

данных, расширение нозологий, использования акатинол-мемантина.

ПАНИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА (ПАТОГЕНЕЗ. ЛЕЧЕНИЕ)

Л.Г. Ильина-Арбитайло

Тюменская ОКПБ

Существует ряд теорий, описывающих механизмы панических расстройств (ПР), в том числе когнитивно-поведенческая и биомедицинская, на основе которых строится лечение. ПР представляется как последовательность повышенной реакции тревоги, нарушение обработки информации (катастрофическое мышление), аномальные стратегии совладания со страхом, снижение тревоги и достижение чувства безопасности посредством ритуалов безопасности и избегания. Симптомы возникают при активации различных нейрональных путей и реагируют на разные методы лечения. Например, серотонинергические и норадренергические препараты влияют на структуры, отвечающие за реакцию тревоги (околосредовое серое вещество, септальные области, миндалевидное ядро). Серотонинергические и дофаминергические препараты влияют на обработку информации в подкорковых узлах и лимбической системе. ГАМКергические препараты снижают общую реактивность мозга, что негативно влияет на запоминание новых положительных событий, важных для десенситизации и разрыва цепи условных реакций.

К сожалению, в настоящее время нет апробированных и одобренных препаратов, которые напрямую специфически влияли бы на нейромедиаторы в префронтальной коре и гиппокампе, где формируются новые поведенческие реакции совладания со страхом. Имеющиеся в данное время средства не могут повлиять напрямую и на такие сложные поведенческие реакции, как ритуалы безопасности и избегание.

Лечение ПР проводится по ступенчатой схеме и начинается с применением метода с минимальным числом побочных эффектов и доказанной эффективностью. На первом этапе проводится когнитивно-поведенческая терапия или выбирается селективный ингибитор обратного захвата серотонина (SSRI, СИОЗС). Выбор метода осуществляется во время первичной консультации. Ближайшая цель когнитивной терапии – содействовать когнитивным преобразованиям через исправление систематических отклонений в мышлении. Это предполагает: обнаружение, опознание «автоматических мыслей»;

реконструкцию глубинных смысловых структур; целенаправленное изменение дисфункциональных базовых посылок на конструктивные; закрепление конструктивных поведенческих навыков. В специально организованных поведенческих упражнениях ставится под сомнение, конкретизируется валидность дезорганизующих когнитивных навыков и правильность вновь сформированных, закрепляется новая интерпретация симптомов.

Ко второму этапу переходят при отсутствии эффективности двух препаратов (SSRI, СИОЗС) и обсуждения другого, продолжая психотерапию. Третий этап включает более интенсивную когнитивно-поведенческую терапию, вместе с комбинацией препаратов, которые до этого не применялись.

Нейрофармакология играет роль в понимании синдромальной специфичности препаратов. Ингибиторы обратного захвата серотонина облегчают появление депрессивного расстройства и тревожности – препараты выбора на первом этапе. В целом выбор препарата зависит от симптомов, например, при бессоннице рекомендуется применять трициклический антидепрессант миртазапин. Пароксетин, циталопрам – седативные средства, препараты выбора для больных с выраженной активацией.

При лечении больных с желудочно-кишечной симптоматикой препаратом выбора является пароксетин. Бензодиазепины применяются при неотложных состояниях (начальные ПА), для хронического лечения больных с резистентной тревогой. Если применение двух ингибиторов обратного захвата серотонина не эффективно, необходимо выбирать такие препараты, как трициклические антидепрессанты, венлафаксин, миртазапин.

На третьем этапе можно применять седативные атипичные нейролептики: оланзапин (зипрекса) и кветиапин (сероквель).

Очень высокую эффективность в лечении ПР имеют ингибиторы MAO. Через два-три месяца после полного исчезновения симптомов дозы препаратов постепенно снижают, в итоге отменяя его.

Для получения оптимальных результатов лечения необходима правильная комбинация психологического и фармакологического лечения.

Литература:

1. Соколова Е.Т. // Психотерапия. Теория и практика. – Издательство Московского университета - «Академия», Москва. 2006. – С. 160-162.
2. Быстрицкий А.С., Незнанов Н.Г., Звартау Э.Э. Дифференциальная диагностика и лечение панических расстройств // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2006. - № 3.

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. Очиллов, 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 патологией 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-