

случаях маниакальные симптомы отмечались в рамках смешанных аффективных состояний.

Маниакальный аффект характеризовался более медленным темпом редукции, в сравнении с тревожной и депрессивной симптоматикой. У 71% больных, из числа пациентов, у которых на высоте психоза отмечалась мания, в постпсихотическом периоде гипоманиакальное состояние сохранялось в течение 2-3 недель. В то время как выраженность тревожных и депрессивных расстройств после купирования галлюцинаторно-бредовой симптоматики не превышала нормальных значений по соответствующим шкалам.

Выводы: таким образом, структура острых преходящих психотических расстройств характеризуется выраженным полиморфизмом аффективных нарушений. В половине случаев отмечался тревожно-депрессивный аффект, с доминированием тимического компонента над соматическим. Треть наблюдений характеризовалась сочетанием симптоматики тревожного, депрессивного и маниакального регистров. Маниакальный аффект обладает наиболее медленным, в сравнении с другими аффективными нарушениями, темпом редукции, не совпадающим с регрессом психотической симптоматики. Полученные результаты демонстрируют неоднородность клинической картины, требующую дальнейшего изучения синдромальной структуры острых преходящих психотических состояний, а также закономерностей динамического взаимодействия аффективных и психотических симптомов.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СЕЗОННЫХ ДЕПРЕССИЙ У БОЛЬНЫХ ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ

*А.М. Бардеништейн, Д.С. Краховецкая,
И.В. Щербакова, А.Г. Круппин*

Московский ГМСУ, Россия

E-mail авторов: dina_iks@rambler.ru

Цель исследования: изучение и сравнение клинической эффективности мелатонинергического антидепрессанта – агомелатина и методов психотерапии в ходе лечения больных шизотипическим расстройством с сезонной депрессией.

Материал и методы:

В исследование было включено 80 пациентов в возрасте от 18 до 59 лет, получавших амбулаторное или стационарное лечение. Клиническая диагностика шизотипического расстройства проводилась в соответствии с критериями МКБ-10 (F21.3, F21.4). Больные обследовались в период манифестации сезонных депрессий. Критериями включения являлись признаки, соответствующие клиническим параметрам сезонной депрессии по DSM-IV-TR [APA, 2000; p. 427 - «seasonal pattern specifier for mood disorders»]. Критериями исключения пациентов из исследования служили: 1) признаки манифестного шизофренического (шизоаффективного) психоза с галлюцинаторно-

бредовой симптоматикой; 2) тяжелые соматические заболевания в стадии декомпенсации; 3) органическая патология центральной нервной системы; 4) наркомания и/или алкоголизм; 5) возраст моложе 18 и старше 59 лет.

Пациенты были распределены на две группы по 40 человек. В 1-ю, основную группу (13 женщин, 27 мужчин, средний возраст $41,1 \pm 11,6$ лет) вошли больные, получавшие мелатонинергический антидепрессант агомелатин. Агомелатин назначали в суточной дозе 25-50 мг однократно на ночь. 2-ую, контрольную группу (16 женщин, 24 мужчин, средний возраст $38,0 \pm 11,8$ лет) составили пациенты, проходившие курс психотерапии без использования нейротропных препаратов. Больные получали по одному индивидуальному сеансу и три групповых сеанса психотерапии в неделю. Лечение проводилось в течение 6 недель.

Наряду с клинико-психопатологическим методом использовались следующие психометрические методики: 1. Шкала общего клинического впечатления - серьезность (тяжесть заболевания) - CGI-S (Clinical Global Impression - Severity of Illness) [Guy W., 1976]; 2. Шкала Гамильтона для оценки степени выраженности депрессии – HDRS-21 [Hamilton M., 1967, 1960]. Оценка состояния больных в ходе исследования проводилась дважды: на 1-й и 6-й неделях терапии.

Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью статистического пакета Microsoft Excel 7.0 и программы Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение.

На фоне проведенного лечения, через 6 недель терапии выявлена редукция среднего суммарного балла по шкале CGI-S в первой группе на $2,3 \pm 0,1$, в группе контроля на $1,6 \pm 0,1$ ($p > 0,05$).

Шкала HDRS-21 позволила подтвердить достаточный терапевтический эффект агомелатина. До начала лечения в 1-й группе средние значение по шкале HDRS-21 составило $15,6 \pm 4,1$ баллов, во 2-й группе – $15,0 \pm 4,4$ баллов. Через 6 недель терапии в основной группе средний суммарный балл по HDRS-21 снизился до $7,8 \pm 3,5$, в контрольной группе до $10,0 \pm 3,4$ ($p < 0,01$). Отмечено статистически достоверное снижение баллов по шкале HDRS-21 в группе, получавшей агомелатин в течение 6 недель по сравнению с контрольной группой.

Для оценки эффективности лечения с учётом психического состояния пациенты группы терапии агомелатином были разделены на две подгруппы сопоставимые по возрасту и полу: подгруппа А ($n=20$; средний возраст $40,6 \pm 13,1$ лет) – пациенты с псевдоневрозоподобной шизофренией; подгруппа Б ($n=20$; средний возраст $37,6 \pm 10,7$) – пациенты с псевдошизофреноподобной шизофренией.

По результатам исследования, в подгруппе А средний суммарный балл по шкале CGI-S снизился на $3,2 \pm 0,6$, в подгруппе Б – на $1,9 \pm 0,2$ ($p < 0,01$). Степень редукции баллов по шкале HDRS-21 в подгруппе А больше, чем в подгруппе Б на $3,7 \pm 0,1$ ($p < 0,01$).

В целом, полученные результаты свидетельствуют об эффективности использования мелатонинергического антидепрессанта агомелатина при тера-

пии сезонных депрессий в структуре шизотипического расстройства.

Наибольшая эффективность агомелатина наблюдается при лечении сезонных депрессий в рамках псевдоневротической шизофрении.

ПРИМЕНЕНИЕ НЕЛЕКАРСТВЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ЦЕНТРА ПОГРАНИЧНОЙ ПСИХИАТРИИ

Ю.А. Бекетов, В.А. Соболев, В.В. Кошелев

Первый Московский МУ им. И.М. Сеченова, Россия
Психиатрическая клиническая больница №12, г. Москва

E-mail авторов: Seva66@yandex.ru

Применение фармакотерапии (ФТ) у пациентов с психической патологией невротического уровня часто связано с возникающими нежелательными и побочными эффектами, определяющими недостаточную эффективность лечебно-реабилитационного процесса. В тоже время имеется большое количество литературных данных об успешном применении нелекарственных методов при лечении отдельных невротических, неврозоподобных и аффективных расстройств. Необходимость поиска оптимальных соотношений фармакологического и нелекарственного лечения при психических расстройствах невротического уровня предопределяет актуальность дальнейшего исследования этого вопроса.

Цель исследования: изучение оптимальных соотношений и этапности применения фармакологического и нелекарственного лечения при психических расстройствах невротического уровня.

Материал и методы исследования.

Изучены 63 пациента с психическими расстройствами невротического уровня, проходивших лечение в условиях дневного стационара центра пограничной психиатрии. Лечебно-реабилитационные мероприятия осуществлялись в рамках следующих этапов: консультативного, клинической терапии, восстановительной терапии, реадaptации. После психиатрического, психологического и соматического обследования назначались фармакопрепараты, соответствующие психическому состоянию пациентов, в индивидуально подобранных сочетаниях и дозах. Назначению фармакотерапии предшествовали психотерапевтические мероприятия с целью формирования позитивных ожиданий результатов лечения. Эффекты фармакотерапии, составляющей этап клинической терапии, изучались и оценивались в течение 7-14 дней. Оценивалось самочувствие пациентов с применением визуально-аналоговой шкалы (ВАШ), опросника САН и клинического опроса. В последующем, при достижении частичной редукции психопатологической симптоматики и(или) появлении побочных и нежелательных явлений фармакотерапии назначались нелекарственные методы (рефлексотерапия, мануальная терапия, психотерапия, лечебная гимнастика), составляющие базис лечебно-реабилитационных ме-

роприятий на этапах восстановительной терапии и реадaptации.

Результаты и обсуждение.

Анализ динамики клинической картины показал, что формирование позитивных ожиданий лечения, предшествующее активным лечебно-реабилитационным мероприятиям, повышает комплаинс и итоговую эффективность лечения. Оценка эффектов фармакотерапии в течение 7-14 дней позволяет более точно определить показания к индивидуальному подбору и направленности нелекарственных методов реабилитации. Применение нелекарственных методов позволяет ускорить и интенсифицировать редукцию симптомов тревоги и сомато-вегетативных нарушений, повысить оценку самочувствия, снизить частоту и выраженность нежелательных явлений фармакотерапии. Применение нелекарственных методов в индивидуальных сочетаниях на относительно ранних сроках лечения обуславливало оптимизацию терапевтической динамики (устранение вегетативного дисбаланса, компенсаторное тонизирующее либо тормозное действие, усиление механизмов активной компенсации, а также нормотимическое действие) и повышение комплаинса.

Заключение. Этапность лечебно-восстановительного процесса с применением на начальном этапе лечения психотерапевтического воздействия, относительно короткого этапа фармакотерапии и присоединения, в дальнейшем, комплекса нелекарственных методов лечения, способствует повышению эффективности и ускорению терапевтической динамики за счет формирования у пациентов позитивных терапевтических ожиданий, точной оценки эффектов фармакотерапии, определяющей индивидуальный подбор нелекарственных лечебных методов, уменьшения нежелательных и побочных эффектов лечения, мобилизации механизмов активной компенсации и дополнительных мотивационных стимулов.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ОТКЛОНЕНИЙ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ НА ФОНЕ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА

*О.С. Белова, М.В. Парамонова,
А.Г. Соловьев, А.В. Свирский*

Северный ГМУ, г. Архангельск, Россия
ОДКБ им. П.Г. Выжлецова, г. Архангельск, Россия

Проблемы диагностики и коррекции отклонений нервно-психического развития (НПР) чрезвычайно актуальны [1, 2].

Целью нашего исследования явилось выявление клинических и психофизиологических аспектов формирования отклонений НПР у детей раннего возраста с перинатальным поражением головного мозга (ППГМ) для обоснования их ранней диагностики и профилактики.