и психотерапевтических методов).

5. Последовательность выбора методик лечения и профессионализм лечения.

6. Больного следует опекать после лечения.

7. Нецелесообразно ПФТ назначать до диагностики.

Предложения

1. В связи с терапевтической резистентностью, аллергическими осложнениями проводить методы экспресс-оценки и определения индивидуальной чувствительности рецепторов к назначаемым психофармакологическим препаратам по аналогу как при антибиотикотерапии.

2. Разработать и использовать алгоритмы назначения методов лечения. Есть темы диссертаций по этому вопросу.

3. Повысить уровень профессиональной подготовки врачей, их информированности по юридическим и этическим вопросам как на Западе, где уже давно работают этические комитеты.

4. Создание обществ больных, их родителей по типу клубных домов.

5. Развитие сети амбулаторно-поликлинического звена. Например, на кафедре психиатрии Военно-медицинской академии лучше проходит реабилитация, нет синдрома «госпитализма» и утраты навыков.

6. Использовать наработанные стандарты оказания психиатрической помощи исходя из опыта зарубежных и отечественных коллег.

Примером решения вопроса может явиться предлагаемое использование алгоритмов и стандартов оказания психиатрической помощи на основе уже имеющегося и зарубежного опыта.

Приводим их основные положения и принципы.

Алгоритмы и стандарты оказания помощи

1. Алгоритмы лечения составляются на основе стандартов, которые утверждаются после клинических испытаний и обсуждения специалистами.

2. По мере накопления информации стандарты необходимо обновлять.

3. Выбор стандарта должен соответствовать клинической ситуации.

4. Должно быть оснащение и соответствие квалификации персонала уровню стандарта.

5. Стандарт должен быть полным и учитывать индивидуальные особенности, специфику неотложного или фармакорезистентного состояния и др.

6. Применение минимального возможного количества и доз препаратов при регулируемых способах их введения.

7. Учет противопоказаний, взаимодействия и побочных эффектов лекарств.

8. Возможно раннее лечение у специалиста.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, терапия различных форм психической патологии требует соблюдения общих и частных подходов в применении указанных методов

лечения. Терапия больных должна быть комплексной, последовательной и синдромологической. Клиницисты должны избегать ошибок в выборе неадекватных препаратов, схем и методов терапии. Частая смена схем психофармакологической терапии или длительная, монотонная терапия одним или комплексом препаратов приводят к вторичной фармакорезистентности (лекарственному патоморфозу), не способствуют сдерживанию прогрессивности, усиливают дезадаптацию за счет фармакологической загруженности. Постоянная амбулаторная терапия или поддерживающая терапия, на наш взгляд, не должна назначаться на протяжении всей жизни. Она должна быть короткой по продолжительности, эффективной и направленной на реабилитацию больных психиатрического профиля.

Для успешной терапии больных психиатрического профиля потребуются дальнейшая разработка и внедрение в клиническую практику «идеальных» психофармакологических препаратов, желательно без дополнительного применения психокорректоров и не вызывающих побочных действий и осложнений. Лечение больных должно быть комплексным и включать весь арсенал медикаментозных и немедикаментозных методов терапии в зависимости от форм и типов течения заболевания, индивидуального подхода и других факторов. Тяжелые фармакорезистентные и неотложные состояния нуждаются в интенсивной терапии с использованием методов инфузионно-дезинтоксикационной и (или) эфферентной терапии в комплексе с медикаментозным лечением.

ВЫВОДЫ

1. Выбор метода терапии должен осуществляться от простого к сложному, от монотерапии к комбинации и сочетанию различных способов лечения.
2. Предполагаемая эффективность метода терапии не должна превышать риска развития осложнений и побочных эффектов.
3. Желательное исключение назначения двух и более препаратов одноклассного действия, приводящих к формированию терапевтической резистентности и к побочным эффектам.
4. Выбор «сложного» метода терапии должен обсуждаться коллегиально, на основе консилиума с проведением клинических разборов.
5. Оптимистически можно заключить, что «лучший врач тот, кто лучше лечит» и к этому надо стремиться.

Литература

1. Андреев Б.В. Фармакологические свойства и

особенности действия современных антидепрессантов (обзор) // *Обзор психиатрии и мед. психол. им. В.М. Бехтерева.* — 2000. — № 1 — С. 23–31.

2. Авруцкий Г.Я. Неотложная помощь в психиатрии. — М.: Медицина, 1979. — 191 с.
3. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1981. — 496 с.
4. Бажин А.А. Применение психотропных препаратов в психиатрии и наркологии. 2-е изд., испр. и доп. — СПб.: Знание, ИВЭСЭП, 2004. — 64 с.
5. Биологическая терапия психических заболеваний / Под ред. Авруцкого Г.Я., Вовина Р.Я., Личко А.Е. и Смулевича А.Б. — М.: Медицина, 1976. — 312 с.
6. Бурназян Г.А. Психофармакотерапия. — Ереван: Айастан, 1985. — 344 с.
7. Военная психиатрия / Под ред. С.В. Литвинцева, В.К. Шамрея. — СПб.: ВМЕДА, ЭЛБИ-СПб., 2001. — 396 с.
8. Каплан Г.И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия. В 2 т. Т. 1. Пер. с англ. — М.: Медицина, 1994. — 672 с.
9. Кекелидзе З.И., Чехонин В.П. Критические состояния в психиатрии: Клинические и иммунохимические аспекты. М.: Медицина, 1997. — 362 с.
10. Коркина М.В., Лакошина Н.Д., Личко А.Е. Психиатрия: Учебник. — М.: Медицина, 1995. — 608 с.
11. Личко А.Е. Шизофрения у подростков. — Л.: Медицина, 1989. — 216 с.
12. Литвинцев С.В., Костюченко А.Л., Давыдов А.Т., Софронов А.Г. Эфферентная терапия неотложных состояний в психиатрии и наркологии: Учебное пособие. — СПб.: ВМЕДА, 1998. — 72 с.
13. Недува А.А. Терапия больных шизофренией комбинациями психотропных средств. — М.: 1973. — 76 с.
14. Нитруца М.И., Нагнибеда А.Н. Скорая психиатрическая помощь на госпитальном этапе: Руководство, 2-е изд., перераб. и доп. — СПб.: СпецЛит, 2000. — 208 с.
15. Оксфордское руководство по психиатрии. — Нью-Йорк, 1998. — Том 2.
16. Попов Ю.В. Современные подходы к фармакотерапии острых психозов // *Обзор психиатрии и мед. психол. им. В.М. Бехтерева.* — 2000. — № 1 — С. 54–58.
17. Ранняя диагностика психических заболеваний / Под общей ред. В.М. Блейхера. — Киев: Здоровье, 1989. — 288 с.
18. Руководство по психиатрии / Под ред. А.В. Снежневского. — М.: Медицина, 1983. — Т. 1. — 480 с., Т. 2. — 544 с.
19. Руководство по психиатрии / Под ред. Г.В. Морозова. — М.: Медицина, 1988. — Т. 2. — 640 с.
20. Сметанников П.Г. Психиатрия. Руководство для врачей. — Изд. 5-е, перераб. и доп. — М.: Медицинская книга, Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2002. — 708 с.
21. Спивак Л.И., Райский В.А., Виленский Б.С. Осложнения психофармакологической терапии. — Л.: Медицина, 1988. — 168 с.
22. Справочник по психиатрии / Под ред. А.В. Снежневского. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 1985. — 416 с.
23. Стандарты оказания скорой и неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе / Под ред. А.Г. Мирошниченко и В.А. Михайловича. — СПб.: СПбМАПО, 1998. — 200 с.
24. Точилев В.А. Антидепрессанты. Классификация,

- механизмы действия и принципы применения. — СПб.: 2001. — 32 с.
25. Тиганов А.С. Фебрильная шизофрения. — М.: Медицина, 1982. — 128 с.
 26. Фуллер Тори Э. Шизофрения: книга в помощь врачам, пациентам и членам их семей. — СПб.: Питер Пресс, 1996. — 448 с.
 27. Хвиливицкий Т.Я., Малахов Б.Б. Трудовая терапия и фармакологическое лечение больных шизофренией в амбулаторных условиях. — Л.: Медицина, 1975. — 136 с.
 28. Шамрей В.К., Рустанович А.В. Атлас военной психиатрии. — СПб.: ВМедА, 2003. — 350 с.
 29. Шизофрения. Клиника и патогенез / Под ред. А.В. Снежневского. — М.: Медицина, 1969. — 464 с.
 30. Шустин В.А., Вовин Р.Я., Корзенов А.В. Хирургическая коррекция некоторых психопатологических расстройств / Под ред. М.М. Кабанова. — СПб.: Изд. СПб науч. исслед. психоневрол. ин-та им. В.М. Бехтерева, 1997. — Т. 136. — 123 с.
 31. Weiden P.J., Aquila R., Dalheim L. et al. Switching antipsychotic medication // J. Clin. Psychiatry. — 1997. — Vol. 58. Suppl 10. — P. 63-72.
 32. Schooler N.R. Maintenance medication for schizophrenia: strategies for dose reduction // Schizophr. Bull. — 1991. — Vol. 17. — P. 311-324.
 33. Kinon B., Kane J., Johns C. et al. Treatment of neuroleptic-resistant schizophrenic relapse // Psychopharmacol. Bull. — 1993. — Vol. 29. — P. 309-315.
 34. McEvoi J.P., Weiden P.J., Smith T.E. et al. The expert consensus guideline series: treatment of schizophrenia // J. Clin. Psychiatry. — 1996. — Vol. 57. — Suppl. 12B.
 35. Tran P.V., Hamilton S.H., Kuntz A.J. et al. Double-blind comparison of olanzapine versus risperidone in the treatment of schizophrenia and other psychotic disorders // J. Clin. Psychopharmacol. — 1997. — Vol. 17. — P. 407-418.