

Алпразолам как средство экстренной помощи при острых стрессовых расстройствах (практические наблюдения)

В.Г. Бондарев, Г.П. Ширяев, Е.Н. Павлова

ГУЗ Новокузнецкая клиническая психиатрическая больница

РЕЗЮМЕ

В статье приведены результаты практического применения транквилизатора бензодиазепинового ряда группы триазолбензодиазепинов алпразолама во время оказания помощи родственникам шахтеров, погибших при техногенных катастрофах. По сравнению с другими транквилизаторами бензодиазепинового ряда алпразолам не вызывал выраженного миорелаксирующего и седативного эффекта, оказывая сильное анксиолитическое и противопаническое действие с быстрым наступлением ожидаемого эффекта.

Выраженное анксиолитическое действие алпразолама, наряду с его тимоаналептическими свойствами и лучшей переносимостью по сравнению с другими транквилизаторами бензодиазепинового ряда, описана отечественными и зарубежными психофармакологами и психиатрами в многочисленных исследованиях [1–3]. Однако применялся этот препарат преимущественно в специализированных отделениях санаторного типа. Наиболее хорошо препарат был изучен и показал высокую эффективность при следующих состояниях: генерализованные тревожно-депрессивные расстройства, панические расстройства, соматизированные депрессии с тревогой и эмоциональным напряжением, при тревоге ожидания.

Обратное развитие тревожно-депрессивной симптоматики прослеживалось, как правило, на примерах невротических и неврозоподобных состояний подострого регистра. При этом эффективная суточная доза алпразолама варьировала от 0,5 до 4 мг/сутки с клинически достоверным снижением уровня тревоги в течение первой недели лечения [1]. Миорелаксирующее и сомнолентное действие алпразолама было незначительным, и оно не оказывало влияния на редукцию основного синдрома-мишени – тревоги.

В публикациях, посвященных действию алпразолама, мы не нашли описания его применения при остро развивающихся постстрессовых психических реакциях.

Группа специалистов – психиатров Кемеровской области в марте и мае 2007 года принимала участие в оказании комплексной психоло-психиатрической помощи родственникам погибших

шахтеров при двух техногенных катастрофах в г. Новокузнецке. Лекарственная помощь алпразоламом оказывалась на двух этапах спасательной операции: непосредственно в первые часы после события и затем в течение суток, в помещениях административно-бытового комплекса шахт; и на 2–3 сутки, при опознании погибших родственниками в бюро судебно-медицинской экспертизы, а затем в процессе похорон.

Помощь оказывалась в вечернее и ночное время при скоплении на ограниченном пространстве значительного числа пострадавших (до 100–120 человек), находящихся в состоянии острого стресса, при отказе этих лиц от приема пищи, на фоне бессонницы, в условиях индуцирования психических реакций на окружающих.

Диапазон клинических проявлений на первом этапе (1 сутки) колебался от оглушенности с сужением сознания, неадекватностью реагирования на внешние стимулы до ажитации с выраженной тревогой и гиперактивностью.

На втором этапе (процедура опознания тел и похороны) преобладала тревожно-депрессивная симптоматика с двигательным возбуждением, индуцированными реакциями обвинения в трагедии третьих лиц.

Задачей психиатров являлось выделение и максимально возможное разобщение лиц с выраженным возбуждением от группы других пострадавших, квалификация их психического и общесоматического состояния (по визуальным признакам, путем опроса, измерения пульса и артериального давления). Затем, при наличии показаний (тревога, возбуждение, ажитация, плач), предлагался алпразолам сублингвально в дозе от 0,5 до 2 мг однократно. В течение 10–15 минут наблюдалась редукция симптомов: существенно уменьшалась тревога, смягчалось агрессивное поведение пациентов, ажитация, без выраженного миорелаксирующего и седативного действия. Пациенты, получившие алпразолам, вели себя более упорядоченно, они начинали рассказывать о семье, о погибшем, сами отмечали улучшение своего состояния, «успокоение». Длительность анксиолитического действия сохранялась на протяжении 30–40 минут. В отдельных случаях (при возврате тревожного возбуждения) повторно назначался алпразолам (спустя 2–3 часа после первого приема).

Эффективность применения алпразолама зависела от глубины психических расстройств, от личностных особенностей пациентов, наличия соматического неблагополучия. Лекарственная помощь оказывалась преимущественно женщинам (в 80 % случаев) с реакциями возбуждения, тревоги, ажитации. Быстрота достижения эффекта после применения алпразолама связана, по-видимому, с тем, что стрессовая ситуация вызывает нарушение сбалансированного обмена веществ, при этом меняются каталитические свойства ферментов и физико-химические реакции клеточной среды, изменяется проницаемость клеточных мембран, формируется новый уровень метаболизма. Интенсивное воздействие психического стресса приводит к быстрому переходу фазы адаптации в фазу истощения, когда возбуждение симпатической нервной системы стимулирует процессы катаболизма, активизирует клеточные обменные процессы, уменьшая время достижения пика концентрации препарата в крови.

Применение алпразолама в условиях, не приспособленных к оказанию медицинской помощи, показало его преимущество перед инъекционными формами транквилизаторов. Кроме того, необходимо учитывать, что в подобных ситуациях пострадавшие часто негативно относятся к назначе-

нию инъекций, бояться побочных действий, чрезмерной релаксации. Всего на первом этапе эффективная помощь алпразоламом была оказана 32 пострадавшим.

На втором этапе оказания психолого-психиатрической помощи (13 наблюдений) эффективность применения алпразолама была ниже (на 2–3-и сутки), время достижения ожидаемого эффекта значительно увеличилось до 30–40 минут. Родственники погибших уже отреагировали на стресс, находясь на пути к осознанию трагедии, и стрессовая система вступила в фазу устойчивой адаптации. Пожилые пациенты с наличием соматической патологии требовали в этот период комплексного и последовательного лечения (психологического, биологического, в т. ч. и осложнений соматических заболеваний), а не разовых применений лекарственных средств.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты данных практических наблюдений применения алпразолама в процессе оказания психиатрической помощи населению при чрезвычайных ситуациях с большим количеством пострадавших показывают эффективность алпразолама в остром постстрессовом периоде, быстроту наступления анксиолитического эффекта при отсутствии выраженных побочных явлений.

Литература

1. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. СПб.: Медицинское информационное агентство, 1995; 204–295: 385.
2. Смулевич А.Б., Колющая Е.В. Отчет о клиническом испытании препарата алпразолама. НЦПЗ РАМН, 1993.
3. Калинин В.В. Новые данные по применению алпразолама в психиатрии // Психиатрия и психофармакотерапия. 2000; 4: 2: 116–118.

Клинические рекомендации по терапии маниакальных и смешанных состояний при биполярном расстройстве (проект)¹

В последние годы подходы к терапии маниакальных и маниакально-бредовых состояний (МС) подвергаются значительному пересмотру. Это объясняется, с одной стороны, расширением терапевтических показаний для ряда хорошо известных препаратов (рисперидон, кветиапин, оланзапин) и появлением новых лекарственных средств (зипрасидон, амисульприд, арипипразол, антиконвульсанты – ламотриджин, габапентин, левитирацетам), место которых в терапии МС нуждается в уточнении, с другой – активным использованием новых систематик (МКБ-10 и DSM-IV) и выделением в них таких диагностических категорий, как шизоаффективное и биполярное расстройство (БАР) I и II типов.

Хотя МС наиболее часто встречаются в структуре БАР, они могут наблюдаться и при ряде других психических заболеваний (шизоаффективное расстройство, шизофрения, эпилепсия, органические заболевания головного мозга, симптоматические и интоксикационные психозы), накладывающих отпечаток как на клинические проявления состояния, так, безусловно, и на выбор терапии, что требует их тщательной дифференциальной диагностики.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ И КЛАССИФИКАЦИЯ

Современные диагностические критерии МС имеют четкие дефиниции. По классификации

МКБ-10 основными характеристиками МС являются повышенное неадекватно обстоятельству настроение или раздражительность, агрессивность, длительностью не менее 1 недели в сочетании с ускорением идеаторных и моторных функций, сокращением потребности во сне и усилением симптоматики во второй половине дня.

Лучезарно счастливое настроение с идеями переоценки собственной личности может меняться от эйфории до экспансивности, нередко сопровождаясь вспышками раздражительности, враждебности и агрессивными действиями по отношению к лицам, оказывающим противодействие. Нередко маниакальный аффект изначально носит характер дисфорического с недовольством и выраженной раздражительностью (так называемая «гневливая мания»).

В МКБ-10 МС в рамках БАР дифференцируются только по степени тяжести, увеличению объема и темпа физической и психической активности: гипомания, мания без психотических (бредовых) симптомов и мания с психотическими симптомами. В последнем случае бред и галлюцинации могут быть классифицированы как конгруэнтные или неконгруэнтные настроению. «Неконгруэнтные» включают аффективно нейтральные бредовые или галлюцинаторные расстройства, например бред отношения без чувства вины или обвинения, или голоса, беседующие с больным о событиях, которые не имеют эмоционального значения.

Гипомания – это легкая степень мании. Отмечается постоянный легкий подъём настроения (по крайней мере, в течение нескольких дней), повышенная энергичность и активность, чувство благополучия, физической и психической продуктивности. Также часто отмечаются повышенная социальная деятельность, разговорчивость, фамильярность, повышенная сексуальная активность, сниженная потребность во сне, у женщин – чрезмерный макияж и необычно яркая одежда. Однако эти симптомы не приводят к серьёзным нарушениям в работе или социальному неприятию больных. Иногда вместо обычного весёлого настроения могут наблюдаться раздражительность, повышенное самомнение и грубое поведение.

Мания без психотических симптомов характеризуется приподнятым неадекватно обстоятельствам настроением, которое может меняться от беспечной весёлости до почти неконтролируемого

¹Текст проекта клинических рекомендаций подготовлен С.Н. Мосоловым и Е.Г. Костюковой в соответствии с решением XIV съезда психиатров России и является частью общих клинических рекомендаций по терапии биполярного аффективного расстройства (рекомендации по терапии биполярной депрессии были опубликованы в 3 номере журнала). Рабочая группа будет признательна за любые конструктивные замечания и дополнения.