

ПРИМЕНЕНИЕ ГИДИФЕНА У БОЛЬНЫХ ИНВОЛЮЦИОННОЙ И РЕАКТИВНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ

Канд. мед. наук Н. А. Блюхерова

Кафедра психиатрии (зав.— доц. Д. М. Менделевич) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова, городской психоневрологический диспансер им. В. М. Бехтерева (главрач— Н. А. Авдонина)

Реферат. Проведено лечение гидифеном 26 больных с тревожно-депрессивным синдромом. Наиболее отчетливое седативное действие препарат оказывал при реактивной депрессии, а также при относительно легких формах инволюционной меланхолии. Седативный эффект не сопровождается явлениями релаксации; обнаруживается легкое стимулирующее влияние на психические функции. Транквилизирующее действие препарата сочетается с выраженной вегетотропной его активностью. Лечение гидифеном не сопровождается побочными явлениями и осложнениями. Препарат можно применять как в условиях стационара, так и в амбулаторной практике для лечения различных депрессивных состояний.

Ключевые слова: тревожно-депрессивный синдром, гидифен.

Фармакологические свойства гидифена позволили предположить возможность его применения в качестве транквилизатора при психических заболеваниях. Исходя из этого были проведены клинические испытания гидифена у больных с психическими заболеваниями, проявляющимися в эмоциональной сфере, в частности у больных с тревожно-депрессивным синдромом.

Лечению было подвергнуто 26 больных (все — женщины). 16 из них (возраст — от 50 до 60 лет) страдали инволюционной депрессией и 10 (возраст — от 30 до 50 лет) — реактивной депрессией. В преморбиде больные с инволюционной депрессией отличались чертами тревожно-мнительного характера. Заболевание начиналось во время климакса или вскоре после его окончания. Климактерический период протекал тяжело: больные жаловались на нарушение сна, аппетита, раздражительность, колебания настроения. Психические расстройства характеризовались в основном симптомами тревожной депрессии. Больные постоянно находились в ожидании какого-то несчастья, которое должно поразить их или их родственников. Наблюдались также тревога, пониженное настроение, снижение трудоспособности, бессонница, отсутствие аппетита, ипохондричность, суицидальные мысли.

Все больные с инволюционной депрессией поступили в психоневрологический стационар повторно. При предыдущих поступлениях они получали лечение мелипрамином, амитриптилином в сочетании с аминазином, тизерцином, а также транквилизаторами (элениумом, мепробаматом и др.). 6 больных непосредственно перед назначением гидифена не подвергались активному лечению по поводу психического заболевания. 10 больных длительно принимали тизерцин, мелипрамин, нуредал в комбинации с элениумом, седуксеном. У 8 больных это лечение оказалось практически неэффективным, а у 2 наступило небольшое улучшение психического состояния, ослабление эффективного напряжения, тоски, ажитации; однако больные продолжали жаловаться на пониженное настроение, чувство тревоги, высказывали опасения о своем здоровье, испытывали чувство неуверенности, заявляли о нежелании жить, что не позволяло выписывать их на амбулаторное лечение.

Перед назначением гидифена все лекарственные препараты были отменены. В течение 6—7 дней пациенты получали плацебо по 1 таблетке 3 раза в день. Улучшения в состоянии под влиянием плацебо не отмечалось ни у одного из больных. Они оставались тревожно-депрессивными, жаловались на бессонницу, отсутствие аппетита, высказывали идеи самообвинения, самоуничтожения.

Гидифен назначали по 0,5 г 3 раза в день. Результаты терапии гидифеном в этой группе больных были различными.

У 4 пациенток достигнуто значительное улучшение состояния. До последнего поступления эти больные в течение длительного времени находились в домашних условиях, одна из них продолжала работать, хотя трудоспособность у нее несколько снизилась. У всех отмечалась некоторая тревожность, неуверенность в себе, колебания настроения, астенические проявления, беспокойный ночной сон. Обострение заболевания у них характеризовалось выраженными явлениями ажитации. При этом больные сохраняли удовлетворительный контакт с окружающими, ипохондрическая симптоматика у них отсутствовала. Начиная с 5—7-го дня лечения гидифеном в указанной

дозе у всех больных ослабевала тревога, они становились спокойнее, улучшался ночной сон и аппетит. К 10—12-му дню лечения у них выравнивалось настроение, исчезли суицидальные мысли, они отмечали значительное улучшение самочувствия, что связывали с лечением. В отделении эти женщины стали более общительными, читали, участвовали в трудовых процессах. Через 40—45 дней они были выписаны на поддерживающее лечение гидифеном, который принимали в течение месяца по 0,25 утром и вечером. Как показали дальнейшие наблюдения за этими пациентками, ремиссия у двух из них продолжалась около 2 лет и у двух — в течение 8 мес.

У 8 больных наступило улучшение состояния. У этих больных повторные приступы заболевания протекали более длительно, с однообразной симптоматикой. Наряду с тревожно-депрессивными проявлениями, суицидальными мыслями, идеями виновности у них отмечались стойкие ипохондрические высказывания. У 4 из этих больных сложилась неблагоприятная семейная ситуация, их угнетало одиночество, что находило отчетливое выражение в высказываниях больных и их тягостных субъективных переживаниях. Лечение гидифеном проводилось в течение 1,5 мес, но оно привело лишь к ослаблению тревожности, внутреннего напряжения, улучшению сна, аппетита; депрессию, ипохондрические и бредовые проявления с помощью гидифена не удалось полностью устранить. Это послужило поводом для назначения в дальнейшем антидепрессантов и электросудорожной терапии.

У 4 больных с тяжелой формой инволюционной депрессии, с выраженными и стойкими ипохондрическими опасениями, кататимным бредом самообвинения, самоуничтожения и практически безремиссионным течением заболевания лечение гидифеном оказалось неэффективным. У этих больных давность заболевания превышала 10 лет; обращала на себя внимание большая его резистентность к различным методам терапии.

У больных с реактивной депрессией непосредственной причиной нарушения психической деятельности служили тяжелые жизненные потрясения, конфликтные обстоятельства в семье. Особенности психической травмирующей ситуации находили четкое отражение в клинической картине заболевания. Вместе с тем глубина депрессии была относительно невелика. Все внимание больных сосредоточивалось на мыслях о случившемся с ними несчастье. Больные не избегали контакта с врачом, психотерапевтическая беседа приносила им облегчение. Отсутствовали стойкие бредовые идеи самоубийства, преследования.

При анализе психопатологической картины заболевания у всех больных реактивной депрессией обнаружены астенические симптомы большей или меньшей выраженности, проявлявшиеся плаксивостью, раздражительностью, ипохондричностью и вегетативно-сосудистыми нарушениями. Больные жаловались на ощущение тревоги, страха, недостаточный ночной сон и аппетит. Среди ночи они просыпались «как от толчка», одна из больных слышала при этом, как ее зовет трагически погибшая дочь. У 3 больных наряду со снижением настроения отмечались навязчивые мысли и страхи, у 7 больных преобладал компонент тревоги, что позволяло говорить о тревожно-депрессивном синдроме.

Больные реактивной депрессией до назначения гидифена не получали психотропных препаратов. С первого дня поступления на стационарное лечение они принимали плацебо по 1 таблетке 3 раза в день в течение 6 дней. У 3 из 10 больных на 4—5-й день приема плацебо отмечалось небольшое улучшение состояния: уменьшалась слезливость, тревога, больные становились спокойнее, быстрее засыпали, однако сон оставался тревожным, с частыми пробуждениями. У этих больных отсутствовал аппетит и в клинической картине продолжали доминировать подавленность, тоскливость, астения. У остальных больных при приеме плацебо изменений в состоянии не наблюдалось: они по-прежнему были тревожными, угнетенными, жаловались на бессонницу, упадок сил, отсутствие аппетита, боли в сердце, головные боли, головокружения. Характерной для этих больных являлась выраженная фиксация внимания на психотравмирующей ситуации, приведшей к развитию заболевания.

После шестидневного приема плацебо больным назначали гидифен по 0,5 г 3 раза в день. Транквилизирующее действие гидифена проявлялось с первых же дней лечения, причем оно было тем отчетливее, чем выраженнее были в картине заболевания тревога и страх. Действие гидифена на тревогу и страх определяло в основном терапевтическую активность этого препарата при реактивной депрессии, ибо непосредственным антидепрессивным эффектом, как показали клинические испытания, гидифен не обладает.

На 2—3-й день лечения у больных уменьшились тревога, страх, раздражительность, угнетенность; сон становился более глубоким и продолжительным. К 6—9-му дню лечения гидифеном у больных полностью исчезли тревога, страх, уменьшилась

плаксивость. По оценке больных, у них «стало спокойнее на душе», лекарство вызывает «ощущение физической свежести», «бодрости». Тягостные переживания и воспоминания у больных утрачивали прежнюю эмоциональную остроту. Больные с радостью встречались с родственниками, участвовали в трудовых процессах в отделении, меньше лежали в постели; некоторые из них тяготились обстановкой отделения и просили побыстрее выписать их.

Из числа больных с реактивной депрессией наилучшие результаты лечения гидифеном были получены у пациенток с преобладанием в картине заболевания тревожно-депрессивного синдрома; 2 больные с такого рода проявлениями болезни были выписаны в удовлетворительном состоянии уже спустя 10 дней от начала лечения; 6 больных выписаны после трехнедельного курса лечения.

Меньшая эффективность терапии была отмечена при лечении больных, у которых наряду с дистимическими нарушениями наблюдались навязчиво-депрессивные, истерические и сенестопихондрические синдромы. Две такие больные были выписаны из стационара с улучшением состояния лишь после шестинедельного курса лечения гидифеном. У них отмечалось улучшение настроения, сна, аппетита. В отделении они активнее общались с окружающими, проявляли интерес к общим занятиям и развлечениям. Однако при этом они еще долго предьявляли многочисленные жалобы на состояние здоровья, были мнительны, ипохондричны, фиксировали внимание на соматических ощущениях, хотя отражение психотравмирующей ситуации в клинической картине было незначительным.

При лечении гидифеном больных инволюционной и реактивной депрессией ни у одной из них не наблюдались ухудшения состояния.

Наш опыт применения гидифена в психиатрической практике дает основание шире использовать этот препарат для лечения депрессивных состояний.

Поступила 19 февраля 1950 г.

ОБЗОРЫ

УДК 576.8.097.29:616.45

РОЛЬ СИМПАТИКО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ В МЕХАНИЗМЕ ДЕЙСТВИЯ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ЭНДОТОКСИНОВ

*Чл.-корр. АМН СССР проф. Н. Р. Иванов,
канд. мед. наук Б. З. Шенкман*

Саратовский медицинский институт

Возникновению граммотрицательной септицемии у человека может способствовать ряд факторов: 1) недостаточно эффективное лечение очагов инфекции; 2) развитие устойчивости микроорганизмов к антибактериальным средствам; 3) снижение резистентности больных, в том числе в результате хронических истощающих заболеваний; 4) длительная терапия кортикостероидами, иммунодепрессантами и цитостатическими препаратами. Наиболее существенным звеном патогенеза септицемии является воздействие на организм бактериальных эндотоксинов.

Одним из ранних проявлений патогенного действия бактериальных эндотоксинов на организм человека и животных является возбуждение симпатико-адреналовой системы, ведущее к мобилизации катехоламинов из надпочечников и других хромаффинных элементов. В пользу этого положения свидетельствуют данные об истощении запасов катехоламинов в мозговом слое надпочечников, сочетающемся с повышением их уровня в надпочечниковых венах и накоплением адреналина в периферической крови и тканях [4, 18].

Повышение уровня адреналина и норадреналина в крови при действии эндотоксинов констатируют многие авторы [2, 15, 26]. У больных брюшным тифом и бруцеллезом выделение катехоламинов с мочой увеличивается в 3—4 раза [25].

В 1944 г. Франке установил, что адреналин усиливает кишечный застой, вызванный эндотоксином у собак, и сделал вывод, что чрезмерная секреция адреналина в комбинации с симпатическими сосудосуживающими импульсами является одним из важнейших механизмов, посредством которых бактериальные эндотоксины вызывают