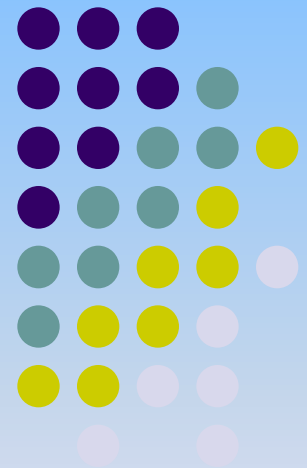


Вегетативные кризы

Современные аспекты диагностики и ведения больных

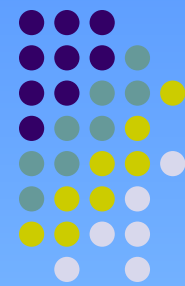
Драверт Наталья Евгеньевна
КГМА



Вегетативный криз



- это пароксизмальное состояние, проявляющееся полиморфной вегетативной симптоматикой, вызванной неэпилептической активацией центральных надсегментарных вегетативных структур.



- Частота встречаемости вегетативных кризов в популяции России 3-5%
- Вегетативные кризы обычно возникают в 25-64 лет, особенно часто до 45 лет
- Среди больных преобладают женщины: соотношение $\text{♂} / \text{♀} = 1/4$.
- Наследственная предрасположенность (15-17%), чаще встречаются у родственников 1 линии



**Центральные
вегетативные
расстройства**

Перманентные
вегетативные
расстройства

Пароксизмальные
вегетативные
нарушения (кризы)

Симпато-
адреналовый
криз

Смешанный криз
(встречается
наиболее часто)

Ваго-инсулярный
криз

Этиологическая структура вегетативных кризов



1. Органические заболевания ЦНС:

- Очаговое поражение лимбико-гипоталамо-ретикулярного комплекса (ствол, медиобазальные отделы височных долей, гипоталамус)
- вегетативные кризы при остром поражении ЦНС (ОНМК, САК, ЧМТ, энцефалиты)

2. Психические заболевания:

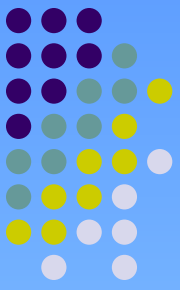
- шизофрения (кризы в подростковом возрасте)
- эндогенная депрессия (суицидальные мысли)
- фобии (социальные фобии – патологическая застенчивость, специальная фобия – в определенной ситуации)

3. Соматические эндокринные заболевания:

- тиреотоксикоз
- Феохромоцитома
- гипогликемия

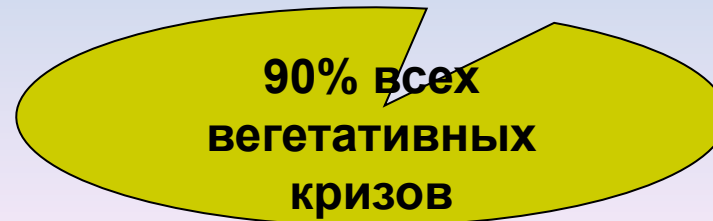
4. Лекарственные воздействия – препараты с симпатомиметической активностью (анорексигены, психостимуляторы, амфетамины).

Этиологическая структура вегетативных кризов



5) Психовегетативный синдром -

полисистемное вегетативное расстройство, возникшее в результате нарушения функционирования надсегментарных вегетативных структур (*лимбико-гипоталамо-ретикулярный комплекс*) без структурно-анатомических изменений в НИХ.



ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЙ СИНДРОМ=НЕВРОЗ

— это нервно-психическое *заболевание*,
возникающее вследствие конфликта личности



Формы неврозов:

Неврастения Истерия Психастения

Невроз навязчивых состояний



Большинство вегетативных кризов, особенно симпатоадреналовых и смешанных соответствует критериям «панической атаки».



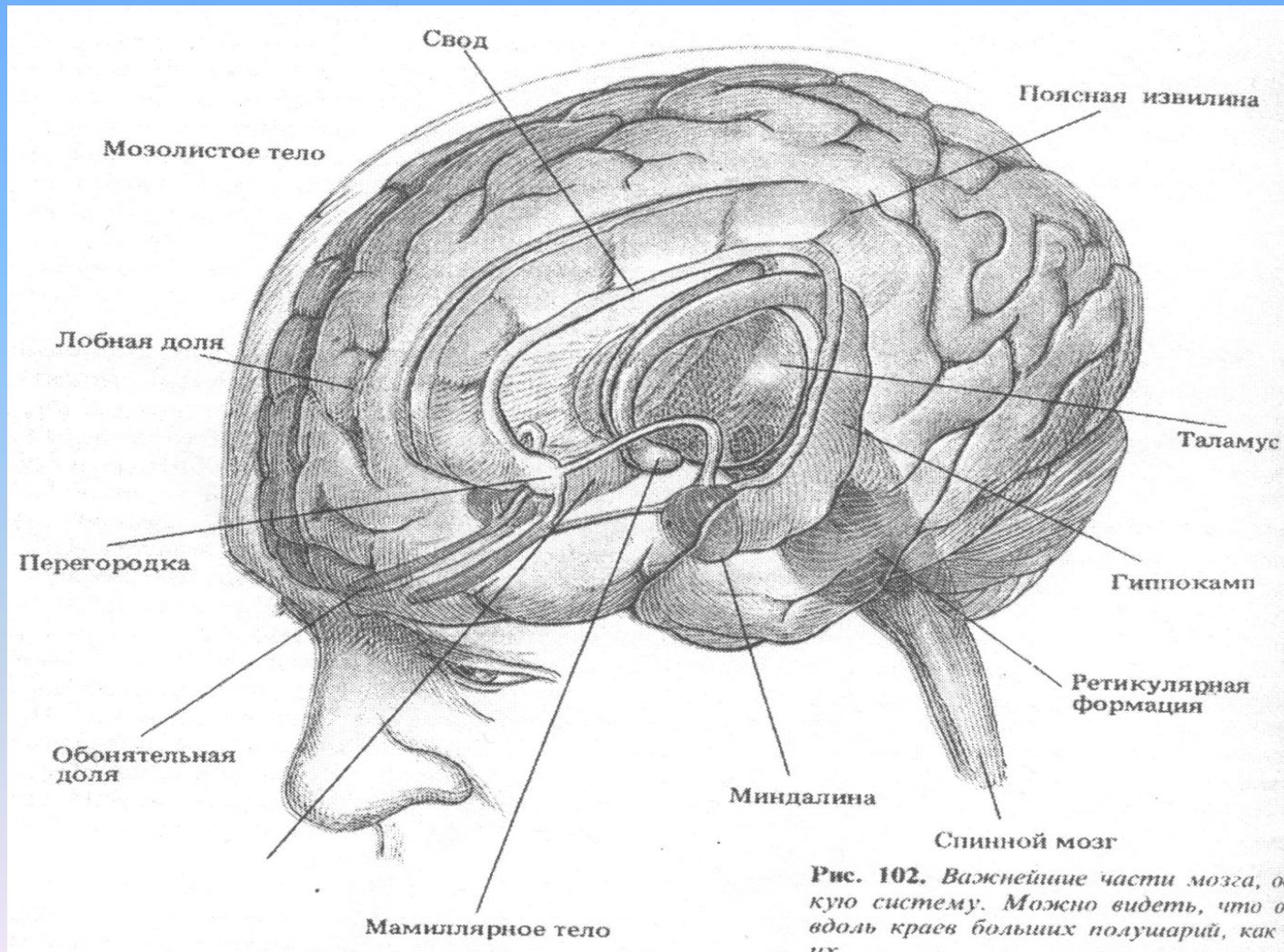
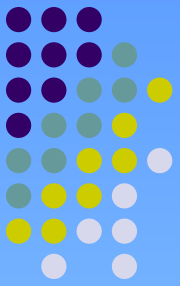
- Под **панической атакой** (ПА) понимают особый вид тревожных расстройств, проявляющихся четко очерченными приступами интенсивной тревоги, которую сопровождают полиморфные вегетативные нарушения.
- «Пан» – древнегреческое божество лесов и полей, диких животных. От его внезапного появления люди испытывали ужас, заставляющий их бежать прочь не разбирая дороги.
- В связи с этим, традиционные для отечественной медицины понятия «вегетативный криз», «диэнцефальный пароксизм», «гипоталамический криз» в настоящее время заменены термином «паническая атака», который используется и в тех случаях, когда приступ протекает без страха и паники (А.М. Вейн с соавт., 1997).
- Панические атаки, могут быть единственным проявлением тревожного расстройства или сочетаться с постоянной тревогой, беспокойством, повышенной утомляемостью, плохой переносимости физической нагрузки, ипохондрией и депрессией.

Предпосылки формирования ПА

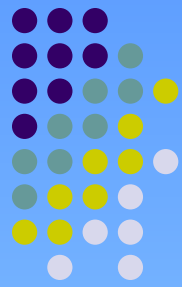


- Уже доказана биологическая предрасположенность к развитию панических атак, в основе которой лежат нейромедиаторные нарушения в нейронах голубого пятна, ядра шва, гиппокампа и других лимбических структурах, приводящие как к вегетативным, так и к психическим нарушениям.

Лимбико-ретикулярный комплекс



Стереотип развития психовегетативного синдрома



Психические стрессоры

(катастрофы,
хронические социальные проблемы,
значимые жизненные события)

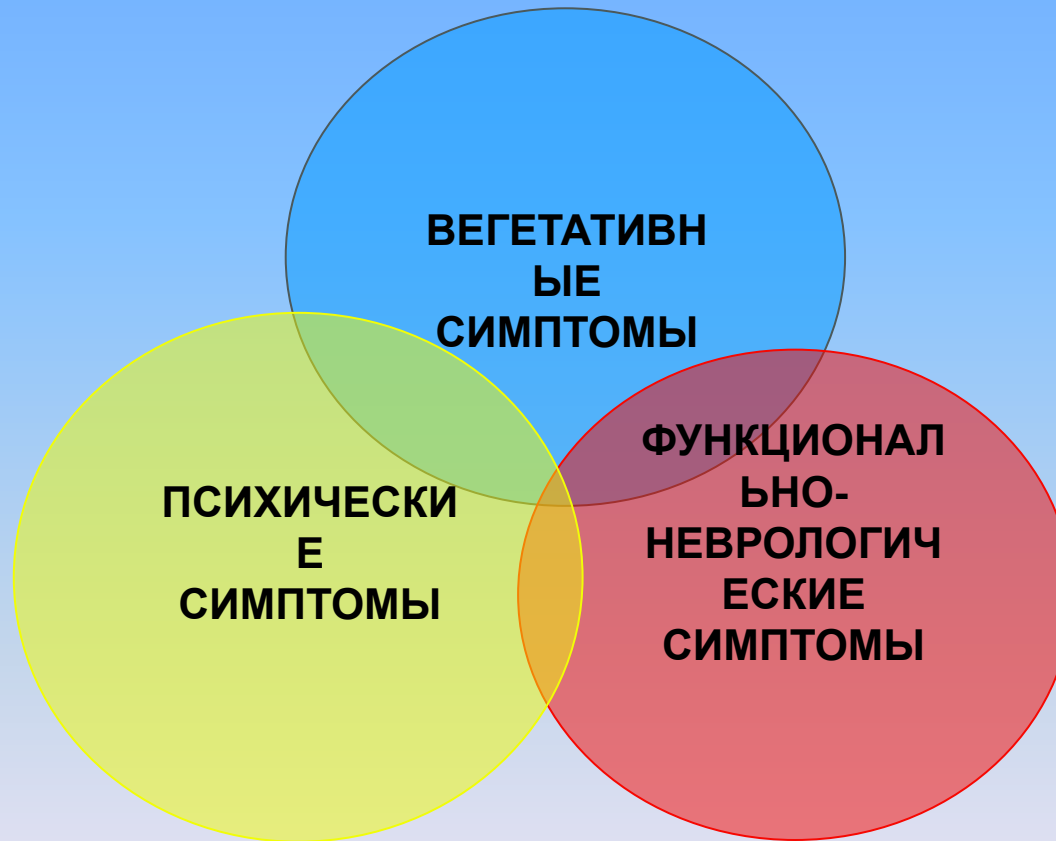
Тревога

**Эмоциональное напряжение,
алекситимия**

**Вегетативно-гуморальное
регулирование**

Психовегетативный синдром

Клиническая структура вегетативных кризов





ВЕГЕТАТИВНЫЕ СИМПТОМЫ

- 1) ощущение нехватки воздуха, инспираторная одышка
- 2) ощущение сердцебиения, тахикардия
- 3) ознобopodobный тремор (иногда только внутренняя дрожь)
- 4) боль и дискомфорт в грудной клетке, чаще в прекардиальной области
- 5) волны жара или холода
- 6) «гусиная» кожа (сокращение мышц поднимающих волосы)
- 7) ощущение дурноты, тошноты (рвота крайне редко)
- 8) боль, дискомфорт в животе
- 9) учащенное мочеиспускание
- 10) покалывание, онемение в периоральной области, в кончиках пальцев
- 11) головокружение, предобморочное состояние

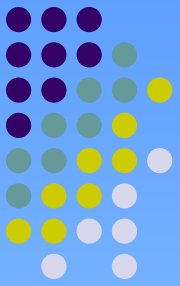


ПСИХИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ

- Чувство тревоги немотивированное, интенсивное* (некоторые характеризуют это чувство как «страх смерти», «страх остановки сердца», «страх потерять контроль над собой»)
- Дерезализация (ощущение нереальности происходящего)
- Деперсонализация (ощущение отчужденности от своего тела, собственного «Я»)

** - Во время приступа больной может испытывать только некоторый дискомфорт, а не страх и тревогу: неслучайно такие ПА называют «паникой без паники» или нестраховыми ПА» - 32-40% пациентов.*

ФУНКЦИОНАЛЬНО- НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ

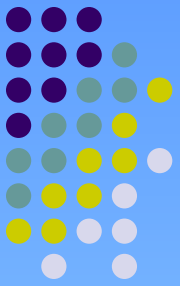


психогенные (истерические) неврологические феномены - синестопатии:

- чувство «кома в горле»,
- ощущение слабости в руке или ноге,
- нарушение зрения и слуха,
- расстройство походки,
- нарушение речи или голоса,
- «утрата сознания»,
- судороги (ощущение, что «тело выгибается», ощущение что «сводит руку, ногу»).
- ощущение онемения или покалывания, жара, «обмороженности», «шевеления», «переливания» чего-то, «пустоты»

Атипичные симптомы ПА

- локальные и диффузные боли
- рвота
- мышечное напряжение

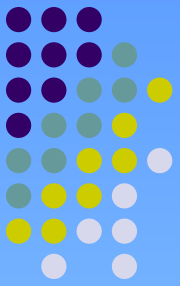


Диагностические критерии панической атаки (DSM-IV)



1. Очерченные приступы сильного страха и/или общего дискомфорта, возникающие более одного раза неожиданно (не непосредственно перед или во время ситуации, которая почти всегда вызывает тревогу).
2. Приступы появляются в ситуациях, когда человек является или может стать предметом внимания других людей.
3. Возникновение приступа (панической атаки) не обусловлено непосредственным физиологическим действием каких-либо веществ (например, *лекарственными препаратами, кофе*) или соматическими заболеваниями (*тиреотоксикоз*).
4. Приступы характеризуются интенсивным страхом или дискомфортом в сочетании с **4 или более** из нижеперечисленных симптомов, которые достигают своего пика в течение 10 минут.

Симптомы панической атаки (DSM-IV)



- 1) сердцебиение
- 2) боль или дискомфорт в левой половине груди
- 3) дрожь, озноб или прилив крови к лицу
- 4) ощущение нехватки воздуха
- 5) затрудненное дыхание, удушье
- 6) головокружение, неустойчивость
- 7) слабость, дурнота, предобморочное состояние
- 8) тошнота или дискомфорт в желудке
- 9) Потливость
- 10) покраснение лица
- 11) дереализация или деперсонализация (ощущение нереальности или ощущение обособленности от самого себя)
- 12) страх смерти
- 13) страх сойти с ума или совершить какой-то неадекватный поступок

Критерии, необходимые для диагностики ПА

(А.М. Вейн, 1997)



- пароксизмальность
- полисистемность вегетативных СИМПТОМОВ
- эмоционально-аффективные расстройства

Течение панического расстройства



- Вегетативные кризы впервые возникают в 20-40 лет, чаще у женщин.
- Первый криз обычно возникает среди полного здоровья, иногда провоцируется стрессом, инсоляцией, злоупотреблением кофе, употреблением большого количества алкоголя, беременностью, особенно прерванной.
- Симптомы ПА возникают неожиданно, приступ развивается быстро, достигая пика за 10 минут. Обычная длительность ПА – 20-30 минут, реже до часа. После приступа – слабость, разбитость.
- Примерно в 40% случаев ПА начинаются ночью.
- Острота кризов по мере их повторения сглаживается, но закономерно возникают **вторичные психические изменения**

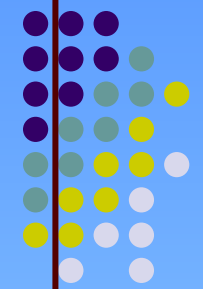
Вторичные психические изменения



- Навязчивая тревога ожидания новых кризисов.
- Агорафобия (*греч.* «*agora*» – рыночная площадь) – страх открытых пространств. Это боязнь оказаться в ситуации, из которой будет трудно выбраться или в которых не может быть оказана помощь при кризе.
- Ограничительное поведение и ограничение жизненного пространства больного.
- Ипохондрический синдром.
- Невротическая депрессия (реакция на кризы).



- Вторичные психические нарушения вследствие вегетативных кризов, неуклонно нарастают и приводят к ***социальной дезадаптации***.
- При устранении панических атак проявления агорафобии и депрессии постепенно регрессируют, но с различной скоростью.



Центральные вегетативные расстройства

ПЕРВИЧНЫЕ

ВТОРИЧНЫЕ

Конституциональная вегетативная дисфункция

Нейрогенные обмороки

При органических поражениях ЦНС:
• Гипоталамический синдром.
• Вегетативная дисфункция при поражении лимбической системы.

При соматических и эндокринных заболеваниях

При неврозах и других психических заболеваниях (ПСИХО-ВЕГЕТАТИВНЫЙ СИНДРОМ)

В МКБ 10 паническое расстройство рассматривается как отдельная нозологическая единица, хотя и подразделяется на две формы: с агорафобией и без агорафобии.



Код рубрики	Название болезни в МКБ	Предполагаемая формулировка диагноза
G90.8 F 41.0	Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога) <ul style="list-style-type: none">• Панический приступ• Паническое состояние	Вегетативная дисфункция с редкими психовегетативными кризами на фоне умеренно выраженного тревожно-депрессивного синдрома
F 40.0	Паническое расстройство с агорафобией	Тревожно-невротическое расстройство с выраженным агорофобическим синдромом на фоне частых психовегетативных пароксизмов, фаза декомпенсации



Частота вегетативных кризов (ПА)

- Редкие кризы – реже 1 раза в месяц
- Средней частоты – от 1 раза в неделю до 1 раза в месяц
- Частые кризы – более 1 раза в неделю



- Пациенты, страдающие ПА, имеют более высокий уровень холестерина и характеризуются более высоким риском возникновения ГБ, ИМ по сравнению с общей популяцией (Вайва W.К, Weissman M.M. 1996)
- Постоянное употребление алкоголя характерно для 24% пациентов с ПА
- Злоупотребление бензодиазепином отмечается примерно у 26% пациентов с ПА (Stewart S.H., Pihl R.J., 1995)

Дифференциальный диагноз



- Эпилепсия
- ТИА
- Нейрогенный обморок
- Феохромоцитома
- Патология щитовидной железы
- Гипогликемические кризы
- Карциноидный синдром
- Истерические припадки
- Пароксизмальные тахикардии
- Бронхиальная астма
- Стенокардия
- Злоупотребление стимуляторами, абстиненция



Височная эпилепсия

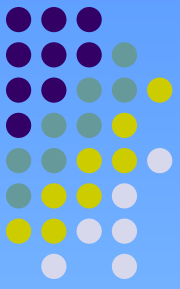
- Стереотипность рисунка приступа
- Наличие психомоторных и психосенсорных расстройств (эпилептические феномены)
- Длительность до 1-2 минут
- Постприступный сон или спутанность
- Дополнительные исследования: ЭЭГ (м/п периода, после депривации сна и в момент приступа)

Транзиторная ишемическая атака



- Обычно длится всего 5-10 минут
- Очаговая неврологическая симптоматика, дроп-атаки, транзиторная глобальная амнезия
- Сосудистый анамнез
- Пожилой возраст (панические атаки не встречаются после 65 лет)
- Дополнительные исследования:
 - УЗДГ, ДС сканирование брахиоцефальных артерий (стенозирующе-окклюзирующее поражение сосудов)
 - ЭХО-КС (кардиэмбологенная патология сердца)

Нейрогенный обморок



- Липотимия всегда возникает в вертикальном положении и купируется в положении лежа
- Появляется в типичных ситуациях (длительное стояние, духота, инсоляция, инъекция).
- Дополнительное исследование:
 - проведение проб с длительным стоянием,
 - суточное ЭКГ мониторингирование (холтер-ЭКГ)

Феохромоцитома



- обязательно значительное повышение АД
- «чувство нехватки воздуха» не характерно
- кризы носят стереотипный характер (признаки изолированной активации САС)
- не выражены вторичные психические изменения
- Приступы провоцируются глубокой пальпацией, прием БАБ, ТЦА)
- Дополнительное исследование:
 - содержание в моче метаболитов КА (винилминдальная кислота - ВМК);
 - определение содержания в крови норадреналина и адреналина перед исследованием полежать с катетером в вене в течение 30 минут для исключения фактора стресса укола и движения);
 - УЗИ брюшной полости;
 - КТ, МРТ шейного, грудного, поясничного отделов (эктопическая локализация опухоли).

Гипогликемические приступы



- **Функциональный гиперинсулинизм** –
- приступ голода с вегетативной активацией (обильный пот, дискомфорт в животе, груди, тахикардия, чувство голода) через 1-1,5 часа после еды
- Дополнительные исследования:
тест толерантности к глюкозе (ТТГ) – нижняя граница нормы уровня глюкозы
- **Инсулинома** – приступы на фоне голодания через 5-10 часов после еды
- Дополнительные исследования:
тест толерантности к глюкозе (ТТГ) – снижение уровня глюкозы в крови

Карциноидный синдром



- **Карциноид** - опухоль из паракринных желез ЖКТ, яичников, надпочечников (выделяет серотонин, брадикинин, гистамин и др.)
- Приступы возникают при метастазах в печень (БАВ перестают инактивироваться в печени):
 - одышка, ощущение прилива к верхней части тела, гиперемия верхней части тела и лица, диарея, повышение ЧСС
 - чаще в возрасте 30-40 лет
 - характерна стереотипность приступов
- Дополнительные исследования: колоноскопия, УЗИ брюшной полости, рентгенография грудной клетки, ЭХО-КГ (вегетации на клапанах сердца).



Эндокринные заболевания



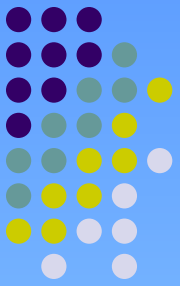
- Колебания массы тела
- Нарушение менструального цикла
- Нарушение пищевого поведения
- Галакторея
- Изменение уровня гормонов щитовидной железы, пролактина, глюкозы в плазме крови

Истерические кризы



- доминируют функционально-неврологические расстройства («ком в горле», нарушения речи, походки, тремор, псевдопарез, судорожные спазмы в конечностях, выраженность абдоминальных симптомов)
- демонстративность поведения (отсутствие страха, тревоги), обида, слезы, агрессия
- способ манипуляции окружающими, важно определить субъект ради которого это делается (заботливый супруг, старшая дочь, родители и др.)

ЛЕЧЕНИЕ ПАНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ



Купирование
самого
вегетативного
криза

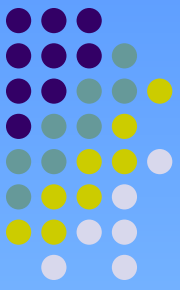
ПАНИЧЕСКОЕ
РАССТРОЙСТВО

противорецидивная терапия:

Предупреждение
повторного
возникновения
пароксизмов

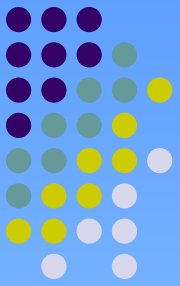
Купирование
вторичных
психических
нарушений

Стратегия ведения больных с вегетативными кризами



1. Исключить органическую патологию головного мозга, психические и соматические заболевания
2. Обучить приемам самокупирования кризов: рациональная психотерапия, неспецифическая терапия (дыхательная гимнастика, седативные и вегетотропные средства)
3. Специфическая антипаническая терапия

Купирование криза



1) фармакологическое воздействие:

- Реланиум, феназепам 1-2 таблетки или альпрозолам /ксанакс 1 табл.(0,5;1 мг) под язык или разжевать
- анаприлин (при наличии тахикардии, озноба, дрожи, повышения АД) 10-40 мг под язык или разжевать
- беллатаминал/белласпон (головокружение, липотимия, брадикардия, тошнота) 1-2 таблетки
- валосердин, валокардин, корвалол 35-40 капель.

Купирование криза



2) нефармакологическое воздействие

(направлено на гипервентиляцию):

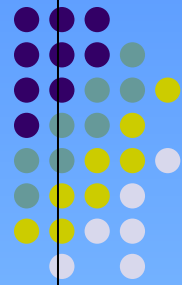
- принять положение сидя или полулежа,
- Редкое, глубокое и спокойное дыхание: выдох в 2 раза длиннее вдоха, можно рекомендовать дышать в бумажный пакет.

Этапы противорецидивной терапии панического расстройства



1. Купирование симптоматики - 1 мес.
2. Стабилизирующая терапия, восстановление социальной адаптации, преодоление агорафобии - до полугода.
3. Профилактическая терапия для поддержания ремиссии - до года.

Тактика противорецидивной терапии



Кризисы
менее 3 месяцев,
не чаще 1 раза
в неделю

Кризисы
более 3 месяцев
чаще 1 раза
в неделю

Вторичные
психические
изменения

Неспецифическая
терапия
- 1 месяц

Рациональная
психотерапия

Антипанические
бензодиазепины
- 1 месяц

Антидепрессанты
-1 месяц
(подбор)

Психотерапия

Немедикаментозное
лечение+
седативные препараты
- еще 1 месяц

Антидепрессанты
- 6 месяцев
(стабилизирующая
терапия)

Неспеци-
фическая
терапия

Антидепрессанты
- До 12 месяцев
(поддерживающая
терапия)

1

2

3

Неспецифическая терапия



- Немедикаментозная
 - Рефлексотерапия
 - Ароматерапия
 - Транскраниальная электростимуляция («Седатон», «Трансаир»)
- Медикаментозная
 - Седативные (ново-пассит, стрессоплан, персен)
 - Транквилизаторы
 - Анаприллин
 - Беллатаминал

Клиническая рубрикация транквилизаторов



С широким спектром действия

Феназепам, хлордиазепоксид (элениум, либриум, напотон), диазепам (седуксен, реланиум, сибазон, валиум), дикалия клоразепат (транксен), бромазепам (лексотан), лоразепам (мерлит, ативан)

Выраженный седативный, расслабляющий и снотворный эффект.

Используются в стационаре или как препараты «скорой помощи»

Дневные

Гидроксизин (атаракс), тофизопам (грандаксин), мезепам (рудотель), мебикар (адаптол), темазепам (сигнопам)

Миорелаксирующий и гипнотический эффект выражены незначительно.

Оптимальны для амбулаторной практики

С антипаническим действием

Клоназепам (антелепсин), альпразолам (ксанакс), клобазам (фризиум)

Используются для купирования пароксизмальных состояний и приступов (вегето-сосудистые кризы, обмороки, эпилепсия)

Атаракс (гидроксизин)



- **Небензодиазепиновый анксиолитик**
- блокатор H1-гистаминовые рецепторов, расположенных в миндалинах мозга.
- Оказывает выраженный противотревожный, антигистаминный, противорвотный, улучшает сон, не угнетает внимание, не ухудшает память.
- Быстрое наступление эффекта и отсутствие синдрома отмены.
- Не вызывает привыкания и зависимости.
- Усиливает влияние седативных препаратов и алкоголя, но практически не взаимодействует с другими препаратами. П/Э: сухость во рту, сонливость.
- Применяют по **1 табл. (25 мг) 2 раза в сутки. Курс 2-4 недели**, начинают с 1/2 табл. н/н, затем 1 табл. н/н

Рациональная психотерапия



Дезактуализация страха больного перед кризом:

1. Больному необходимо доказать, что у него нет серьезного жизнеугрожающего состояния, для чего максимально полно обследовать его.
2. Перед началом лечения больному необходимо объяснить суть заболевания, опираясь на нейрофизиологические процессы: «криз - нормальное состояние человека, убегающего от тигра, но оно включается не вовремя».
3. Правильные взаимоотношения с больным: доверительные отношения (особенности семейной жизни, социальной ситуации), в тоже время директивное отношение к больному.

Особенности психофармакотерпии панического расстройства



- Высокая эффективность антидепрессантов.
- Недостаточная эффективность традиционных бензодиазепинов.
- Недостаточная эффективность психотерапии.

Специфические «антипанические» препараты



- Бензодиазепины с особым сродством к бензодиазепиновым рецептарам (высокопотенциальные):
 - **Альпрозалам** (ксанакс, кассадан, хелекс)
 - **Клоназепам** (антелепсин)
- Антидепрессанты, воздействующие на серотонинэргические и норадренэргические системы:
 - **ТЦА** (амитриптилин, кломипрамин)
 - **СИОЗС** (пароксетин, сертралин, циталопрам)
 - **СИОЗСН** (венлафаксин, дулоксетин)
 - **НССА** (миртазапин)

Используют две основные группы препаратов,
воздействующие на три медиаторные системы:



**Высоко-
потенциальные
бензодиазепины**

**Антидепрессант
ы**

**ГАМК
-ергические**

**Серотонин
-ергические**

**Норадреналин
-ергические**

Высокопотенциальные БД



- **Клоназепам/антелепсин** – наиболее доступен, но вызывает выраженный седативный эффект, депрессию и привыкание.
- Терапевтическая доза 2 мг (1 табл.), но начинать лечение нужно с 1/8-1/4 таблетки на ночь, каждый 5-ый день дозу повышают вдвое, а доведя до целой таблетки переходят на 2-х кратный прием по 1/2 табл. 2 раза в день, при тяжелых и частых кризах по 1 табл. 2 раза в день.
- Препарат нельзя внезапно отменять.



Высокопотенциальные БД

- **Алпразолам** – дает быстрый эффект, предупреждает кризы к концу первой недели приема, не вызывает депрессию, но вызывает привыкание и зависимость при длительном приеме.
- Принимают 3-4 раза в день (имеет кратковременное действие), что не всегда удобно. Начальная доза 0,125 мг (1/2 табл. 0,25 мг) 2-3 раза в сутки, в дальнейшем дозу увеличивают каждые 3-5 дней до достижения эффекта.
- Эффективные дозы от 1,5 до 3 мг (при 3-4 кратном приеме).
- **Ксанакс-ретард** кратность приема — 1-2 раза в сут. начинают с 0,25 мг (1/2 табл. 2 раза в день, повышая дозу через 5 дней 0,5 мг (1 табл.) 2 раза в день, эффективная доза 3 мг. Форма выпуска: таблетки 0,5 мг, таблетки 1 мг.

Вторичные фармакологические свойства антидепрессантов



АНТИДЕПРЕССАНТЫ-СЕДАТИКИ

амитриптилин
доксепин
миансерин
азафен
тразодон
флувоксамин

Седативный эффект

АНТИДЕПРЕССАНТЫ СБАЛАНСИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ

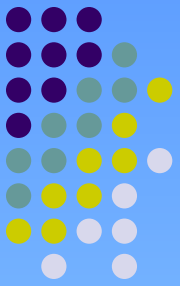
мапротилин
тианептин
сертралин
пароксетин
пиразидол
кломипрамин

АНТИДЕПРЕССАНТЫ-СТИМУЛЯТОРЫ

имипрамин
нортриптилин
флуоксетин

Стимулирующий эффект

Антидепрессанты при паническом расстройстве:



- Сертралин/асентра/стимулотон
- Пароксетин/рексетин
- циталопрам/опра



Пароксетин (РЕКСЕТИН)

- Является мощным антидепрессантом сбалансированного действия с некоторым седативным и холинолитическим эффектом
- Рексетин нормализует сон
- Не требует рецепта 148/у
- Показан при всех типах тревожных расстройств
- **Побочное действие:** тошнота, бессонница или сонливость, головокружение, головная боль, реже галюцинации, тремор, изменение массы тела.
- **Взаимодействие:** сонапакс и др. нейролептики, ТЦА – увеличение концентрации в крови

РЕКСЕТИН®



- *Внутрь*, утром — по 20-40 мг после еды в первой половине дня 1 раз в сутки. Начинают с 10 мг на ночь.
- При недостаточном эффекте возможно увеличение дозы на 10 мг с интервалом не менее 1 нед (максимальная доза — 50 мг/сут).
- Отменяется медленно в течение 2 недель снижение дозы до $\frac{1}{4}$ через день, затем до $\frac{1}{4}$ 2 раза в неделю, затем $\frac{1}{4}$ 1 раз в неделю. Терапия не менее 6 месяцев.



Побочные эффекты СИОЗС

Увеличение уровня серотонина

> увеличение стимуляции рецепторов:

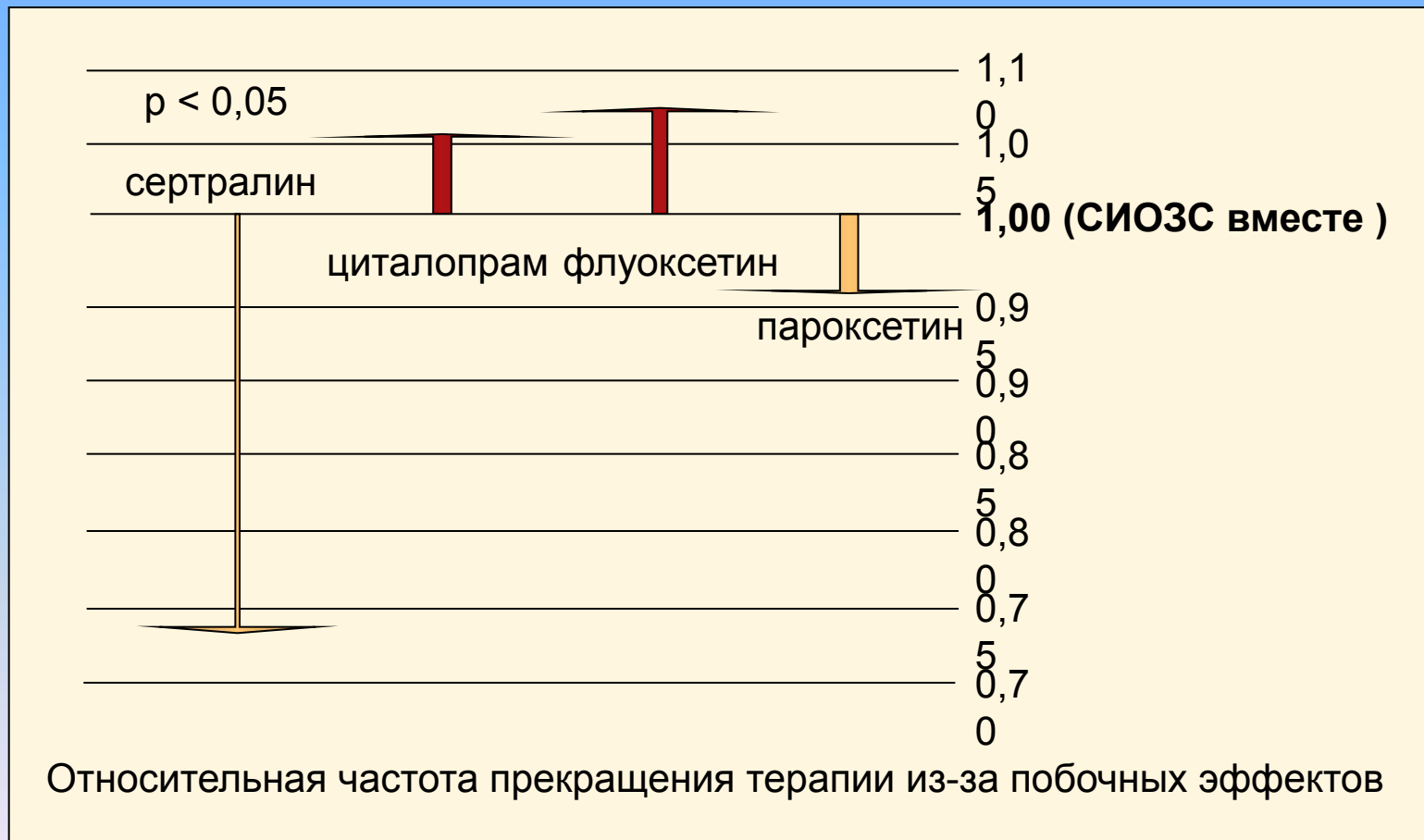
·) 5HT1 > антидепрессивный эффект

·) 5HT2 > половая дисфункция

·) 5HT3 > расстройства ЖКТ

Тремор, повышение потоотделения

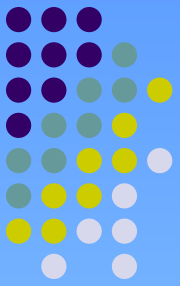
Сравнительная переносимость СИОЗС



Edwards JG, Anderson I. Drugs 1999

Anderson IM, Edwards JG. Adv Psychiatric Treat 2001

Особенности лечения антидепрессантами



- Начинать лечение нужно с минимальной дозы с постепенным ее наращиванием до терапевтической.
- Антидепрессант начинает действовать не раньше 2й-3й недели от начала лечения
- На первом этапе лечения возможны побочные эффекты (вялость, сонливость, тошнота, сексуальная дисфункция) которые постепенно проходят либо самостоятельно либо под влиянием коррегирующей терапии (амантадин, ципрогептадин). Иногда целесообразно освобождение больного от работы на период адаптации к лечению.
- Время лечения антидепрессантами зависит от регресса вторичных психических нарушений, в среднем 3-6 месяцев.
- Отмена антидепрессанта в 2 раза медленнее, чем наращивание дозы: снижение дозы 2 раза в неделю.
- Поддерживающая терапия некоторым больным по ¼- ½ табл. 2 раза в неделю.

Купирование коморбидных расстройств



Преходящие функционально-неврологические симптомы, сенестопатии, ипохондрический синдром	Сонапакс по 1 табл. (10-25 мг) 2-3 раза в день Эглонил/бетамакс по 1 табл. (50мг-100 мг) 2 раза в день Карбамазепин 200 мг
Астенический синдром	Адаптогены, витамины, препараты магния, препараты Гинкго Билоба, милдронат, фенотропил и др.
Головокружение	Бетасерк 1 табл.(16 мг) 3 раза в день
<ul style="list-style-type: none">•Психотерапия•Рефлексотерапия•Аромотерапия•ТЭС	

Резистентность кризов на фоне лечения



- Если нет эффекта спустя 6 недель лечения (рецидивы) - смена препарата.
- Если есть микроочаги в области гиппокампа (МРТ) – повышение дозы препарата.
- Консультация психиатра для исключения серьезных психических заболеваний (эндогенная депрессия, шизофрения, истерия).

СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ...

