

УДК 612.017.1.43:616.891.2

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ИСТЕРИЧЕСКОЙ ПСИХОПАТИИ В СТАДИЮ ДЕКОМПЕНСАЦИИ

Подсеваткин В.Г., Говш Е.В., Кирюхина С.В., Подсеваткина С.В., Бочкарева Н.В.

ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», Медицинский институт, Саранск, Россия (430005, Саранск, ул. Большевикская, 68), e-mail: mrpb@mail.ru

Состояние декомпенсации истерического расстройства личности сопровождается не только выраженностью клинических проявлений истерической симптоматики, но и изменениями газово-электролитного состава крови, иммунной и эндокринной систем гомеостаза. В работе проведены исследования, изучающие влияние комплексной терапии с использованием антиоксиданта, иммунокорректора и гипербарической оксигенации (ГБО) на редукцию психопатологических симптомов и динамику показателей газов и электролитов крови, иммунных и эндокринных реакций. Применение комбинированного лечения способствовало более быстрому восстановлению психического статуса к 20-у дню, а отдельных симптомов — к 10-му дню терапии. Комплексное воздействие положительно влияло на показатели психофизической активности и общую оценку адаптации, снижая тем самым выраженность побочного действия традиционного лечения. На фоне применения мексидола, тимогена и ГБО отмечалась нормализация газово-электролитного баланса в виде восстановления рН крови и парциального давления углекислого газа, повышения напряжения кислорода, иммунологических реакций: снижение мелкой фракции циркулирующих иммунных комплексов, восстановление концентрации иммуноглобулинов и комплементарной активности крови. Положительная динамика наблюдалась при исследовании гормонального статуса: к 10-му дню снижение уровня кортизола и пролактина, к 20-у дню нормализация тиреоидных гормонов. Положительные эффекты комбинированной терапии позволяют рекомендовать применение мексидола, тимогена, ГБО в комплексном лечении истерической психопатии в стадии декомпенсации.

Ключевые слова: истерическая психопатия, газово-электролитный состав, иммунологические и гормональные исследования, мексидол, тимоген, ГБО

INTEGRATED APPROACH TO TREATMENT HYSTERICAL PSYCHOPATHY DECOMPENSATION

Podsevatkin V.G., Housha E.V., Kiryukhina S.V., Podsevatkin S.V., Bochkareva N.V.

VPO «Mordovia State University. N.P. Ogareva» Medical Institute, Saransk, Russia (430005, Saransk, ul. Bolshevik, 68), e-mail: mrpb@mail.ru

Status decompensation histrionic personality disorder is accompanied by not only the severity of the clinical manifestations of hysterical symptoms, and changes in the gas and electrolyte composition of blood, immune and endocrine system homeostasis. In work conducted studies examining the effect of combination therapy with antioxidant, immunocorrector and hyperbaric oxygenation (GBO) on the reduction of psychopathological symptoms and dynamics of gases and electrolyte levels, immune and endocrine reactions. The use of combined treatment contributed to a more rapid recovery of mental status at the 20th day, and individual symptoms for the 10th day in therapy. The combined effects of a positive effect on psychophysical indicators of actin and an overall assessment of adaptation, thereby reducing the severity of the side effects of conventional treatment. Against the background of mexidol, timogen and GBO showed normalization of gas and electrolyte balance in the form of restoration of blood pH and partial pressure of carbon dioxide, increasing the oxygen tension; immunological reactions: reduction of the fine fraction of circulating immune complexes, restoring the concentration of immunoglobulins and complementarity of activity levels. Positive dynamics was observed in the study of hormonal status: a 10-day reduction in the level of cortisol and prolactin, the 20th day at the normalization of thyroid hormones. The positive effects of combination therapy can recommend the use of mexidol, timogen, GBO in treatment of hysterical psychopathy decompensated.

Keywords: hysterical psychopathy, gas and electrolyte composition, immunological and hormonal studies, mexidol thymogen, GBO

Истерическое расстройство личности, или истерическая психопатия, является широко распространенной среди населения формой психической патологии: частота встречаемости

среди пациентов ПНД — 34% [2]. Главным признаком истерической психопатии П.Б. Ганнушкин (1933) считал стремление привлекать внимание окружающих людей любой ценой. В связи с этим поведение истерических личностей отличается театральностью, демонстративностью. Истерические расстройства могут временно компенсироваться, если окружающие не реагируют и принимают правила навязываемых им отношений. Однако при отсутствии внешних проявлений происходит дальнейшее углубление психопатических черт, что становится предпосылкой еще более тяжелых конфликтов в будущем при изменении жизненной ситуации. Такие принципы и мотивы в построении межличностных отношений часто ведут к возникновению конфликтов в семье, на работе и развитию состояний декомпенсации и срыву адаптации [3]. Декомпенсации в зависимости от тяжести психопатических отклонений могут проявляться не только клиническими симптомами истерического невроза или истерического психоза, но и дисбалансом в нейроиммунной, эндокринной системах, а также кислотно-щелочном гомеостазе [1, 3].

В работах, проведенных нами ранее, было показано оптимизирующее влияние патогенетической терапии с использованием анксиолитика, иммунокорректора, антиоксиданта, гипербарической оксигенации (ГБО) на редукцию психопатологических симптомов, иммунных и эндокринных реакций при конверсионных расстройствах [4, 5, 6, 7]. В связи с этим целью нашего исследования явилось изучение влияния комбинированной терапии тимогеном, мексидолом и гипербарической оксигенацией на динамику некоторых показателей кислотно-основного состояния, иммунного и эндокринного статусов у пациентов с истерической психопатией в стадии декомпенсации.

Материалы и методы

В выборку вошли 40 человек с истерической психопатией (30 женщин и 10 мужчин, средний возраст $28,7 \pm 6,3$), которые были рандомизированы на 2 равные группы (по 20 человек). В 1-й группе лечение осуществляли традиционными методами: диазепамом и карбамазепином в среднетерапевтических дозах. Во 2-й группе пациенты наряду с традиционным лечением получали метаболическую терапию: мексидол, тимоген, гипербарическую оксигенацию. Критерием исключения пациентов являлось наличие сопутствующей соматической патологии. Контрольную группу составили 45 здоровых доноров. Все обследуемые находились на лечении в Мордовской республиканской психиатрической больнице и дали информированное согласие на исследование в соответствии со ст. 11 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Исследование клинической симптоматики, а также газово-электролитного состава крови, иммунных и эндокринных параметров проводили при поступлении больных в

стационар, на 10-й, 20-й дни лечения. Анализ динамики психического статуса изучался по степени выраженности основных психопатологических симптомов (карты Авруцкого Г.Я., Зайцева С.Г.). Состав газов и электролитов крови: рН (величина активной реакции среды); напряжение углекислого газа ($p\text{CO}_2$); напряжение кислорода ($p\text{O}_2$); концентрация бикарбоната (HCO_3); концентрация ионов натрия (Na^+) и калия (K^+) определяли на анализаторе Easy Stat (США). Иммунологическое обследование проводили общепринятыми методами, содержание гормонов кортизола, пролактина, тиреотропного гормона и тироксина свободного определяли методом иммуноферментного анализа.

Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью пакета статистических программ: русифицированная версия программы STATISTICA 6.0. Определялись основные статистические характеристики: среднее, ошибка среднего. Достоверность различий рассчитана с помощью Т-критерия Стьюдента в случае равенства дисперсий, его модификации (Т-критерий с отдельными оценками дисперсий) при 5%-ном уровне значимости на персональном компьютере Authentic AMD.

Результаты и обсуждение

Стадия декомпенсации истерического расстройства личности сопровождалась яркостью и многообразием клинической симптоматики: истерическими параличами, парезами, двигательными возбуждениями, истерическими припадками, нарушениями походки (астазия–абазия), истерическими расстройствами речи, слуха, зрения, обоняния, дисфункциональными изменениями вегетативной системы.

Под влиянием традиционной терапии к 10-му дню наблюдалась редукция конверсионных расстройств, максимально на 20-й день исследования (табл. 1). Исключением являлось сохранение вегетативных дисфункций ЖКТ и дыхательной системы к 10-му дню терапии и снижение на 20-й день лечения: с $1,48 \pm 0,13$ баллов (при поступлении) до $0,72 \pm 0,17$ баллов; с $1,79 \pm 0,17$ баллов (при поступлении) до $0,71 \pm 0,16$ баллов соответственно.

Таблица 1

Динамика истерических расстройств чувствительно-двигательной и вегетативной сфер под влиянием традиционного и комбинированного лечения при истерическом расстройстве личности

№ п/п	Название симптома	Степень выраженности в баллах					
		Группа 1			Группа 2		
		1-й день	10-й день	20-й день	1-й день	10-й день	20-й день
1.	Гиперкинетические двигат. расстройства (вздрагивания, тремор, двиг. возбуждение)	$2,83 \pm 0,11$	$1,81 \pm 0,14^*$	$0,87 \pm 0,15^*$	$2,74 \pm 0,15$	$1,35 \pm 0,12^{*a}$	$0,57 \pm 0,13^{*a}$
2.	Истерич. спазмы, профессиональные дискинезии	$1,94 \pm 0,16$	$1,53 \pm 0,14^*$	$0,75 \pm 0,12^*$	$1,91 \pm 0,17$	$1,01 \pm 0,13^{*a}$	$0,33 \pm 0,15^{*a}$

3.	Функциональные вялые парезы, параличи	1,46± 0,18	1,04± 0,16*	0,71± 0,13*	1,51± 0,15	0,82± 0,17*	0,58± 0,13*
4.	Истерич. нарушения походки, астазия—абазия	1,33± 0,19	0,94± 0,15*	0,45± 0,16*	1,28± 0,19	0,57± 0,17* ^a	0,27± 0,13*
5.	Афония, истерич. расстройства речи	1,44± 0,16	1,05± 0,13*	0,42± 0,13*	1,37± 0,15	0,67± 0,16* ^a	0,21± 0,16*
6.	Истерический припадок	0,46± 0,24	0,36± 0,19	0,21± 0,12	0,41± 0,22	0,26± 0,14	0,11± 0,07*
7.	Истерич. кожные анестезии	2,38± 0,12	1,57± 0,15*	1,01± 0,16*	2,41± 0,17	1,29± 0,16*	0,73± 0,13*
8.	Гиперфункциональные сенсорные расстройства (гиперестезии, парестезии)	1,82± 0,18	1,11± 0,14*	0,72± 0,15*	1,79± 0,17	0,94± 0,15*	0,41± 0,12* ^a
9.	Истерич. расст-ва зрения, слуха, обоняния	1,55± 0,13	1,16± 0,16*	0,93± 0,15*	1,53± 0,15	0,72± 0,12* ^a	0,43± 0,18* ^a
10.	Вегетативные дисфункции ЖКТ (икота, аэрофагия, тошнота и др.)	1,48± 0,13	1,13± 0,15	0,72± 0,17*	1,47± 0,19	0,95± 0,16*	0,66± 0,2*
11.	Вегетативные дисфункции дыхат. сист. (кашель, чихание и др.)	1,79± 0,17	1,33± 0,2	0,71± 0,16*	1,76± 0,19	1,18± 0,14	0,54± 0,17*
12.	Вегетативные дисфункции мочеполовой сист. (полиурия, задержка мочи, дисменорея)	1,49± 0,19	1,24± 0,13	1,02± 0,21*	1,46± 0,18	1,02± 0,15*	0,52± 0,17* ^a

Примечание: * — отличия от соответствующих исходных значений, достоверны при $p < 0,05$; а — отличия от пациентов, получавших «традиционную» психофармакотерапию в соответствующий день наблюдения, достоверны при $p < 0,05$

При этом лечение больных традиционной терапией сопровождалось развитием побочных реакций в виде психофизической истощаемости, сонливости, что значительно влияло на общую оценку адаптации и качество жизни больных (табл. 2).

Таблица 2

Динамика показателей психофизической активности под влиянием традиционного и комбинированного лечения при истерическом расстройстве личности

№ п/п	Название симптома	Степень выраженности в баллах					
		Группа 1			Группа 2		
		1-й день	10-й день	20-й день	1-й день	10-й день	20-й день
1.	Снижение продуктивности в учебе, в труде	2,31± 0,2	2,11± 0,18	1,72± 0,18*	2,37± 0,19	0,85± 0,15* ^a	0,54± 0,14* ^a
2.	Идеаторная и двигательная заторможенность, снижение побуждений	1,27± 0,18	1,32± 0,13	1,3± 0,2	1,25± 0,19	1,17± 0,17	0,66± 0,14* ^a
3.	Чувство вялости	2,27± 0,2	2,45± 0,15	1,72± 0,15*	2,31± 0,21	1,28± 0,13* ^a	0,59± 0,15* ^a
4.	Истощаемость физическая, чувство слабости	2,37± 0,15	2,69± 0,12*	1,98± 0,22	2,41± 0,19	1,86± 0,18* ^a	0,93± 0,17* ^a
5.	Истощаемость умственная	2,09± 0,15	1,76± 0,22	1,24± 0,17*	2,07± 0,11	1,11± 0,2* ^a	0,52± 0,15* ^a
6.	Общая оценка адаптации	2,04±	1,59±	1,01±	2,05±	1,12±	0,33±

		0,15	0,19*	0,15*	0,19	0,2* ^a	0,12* ^a
7.	Пониженное настроение	2,21± 0,23	1,75± 0,18*	1,12± 0,13*	2,28± 0,2	1,22± 0,15* ^a	0,54± 0,17* ^a
8.	Тревога	2,22± 0,21	1,78± 0,19*	0,82± 0,14*	2,18± 0,2	1,34± 0,17* ^a	0,61± 0,11*
9.	Страх, боязнь	2,04± 0,17	1,48± 0,12*	0,92± 0,13*	1,99± 0,19	1,22± 0,16*	0,69± 0,16*
10.	Недовольство, раздражительность	1,93± 0,12	1,58± 0,15*	1,02± 0,15*	1,96± 0,17	1,31± 0,11*	0,74± 0,12*
11.	Колебания настроения	1,76± 0,21	1,29± 0,15*	0,96± 0,13*	1,74± 0,17	1,25± 0,2*	0,83± 0,16*
12.	Демонстративность	2,39± 0,11	1,55± 0,13*	1,08± 0,11*	2,41± 0,13	1,27± 0,16*	0,62± 0,11* ^a
13.	Недостаточный сон	2,07± 0,23	1,46± 0,19*	0,67± 0,15*	2,01± 0,2	1,28± 0,17*	0,42± 0,14*
14.	Кошмарные сновидения	1,77± 0,21	1,41± 0,17	0,9± 0,17*	1,68± 0,19	1,21± 0,16*	0,77± 0,15*
15.	Сонливость	1,52± 0,13	1,8± 0,14	1,53± 0,11	1,55± 0,12	0,84± 0,11* ^a	0,46± 0,11* ^a

Примечание: * — отличия от соответствующих исходных значений, достоверны при $p < 0,05$; а — отличия от пациентов, получавших «традиционную» психофармакотерапию в соответствующий день наблюдения, достоверны при $p < 0,05$

Под воздействием комплексной терапии с включением мексидола, тимогена и ГБО происходило более быстрое купирование истерической симптоматики. К 10-му дню лечения значительно снижалась степень выраженности двигательных расстройств в виде торможения (функциональные вялые парезы и параличи, истерические спазмы, астазия—абазия) или возбуждения (вздрагивания, тремор), к 20-му дню — в виде гиперфункциональных сенсорных расстройств, истерических изменений соматовегетативной сферы. Под влиянием метаболической терапии наблюдалась положительная динамика относительно показателей психофизической активности пациентов, что свидетельствует о снижении нежелательных эффектов традиционной терапии.

Конверсионное расстройство пациентов не только проявлялось типичными психическими нарушениями, но и сопровождалось изменениями газового состава крови со сдвигом кислотно-щелочного равновесия, показателей иммунных и эндокринных реакций.

При поступлении больных в стационар отмечалось повышение рН крови до $7,375 \pm 0,02$ мм рт. ст. относительно здоровых доноров, при этом данный показатель не выходил за рамки физиологической нормы. Увеличению рН крови способствовало снижение парциального напряжения углекислого газа до $44,6 \pm 1,49$ мм рт. ст. за счет увеличения частоты и глубины дыхания (гипервентиляция при психическом возбуждении), сопровождающего конверсионные расстройства у пациентов с истерической психопатией [8]. Необходимо отметить, что гипокапния сочеталась с гипоксемией, напряжение кислорода

составило $19,37 \pm 1,83$ мм рт. ст. При исследовании содержания электролитов было выявлено повышение уровня натрия до $141,53 \pm 0,33$ ммоль/л, содержание калия достоверно не отличалось от уровня здоровых доноров. В иммунологическом обследовании наблюдались повышение мелкой фракции циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), увеличение комплементарной активности крови, дисиммуноглобулинемия. У больных при поступлении в крови была повышена концентрация гормонов: кортизола, пролактина, тиреоидных гормонов.

Под влиянием традиционной терапии к 10-му дню лечения наблюдалось снижение показателя рН крови до $7,313 \pm 0,01$ мм рт. ст., на 20-й день данный показатель достиг значения $7,321 \pm 0,01$ мм рт. ст., что было ниже пределов физиологической нормы. Данные изменения кислотно-щелочной реакции крови связаны с повышением напряжения углекислого газа до $52,99 \pm 1,08$ мм рт. ст. — на 10-й день лечения и до $51,1 \pm 1,36$ мм рт. ст. — на 20-й день. Развитию гиперкапнии, возможно, способствует снижение экскурсии легких вследствие миорелаксирующего действия со стороны диазепама. При этом на протяжении лечения традиционной терапией парциальное напряжение кислорода оставалось сниженным. Не отмечалось достоверных изменений со стороны концентрации бикарбонатов крови. Под действием традиционной терапии отмечалось снижение содержания натрия к 10-му дню лечения, однако уже к 20-му дню уровень натрия достигал $142,57 \pm 0,56$ ммоль/л, что, возможно, согласуется с увеличением концентрации кортизола на 20-й день лечения. На протяжении традиционной терапии оставался повышенным уровень пролактина, а также отмечалась тенденция к снижению тиреоидных гормонов. Под действием диазепама в сочетании с карбамазепином наблюдался сдвиг иммунологических реакций. Так, на 10-й день лечения мы наблюдали повышение содержания иммуноглобулина класса М, уровня ЦИК всех фракций. При этом комплементарная активность крови оставалась высокой. К 20-му дню терапии было выявлено некоторое снижение ЦИК средней и мелкой фракции, однако содержание мелких ЦИК оставалось по-прежнему высоким.

На фоне комбинированного лечения с использованием мексидола, тимогена, ГБО на 10-й день наблюдались однонаправленные эффекты газово-электролитного состава крови: снижение показателя рН, подъем pCO_2 , уменьшение концентрации натрия, однако данные значения не выходили за пределы физиологической нормы, как при традиционной терапии. На 20-й день лечения показатели газов и электролитов восстанавливались до уровня здоровых доноров, при этом устранялась гипоксемия. Положительная динамика отмечалась со стороны эндокринных изменений: снижался уровень кортизола до $372,67 \pm 8,62$ нмоль/л и пролактина на 10-й день лечения и сохранялся сниженным на 20-й день. Концентрация тироксина свободного также уменьшалась на фоне подъема содержания ТТГ к 20-му дню

лечения. Исследование иммунологических реакций показало, что комбинированное лечение способствует снижению мелких ЦИК, уменьшению комплементарной активности крови, восстановлению дисбаланса иммуноглобулиновых фракций, что обусловлено иммуномодулирующими свойствами комбинированной терапии.

Выводы

- 1.** Стадия декомпенсации истерического расстройства личности с многообразием клинических конверсионных проявлений сопровождается изменениями газОВО-электролитного состава крови, иммунологических и эндокринных параметров гомеостаза.
- 2.** Под действием традиционной терапии купирование конверсионной симптоматики наблюдалось в более поздние сроки и сочеталось с нарастанием психофизической истощаемости. К 20-му дню лечения сохранялись изменения кислотно-щелочного равновесия крови, гипоксемия. Оставались повышенными на 20-й день терапии содержание кортизола и пролактина, а также уровень мелких ЦИК.
- 3.** Комбинированное лечение с использованием мексидола, тимогена, ГБО способствовало более быстрой редукции психопатологических симптомов, не снижая уровень психофизической активности, повышая общую оценку адаптации. Совместное применение антиоксиданта, иммунокорректора, ГБО восстанавливало газОВО-электролитный состав крови, нормализовало иммунные и эндокринные реакции, что позволяет рекомендовать данное сочетание для лечения больных с истерической психопатией в стадии декомпенсации.

Список литературы

- 1.** Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Руководство для врачей. – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007. – 720 с.
- 2.** Виноградова М. Г. Смысловая регуляция познавательной деятельности при истерическом расстройстве личности: Автореф. дис. канд. психол. наук. — М., 2004. — 25с.
- 3.** Дунаевский В.В. Расстройства личности // Электронный учебник «Психиатрия и наркология». – Режим доступа: <http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihiatrii/5-kurs-lecebnyj-fakultet/elektronnyj-ucebnyk-po-psihiatrii/tema-no17-psihopatii-rasstrojstva-licnosti-/rasstrojstva-licnosti-patologia-vlece-nij-v-v-dunaevskij> (дата обращения 19.06.2015).
- 4.** Подсеваткин В.Г. Изучение некоторых показателей гуморального иммунитета при различных формах истерических расстройств / В.Г. Подсеваткин, Е.В. Говщ, С.В. Кирюхина, С.В. Подсеваткина // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. – 2013. — № 4. – С. 70–75.

5. Подсеваткин В.Г. Опыт применения мексидола, гипербарической оксигенации и тимогена в комплексном лечении пациентов с невротическим развитием личности / В.Г. Подсеваткин, Н.В. Бочкарева, С.В. Кирюхина, С.В. Подсеваткина, И.Я. Моисеева // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. – 2013. — № 4. – С. 75–80.
6. Подсеваткин В.Г. Патогенетические механизмы развития стрессобусловленных расстройств и возможности их фармакологической коррекции / В.Г. Подсеваткин, С.В. Кирюхина, С.В. Подсеваткина и др. // Психическое здоровье. – 2012. — № 2. – С. 76–93.
7. Подсеваткин В.Г. Опыт применения мексидола в комплексной терапии конверсионного расстройства / В.Г. Подсеваткин, С.В. Кирюхина, Д.С. Блинов, С.В. Подсеваткина // Журнал неврологии и психиатрии. — 2009. — № 4. — С. 75–77.
8. Хейтц У., Горн М. Водно-электролитный и кислотно-основной баланс: краткое руководство. – Изд. 2-е, стереотип. — М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, — 2014. – 359 с.

Рецензенты:

Зорькина А.В., д.м.н., профессор, зав. кафедрой поликлинической терапии и функциональной диагностики ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарева», г. Саранск;

Инчина В.И., д.м.н., профессор кафедры фармакологии с курсом клинической фармакологии ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарева», г. Саранск.