

6. Методики изучения самосознания при психических заболеваниях: Метод. рекомендации. — Куйбышев, 1983.

7. Носачев Г.Н. // Новые технические решения в диагностике и лечении травм. Новое в медицине. — Куйбышев, 1981. — С.147—149.

8. Носачев Г.Н. Эндогенные депрессии и деперсонализация. — М., 1989. — Деп. в ВНИИМИ. 1989. Д. 18302.

9. Носачев Г.Н. Лечение депривацией сна эндогенных депрессий. — М., 1990. — Деп. в ВНИИМИ. 1990. Д. 20378.

10. Носачев Г.Н. Эндогенные депрессии: систематика, психопатология, терапия: Дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1991.

11. Снежневский А.В. // Руководство по психиатрии. — М., 1983. — Т. 1. — С. 16—96.

12. Delgado H. Curso de psiquiatria. — Lima, 1955.

13. Taspers K. Allgemeine Psychopathologie. — Berlin, 1948.

14. Nosachev G.H. // Neuroscience and Behavior. Physiology. — 1992. — Vol. 22. — P. 175—178.

15. Scharfetter Chr. Allgemeine Psychopathologie. Eine Einführung. — Stuttgart, 1976.

Поступила 15.07.94

УДК 616.8—009.7—085

А.А. Гамбург, А.Я. Лившиц, В.Л. Кром, Л.Б. Ямпольский

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ

Кафедра психиатрии и кафедра неврологии лечебного факультета
Саратовского государственного медицинского университета

Р е ф е р а т. Приводятся данные психопатологического обследования 134 больных с хроническим болевым синдромом. Даны описания вариантов пограничной психической патологии, возникающей у лиц, страдающих ХБС, их корреляции с длительностью болевого синдрома и преморбидными личностными особенностями пациентов. Обосновываются принципы дифференцированного, с учетом структуры психических расстройств, применения психотропных препаратов у данной категории больных.

А.А.Гамбург, А.Я.Лившиц, В.Л.Кром, Л.Б.Ямпольский

ХРОНИК АВЫРТУЛЫ АВЫРУЛАРНЫҢ ПСИХИК ҮЗГӘРЭШЛӘРЕН ПСИХОФАРМАКОЛОГИК ДӘВАЛАУ

134 хроник авырту синдромы булган авыруларны психопатологик тикшеренүләр нәтижәсе китерелгән. Хроник авырту синдромы белән интегүче психик патология чигендә торучы авыруларда күзәтелә торган вариантлар һәм аларның авырту синдромының дәвам итү вакыты һәм авыруларның шәхси үзенчәлекләре белән бәйләнеше күрсәтелгән. Психотроп препаратлар кулланганда бу төр авыруларның психик үзгәрешләрен күзәтелгән күз алдында тоту кирәклеге исбатланган.

L.A.Hamburg, L.Y.Livschitz, V.L.Crom, L.B.Yampolsky

PSYCHOPHARMACOTHERAPY OF MENTAL DISORDERS IN PATIENTS WITH CHRONIC PAIN

Findings of psychopathologic examination of 134 patients with chronic pain syndrome are given. Variants of verging mental pathology, arising in persons with chronic pain syndrome, their correlation with duration of pain syndrome and premorbid personal peculiarities of patients are described. Principles of individual use of psychotropic drugs in the described category of patients, taking into account the structure of mental disorders, are proved.

ного профиля. К настоящему времени сложилось представление о хронических болевых синдромах (ХБС) как о группе клинически разнородных состояний, во многом объединяемых патологическим характером функционирования механизмов ноцицепции [3, 5, 6, 9]. Боль при этом превращается в системное страдание, действующее как активный соматопсихотравмирующий фактор, нередко ведущий к появлению у пациентов различных психических нарушений преимущественно невротоподобного регистра [2, 10, 13]. Клинический опыт показывает, что даже надежное купирование длительно существовавшего ХБС, достигаемое консервативными мероприятиями либо хирургическим путем, не всегда сопровождается исчезновением психического дисбаланса.

Этим объясняется необходимость включения в комплекс терапии таких больных психотропных препаратов. Имеются сведения об их успешном использовании преимущественно для достижения нейроседативного эффекта [1, 4, 8]. Предпринимались попытки целенаправленного воздействия на психопатологическую симптоматику в основном для купирования депрессии. При этом отмечен эффект лечения тимолептиками, которые в ряде случаев, нивелируя депрессию, тем самым уменьшали общую тяжесть проявлений ХБС [1, 12]. Вместе с тем до сих пор остается дискуссионным ряд вопросов, касающихся психопатологической структуры и динамики психических нарушений при ХБС, требуется уточнение принципов назначения психотропных средств в зависимости от особенностей психических нарушений, а также объективная оценка результатов лечения.

Хроническая боль — одна из актуальных современных клинических проблем, привлекающих внимание специалистов различ-

Настоящая работа ставила целью повышение эффективности лечения больных с ХБС с помощью дифференцированной психофармакотерапии, основанной на определении клинической формы нарушения психики у конкретного больного, страдающего ХБС, и сравнении результатов дифференцированного и недифференцированного применения психотропных средств.

Под наблюдением находилось 134 больных с ХБС (69 женщин и 65 мужчин в возрасте от 19 до 60 лет), госпитализированных для лечения в Саратовский противоболевой центр (руководитель — проф. А.Я.Лившиц). Длительность существования болевого синдрома варьировала от 3 мес до 44 лет. У 38 человек в ходе заболевания отмечались длительные (более года) ремиссии, связанные с лечением или спонтанные.

Хронический болевой синдром развивался у большинства больных (21,7%) вторично как результат перенесенной травмы или заболевания позвоночника, спинного мозга или его корешков либо периферических нервов конечностей (у 32 % больных), включая 9 случаев постампутационных болей. У больных, страдающих тяжелой формой невралгии тройничного нерва (48,3%), боль с самого начала являлась основным содержанием болезни и могла расцениваться как первичная.

Все больные получали комплексное лечение, включавшее лекарственные препараты, физиофункциональные мероприятия, рефлексотерапию, использование энергии магнитных полей и лазерного излучения, противоболевую электростимуляцию, различного рода блокады и т.д. 64 больным проведена также хирургическая коррекция боли.

Те или иные нарушения психики были диагностированы у 104 больных (77,6%). Во всех случаях психические расстройства имели невротический уровень. По клиническим проявлениям представлялось возможным выделить 4 основных варианта этих нарушений. У 27 больных (26%) доминировали астенические симптомы. Отчетливо проявлялись физическая и психическая истощаемость, разнообразные вегетативные дисфункции. У 41 человека (39,4%) преобладали аффективные нарушения в виде депрессии различной глубины и психопатологической структуры. При этом отмечались подавленность, угнетенность, тревога, чувство одиночества и беспокойности своей судьбой, ограничение контактов с окружающими и заметное сужение круга интересов. В большинстве случаев депрессивная симптоматика сочеталась с проявлениями астении; у части больных она сопровождалась внутренним беспокойством, тревожным ожиданием несчастья.

У 29 человек (27,9%) преобладали обсессивно-фобические переживания: мучительная

неуверенность в своих действиях, страх перед возможными ошибочными поступками, навязчивые воспоминания и сомнения. При этом содержание болезненных переживаний было, как правило, связано с болью или дискомфортным физическим состоянием пациента. В 7 случаях (6,7%) была выражена истерическая симптоматика. Больных отличали повышенная чувствительность, обидчивость, требование повышенного к себе внимания, эгоцентричность.

Интенсивность боли оценивалась до, в процессе и после комплексного лечения в соответствии с использовавшейся патогенетической классификацией ХБС [7]. Катамнестическое исследование проводилось с применением специально разработанного нами опросника, который предлагался больным непосредственно или путем переписки по почте. Результаты наблюдений регистрировались с помощью унифицированных шкал, рекомендованных НИИ психиатрии МЗ РФ (Г.Я.Авруцкий, С.Г.Зайцев, 1975). Эффективность каждого варианта психофармакотерапии определялась динамикой улучшения состояния, выраженного в баллах.

Расстройства психики при ХБС значительно чаще возникали у психопатически или характерологически акцентуированных лиц. Различные психические нарушения наблюдались у них в $56 \pm 1,2\%$ наблюдений, в то время как у лиц с гармоническим складом психики — лишь в $28 \pm 1,6\%$ наблюдений ($p < 0,05$). Характер психических нарушений коррелировал также с длительностью ХБС. При продолжительности болезни менее полугода нарушения психики обычно ограничивались общевротической (преимущественно астенической) симптоматикой. При большей длительности ХБС психические нарушения, как правило, обретали синдромологическую дифференцированность.

Средняя выраженность невротической симптоматики была также пропорциональна длительности ХБС. Так, при продолжительности болезни до 1 года этот показатель составил $1,7 \pm 0,1$ балла, а более 5 лет — $2,7 \pm 0,1$ ($p < 0,05$).

В тех случаях, когда ХБС протекал с длительными ремиссиями, степень риска возникновения психических нарушений была заметно меньше, чем при непрерывном течении. В последнем варианте частота возникновения психических нарушений особенно заметно возрастала при длительном ХБС. Так, если заболевание длилось до 1 года, психические нарушения встречались в $12 \pm 0,1\%$ наблюдений, при более затяжном течении болезни — от 3 до 5 лет — в $49 \pm 0,2\%$ ($p < 0,05$), а более 10 лет — в $76 \pm 0,2\%$ наблюдений ($p < 0,05$).

При затяжном (более 3 лет) течении ХБС возникновение психических нарушений проявлялось у лиц с преморбидно гармоническим складом психики большей частью

невротическими состояниями, а на фоне психопатий или патохарактерологических акцентуаций — заострением девиантных личностных черт.

Отмечена прямая зависимость выраженности невротической симптоматики от интенсивности хронического болевого синдрома: при нестерпимой боли средний показатель уровня невротизации был заметно выше, чем при более умеренной, составив соответственно $2,9 \pm 0,1$ и $1,8 \pm 0,1$ ($p < 0,05$).

Обследованные больные были разделены на 3 клинические репрезентативные группы. В 1-й группе (36 человек) больные психотропных препаратов не получали. Во 2-й группе (46 человек) психотропные препараты назначались лечащими врачами-неврологами и нейрохирургами в целях седации и потенцирования действия анальгетиков, но без должного учета структуры психического состояния больных и спектра психотропной активности лекарств. Наконец, 52 пациентам, составившим 3-ю группу, психофармакотерапия проводилась психиатром с обязательным учетом особенностей нарушений психики. В зависимости от этого применялись те или иные транквилизаторы (элениум, седуксен или феназепам), антидепрессанты (азафен, пиразидол или амитриптилин) или даже тимонейролептики (хлорпротиксен, сонапакс, эглонил, карбидин). Дозы препаратов варьировали в зависимости от выраженности психических нарушений. Длительность психофармакотерапии в условиях стационара составляла в основном 1–1,5 мес. В дальнейшем те же психотропные препараты назначались и в амбулаторных условиях.

При астенических состояниях назначали главным образом феназепам или седуксен (реланиум), при депрессивных — амитриптилин или пиразидол, при обсессивно-фобических — реланиум с добавлением карбидина или эглонила, а при истерических — сонапакс или хлорпротиксен, поскольку предыдущих средств оказывалось недостаточно. В случае недостаточной эффективности отдельных средств прибегали к прицельно подобранным комплексам названных препаратов. При астеническом синдроме назначали сочетание адекватных симптоматике транквилизаторов с антидепрессантами, при обсессивно-фобических нарушениях — транквилизаторы с нейролептиками, при ригидной депрессии — комплекс антидепрессантов с тимонейролептиками.

Сравнительный анализ хода лечения показал, что улучшение психического состояния от применения отдельных психотропных средств быстрее других наступало у больных с аффективными нарушениями. Применение антидепрессантов заметно облегчало их состояние уже к 6–7-му дню лечения: у больных уменьшалось чувство тоски, подавленности, улучшался сон и аппетит. Обсессивно-фобический синдром

начинал поддаваться воздействию транквилизаторов заметно позже — лишь к 12–14-му дню лечения. Наиболее ригидным к лечению был истероформный синдром. Хотя уже с первых дней лечения тимонейролептиками уменьшалась аффективная лабильность и улучшался ночной сон, еще долгое время сохранялась раздражительность и капризность.

В случаях, когда перечисленные психотропные средства назначались без учета структуры психических нарушений, не отмечено существенного влияния на показатели среднего уровня невротизации. Недифференцированная психофармакотерапия иногда даже ухудшала психическое состояние больных — нарастали жалобы на чувство разбитости, вялость, утомляемость. Некоторые положительные сдвиги в психическом состоянии отмечались только у больных с астенической симптоматикой. В ряде случаев применение транквилизаторов у больных этой группы уменьшало общевневрологическую симптоматику, улучшая сон и сокращая повышенную истощаемость и раздражительность. Однако на проявления депрессивного и истероформного характера, как правило, такое лечение не влияло.

В тех случаях, когда удавалось значительно снизить интенсивность боли, а тем более ликвидировать ее, средняя выраженность невротической симптоматики заметно уменьшалась. Но эффективность купирования психических нарушений, вызванных ХБС, во многом зависела от характерологических особенностей больного, длительности ХБС и, естественно, адекватности применения психотропных средств и особенно их сочетаний. У лиц с гармоническим складом психики и сравнительно небольшим «стажем» болезни (до 3 лет) дифференцированный подход к психофармакотерапии нередко приводил к редукции психических нарушений и купированию алгидных явлений. Как показали катamnестические данные, у этих лиц и далее (в течение 2 лет) психика оставалась относительно благополучной, даже в случае сохраняющейся боли. При недифференцированном же подходе, как и в группе, где лечение ограничивалось рамками основного заболевания, ликвидация боли не всегда приводила к исчезновению психических нарушений, а если боль уменьшалась незначительно, их выраженность иногда нарастала.

У больных с большой длительностью ХБС и преморбидными личностными девиациями психофармакотерапия не приводила к существенному уменьшению невротизации симптоматики, если боль сохранялась в прежнем объеме. Однако и при радикальном купировании боли психические нарушения часто сохранялись и проходили только при назначении комплексной психофармакотерапии.

Именно у лиц, получавших комплексное психофармакологическое лечение, зафиксировано наиболее отчетливое улучшение. Его применение у больных с преморбидными

характерологическими девиациями позволило достичь частичного или даже полного успеха в $64,1 \pm 1,2\%$ наблюдений, в то время как при изолированном использовании психотропных средств — лишь в $38 \pm 2,1\%$ наблюдений ($p < 0,05$). Кроме того, при комплексной психофармакотерапии быстрее, чем при назначении препаратов в отдельности, наступала редукция невротических нарушений, что довольно отчетливо проявлялось уже к концу первой недели лечения.

Таким образом, проведенные исследования позволяют заключить, что возникновение психических нарушений при хронической боли отмечается у лиц с преморбидными характерологическими нарушениями и коррелирует с интенсивностью и длительностью ХБС. При затяжном течении ХБС обычно возникает стойкая невротизация личности, затрудняющая лечение, ресоциализацию и реадaptацию больных. Дифференцированное, с учетом структуры психических расстройств, применение психотропных препаратов, в особенности адекватных их сочетаний, способствует уменьшению или даже устранению возникших нарушений психики и в целом улучшает общие итоги лечения больных с ХБС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авруцкий Г.Я., Негува А.А. Лечение психически больных: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1988. — С. 320—328.
2. Ерохина Л.Г. О психических нарушениях при типичной невралгии тройничного нерва и других формах прозопагии // Журн. невропатол. и психиатр. — 1968. — Т. 18, № 7. — С. 115—118.
3. Канарейкин К.Ф. Пояснично-крестцовые боли. — М.: Медицина, 1972. — С. 58—70.
4. Карвасарский Б.Д., Ташлыков В.А., Федоров А.П. Соотношение психиатрии и фармакотерапии при лечении неврозов // Профилактическая и противорецидивная терапия психических заболеваний: Сб. науч. тр. / Ленингр. психоневрол. НИИ им. Б.М.Бехтерева. — Л., 1986. — С. 117—122.
5. Кассиль Г.Н. Наука о боли. — М.: Наука, 1975. — С. 257—287.
6. Крыжановский Г.Н. К патогенезу центральных синдромов боли и зуда (Теория генераторных механизмов) // Журн. невропатол. и психиатр. — 1976. — Т. 26, № 7. — С. 1090—1100.
7. Лившиц А.Я., Меламуг Э.Е., Нинель В.Г. О классификации хронических болевых синдромов («боли-болезни») // Актуальные вопросы клиники и лечения нейрогенных болевых синдромов: Сб. науч. тр. Саратов. гос. мед. ин-та. — Саратов, 1989. — С. 47—90.
8. Лобова А.П., Доброхотова Т.А., Бабаджанян М.Р. Применение психотропных средств для лечения болевого синдрома при органических заболеваниях // Материалы к съезду (2-й Всерос. съезд невропатол. и психиатр.). — М., 1967. — С. 513—514.
9. Мелзак Р. Загадка боли: Пер. с англ. — М.: Медицина, 1981. — С. 46—71.
10. Святош А.М. Неврозы. — М.: Медицина, 1982. — С. 368—372.
11. Смулевич А.Б., Фильц А.О., Лебедева М.О., Белорусов С.А. К проблеме идиопатических болей // Синапс. — 1992. — № 2. — С. 58—63.
12. Hendler N. // J. Clin. Psychiatr. — 1984. — Vol. 45, № 3. — P. 30.
13. Pilowsky J., Spanser T. // Pain. — 1976. — Vol. 1, № 1. — P. 61.

Поступила 09.11.93

УДК 616.89—008.441.33—08—053.71

В.С. Битенский

ФАРМАКО- И ПСИХОРЕАБИЛИТАЦИЯ ПОДРОСТКОВ С ДЕВИАНТНОЙ И АДДИКТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ

Кафедра психиатрии (зав. — проф. В.С. БИТЕНСКИЙ) Одесского медицинского института им. Н.И. Пирогова

Р е ф е р а т. Посвящена актуальной проблеме реабилитации подростков, страдающих наркоманиями и токсикоманиями. В качестве теоретической базы исследования использована теория функциональных систем П.К. Анохина и потребностно-информационная теория эмоций П.В. Симонова. Анализ результатов комплексного исследования 1277 здоровых подростков позволил выделить факторы риска формирования аддиктивного поведения. Освещена поэтапная реабилитация больных подростков, включающая фармако-, физио- и психотерапевтическое воздействие, успешно сочетающее «фракционное» применение транквилизаторов, центральную электрорефлекторную терапию (ЦЭРТ) и тренинговые курсы по изменению ведущего мотива девиантной и аддиктивной деятельности.

В.С. Битенский

ДЕВИАНТ НАМ АДДИКТИВ ЭШЧАНЛЕКЛЕ ЯШУСМЕРЛЭРНЕ ФАРМАКО- НАМ ПСИХОРЕАБИЛИТАЦИЯЛАУ

Макалә наркомания һәм токсикомания белән авырчы яшүсмерләрне реабилитацияләү кебек актуаль проблемага багышланган. Тикшеренүләрнең теоретик нигезе итеп П.К.Анохынның функциональ системалар теориясы һәм П.В.Симоновның эмоцияләр теориясы кулланылган. 1277 сәламәт яшүсмерләрне комплекслы тикшерү нәтижәләрен анализлау аддиктив үзгәреш формалашуның киеренке факторларын аерым күрсәткәч мөмкинлек бирә. Авыру яшүсмерләрне өзекле реабилитация ысулларын куллану буенча төшенчә бирелгән.