

3. Смулевич А.Б., Саркин А.Л., Козырев В.Н. Психосоматические расстройства. Концептуальные аспекты // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1999. - № 4. – С. 4-16.
4. Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия. – СПб. - «Питер», 2000.
5. Калина Н.Ф. Основы психотерапии. Семиотика в психотерапии. – М, 1997.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИИ У БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ПРЕМОРБИДЕ

У.У. Очилов, Х.А. Аминов, А.Х. Имамов,
Г.Т. Жумаев, Э.Б. Содиков

Самаркандский ГМИ, Узбекистан

В последние десятилетия из всех видов зависимости большее распространение приобретает опийная зависимость, которая отличается значительным клиническим течением, связанным не только наличием коморбидной психической патологии в форме расстройства зрелой личности, но и сопровождающимися развитием тяжелых соматоневрологических осложнений и выраженных изменений личности, вплоть до формирования психопатическим синдромом. Детальное описание психопатических синдромов в наркологической практике помогает направить изучение патогенетических механизмов для биологических исследований, соотношение которых могут быть ориентиром при выборе наиболее адекватных средств лечения.

Цель исследования: изучить направленность терапевтического подхода больных героиневой наркоманией с психопатическими типами характера.

Материал и методы: обследовано 38 больных в возрасте от 18 до 27 лет (в среднем $21,5 \pm 1,4$ года) представители мужского пола, проходившие стационарное лечение в Самаркандском областном психоневрологическом и наркологическом диспансерах с диагнозом героиневой наркоманией имеющие психопатические изменения личности. Методами диагностики использовались анамнестические сведения, результаты объективного осмотра, проводились клинико-психологические тесты.

Результаты исследования.

Типологическая группировка преморбидных личностных особенностей проводилась в соответствии с установившимися принципами клинического подхода. По характерологическим особенностям пациенты разделились по следующим типам: возбудимый (11%), эпилептоидный (20%), лабильный (12%), астенический (16%), шизоидный (18%), неустойчивый (11%) и гипертимный (12%).

Больным с возбудимыми и эпилептоидными чертами характера в терапевтическую схему включалось внутривенное струйное или капельное введение нейролептиков (аминазин в дозах 50-100 мг 2,5% р-ра, галоперидол в дозах 10-20 мг 0,5% р-ра) в сочетании с сибазоном (до 20 мг 0,5% р-а) и кардиамином (до 2 мл 25% р-ра). Такая схема лечения проводилась обычно в течение 4-5 дней, с постепенным переводом на таблетированные формы (аминазина в дозах до 100-200 мг, азалептола в дозах до 50-100 мг).

У больных с астеническими, шизоидными, лабильными, неустойчивыми и гипертимными чертами патологическое влечение проявлялось депрессивной симптоматикой. При состояниях, сопровождавшихся клинически выраженной или скрытой тревогой, хороший эффект достигался при капельном введении амитриптилина в дозах до 30 мг в течение 6-8 дней, процедура проводилась в вечернее время. При тревожных состояниях, сопровождающихся патологическим влечением к наркотику, использовались транквилизаторы с плавным наращиванием доз. В дальнейшем пациенты переводились на таблетированные аналоги препаратов. Терапия антидепрессантами проводилась в течение 3-4 недель с соблюдением правил отмены.

При преобладании астенического симптомокомплекса применялись препараты общеукрепляющего и тонизирующего действия. Ввиду лабильности состояния больных, спонтанного обострения патологического влечения к наркотикам, применялись ноотропы с седативным действием.

Выводы. Эффективность лечения больных героиневой наркоманией зависит от преморбидной типологии личности и подбора адекватных методов лечения.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ФЕБРИЛЬНЫМИ ПРИСТУПАМИ ШИЗОФРЕНИИ

А.Г. Меньшиков

Тюменская ОКПБ

Фебрильная шизофрения (ФС) является первой причиной смерти в психиатрических больницах, связанной с психическим заболеванием, после суицидов. Проблема становится более актуальной, учитывая не совсем ясные взаимоотношения приступов ФС и злокачественного нейролептического синдрома (ЗНС). Многие авторы рассматривают ЗНС как спровоцированный нейролептической терапией фебрильный приступ шизофрении. Мы склонны рассматривать ФС и ЗНС с этих же позиций. Несмотря на то, что клиническая картина «смер-