

Шакиров Б.М.,
Юлдашев С.Ж.,
Рахматова Д.Х., Аишурова М.С.,
Ибадова Д.И... Зиганишина Н.Х.

**СОВРЕМЕННЫЕ ПРИОРИТЕТЫ
ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ ПРИ ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ:
БЕЗОПАСНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ СФ** (директор - проф.
Ахмедов Ю.М.) РНЦЭМП,
СамМИ (ректор - проф. Шамсиев А.М.)

Введение: Ожоговая травма сопровождается полиморфными нервно-психическими расстройствами. как преходящими, так и длительно протекающими и в последующем определяющими качество жизни пострадавших в период ранней и поздней реконвалесценции.

Ожоговая травма и попадание в ожоговый центр уже само по себе являются для пациента сильной психофизической травмой. Прежний социальный опыт не подсказывает больному как ему вести себя в этой ситуации. В совокупности с этим - ожоговая болезнь - это сложный патофизиологический симптомокомплекс, обусловленный ожоговой травмой. В связи с этим на всех этапах ожоговой болезни могут наблюдаться психопатологические расстройства как пограничного, так и психотического уровня, которые затрудняют клиническую картину заболевания и его течения. Возвращение здоровья обожженному человеку предусматривает устранение неуверенности в своих силах, боязни неудачного исхода операции, страхом перед утратой производственной и социальной активности. ограничением трудоспособности, потерей сексуальной привлекательности, изменением семейно-брачных отношений.

В связи с тем, что у обожженного появляются господствующие рефлекторные системы: доминанты боли, страх перевязок и пересадки кожи, часто нарушаются процессы отражения и восприятия. мотивации к лечебно-реабилитационному процессу, его волевое регулирование. Преобладают такие черты характера как безволие, апатия, пассивность. Наблюдаются основные типы эмоционального реагирования, переживаний у обожженных: депрессивный (тревожно-депрессивный), дистимический, ипохондрический. Отличаются также высокие или низкие уровни эмоционального интереса к комфортности.

В основе современного подхода лежит следующий принцип реабилитации: партнёрство, т.е. создание сплочённого союза пациента и врача в многоступенчатом лечебно-восстановительном процессе.

При легкой степени психологических расстройств предпочтение отдаётся психотерапии или другим методам немедикаментозной психокоррекции.

Ближайшим этапом психокоррекционного процесса является снятие остроты эмоциональных переживаний, вызванных обширными ожоговыми ранами, облегчение адаптации пострадавшего к больничной среде, к новой социальной роли и функциям. С этой целью выявлялись внутриличностные конфликты, особенности потребностно-мотивационной сферы, механизмы психологической защиты и компенсации с целью актуализировать совместную деятельность для предупреждения и снятия патологической фиксации больного на своих переживаниях, что значительно облегчало в последующем проведение

реабилитационных мероприятий для достижения соматического и психического здоровья.

Одной из важнейших задач психотерапевтического воздействия является устранение доминанты боли, купирование приступов страха перед медицинскими манипуляциями, ослабление оборонительно-агрессивной позиции. С этой целью нами применялась когнитивная психотерапия. Для создания у обожженного чувства безопасности и защищенности применялись приёмы «когнитивного структурирования», «десенсибилизации», «вентилиции эмоций». «когнитивного проигрывания» и др. Наряду с клинически ориентированной психотерапией использовалась также и личностноориентированная психотерапия, содействующая изменению отношения пациента к микро- социальному окружению и собственной личности.

При умеренных и выраженных психологических расстройствах патогенетическим методом лечения являлась психофармакотерапия. Клиническая целесообразность психофармакотерапии у больных ожоговой болезнью в каждом конкретном случае была четко обоснована. По общему признанию специалистов в области психофармакотерапии психотропные средства нельзя превращать в завесу от стрессовых ситуаций современного человека, уменьшая тем самым естественные адаптационные возможности его центральной нервной системы. Вместе с тем, своевременная и адекватная психофармакокоррекция позволяла избежать более серьезных психологических расстройств.

В рекомендациях Британской ассоциации по психофармакологии при выборе препаратов приоритет отдается их безопасности (т.е. наименьшей выраженности побочных эффектов), затем - клинической эффективности.

Цель работы. Выявление психических расстройств на разных этапах ожоговой болезни, проведение адекватной психофармакотерапии.

Материал и методы. Под наблюдением находились 137 больных, госпитализированных в отделение комбустиологии СФРНЦЭМП с термической травмой различной локализации и площади. II-IV степени в возрасте от 18 до 56 лет, из них мужского пола - 78, женского - 59.

Наиболее часто встречающимися психопатологическими расстройствами, сопровождающими ожоговую болезнь, являлись депрессивные расстройства различной структуры: астено-депрессивные, вяло-динамические депрессии, тревожно-депрессивные, депрессивно-фобические, депрессивно-ипохондрические.

С нарастанием ожоговой интоксикации на 3-5 сутки увеличивалось число психотических эпизодов, особенно в вечернее время и ночные часы. При ожогах площадью более 20% поверхности тела и 3-4 степени глубины поражения нарастание интоксикации приводило к возникновению психотических расстройств, из которых преобладает делириозный синдром, (у 5 больных - 3.7%). Особенностью его является резкое возникновение возбуждения с последующим истощением коры и корковых образований.

В основном из транквилизаторов мы использовали 0,5% раствор Сибазона в/в медленно в 5 % растворе глюкозы 4-2 мл (20-10 мг). При применении Сибазона отмечалось исчезновение тревожности, внутренней напряженности, навязчивых мыслей, страхов. Наличием антифобического эффекта было обусловлено и вторичное антидепрессивное действие препарата: вслед за снятием тягостных эмоций: страха и тревоги развивалось ощущение успокоенности. Также Сибазон оказывал слабое коронаро-расширяющее и гипотензивное действие.

Мы широко применяли антидепрессанты амитриптилин и флуоксетин. Амитриптилин - традиционный «классический», наиболее доступный трициклический ингибитор моноаминоксидазы. Амитриптилин - антидепрессант с седативным эффектом, улучшает патологически сниженное настроение. Его назначали внутрь, 50-200 мг, в тяжелых случаях внутривенно капельно 100-150 мг в сутки преимущественно на ночь.

Также применяли антидепрессант нового поколения, обладающий высокой селективностью и, следовательно, лишённый массы побочных явлений. Флуоксетин - антидепрессант со стимулирующим действием. Его назначали внутрь в суточной дозе 20-40 мг утром и днем. Флуоксетин обладает рядом преимуществ по сравнению с амитриптилином: сочетание ти-моаналептического, анксиолитического, стимулирующего, вегетостабилизирующих эффектов: отсутствие синдрома отмены, возможность применения у пожилых.

Несмотря на широко распространенное мнение, что действие антидепрессантов развивается только к концу 2-3 недели лечения, во многих случаях заметное клиническое улучшение наступало уже в первую неделю терапии.

В силу уникального спектра психотропной активности в последние годы в арсенале медикаментозных назначений врачей особое место занял

алпрозам (Ксанакс). Алпрозам (Ксанакс) анксиолитик из новой группы бензодиазепинов, содержащих триазольное кольцо. Ксанаксу наряду с противотревожным эффектом, присущи достаточно выраженные антидепрессивные и вегетостабилизирующие свойства. Ксанакс относится к группе переходных препаратов, одновременно обладающих свойствами 2-х классов психотропных средств, в частности транквилизатора и антидепрессанта. Отличительной особенностью Ксанакса является хорошая клиническая переносимость. По сравнению с диазепамом, при лечении Ксанаксом количество побочных эффектов (сухость во рту, нарушение зрения, тахикардия, задержка мочи), присущих классическим трициклическим антидепрессантам, существенно уменьшалось. Учитывая индивидуальную чувствительность больных к психотропным препаратам, лечение начинали с минимальной дозы. Для Ксанакса это доза 0,125 мг/сутки, затем её постепенно повышали до оптимально эффективной (в среднем $0,75 \pm 0,125$ мг/сутки), распределяя большую часть суточной дозы во второй половине дня.

Кроме фармакотерапии, проводилась своевременная адекватная психокоррекция. У наших больных психокоррекция способствовала уменьшению клинических проявлений заболевания, повышала их социальную адаптацию и потенцировала лечебные воздействия, позволяла избежать более серьёзных психологических расстройств, возможно необратимых, и дебюта многих заболеваний психосоматической направленности. С помощью психотерапевтических методик мы воздействовали на такие психопатологические нарушения, как: страх, астению, депрессию, ипохондрические расстройства, а также на нейровегетативные и нейросоматические функционально-динамические нарушения.

Вывод: При ведении больных с ожоговой болезнью важно ещё на ранних этапах проводить психофармакотерапевтическую коррекцию для улучшения эмоционального статуса больных, устранения фобий, тревоги, ипохондрических переживаний, снижения болевой доминанты как фармакологическими препаратами, так и психотерапевтическими методами воздействия. Психотропные препараты необходимо применять с учетом всего профиля фармакологической активности (психотропной, соматотропной, вегетотропной) с тщательной разработкой режима дозирования, с соблюдением необходимой временной экспозиции, с психотерапевтической поддержкой.

Литература

- Райский В.А. «Психотропные средства в клинике внутренних болезней». Москва Медицина 1982.
Морозов ГВ. «Руководство по психиатрии» Москва Медицина 1988 том 1.2.
Кукес В.Т. «Клиническая фармакология» Москва, 1991, 2006 г.
Салимова Н.Р., Ходжаев А. «Терапия Ксанаксом тревожно-депрессивных расстройств у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями» Методические рекомендации. Ташкент 2001 г.
Л. Карп, О. Чиримпей «Психические расстройства при ожоговой болезни». Сб. тр. I съезда комбустиологов РФ
Бурчинский С.Г. Новые возможности нейропротекции Межд.Невро.логический Журнал 2006 г. №4 стр. 153-158.
Бурчинский С.Г. Нейропротекция как комплексная фармакотерапевтическая и фармакопрофилактическая стратегия. Therapia 2008 г. №2, стр. 53-56.