

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ТРАНКВИЛИЗАТОРОВ У БОЛЬНЫХ СОМАТОГЕННЫМИ НЕВРОЗОПОДОБНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Р.Р. Набиуллина

*Кафедра психиатрии, психотерапии и наркологии (зав. — проф. А.М. Карпов)
Казанской государственной медицинской академии последипломного образования*

Неврозоподобные расстройства соматогенной природы сопровождаются развитием большинства хронических заболеваний человека, усложняя задачи их лечения. Достаточно часто длительность нетрудоспособности больных с хроническими заболеваниями определяется не только их соматическим состоянием, но и сохраняющимися в периоде становления ремиссии пограничными расстройствами.

Целью настоящей работы являлось сравнительное клиническое исследование эффективности транквилизаторов различных химических групп у больных соматогенными неврозоподобными расстройствами (СНР), обусловленными хроническим бронхитом (ХБ) и хроническим гастродуоденитом (ХГ).

Обследование и лечение больных проводилось в терапевтическом отделении многопрофильной городской больницы. Мы наблюдали 101 человека с ХБ и 109 — с ХГ в стадии обострения, у которых были выявлены соматогенные неврозоподобные расстройства. Комплексное лечение 187 больных (основная группа) включало помимо соматотропной терапии рациональную психотерапию и один из выбранных транквилизаторов. 33 человека (контрольная группа) транквилизаторы не получали.

По длительности соматического заболевания больные были распределены следующим образом: ХБ и ХГ до 5 лет — соответственно у 11,9% и 13,1%, от 5 до 10 лет — у 32,2% и 34,8%, более 10 лет — у 55,9% и 52,1%. Одно обострение имело место у 8,3% больных ХБ и у 6,4% с ХГ, 2—3 — соответственно у 42,7% и 45,2%, больше 3 — у 50% и 48,4%. Сопутствующие соматические заболевания в стадии ремиссии были выявлены у 72,6% больных ХБ и у 69,5% с ХГ. Больные были в возрасте от 18 до 74 лет.

Основными критериями исключения больных из групп обследования являлись следующие: 1) выявление сопутствующих соматических заболеваний в стадии обострения; 2) значительная выраженность психогенных реактивных и психосоматических факторов в этиологии, патогенезе и клинике диагностированных пограничных психических расстройств (ППР) у больных соматическими заболеваниями; 3) отказ от проведения терапии транквилизаторами в процессе активного лечения. В основу клинического обследования легла унифицированная карта изучения и учета ППР ВНИИОиСП имени В.П. Сербского. Помимо клинических данных о психическом состоянии было выполнено экспериментально-психологическое исследование, использованы тест СМИЛ и таблицы Шульте.

Для лечения СНР у обследованных больных применялись транквилизаторы различных химических групп. В числе препаратов сравнения в первую группу были выбраны препараты бензодиазепинового ряда с преобладающим седативным эффектом: хлордиазепоксид (эленциум), диазепам (седуксен), феназепам (Б.сед.). Из так называемых дневных бензодиазепиновых производных (Б. дн.) применялся медазепам (рудотель). Кроме того, назначали препараты иных химических групп — оксипрометазин, мебикар, фенибут. Лечение транквилизаторами осуществляли на фоне комплексного соматотропного лечения и психотерапии методом рандомизации. Во время наблюдения иных средств направленной коррекции психического состояния больным не назначали. При выборе конкретных транквилизаторов учитывали индивидуальную переносимость при отсутствии выраженных побочных эффектов. Исходя из известного положения о высокой чувствительности боль-

ных СНР к психотропным средствам [3, 4] и имеющейся у них органической неполноценности головного мозга, максимальные дозы не применяли. Длительность лечения — 2—3 недели. Контрольное обследование для оценки влияния транквилизаторов на выделенные синдромы проводили методом горизонтального среза на 7-й день терапии и через 14—16 дней активной терапии, а также в периоде последующего катamnестического наблюдения в течение 1—3 лет после лечения.

Астеническую симптоматику у больных оценивали дифференцированно по преобладанию гипер- или гипостенических проявлений (выявлены у всех больных как основной синдром). Гиперстенические нарушения (в рамках гиперстении мы рассматривали и переходный к гипостении синдром раздражительной слабости) наблюдались в среднем в 66,7% случаев при ХГ и в 70,2% — при ХБ, гипостенические — соответственно в 33,3% и 29,8% (далее в тексте перед скобками — число больных ХГ, в скобках — число больных ХБ).

Депрессивные расстройства были самыми частыми после астенических расстройств — у 67,74% (66,66%): тревожно-депрессивные — у 45,16% (47,61%), депрессия с явлениями адинамии — у 22,58% (19,05%). Ипохондрические расстройства также были достаточно частыми — у 21,5% (21,42%): сенесто-ипохондрические расстройства — лишь у 4,31% (5,95%), ипохондрические без сенестопатии — у 18,75% (17,64%). Среди анксиозных расстройств, выявленных у 17,20% (15,8%) преобладали “свободно-плавающая” тревога — у 9,27% (9,53%), далее следовали обсессивно-фобические расстройства — у 5,16% (6,27%). Распространенность истероформных расстройств составила 12,9% (11,9%).

В контрольной группе частота синдромов ППР выглядела следующим образом. Астенические расстройства были диагностированы у них в 100% случаев: гиперстеническая форма — в 68,75% (70,59%), гипостеническая форма — в 31,25% (29,41%). Несколько выступали по распространенности депрессивные расстройства — в 75,0% (70,58%), из них

тревожные — в 43,75% (41,17%), адинамические — в 31,25% (29,41%), ипохондрические — в 25,0% (23,52%), из них ипохондрические без сенестопатий — в 18,75% (17,64%), ипохондрические с сенестопатиями — в 6,25% (5,88%), анксиозные — в 12,5% (17,64%), из них “свободно-плавающая” тревога — в 6,25% (11,76%), обсессивно-фобические расстройства — в 6,25% (5,88%), истероформные — в 11,76% (12,5%) случаев.

Таким образом, при обследовании психики больных были выявлены следующие особенности: 1) облигатность и осевой характер астенических проявлений; 2) преобладание гиперстении и раздражительной слабости над гипостеническими формами; 3) большая распространенность депрессивных расстройств, преимущественно в форме тревожно-депрессивных синдромов; 4) преобладание в структуре анксиозных нарушений “свободно-плавающей” тревоги; 5) преобладание в структуре ипохондрических астено-ипохондрических расстройств.

Статистически подтвержденная близость психопатологической структуры СНР ($P < 0,05$) позволила сделать вывод об однонаправленности соматических влияний на психику больных ХБ и ХГ, объединить и проанализировать их совместно. Структура СНР в группах сравнения, в каждой из которых больные получали один из выбранных транквилизаторов, рандомизирована. Сопоставимость показателей распространенности отдельных синдромов СНР в структуре ППР подтверждается статистической обработкой.

Результаты клинико-психопатологического исследования подтверждаются также данными экспериментально-психологического обследования по методике СМИЛ:

— относительно невысоким средним уровнем профиля в отличие от картины, характерной для психогенных расстройств, что является свидетельством соматогенной природы анализируемых расстройств;

— значительным повышением показателей по шкалам 1 и 2, свидетельствующим о распространенности расстройств астенического и астено-депресс-

сивного круга с ипохондрическими включениями;

— сочетанным повышением по шкалам 7 и 8, по которому можно судить о распространенности развития анксиозных проявлений (кроме того, отсутствием статистически достоверной разницы усредненных профилей в обеих нозологических группах).

Данные клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний показали, что наиболее выраженными были нарушения по шкале астении и вегетативных расстройств, а именно наличие ведущего астенического синдрома с вегетативными проявлениями, характерными для СНР. Выраженность болезненных проявлений значительно отличалась от таковой при психогенных нарушениях [8]. Достоверная разница усредненных профилей в обеих нозологических группах отсутствовала.

При использовании таблиц Шульте было установлено, что для всех групп сравнения характерно нарушение концентрации и устойчивости внимания по сравнению с нормой. У пациентов отмечалось снижение темпа вработываемости, повышенной истощаемости внимания, отражаемое прогрессивным повышением времени для выполнения последующих заданий. Эти данные подтверждают наличие астении в интеллектуально-мнестической сфере, характерное для астенических расстройств.

Выраженность психопатологической симптоматики оценивали в баллах: 0 — отсутствие признака, 1—2 — легкая степень выраженности, 3—4 — средняя, 5—6 — тяжелая [2]. При этом баллы обозначают вариации выраженности симптоматики в пределах одной градации.

Наиболее активными в отношении раздражительной слабости и гиперстенических расстройств оказались бензодиазепины с преобладающим седативным компонентом. По эффективности к ним приближались дневные бензодиазепины, тимотранквилизаторы (мебикар, оксалидин) и фенибут. На гипостенические расстройства в структуре астении достоверно сильнее воздействовали дневные транквилизаторы бензодиазепинового ряда и мебикар. Фенибут

оказался достаточно эффективным наравне с оксалидином. Применение бензодиазепиновых производных с седативным компонентом при данном варианте ППР не привело к достоверному изменению состояния по сравнению с контролем и другими группами.

Анализ полученных результатов свидетельствует о большем позитивном влиянии на тревожные депрессии препаратов, сочетающих анксиолитический и тимоаналептический эффекты, — мебикара и оксалидина. В группах сравнения относительно худший результат при тревожных депрессиях был получен при применении бензодиазепиновых производных. В отношении адинамических вариантов депрессии значимое отличие от контрольной группы и других групп сравнения было получено при использовании мебикара и фенибута. Относительно меньший эффект дал оксалидин. Применение седативных и дневных бензодиазепинов не привело к достоверному снижению показателей относительно контроля.

Оценка динамики астено-ипохондрических расстройств под влиянием выбранных транквилизаторов позволила выявить значимую эффективность мебикара. Далее распределение по эффективности было следующим: седативные бензодиазепины, фенибут, оксалидин. Сенесто-ипохондрическая симптоматика оказалась более устойчивой к действию выбранных транквилизаторов. Значимое различие с контрольной группой было выявлено при применении седативных бензодиазепинов и мебикара.

На “свободно плавающую” тревогу эффективно влияли все выбранные транквилизаторы, особенно мебикар, седативные бензодиазепины и оксалидин. При наличии обсессивно-фобических нарушений достоверной результативностью отличались лишь седативные бензодиазепины. Эффект остальных препаратов был статистически недостоверным.

При истероформных расстройствах некоторое улучшение в сравнении с контролем наблюдалось на фоне применения фенибута, мебикара и оксалидина. Эффект бензодиазепиновых производных оказался статистически недостоверным.

Данные катамнестического наблюдения от одного года до 3 лет свидетельствуют о том, что эффективность транквилизаторов бензодиазепинового ряда у этих больных с течением времени снижается. Это объясняется нарастанием органической неполноценности ЦНС и привыканием больных к транквилизаторам. Фармакологическая же эффективность мебикара и фенибута у больных СНР в условиях повторных обострений соматической патологии не ослабевает и, очевидно, сопряжена с ноотропным эффектом, отчетливо проявляющимся в спектре их действия. Оксалидин, длительно сохраняющий эффективность у больных СНР, обладает менее выраженным по сравнению с бензодиазепинами воздействием на наиболее поражаемые при соматических воздействиях зоны ЦНС. Стабильная эффективность оксалидина связана, очевидно, с комплексностью его воздействия на различные отделы ЦНС, что обусловлено сбалансированностью анксиолитического действия с умеренным антидепрессивным эффектом.

ВЫВОДЫ

1. Типичная структура соматогенных неврозоподобных расстройств, формирующаяся на фоне соматической астении, полисиндромальна и включает в себя пограничные психические расстройства аффективного, анксиозного, ипохондрического и истероформного круга.

2. Бензодиазепины седативного круга обладают избирательной активностью в отношении гиперстенической астении и раздражительной слабости, тревожных, сенесто-ипохондрических и обсессивно-фобических расстройств, а транквилизаторы дневных бензодиазепиновых производных — в отношении всех видов астении. Транквилизаторы иных химических групп (мебикар, оксалидин, фенибут) обладают сбалансированным воздействием на основные составляющие комплекса пограничных психических расстройств при соматогенных неврозоподобных расстройствах.

3. Применение транквилизаторов при соматогенных неврозоподобных рас-

стройствах позволяет существенно ускорить регресс психопатологической симптоматики и повышает качество жизни больных.

4. При повторных обострениях соматического заболевания эффективность применения транквилизаторов бензодиазепинов снижается и повышается количество побочных эффектов. Транквилизаторы с ноотропным компонентом действия (мебикар, оксалидин, фенибут) длительно сохраняют широкую психотропную активность, что определяет преимущество их применения у больных соматогенными неврозоподобными расстройствами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. — М., 1997.
2. Вальдман А.В., Александровский Ю.А. Психотерапия невротических расстройств. — М., 1987.
3. Ковалев В.В. Клиническая динамика неврозов и психопатий. — Л., 1988.
4. Лапицкий М.А. Неврозоподобные состояния: Сб. науч. тр./Смол. гос. мед. ин-т. — 1988. — С. 6—10.
5. Матвеев В.Ф. Психогенные (реактивные) состояния. — М., 1979.
6. Маколкина В.И., Овчаренко С.И. Внутренние болезни. — М., 1987.
7. Шатрова Н.Г. Малые транквилизаторы в лечении и реабилитации больных психоневрологическими и психосоматическими заболеваниями. — Л., 1979.
8. Яхин К.К., Менделевич Д.М. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний./Методические рекомендации для врачей и интернов. — Казань, 1978.

Поступила 29.11.97.

EFFICIENCY OF DIFFERENT TRANQUILIZERS IN PATIENTS WITH SOMATOGENIC NEUROSIS — TYPE DISORDERS

R.R. Nabiullina

S u m m a r y

The comparative clinicocatamnestic investigation of efficiency of tranquilizers of various chemical groups in 210 patients with somatogenic neurosis-type disorders caused by chronic bronchitis and chronic gastroduodenitis is performed. The use of tranquilizers in somatogenic neurosis-type disorders significantly precipitates psychopathologic symptomatology regress and increases life quality of a patient.