

РОЛЬ І МІСЦЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНИХ МЕТОДІВ ТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З АСТЕНО-НЕВРОТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ ІЗ ЗАТЯЖНИМ ПЕРЕБІГОМ

В останній час все більш актуальною стає проблема невротизації населення. Зміна економічних відносин, погіршення соціального та екологічного становища спричиняє суттєве зростання неврозів у загальній структурі психічних захворювань. Виявлено, що в Україні серед пограничних психічних розладів переважають невротичні та неврозоподібні порушення, які в сучасних умовах характеризуються хронічним перебігом, формуванням тимчасової та стійкої втрати працездатності і розвитком резистентних форм, що і визначає медико-соціальне значення проблеми [12].

Зросла кількість хворих із затяжним перебігом неврозів та тривалим, часто малоуспішним лікуванням у спеціалістів різного профілю, особливо за наявності астенічних та субдепресивних розладів [2, 9]. При цьому відзначається значна частота астенічного синдрому в поєднанні з іншими синдромами в структурі як неврастенії, так і інших невротичних розладів [11].

На даний час описані різноманітні методи лікування невротичних розладів із застосуванням психотерапії, фармакотерапії та фізіотерапії, ефективність яких в умовах формування резистентних та затяжних порушень є недостатньою [8—10]. Саме тому залишається актуальним пошук нових ефективних методів терапії невротичних розладів. Продовжується поширення немедикаментозних та нетрадиційних методів лікування, спрямованих на підвищення активності механізмів саморегуляції і адаптації для досягнення суттєвого терапевтичного ефекту [2, 7, 10].

Одним із таких немедикаментозних методів лікування вважається акупунктура, або голкорексфлексотерапія. Стародавній метод східної медицини — голкотерапія, точковий масаж, а також такі сучасні методи, як електропунктура, лазеропунктура, скальптерерапія під загальною назвою рефлексотерапія знаходять широке застосування в різноманітних галузях медицини.

Тривалі спостереження та дослідження дозволили застосовувати акупунктуру не тільки в неврології, терапії, гінекології, а й для лікування психічних захворювань [1, 13]. Багатьма дослідженнями показано та обґрунтовано позитивний вплив голкотерапії при лікуванні пограничних психічних розладів [3—5].

Відомо, що в клінічній картині неврозів доволі часто спостерігаються виражені функціональні соматовегетативні розлади, які важко піддаються фармакотерапії. У той же час вони значно дошкуляють хворим, суттєво знижуючи їх самопочуття, працездатність, якість життя та віру у швидке видужання. Це, в свою чергу, сприяє «застряганню» хворих в неврозі з переходом в затяжний перебіг. Окрім цього, різноманітні вегетосудинні розлади є одним із факторів вторинної психотравматизації, коли хворі, відвертаючи увагу від реальних психотравмуючих ситуацій, фіксують її на своїх нових неприємних відчуттях, надаючи їм особливої важливості.

Ефективним методом терапії в таких випадках може бути метод рефлексотерапії, тому як один із важливих механізмів патогенетичного впливу голкорексфлексотерапії при неврозах — це нормалізуюча дія на вегетосудинні

розлади та функціональний стан симпатико-адреналової системи, що бере безпосередню участь у механізмах розвитку станів тривоги та напруження [14].

Метою даного дослідження було вивчення ефективності методів рефлексотерапії в комплексному лікуванні невротичних розладів із тривалим перебігом та резистентністю до попереднього лікування.

У досліджувану групу були включені 147 хворих (94 жінки та 53 чоловіка віком від 19 до 55 років) з різними формами невротичних розладів (неврастенія, соматоформні, тривожно-фобічні розлади) з тривалістю захворювання більше 2 років, розмежування яких проводилося згідно з критеріями МКХ-10. Попереднє лікування фармакотерапевтичними засобами було неефективним. У клінічній картині в усіх хворих переважали астено-вегетативні та астено-депресивні розлади які поєднувалися з тривожно-іпохондричними та обсесивно-фобічними переживаннями. Супутні соматовегетативні порушення проявлялися наявністю алгічного, ангіоспастичного, дискінетичного синдромів, а також утрудненням дихання, запамороченням, серцебиттям та ін.

В 56 пацієнтів (38,1 %) в клінічній картині виявлялися прояви астено-депресивного симптомокомплексу з пригніченим настроєм, виснажливістю уваги, швидкою втомою, зниженням апетиту та вегетосудинні розлади у вигляді цефалгій, запаморочення, функціональних шлунково-кишкових розладів, відчуття дискомфорту в ділянці горла та грудей.

У 49 хворих (33,3 %) відзначалися прояви тривожно-іпохондричної симптоматики з переживанням за власне здоров'я, підвищеною виснажливістю, диссомнією, нав'язливими песимістичними роздумами ситуаційного характеру, відчуттям загрози своєму здоров'ю чи життю. Функціональні соматовегетативні розлади виявлялися різноманітними неприємними відчуттями в різних частинах тіла з тахікардією, запамороченням, утрудненням дихання, стискаючими відчуттями в ділянці серця та грудини. В окремих випадках спостерігалися симпатико-адреналові кризи з тахікардією, коливанням артеріального тиску, запамороченням, страхом за своє життя.

В 42 хворих (28,6 %) переважали астено-вегетативні розлади із підвищеною дратівливістю, виснажливістю, втомлюваністю, слабкістю, подразливістю, порушенням сну, постійними болями голови, запамороченням, нудотою, відчуттям стискання в ділянці ший.

Під час обстеження для оцінки стану пацієнтів використовувався клініко-психопатологічний метод, а також психометричні методики з використанням шкали загальної клінічної оцінки (CGI), суб'єктивної оцінки хворими свого стану (шкала HADS) та шкала тривожності Спілбергера — Ханіна.

Усі хворі були поділені на дві групи. Пацієнти 1-ї групи (60 осіб) отримували традиційну терапію із застосуванням психотерапії та стандартної фармакотерапії. Хворим 2-ї групи (87 осіб) до фармако- та психотерапії були додані такі методи рефлексотерапії, як акупунктура (голкотерапія), лазеропунктура та скальптерерапія. Акупунктура

проводилася з використанням класичних корпоральних та аурікулярних точок з тривалістю сеансу 10—15 хвилин із застосуванням II гальмівного та II тонізуючого методів. Метод скальптерації полягав у введенні в спеціальні зони скальпу голови акупунктурних голок на тривалість від 20 до 30 хвилин. Використовувалися зони скальпу які мали найбільший вплив на психоемоційний стан хворих та вегетосудинні розлади. Лазеропунктура проводилася на класичні акупунктурні точки із використанням лазера ЛГ-75 із червоним монохроматичним світлом та загальною експозицією дії 3-5 хвилин.

Усім хворим підбір методів рефлексотерапії проводився з урахуванням індивідуальних показань та клінічних особливостей невротичного розладу. З цією метою боязким та особливо тривожним хворим на перших 2—3 сеансах рефлексотерапії проводилася лазеропунктура, яка сприяла адаптації хворих до лікування. Лікування включало низку етапів і проводилося двома курсами по 10—12 сеансів з перервою між курсами від одного до двох тижнів, що залежало від досягнутого терапевтичного ефекту.

На початковому етапі лікування акцент робився на заспокоєнні хворих та знятті емоційного напруження із застосуванням біоактивних точок седативного та загальнооздоровчого впливу. Далі приєднували точки сегментарної дії, регіональні та місцеві як симптоматичні. На наступних етапах лікування приєднувалася психотерапія, яка на фоні редукції соматовегетативних розладів була значно ефективнішою.

В процесі комплексної терапії вже під час першого курсу лікування відзначалася редукція функціональних соматовегетативних та вегетосудинних розладів. У хворих на неврастенію зникали тривалі головні болі. Дози препаратів вдавалося значно знижувати без погіршення самопочуття хворих.

Особливо ефективною акупунктура була при наявності у хворих стискаючих відчуттів у ділянці горла та шиї, які зникали на протязі 2—3 сеансів рефлексотерапії. Слід звернути увагу на скальптерацію, яка виявляла значну ефективність при тривалих стискаючих головних болях, запамороченнях, які спричинили значне занепокоєння у пацієнтів. Другий курс лікування з використанням рефлексотерапії проводився з урахуванням залишкових проявів та симптомів для закріплення отриманих результатів, що особливо було необхідно при обесивно-фобічних станах.

Як показав наш досвід, акупунктуру необхідно починати з першого рівня, так званих, «чудесних» меридіанів, які одночасно об'єднують велику кількість біологічно-активних точок та меридіанів, що сприяє механізмам центральної регуляції [13]. Це стосується точок-ключів: MC6 — RP4 та TR5 — VB20.

Поряд із корпоральними застосовувалися аурікулярні точки (симпатичної нервової системи, точка ЦНС, кори головного мозку та ін.), а також зони скальпу (афективна, судинна, вестибулярна, психічних захворювань).

У результаті дослідження було виявлено, що застосування рефлексотерапії в комплексному лікуванні хворих на астено-невротичні розлади спричиняє позитивні зрушення в клінічній симптоматиці. У пацієнтів поліпшується настрій, відновлюється сон, зменшується тривога та лабільність вегетативних проявів у коротші терміни, ніж у випадку традиційної терапії. Протягом першого тижня терапії 45 % хворих другої групи з астено-невротичними розладами відзначали значне покращення самопочуття:

зменшення тривоги, почуття невпевненості, соматовегетативних розладів. Під кінець другого тижня лікування у 62 % хворих спостерігали появу відчуття «просвітління» в голові та стан емоційного комфорту. Повністю зникали симпатико-адреналові кризи в хворих, в яких вони були на початку лікування.

Результати порівняльного дослідження показали, що у пацієнтів другої групи, в яких в комплексному лікуванні використовувалися методи рефлексотерапії, ефект був такий: видужання спостерігалось у 55,2 % хворих, значне покращення було в 28,7 % пацієнтів, покращення спостерігалось в 13,8 % пацієнтів. Без ефекту лікування було в 2,3 % хворих. У пацієнтів першої групи, які отримували традиційну терапію, видужання спостерігалось у 26,7 % хворих, значне покращення було в 33,3 % пацієнтів, незначне покращення спостерігалось в 31,7 % хворих, без ефекту — 8,3 % хворих.

Таким чином, використання рефлексотерапії дозволяє долати резистентність у хворих з астено-невротичними розладами із затяжним перебігом, значно підвищувати ефективність лікування в коротші терміни. Рефлексотерапія як немедикаментозний метод лікування може зайняти важливе місце в комплексному лікуванні даної групи хворих.

Список літератури

1. Ахундова Т. Теоретические предпосылки применения иглорефлексотерапии в психиатрической клинике // Вопросы психофармакологии. — Баку, 1984. — Вып. 10. — С. 90—93.
2. Буйков В. А. Психопатологические особенности резистентных невротических расстройств и психосоматических заболеваний в среднем и позднем возрасте и их лечение // Журнал неврологии и психиатрии. — 2003. — № 6. — С. 55—56.
3. Вишнякова І. А., Вишняков Ю. В. Лікування деяких істеричних станів методом рефлексотерапії / 8-й з'їзд невропатологів, психіатрів та наркологів Української РСР: Тези доповідей. Ч. 2. — Харків, 1990. — С. 290—291.
4. Влох І. Й., Кулик Б. В. Застосування акупунктури в комплексній терапії невротичних розладів // Буковинський медичний вісник. Чернівці. — 2000. — Т. 4, № 2 — С. 47—49.
5. Гуль Л. Г., Борковська Л. Б. Застосування голкорексфлексотерапії в комплексному лікуванні хворих з пограничною патологією психіки в умовах диспансерного стаціонару / Нове в діагностиці, лікуванні та профілактиці нервово-психічних розладів: Обл. наук.-практ. конф.: Тези доповідей. — Тернопіль, 1989. — С. 13—14.
6. Карвасарский Б. Д. Неврозы. — М.: Медицина, 1990. — 576 с.
7. Королева Л. Р., Покровская А. В. Фитотерапия при невротических расстройствах // Российский медицинский журнал. — 2004. — № 4. — С. 26—29.
8. Марута Н. А. Диагностика невротозов в условиях современного патоморфоза // Украинский вестник психоневрологии. — 1995. — Т. 3, вып. 2. — С. 314—316.
9. Марута Н. А. Клинико-психопатологические особенности и принципы терапии невротических депрессий // Там само. — 2002. — Т. 10, вып. 2(31). — С. 210—214.
10. Марута Н. О., Колядко С. П., Семікіна О. Є. та ін. Безмедикаментозні методи лікування резистентних форм невротичних розладів // Архів психіатрії. — 2001. — № 3 (26). — С. 139—142.
11. Марута Н. О., Панько Т. В., Семікіна О. Є. та ін. Сучасні невротичні розлади: Клініка, імунологія, якість життя // Там само. — С. 165—168.
12. Напрєєнко О. К., Домбровська В. В. Стан психіатричної допомоги в Україні у 2003 році та в останнє десятиріччя, шляхи її вдосконалення // Журнал психіатрії і медичинської психології. — 2004. — № 3 (13). — С. 3—7.
13. Табеева Д. М. Руководство по иглорефлексотерапии. — М.: Медицина, 1980. — С. 421—441.
14. Чугунов В. С., Васильева В. Н. Неврозы, невротоподобные состояния и симпатико-адреналовая система. — М.: Медицина, 1984. — 191 с.

Надійшла до редакції 19.09.2008 р.

Б. В. Кулик, І. Й. Влох, А. Р. Цьона

Роль и место немедикаментозных методов терапии в комплексном лечении больных с астено-невротическими расстройствами с затяжным течением

Львовский национальный медицинский университет им. Д. Галицкого (г. Львов)

В работе рассмотрена возможность использования немедикаментозных методов терапии — акупунктуры, лазеротерапии, скальптерапии в лечении астено-невротических расстройств с длительным течением, с недостаточной эффективностью предыдущего лечения. В группу исследования были включены 147 больных с разными формами невротических расстройств (неврастения, соматоформные, тревожно-фобические расстройства). Показан значительный положительный эффект указанных методов при комплексной терапии невротических расстройств с присутствием в клинической картине выраженной астено-вегетативной и соматовегетативной симптоматики.

B. V. Kulyk, I. Y. Vlokh, A. R. Ts'ona

The role and place of non-pharmacological methods in complex therapy of asteno-neurotic disorders with continuous course

Lviv National medical University named after D. Halatsky (Lviv)

This work reflects the results of studying the possibility of usage of non-pharmacological methods of treatment (acupuncture, laser therapy, scalp therapy) in order to cure asteno-neurotic disorders with prolonged course and poor response to previous therapy. We have investigated 147 patients with different neurotic disorders (neurasthenia, somatoform disorders, anxiety-phobic disorders). Appreciable effectiveness of treatment of neurotic disorders with somatoautonomic and asteno-autonomic symptoms by non-pharmacological methods were noticed in course of combined therapy.

УДК 616.895.8-08

Н. А. Марута, д-р мед. наук, проф., зам. директора по НИР, зав. отд. неврозов и пограничных состояний, И. А. Явдак, вед. науч. сотрудник отд. неврозов и пограничных состояний ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины» (г. Харьков)

ПРИМЕНЕНИЕ РИСПАКСОЛА В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Согласно данным ВОЗ, распространенность шизофрении характеризуется показателем 0,85 % [4]. Вышеприведенный показатель заболеваемости относится к манифестным формам шизофрении, и он значительно увеличился бы, если бы в эту группу были включены «расстройства шизофренического спектра». Например, по данным W. T. Carpenter и R. W. Buchanan (1995), распространенность (lifetime prevalence) «шизотипальных личностных расстройств» определяется 1—4 %, шизоаффективных расстройств — 0,7 %, атипичных психозов и бредовых нарушений — 0,7 %. По обобщенным данным Н. Vabigian (1977), показатели заболеваемости шизофренией в мире колеблются в довольно широких пределах — от 1,9 до 10 на 1000 населения [5—7].

Особенностью шизофрении является ее долговременное воздействие на социальное функционирование, связанное с высокой частотой рецидивов, инвалидизацией больных. По имеющимся данным, издержки, связанные с рецидивами, в 63 % случаев обусловлены неэффективностью поддерживающей терапии и в 37 % — несоблюдением режима терапии. По ущербу, причиняемому макроэкономике, психические расстройства опережают онкологические заболевания и приближаются к сердечно-сосудистым [3—5].

Современные фармакологические разработки в области психиатрии привели к появлению нового класса антипсихотиков — атипичных нейролептиков [1—4, 8—10], при использовании которых преимущества многократно превосходят риск применения. Среди них следует отметить Риспаксол (Рисперидон), обладающий оригинальным и высокоселективным профилем взаимодействия. Перспективность применения Риспаксола в психиатрической практике определяется, с одной стороны, его высокой антипсихотической активностью, а с другой — минимальными побочными эффектами.

Риспаксол (Рисперидон) представляет собой антипсихотическое средство (нейролептик), производное бензизоксазола. Является моноаминергическим антагонистом избирательного действия, селективным антагонистом 5-HT₂-серотонинергических и D₂-допа-

минергических рецепторов в ЦНС, блокирующим также α₁-адренергические и, в меньшей степени, H₁-гистаминовые и α₂-адренергические рецепторы; не оказывая при этом действия на холинергические рецепторы.

Целью проведенного исследования была оценка эффективности и безопасности применения Риспаксола (рисперидона) у больных шизофренией.

Под наблюдением находились 30 пациентов обоего пола с диагнозом шизофрении (в соответствии с критериями МКБ 10: 21 больной параноидной шизофренией (F 20.0) и 9 больных с недифференцированной формой шизофрении (F 20.3)), в возрасте от 23 до 60 лет, с различной длительностью заболевания и давших письменное согласие на участие в исследовании.

Всем обследованным проводились общеклиническое обследование (объективная регистрация субъективных жалоб пациента; объективная оценка психического и соматического статусов пациента) и обследование с помощью шкалы продуктивных и негативных расстройств при шизофрении (PANSS). Продуктивные (позитивные) симптомы шкалы PANSS (P) включали: бред (P1), концептуальную дезорганизацию (P2), галлюцинаторное поведение (P3), возбуждение (P4), манию величия (P5), подозрительность (P6), враждебность (P7). Негативные симптомы шкалы PANSS (N) включали: уплощение аффекта (№ 1), эмоциональную отстраненность (№ 2), недостаточный раппорт (№ 3), пассивно-апатический социальный уход (№ 4), трудности в абстрактном мышлении (№ 5), недостаток спонтанности и плавности беседы (№ 6), стереотипность мышления (№ 7). Шкала общей психопатологии PANSS (G) включала: озабоченность соматическими ощущениями (G1), тревогу (G2), чувство вины (G3), напряжение (G4), манерность и позу (G5), депрессию (G6), двигательную заторможенность (G7), некооперативность (G8), мысли с необычным содержанием (G9), дезориентацию (G10), трудности концентрации внимания (G11), снижение рассудительности и осознания болезни (G12), волевые нарушения (G13), недостаточный контроль импульсивности (G14), отрешенность от реальности (G15), активный социальный уход (G16).