

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

РЕФЕРАТ

тема: Неврозы. Клиническая картина, диагностика, лечение.

Выполнил(а):
ординатор 2-го года
Киселёва Мария Сергеевна

Красноярск, 2019г.

СОДЕРЖАНИЕ

СОДЕРЖАНИЕ	2
------------------	---

ВВЕДЕНИЕ	3
КЛАССИФИКАЦИЯ	4
ЭТИОЛОГИЯ и ПАТОГЕНЕЗ	5
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА	7
Неврастения	7
Невроз навязчивых состояний	8
Соматоформные расстройства	12
Ипохондрические расстройства	12
Истерический невроз.....	13
ДИАГНОСТИКА и ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ	15
ЛЕЧЕНИЕ.....	16
Прогноз	19
ЛИТЕРАТУРА.....	20

ВВЕДЕНИЕ

Невроз - одно из самых распространенных заболеваний, по данным статистики развитых стран, выявляемое у 10-20% населения. Распространенность неврозов постоянно увеличивается. По данным Всемирной организации здравоохранения, число больных неврозами за последние 65 лет XX в. возросло в 24 раза, тогда как число больных психическими заболеваниями за то же время увеличилось лишь в 1,6 раза. Женщины болеют в 2 раза чаще, чем мужчины.

Невроз - обратимое психогенное (как правило, конфликтогенное) нервно-психическое расстройство, которое возникает в результате нарушения особо значимых жизненных отношений человека и проявляется специфическими клиническими феноменами в отсутствие психотических явлений. Невроз занимает пограничное положение между заболеваниями неврологического и психиатрического профиля.

КЛАССИФИКАЦИЯ

В Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10) неврозы включены в раздел, посвященный невротическим, связанным со стрессом, и соматоформным расстройствам (F-4). В этом разделе представлены данные о неврозах с феноменологической точки зрения. По преобладающим феноменологическим проявлениям выделяют шесть основных типов невротических расстройств:

- тревожно-фобический;
- обсессивно-компульсивный;
- астенический;
- депрессивный;
- истерический;
- соматоформный.

В России, где с давних пор отдавали предпочтение нозологическому диагнозу, принято выделять три основные формы неврозов:

- неврастения;
- обсессивно-фобический невроз;
- истерический невроз.

Форма невроза зависит главным образом не от характера и выраженности психогенного воздействия, а от личностных особенностей конкретного человека.

С учетом длительности и особенностей течения выделяют следующие варианты неврозов:

- невротическую реакцию, которая обычно возникает в ответ на острый эмоциональный стресс (например, смерть близкого человека) и продолжается до

2 мес;

■невротическое состояние, или собственно невроз, продолжительность которого варьирует от 2 мес до года;

■невротическое развитие личности, проявляющееся обычно при хроническом воздействии психотравми-рующего фактора на человека, не способного к нему адаптироваться.

ЭТИОЛОГИЯ и ПАТОГЕНЕЗ

Основной причиной развития невроза считают острое или хроническое психогенное воздействие, имеющее высокую степень личностной значимости, нарушающее возможность реализации важных для пациента потребностей и вызывающее в связи с этим выраженные отрицательные эмоции и обусловленные ими вегетативные и соматические проявления.

Факторы риска развития невроза:

- врожденная эмоциональная неустойчивость, тревожность, ранимость, мнительность, подозрительность;
- склонность к развитию депрессии и появлению истерических реакций;
- затруднение социальной адаптации;
- конституциональные особенности;
- хроническое переутомление;
- голодание;
- длительная бессонница;
- соматические заболевания;
- перенесенные травмы;
- гипоксические состояния;
- аллергические состояния;
- эндокринные расстройства, в том числе физиологические гормональные перестройки (пубертатный период, беременность, климакс);
- экзогенные интоксикации.

Первичную патофизиологическую основу невроза составляют функциональные изменения глубинных структур головного мозга, обычно возникающие под влиянием выраженных стрессовых воздействий. Невроз развивается вследствие расстройства функции преимущественно лимбико-ретикулярного комплекса (ЛРК), обеспечивающего интеграцию эмоциональной, вегетативной и эндокринной сфер и вторично влияющего на тонус коры больших полушарий, что при неврозах может сказываться на продуктивности корковых процессов, в частности, когнитивной деятельности.

В развитии невроза определенное значение имеет преморбидное состояние ЛРК (унаследованные особенности и проявления врожденной патологии, а также перенесенные травматические, токсические, инфекционные и другие поражения мозга). При врожденном или приобретенном рассогласовании функций структур ЛРК в нем возникает метаболический дисбаланс, приводящий к усиленному реагированию мозга на эмоциогенные воздействия, снижению его адаптационных возможностей и в связи с этим к нарастающей предрасположенности к развитию невроза.

По результатам экспериментальных исследований, при неврозе изменения в ЛРК возникают прежде всего на субклеточном уровне и включают:

- уменьшение количества рибосом в нервных клетках;
- деструкцию клеточных мембран;
- нарушение перекисного окисления липидов в биологических мембранах;
- расширение цистерн эндоплазматической сети;
- повышение концентрации везикул, содержащих медиаторы, в синаптических нервных окончаниях.

Кроме того, у пациентов с неврозами в ЛРК возможны:

- дегенерация нервных окончаний;
- уменьшение количества нервных клеток в гиппокампе;
- формирование дополнительных синаптических связей (гиперсинапсия).

Установлено также, что уменьшение

количества нервных клеток в ЛРК сопровождается накоплением в сохранившихся нейронах большего, чем в норме, количества нуклеиновых кислот и ферментов. Такие клетки называют высокозаряженными.

Все указанные изменения сопровождаются дезинтеграцией функций эмоциональной сферы, вегетативной и эндокринной систем, а в связи с этим вторичными интеллектуальными расстройствами и нарушением памяти. Такое нарушение памяти не имеет отношения к деменции, поскольку носит динамичный характер, однако отрицательно сказывается на трудоспособности в период болезни.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Наряду с эмоциональными расстройствами, основными проявлениями невроза служат разнообразные признаки вегетативного и эндокринного дисбаланса. При этом психотические нарушения (например, галлюцинации, бред) отсутствуют, и сохраняется критическое отношение больного к своему состоянию.

Клиническая картина невроза определяется не столько характером и выраженностью эмоциогенного стресса, сколько его значением для пациента, подвергшегося стрессовому воздействию. Существенное значение имеют особенности его личности. Поскольку личность каждого человека формируется под влиянием унаследованных особенностей, а также воспитания, обучения, влияния окружающей среды и соматического состояния человека, то она практически неповторима. В результате возникает множество клинических вариантов невроза, т.е. каждый пациент болеет неврозом по-своему. Однако с практической точки зрения целесообразно выделять основные клинические формы невроза, или невротические синдромы.

Неврастения

Неврастения развивается на фоне нервного истощения, чаще у людей с тревожно-мнительными чертами характера. Состояние проявляется неврастеническим синдромом, признаки которого обычно наблюдают и при неврозоподобных состояниях. В основе этого синдрома лежит «раздражительная слабость» - повышенная эмоциональная возбудимость и быстрое наступление истощения. Характерные признаки этого состояния:

- повышенная чувствительность, эмоциональность, вспыльчивость;
- фиксация на стрессовой ситуации и, как следствие, снижение внимания, трудность сосредоточения и усвоения текущей информации, жалобы на расстройство памяти;
- снижение настроения, нарушения сна и аппетита;
- склонность к сенестопатиям;
- нейроциркуляторная дистония, следствием которой может быть, в частности, упорная головная боль;
- гормональные расстройства, которые проявляются, прежде всего, снижением либидо, половой потенции, фригидностью, иногда нарушением менструального цикла.

Кроме того, Ю.В. Попов и В.Д. Вид (1997) признают обязательным присутствие при неврастении одного из следующих симптомов:

- острые или хронические мышечные боли;
- оцепенение, онемение;
- головная боль, вызванная мышечным напряжением;
- нарушение сна;

- неспособность расслабиться;
- раздражительность.

Клиническая картина неврастении достаточно разнообразна. Принято выделять гиперстеническую и гипостеническую формы неврастении.

Для гиперстенической формы характерны:

- несдержанность, нетерпеливость, раздражительность, невнимательность;
- мышечное напряжение и невозможность произвольной миорелаксации;
- стойкое и мучительное чувство снижения продуктивности вскоре после начала умственной работы.

Гипостенической форме неврастении свойственны апатия, стойкая усталость и общая слабость после небольшой умственной и особенно физической нагрузки, утомляемость, истощение после приложения минимальных усилий. Нередко проявления этих форм неврастении сочетаются или трансформируются друг в друга в процессе болезни. При обоих вариантах неврастении возможны головокружения и головная боль. Неврастенические расстройства обычно входят в клиническую картину других форм неврозов, а также неврозоподобных состояний, но при неврастении они выступают ведущими признаками болезни.

Для всех форм невроза, в частности, для неврастении характерна постоянная вегетативно-сосудистая лабильность, однако иногда на этом фоне развиваются вегетативные пароксизмы, с преобладанием симпатико-адреналовых или парасимпатических проявлений. В МКБ-10 они известны как паническое расстройство - внезапно возникающие вне четкой связи со специфическими ситуациями приступы интенсивной тревоги, иногда сильного страха, достигающие максимума в течение нескольких минут. Во время приступа типичны выраженные вегетативные реакции: тахикардия, гипергидроз, тремор, сухость во рту, одышка, чувство удушья, неприятные ощущения, иногда боли в грудной клетке, тошнота или ощущение желудочно-кишечного дискомфорта, головокружение, в редких случаях дереализация и деперсонализация. Приступы повторяются с разной частотой. Длительность приступа обычно не превышает 20-40 мин. Как правило, между приступами пациентов тревожит непредсказуемая возможность их возобновления.

Невроз навязчивых состояний

Невроз навязчивых состояний возникает у людей с тревожно-мнительными чертами личности и преобладанием логического мышления над чувствами. Такие пациенты как бы выискивают случайные взаимосвязи между следующими друг за другом событиями. При этом они переоценивают значение этих связей, что ведет к формированию на их основе стойких условных рефлексов. Например, возникшие на службе неприятности пациент может связать с одеждой, которая в тот день была на нем, или номером маршрута трамвая, на котором он ехал на работу. Вследствие этого больной стремится избегать определенных ситуаций или предметов, если, по его мнению, с ними связаны неудачи, побуждающие

отрицательные эмоции.

Поскольку больной стремится к повторению тех или иных действий, связывая их с предотвращением беды или удачей, то со временем эти действия приобретают характер навязчивых. Таким образом, у пациента постепенно формируются все усложняющиеся ритуалы. По Н.М. Асатиани (1967), на начальном этапе формирования ритуалы носят характер так называемой прямой защиты. Она выражается в стремлении избегать травмирующих ситуаций, отвлечении от них внимания и в то же время ведет к постепенному усложнению защитных действий, которые приобретают подчас нелогичный, нелепый вид ритуального действия, квалифицируемого как проявление «непрямой защиты».

Помимо ритуалов, к основным навязчивым состояниям относят:

- навязчивые страхи (фобии), характеризующиеся иррациональной боязнью той или иной ситуации, на самом деле не представляющей реальной опасности;
- навязчивые мысли (в том числе «умственная жвачка»), идеи, сомнения;
- навязчивые воспоминания;
- навязчивые образы (в том числе представления);
- навязчивые влечения (обсессия, мании);
- навязчивые действия (компульсии).

По А.В. Снежневскому (1983), навязчивые явления могут быть отвлеченными (навязчивый счет, навязчивое воспроизведение в памяти имен, определений, дат и прочая «умственная жвачка») и чувственными (образными) с аффективным, нередко крайне тягостным, чувством дискомфорта.

Проявления навязчивости делают больного нерешительным и неуверенным в правильности и завершенности собственных действий и поступков, снижают продуктивность его мышления, ухудшают результаты физической и умственной работы. Они возникают помимо воли больного, как бы насильственно. При этом больной обычно относится к ним достаточно критично, но не в состоянии их преодолеть. Только во время кульминации страха больной иногда полностью утрачивает критическое отношение к нему. Так, если больного с кардиофобией охватывает соответствующее чувство страха, у него могут возникать ощущения, по его мнению, характерные для сердечной патологии. Страху в таком случае обычно сопутствуют выраженные общие вегетативные, иногда бурные эмоциональные реакции (например, ужас наступающей смерти), сопровождаемые призывами о помощи.

Для невроза навязчивых состояний типично постепенное расширение круга ситуаций, вызывающих чувство тревоги и страха, которые могут приобретать генерализованный, подчас немотивированный характер и обычно ведут к гипервентиляции и другим вегетативным расстройствам. Количество вариантов навязчивых маний, фобий и других подобных явлений исчисляется многими десятками. Мании и фобии, как правило, сочетаются с чувством тревоги, независимы от воли и могут сопровождаться элементами депрессии.

Возможны контрастные навязчивые состояния: ярко выраженное желание совершить какой-то определенный бестактный или опасный поступок и в то же время осознание его ненужности и страх перед побуждением выполнить то, чего делать не следует. Воздержание от такого поступка обычно сопровождается выраженным чувством дискомфорта, совершение же этого поступка ведет к ощущению комфорта.

К навязчивым невротическим фобиям относятся:

■агорафобия - боязнь открытых пространств (площадей, широких улиц), пребывания в общественных местах, в толпе, невозможность при этом сразу же вернуться в безопасное место (обычно домой), а также боязнь передвижений вне дома;

■алгофобия - боязнь боли;

■акриофобия - опасение неправильного понимания смысла услышанного или прочитанного;

■акрофобия - боязнь высоты;

■акустикофобия - боязнь резких звуков;

■антропофобия - боязнь людей;

■аутофобия, изолофобия, монофобия - страх оказаться в одиночестве;

■аутомизофобия - страх стать распространителем неприятных запахов;

■аэрофобия - боязнь сквозняков;

■гамартофобия - страх совершения греха, недостойного поступка;

■гаптофобия - страх прикосновения;

■иофобия - боязнь ядов, отравления;

■клаустрофобия - боязнь замкнутых помещений;

■копофобия - боязнь переутомления;

■мезофобия - боязнь загрязнения;

■оксиофобия - боязнь острых предметов;

■пейрафобия - боязнь публичных выступлений;

■пениафобия - боязнь бедности, обнищания;

■скопофобия - боязнь выглядеть смешным;

■танатофобия - боязнь смерти;

■эритрофобия - боязнь покраснеть, боязнь красного цвета и многие другие.

Выделяют также следующие формы

фобий.

Социальные фобии возникают обычно в подростковом возрасте и сконцентрированы вокруг страха повышенного внимания окружающих. При

этом возможны проявления тревоги, стыда и замешательства, а также опасение того, что его проявления будут распознаны окружающими и станут предметом насмешек. Такие фобии, как правило, сочетаются с заниженной самооценкой, боязнью критики. В выраженных случаях больные нередко стремятся к социальной изоляции.

Специфические фобии- страхи, обусловленные конкретной изолированной пусковой ситуацией (боязнь высоты, темноты, грозы, приема определенной пищи, острых предметов и заражения ВИЧ-инфекцией, канцерофобия). Они проявляются обычно с детских или молодых лет и не обнаруживают тенденции к произвольным колебаниям интенсивности.

Генерализованное тревожное состояние- выраженная постоянная тревога стойкого, обычно немотивированного характера. Доминируют жалобы на чувство постоянной нервозности, мышечное напряжение, повышенную потливость, дрожь, сердцебиение, головокружение, дискомфорт в эпигастральной области. Часто у больного возникает страх по поводу того, что он сам или его родственники скоро заболеют или с ними произойдет несчастный случай, возможны и другие предчувствия приближающейся беды. Эти опасения обычно сочетаются с двигательным беспокойством, признаками депрессии и вегетативной дисфункции, в частности, с кардиореспираторными расстройствами. Пациенты проявляют повышенную озабоченность обычными повседневными делами, нередко предвосхищая неудачу при их выполнении. Генерализованное тревожное состояние более характерно для женщин и может быть связано с хроническим эмоциогенным стрессом, выявляемым при тщательном сборе анамнеза.

Смешанное тревожное и депрессивное расстройство- сочетание хронических проявлений тревоги и депрессии без определенной мотивации. Выраженность их чаще умеренная, и ни те, ни другие не являются отчетливо доминирующими. В неврологическом статусе у больных обычно выявляют признаки вегетативной лабильности.

Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации развиваются при остром интенсивном эмоциогенном или хроническом психосоциальном стрессе, т.е. значительных потрясениях или важных изменениях в жизни пациента, приводящих к продолжительно сохраняющимся негативным проявлениям, в частности страху, сопровождаемому расстройством общей и социальной адаптации. При этом характерны:

- притупление чувств (эмоциональная «анестезия»);
- ощущение отдаленности, отстраненности от других людей;
- потеря интереса к прежним занятиям, притупление адекватных эмоциональных реакций;
- изменения поведения, вплоть до ступора;
- чувства унижения, вины, стыда, злобы;

- приступы тревоги, страха;
- преходящие снижения внимания, памяти;
- возможная амнезия пережитой стрессовой ситуации, рудиментарные иллюзии и галлюцинации, нарушение контроля собственных побуждений;
- нередко тенденция к злоупотреблению алкоголем, приему наркотических веществ, суициду.

Реакции на тяжелый стресс и расстройства адаптации возможны во всех возрастных группах. Описанный невротический синдром развивается у 50-80% лиц, переживших тяжелый стресс. При этом выраженность патологических проявлений нередко непропорциональна интенсивности этого стресса, и их зачастую расценивают как проявления реактивного психоза.

Помимо этого, в МКБ-10 выделяют органические неврозы (соматоформные расстройства) и ипохондрический невроз.

Соматоформные расстройства

Множественные, повторно возникающие и часто видоизменяющиеся симптомы соматических заболеваний функционального происхождения, которые обычно присутствуют на протяжении нескольких лет, предшествовавших обращению пациента к невропатологу или психиатру. Большинство пациентов до этого лечились у врачей других специальностей, в частности у терапевтов, прошли длительный путь и множество разнообразных обследований, а иногда перенесли бесполезные хирургические вмешательства. Наиболее часто внимание пациента сконцентрировано на возможности заболевания пищеварительного тракта и кожи; возможны жалобы на нарушения менструального цикла, импотенцию, которые нередко сопровождаются тревогой и депрессией. Соматические жалобы больного обычно сочетаются с эмоциональной неустойчивостью, импульсивностью и тревожно-депрессивными проявлениями.

Ипохондрические расстройства

Характеризуются тем, что пациенты не только тягостятся соматическим дискомфортом, но и испытывают страх, будучи уверены в присутствии у них еще не установленной уродующей или угрожающей жизни болезни. Как правило, они предполагают сердечно-сосудистое или гастроэнтерологическое заболевание. Пациентам свойственны:

- эгоцентричность;
- ограниченный эмпатический потенциал (неспособность к пониманию и сопереживанию душевного состояния другого человека), слабая заинтересованность нуждами окружающих;
- многословность на приеме у врача, склонность к детализированным описаниям, предъявлению многочисленных материалов предыдущих консультаций и обследований;

- нередкие аффективные реакции протеста при попытках разубеждения в присутствии у них опасных соматических болезней;

- чувство обиды на недостаточное внимание к ним и сочувствие окружающих.

Порой повышенная озабоченность больных состоянием своего здоровья становится для них защитой от низкой самооценки. Иногда мнимая соматическая болезнь превращается в символическое средство искупления ощущаемого чувства вины и расценивается как наказание за допущенные ранее неблагоприятные поступки.

Истерический невроз

К истерии склонны люди с истерическими чертами личности (демонстративность, жажда признания окружающими, склонность к псевдологическим суждениям). Многообразные проявления истерического невроза включают:

- эмоциональные «бури»;

- расстройства различных видов чувствительности по функциональному типу (такие как истерические слепота и глухота);

- двигательные нарушения (функциональные парезы или параличи, гиперкинезы, судорожные припадки);

- быструю смену настроения;

- демонстративность поведения;

- повышенную внушаемость;

- зачастую нелепость жалоб и поведенческих реакций;

- развитие болезненных проявлений по механизму «условной желательности» или «бегства в болезнь».

Демонстрируемые больным нарушения движений и чувствительности соответствуют их представлению о реально возможной органической патологии. Окружающие могут воспринимать их как больных с очаговыми неврологическими симптомами, однако расстройства движений и чувствительности в таких случаях обычно противоречат анатомическим и физиологическим принципам, а при клиническом и лабораторном обследовании больных объективные признаки органической неврологической патологии не выявляются.

Проявления двигательных и чувствительных расстройств у таких больных зависят от их эмоционального состояния, на которое обычно влияет присутствие людей, их состав и количество. Как и при других проявлениях истерии, характерны психогенная обусловленность, обязательная заметность возникающих симптомов, демонстративность. Параличи, судороги, нарушения чувствительности могут сопровождаться выраженным эмоциональным аккомпанементом или же переноситься с «прекрасным равнодушием». Такие

расстройства возможны в любом возрасте, но чаще отмечены у молодых женщин.

ДИАГНОСТИКА и ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Поскольку невроз всегда сопряжен с психотравмирующим воздействием и его развитие определяется личностным отношением к этому раздражителю, то в процессе обследования пациента необходимо, тщательно анализируя жалобы и анамнез, получить максимум информации об особенностях его личности и социального положения, условиях его жизни и работы. При этом следует стремиться выявить и понять характер воздействующих на пациента острых и хронических психотравмирующих влияний, адекватно оценив значимость этих воздействий лично для него. Что касается исходных черт личности больного, то к развитию невроза и неврозоподобного состояния предрасполагают одни и те же личностные особенности. В процессе диагностики невроза показано полное соматическое и неврологическое обследование с целью исключения органической патологии внутренних органов и нервной системы.

Дифференциальный диагноз

Нарушение функции ЛРК может стать причиной развития не только невроза, но и неврозоподобного синдрома - состояния, сходного с неврозом по клиническим проявлениям. Как и невроз, неврозоподобный синдром характеризуется признаками дезинтеграции функций эмоциональной, вегетативной и эндокринной систем. Он может быть обусловлен интоксикацией, черепно-мозговой травмой, инфекцией, поражением тканей и органов. При соматических и инфекционных заболеваниях неврозоподобный синдром может проявиться не только в остром периоде болезни, но и в период реконвалесценции, а в случаях, к примеру, хронической печеночной или почечной недостаточности он обычно приобретает затяжное, нередко прогрессирующее течение.

Главное отличие невроза от неврозоподобного состояния кроется в этиологическом факторе, причине болезни. При неврозах такой причиной служит острый или хронический эмоциогенный стресс, тогда как развитие неврозоподобного состояния обычно провоцируют другие экзогенные или эндогенные факторы. Следовательно, при дифференциальной диагностике важен тщательно собранный анамнез. Кроме того, диагностике соматогенных неврозоподобных состояний помогают результаты подробного и внимательного соматического обследования, включая лабораторные данные и результаты визуализирующих методов исследования (например, ультразвуковых, рентгенологических, компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии).

Установив диагноз «невроз», следует проанализировать характер доминирующих клинических проявлений, которые обычно непосредственно зависят от особенностей личности больного. В результате такого анализа можно определить форму невроза обследуемого пациента.

ЛЕЧЕНИЕ

Приступая к лечению, надо рассмотреть вопрос о возможности выведения больного из психотравмирующей ситуации. К сожалению, это удается редко. Значительно чаще врачу доступна возможность оказания помощи больному в пересмотре его отношения к психотравмирующему фактору.

Полезной может быть психотерапия, в частности рациональная психотерапия, которой должен владеть каждый врач: опираясь на фактические данные, в частности, на результаты медицинского обследования, а также на способность больного к логическому мышлению, врач нередко может уменьшить актуальность тревоги и страха пациента перед существующими или мнимыми обстоятельствами.

Если больной не приемлет логических доказательств, то возможно применение внушения как при обычном бодрствующем состоянии больного, так и после введения психотропных ЛС (наркопсихотерапия) или на фоне гипноза (гипнотерапия). Определенное значение в лечении и профилактике неврозов имеет и самовнушение, в частности, аутогенная тренировка; этому методу самолечения должен обучать психотерапевт (при соответствующих показаниях).

Эффективны физические методы лечения, прежде всего гидропроцедуры и бальнеотерапия. Отмечено, что медикаментозная терапия и физиотерапия более эффективны, если сопровождаются адекватной лечебной суггестией, т.е. внушением больному идеи о целесообразности и эффективности ЛС и лечебных процедур. На состояние больных неврозами благоприятно влияют рефлексотерапия, гомеопатия, фитотерапия и иглорефлексотерапия; все эти методы лечения надо сопровождать суггестией, направленной на улучшение состояния пациента. Лечение больного неврозом могут содействовать и близкие ему люди, создавая для него в семье благоприятный психологический климат.

Наряду с психотерапией и физиотерапией, при неврозах целесообразно медикаментозное лечение, способствующее нормализации метаболических процессов в нервной ткани, влияющее на медиатор-ные процессы в ЛРК, оказывающее общеукрепляющее действие и помогающее нормализации сна. Применение некоторых ЛС позволяет восстановить и сбалансировать функцию мозговых структур, определяющих состояние эмоциональной, вегетативной и эндокринной систем. Медикаментозную терапию обычно начинают с малых доз соответствующих ЛС; впоследствии начальную дозу ЛС увеличивают до средней терапевтической.

При неврозах в качестве монотерапии или фонового лечения (которое дополняют другими ЛС) часто применяют успокаивающие (седативные) и транквилизирующие ЛС, снижающие остроту реагирования больного на психотравмирующие обстоятельства и уменьшающие выраженность эмоционального напряжения.

При психоэмоциональном напряжении, в частности, у больных неврозом, часто применяют седативные ЛС растительного происхождения:

- экстракт корневищ перца опьяняющего;
- валерианы лекарственной корневища с корнями;
- душицы обыкновенной траву;
- страстоцвета мясо-красного траву - (пассифлоры траву);
- пиона уклоняющегося траву, корневища и корни;
- пустырника траву;
- боярышника цветов экстракт + валерианы лекарственной корневищ с корнями экстракт;
- боярышника плодов экстракт + бузины черной цветков экстракт + валерианы лекарственной корневищ с корнями экстракт + зверобоя продырявленного травы экстракт + Melissa лекарственной травы экстракт + страстоцвета мясо-красного травы экстракт + хмеля соплодий экстракт (например, ново-пассит);
- валерианы лекарственной корневищ с корнями настойка + хмеля соплодий экстракт.

Седативные ЛС хорошо переносятся, к их достоинствам принадлежит минимальная выраженность побочных эффектов, а в отсутствие гиперчувствительности и при правильном применении этих средств побочные реакции отсутствуют.

Помимо этого, при неврозах применяют транквилизаторы, как монокомпонентные (производные бензодиазепа, пропанди-ола), так и комбинированные. Чаще других используют бензодиазепины (длительность начальной терапии составляет 2 мес, затем лечение продолжают в зависимости от клинического эффекта и переносимости ЛС): Диазепам, Клоназепам, Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин (феназепам), Хлордiazепоксид.

Из указанных ЛС следует выделить высокоактивные бензодиазепины, характеризующиеся особенно значительным терапевтическим индексом: алпразолам, клоназепам.

Алпразолам - представитель нового поколения бензодиазепинов. Он оказывает хороший транквилизирующий и незначительный седативный эффект, обладает антифобическим и противосудорожным действием. Препарат особенно показан при неврозе с выраженным тревожным синдромом.

Клоназепам показывает выраженный анксиолитический эффект, сопровождаемый седативным, миорелаксирующим и противосудорожным действием. Он показан при ощущении больным чувства страха, в частности при панических приступах.

При панических расстройствах целесообразно комбинированное лечение диазепамом и α -адреноблокаторами:

Диазепам + Фенилпирролидинилбутирил-дигидробензодиазепин (бутироксан)

внутри по 50 мг 3 раза в сутки, продолжительность начальной терапии - до 2 мес, затем в зависимости от клинической эффективности и переносимости.

При неврозах с элементами депрессии целесообразно применение ЛС, оказывающих антидепрессивное действие: трициклических и тетрациклических антидепрессантов, ингибиторов МАО и селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС); длительность начальной терапии составляет 2 мес, после этого лечение продолжают в зависимости от клинического эффекта и переносимости ЛС: Амитриптилин, Имипрамин, Кломипрамин, Мапротилин, Флуоксетин

Ингибиторы МАО несовместимы с другими антидепрессантами, а также с симпатомиметиками и продуктами, содержащими тирамин (такими как соя, сыр, кофе, копчености).

СИОЗС оказывают выраженный анксио-литический эффект и лучше переносятся, поэтому их рекомендуют для длительного, в частности, профилактического лечения.

Лечение ЛС с антидепрессивным действием не всегда устраняет страх ожидания панических расстройств. Следовательно, для его преодоления целесообразны дополнительные кратковременные курсы лечения бензодиазепинами.

При смешанном тревожном и депрессивных синдромах важно сбалансированное воздействие анксиолитиков (бензо-дiazепинов) и антидепрессантов (лечение подбирают индивидуально, в зависимости от преобладания того или иного компонента).

Больным с обсессивно-компульсивным расстройством показано лечение антидепрессантом кломипрамином, приблизительно в равной степени обладающим активирующим и анксиолитическим действием: Кломипрамин.

Как правило, устойчивый эффект наступает на 4-6-й неделе лечения, но и после этого показана длительная поддерживающая терапия.

Обычно панические эпизоды прекращаются через 2-4 нед после начала такого комбинированного лечения. Отменять ЛС следует постепенно. В случае возобновления панических расстройств (приступов) лечение немедленно возобновляют.

При невротических расстройствах необходимо длительное лечение; его эффективность можно оценить не ранее чем через несколько недель. Признаками эффективности лечения служат исчезновение невротических симптомов, улучшение как психического, так и физического состояния пациента, уменьшение выраженности переживаний, связанных с перенесенным или текущим психотравмирующим воздействием.

Прогноз

В случае правильной тактики лечения и разрешения психотравмирующей

ситуации прогноз при неврозах обычно благоприятный. Как правило, хороший прогноз при развитии острой реакции на стресс отмечается при быстром развертывании клинической картины, исходно хорошей способности к адаптации, выраженной социальной поддержке, а также при отсутствии у больного сопутствующих психических и иных тяжелых заболеваний.

При хроническом воздействии пси-хотравмирующего фактора, имеющего для больного большое личностное значение, и в отсутствие адаптации к нему возможно «невротическое развитие личности», т.е. обретение стойких патологических характерологических свойств, например истерических, ипохондрических, сутяжных или аффективных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психических больных. - М.: Медицина, 1988. - 528 с.
2. Айропетянц М.Г., Вейн А.М. Неврозы в эксперименте и в клинике. - М.: Наука, 1982. - 272 с.
3. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. - М.: Медицина, 1993. - 400 с.
4. Александровский Ю.А., Барден-штейн Л.М., Аведисова А.С. Психотерапия пограничных психических расстройств. - М.: ГЭОТАР-Медицина, 2000. - 250 с.
5. Вальдман А.В., Александровский Ю.А. Психотерапия невротических расстройств. - М.: Медицина, 1987. - 288 с.
6. Вейн А.М. Неврозы //Журн. невропатол. и психиатр. им. Корсакова. - 1998. - № 11. - С. 38-41.
7. Гусев Е.И., Бурд Г.С., Никифоров А.С. Неврологические симптомы, синдромы, симптомокомплексы и болезни. - М.: Медицина, 1999. - 878 с.
8. Гусев Е.И., Дробышева Н.А., Никифоров А.С. Лекарственные средства в неврологии. - М.: Нолидж, 1998. - 304 с.
9. Гусев Е.И., Никифоров А.С., Гехт А.Б. Лекарственные средства в неврологической клинике. - М.: МЕДпресс-информ, 2003. - 416 с.
10. Давиденков С.Н. Неврозы. - Л.: Медгиз, 1963. - 272 с.