

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 импрессионным 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, левзеи и другие, из вегетостабilizаторов – 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 гиперкортизолизм с соответствующими клиническими проявлениями (специфический тип ожирения, стрии). У мужчин обнаруживается низкий уровень тестостерона. У женщин клинически отмечаются альгодисмен-

рея и стигмы гиперандрогении, в части случаев ассоциированные с высоким уровнем прогестерона. Манифестация ПР часто ассоциирована с пубертатом и климактерием, а наступление постменопаузы ведет к значительному смягчению симптомов. Прием комбинированных оральных контрацептивов класса эстроген – гестагенов с антиандрогенной активностью у женщин с ПР приводит к значительному смягчению симптоматики и улучшению переносимости антидепрессивных средств. Отмена комбинированных оральных контрацептивов у женщин с ПР, напротив, часто приводит к срыву достигнутой терапевтической ремиссии. Отмена данных препаратов у женщин, ранее не обращавшихся за психиатрической помощью, нередко приводит к манифестации ПР. Резистентность к фармакотерапии у больных ПР часто сопровождается усугублением эндокринной дисрегуляции – появлением акне, аменореей, болями в молочных железах, фармакогенной прибавкой массы тела.

Приведенные соображения позволяют предположить, что ПР является сборной диагностической группой, включающей ряд состояний с различным этиопатогенезом:

1. Последствия органического поражения головного мозга с первичной вегетативной неустойчивостью.

2. Заболевания эндокринной системы, сопровождающиеся сдвигом эстроген – гестаген – андрогенно-го баланса.

3. Первично – психогенные случаи ПР, с ведущей этиологической ролью эмоционального стресса.

Дифференцировка данной сборной диагностической группы представляется затруднительной в силу ограниченности уровня наших знаний. В то же время, эмпирическое изучение эффективности комбинированных оральных контрацептивов в случаях ПР у женщин, сопровождающихся клинически манифестными гормональными дисфункциями, представляется выполнимым и актуальным.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ НОЗОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЛИЦ, ЛИШЕННЫХ ДЕЕСПОСОБНОСТИ

П.В. Ситчихин

Специализированная ПБ № 7, Краснодарский край

E-mail автора: sittschichinp@yandex.ru

Недееспособные лица (НЛ) согласно ст. 26 закона РФ от 02.07.1992г. №3185-1 «О психиатрической помощи...» подлежат «диспансерному наблюдению за состоянием психического здоровья лица путем регулярных осмотров врачом - психиатром и оказания необходимой медицинской и социальной помощи». С целью объективного перспективного планирования объемов различных видов психиатрической помощи необходимо знать, в том числе, длительность диспансерного наблюдения (Д-наблюдения) НЛ.

Цель исследования: изучить длительность диспансерного наблюдения лиц с психическими расстройствами с момента лишения их дееспособности до летального исхода (смерти) в зависимости от нозологической формы психического расстройства.

Материал и методы. В качестве материала использована группа всех НЛ, состоявших под диспансерным наблюдением (до 1992 – на спецучёте) у психиатра в Краснодарском городском психоневрологическом диспансере (территория обслуживания – г. Краснодар) с 1961 г. до 01.01.2011 г. (n=677). Для уточнения сведений (в том числе кодирования диагнозов по МКБ-X) изучены оригиналы амбулаторных карт НЛ. Условия включения: решение суда о признании гражданина недееспособным и снятие с Д-наблюдения по причине смерти; условие исключения: признание НЛ дееспособным. Статистический анализ результатов выполнялся с применением Statistika 6. Использовался t-критерий для независимых выборок. Данные представлены в виде $M \pm m$ и доверительного интервала $\pm 95,000\%$ (д.и.). Статистически значимым считался критерий достоверности $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение.

Средняя длительность Д-наблюдения с момента выявления необходимости данного вида психиатрической помощи до момента снятия с Д-наблюдения НЛ по причине смерти среди всей группы НЛ (n=677) составила $12,75 \pm 0,51$ года (д.и. 11,75-13,75 года).

Средняя длительность Д-наблюдения после лишения граждан дееспособности составила: $8,41 \pm 0,36$ года (д.и. 7,70-9,13 года). По отдельным нозологиям лица с психическими расстройствами после признания их недееспособными находились на Д-наблюдении в среднем: страдающие деменциями (F00-F03 – n=308) – $3,29 \pm 0,26$ года (д.и. 2,77-3,80 г.), органическими расстройствами личности (F07 – n=62) – $6,89 \pm 1,04$ года (д.и. 4,81-8,96 г.), шизофренией (F20.0-F20.8 – n=201) – $14,71 \pm 0,73$ года (д.и. 13,28-16,14 г.), умственной отсталостью (F70-F73 – n=93) – $13,04 \pm 1,09$ года (д.и. 10,87-15,21 г.).

Достоверны различия между средним временем Д-наблюдения НЛ после признания недееспособными: F00-F03 / F07 ($p < 0,0001$), F00-F03 / F20.0-F20.8 ($p < 0,0001$), F00-F03 / F70-F73 ($p < 0,0001$), F07 / F20.0-F20.8 ($p < 0,0001$), F07 / F70-F73 ($p < 0,0002$). Разница между средним временем Д-наблюдения НЛ F20.0-F20.8 и F70-F73 недостоверна ($p = 0,202$).

Скончалось в течение 12 месяцев после лишения дееспособности 63 человека (9,3% от всех НЛ), из них НЛ с F00-F03 – n=52 (16,8% от всех НЛ с F00-F03), НЛ с F07 – n=5 (8,1% от всех НЛ с F07), НЛ с F20.0-F20.8 – n=3 (1,5% от всех НЛ с F20.0-F20.8), НЛ с F70-F73 – n=3 (3,2% от всех НЛ с F70-F73). Умерло в течение 5 лет после признания недееспособными 383 человека (56,6% от всех НЛ), из них НЛ с F00-F03 – n=260 (84,4% от всех НЛ с F00-F03), НЛ с F07 – n=41 (66,1% от всех НЛ с F07), НЛ с F20.0-F20.8 – n=47 (23,4% от всех НЛ с F20.0-F20.8), НЛ с F70-F73 – n=30 (32,3% от всех НЛ с F70-F73).

Состояли 20 и более лет на Д-наблюдении после лишения дееспособности 105 человек (15,5% от всех НЛ), из них НЛ с F02 – n=7 (2,3% от всех НЛ с F00-