



Психосоматические расстройства в практике поликлинического врача

И.Ю.Дороженко

ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова Минздравсоцразвития РФ

Поликлинический врач постоянно сталкивается с широким кругом пограничных психических и психосоматических расстройств, значимо накапливающихся в первичной медицинской сети по сравнению с общей популяцией (рис. 1). На одном полюсе психосоматического континуума располагаются психические расстройства, реализующиеся в соматической сфере без соматического заболевания (такие как дерматозойный бред), на другом – нозогенные (психогенные) реакции, обусловленные психотравмирующим воздействием соматического заболевания, связанным с субъективно тяжелыми проявлениями болезни, распространенными среди населения представлениями об опасности диагноза, ограничениями, налагаемыми соматическим страданием на бытовую и профессиональную деятельность (рис. 2).

Органные невроты представляют собой один из вариантов психосоматической патологии, структура которой определяется функциональными расстройствами внутренних органов (систем) при участии пограничной психической и субклинической соматической патологии (рис. 3). Клинические проявления органических невротозов отличаются значительным полиморфизмом. Как правило, при наличии относительно изолированных нарушений функций того или иного органа или системы выделяют отдельные варианты невротозов: кардионевроз (синдром Да Коста), дыхательный невроз (синдром гипервентиляции), невроз раздраженного пищевода, раздраженного желудка (гастроневроз), раздраженной кишки (неязвенная диспепсия), раздраженной толстой кишки, невроз раздраженного мочевого пузыря и т.д. Наиболее распространенные варианты органических невротозов – кардионевроз, гипервентиляционный синдром, синдром раздраженной толстой кишки (СРТК), невротические эксориации (кожный органический невроз).

Кардионевроз проявляется наличием достаточно длительных (не менее 1 мес) опасений угрожающей жизни сердечно-сосудистой патологии, доминирующих в клинической картине или сопряженных с патологией телесных ощущений в области сердца: кардиалгий, ощущений усиленного сердцебиения или изменения ритма сердечных сокращений (преимущественно суправентрикулярные формы тахикардии и экстрасистол). Гипервентиляционный синдром характеризуется наличием пароксизмальных состояний «удушья» с ощущением неполноты вдоха, недостаточного прохождения воздуха через дыхательные пути, сочетающихся с симптомами тревоги. Дыхательные расстройства отличаются полиморфизмом: диспноэ с ощущением неполноты вдоха, чувством нехватки воздуха с желанием «наполнить легкие кислородом», пароксизмальным поперхиванием и зевотой. Основными проявлениями СРТК являются болевой синдром и нарушения моторной функции толстого кишечника. Чаще выявляется преобладание запоров (примерно 1/2 пациентов), а случаи с преобладанием диареи и смешанные варианты (переменяющиеся диарея и запоры) встречаются примерно с одинаковой частотой. Вторым ведущим клиническим

Рис. 1. Распространенность психических расстройств в популяции и общемедицинской сети.

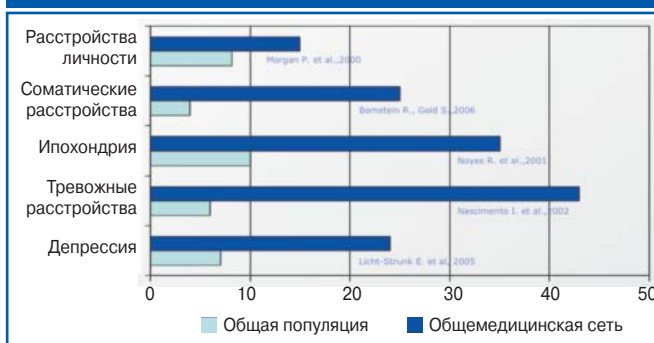


Рис. 2. Классификация психических расстройств в общей медицине.



признаком СРТК является болевой синдром – абдоминалгии, обостряющиеся на фоне позывов к дефекации и редуцирующиеся (полностью или частично) непосредственно после дефекации.

Невротические эксориации – навязчивые саморасчесы, которым предшествуют ощущения дискомфорта, жжения, зуда кожных покровов. Стремление к повторному расчесыванию приводит к образованию на фоне прежде неизменной кожи лица, верхнего плечевого пояса, разгибательной поверхности плеч и предплечий свежих эксориаций, постепенно регрессирующих с образованием поверхностных или более глубоких рубчиков. При этом пациенты, в отличие от случаев тяжелых артефактных дерматозов, не только осознают патологический характер навязчивостей, но и рассматривают собственные действия в качестве причины повреждения кожи (рис. 4).

Современные принципы терапии психосоматических расстройств

Основным методом терапии психических расстройств в общемедицинской сети является психофармакотерапия. Наряду



с лекарственной терапией на практике достаточно широко применяется фито- и психотерапия. Как показывает опыт оказания специализированной помощи данному контингенту больных, необходим дифференцированный клинический подход с учетом тяжести и сложности психических расстройств. Терапию ипохондрического бреда, выраженных форм соматоформных расстройств, эндогенных депрессий, биполярных расстройств, непсихотических депрессий с высоким суицидальным риском необходимо проводить в условиях психиатрического стационара при консультативной помощи терапевта.

Психофармакотерапия может с успехом проводиться в условиях соматического стационара либо амбулатории при консультативной помощи психиатра при неглубокой выраженности психической патологии: тревожные расстройства, органические неврозы, ноэогенные тревожно-депрессивные реакции на проявления соматического заболевания, непсихотические депрессии (при отсутствии суицидальных тенденций), сопутствующие соматической патологии.

В настоящее время в первичной медицинской сети применяются преимущественно психотропные средства первого ряда: антидепрессанты новых поколений, анксиолитики, а также некоторые нейролептические средства («малые» нейролептики, современные атипичные антипсихотики). В число препаратов первого ряда включены медикаменты, в наибольшей мере соответствующие требованиям общемедицинской сети: минимальная выраженность нежелательных нейротропных и соматотропных эффектов, которые могли бы нарушить функции центральной нервной системы и внутренних органов, вызвать/усилить аллергические реакции; ограниченность признаков поведенческой токсичности; низкая вероятность нежелательных взаимодействий с соматотропными препаратами; безопасность при передозировке; простота и удобство применения (возможность назначения фиксированной дозы препарата или минимальная потребность в ее титрации).

К препаратам второго ряда отнесены психотропные средства, показанные для применения в специализированных психиатрических медицинских учреждениях. Медикаменты этого ряда дают выраженный психотропный эффект (антипсихотический, антидепрессивный, анксиолитический и др.), несмотря на возрастающий при этом риск побочного (как нейротропного, так и соматотропного) действия, а также неблаго-



РЕЖИМ ДОЗИРОВАНИЯ

АФОБАЗОЛ®

Препарат назначают внутрь, после приема пищи. Разовая доза составляет 10 мг; суточная доза – 30 мг, разделенная на 3 приема в течение дня. Длительность курсового применения препарата составляет 2–4 нед. При необходимости суточная доза препарата может быть увеличена до 60 мг, а длительность лечения – до 3 мес.

Представлена краткая информация производителя по дозированию лекарственного средства. Перед назначением препарата внимательно читайте инструкцию.

приятных последствий взаимодействия с соматотропными средствами.

С большой осторожностью должны применяться препараты второго ряда – трициклические и гетероциклические антидепрессанты: амитриптилин, имипрамин (мелипрамин), кломипрамин (анафранил), мапротилин (лудиомил); антипсихотики (производные фенотиазина: хлорпромазин, галоперидол, клозапин), в особенности у больных пожилого и старческого возраста в связи с опасностью возникновения спутанности (делириозные состояния, протекающие с нарушением сознания, дезориентировкой во времени, пространстве и собственном состоянии, изменениями цикла сон–бодрствование, расстройствами внимания и памяти, вспышками психомоторного возбуждения, иллюзорно-галлюцинаторными феноменами), а также вследствие возможности развития тяжелых аллергических реакций.

Наибольшая вероятность развития побочных эффектов при терапии антидепрессантами возникает у пациентов с тяжелыми соматическими заболеваниями, а также у лиц пожилого возраста, обнаруживающих повышенную чувствительность к психотропным средствам. К основным побочным эффектам антидепрессантов относятся антихолинергические нарушения работы центральной и вегетативной нервной системы, сердечно-сосудистой системы, осложнения со стороны органов кроветворения, обменно-эндокринные нарушения (изменения массы тела, дисфункции половой сферы, аллергические реакции). Побочные эффекты чаще появляются на начальных этапах лечения (в первые 2 нед) и сохраняются иногда на протяжении 3–4 нед терапии, а затем подвергаются обратному развитию. При стойких или выраженных неблагоприятных эффектах показано снижение доз препаратов, а при необходимости – прекращение терапии.

Назначение транквилизаторов в настоящее время продолжает составлять одно из важных направлений лекарственной терапии. Транквилизаторы бензодиазепинового ряда наиболее показа-

ны для снятия острых тревожных пароксизмов (панических атак). В связи с тем, что при длительном применении бензодиазепинов происходит нарастание толерантности и формирование лекарственной зависимости, курс лечения данными препаратами ограничивается 2–4 нед.

Развитие нежелательных явлений, в том числе поведенческой токсичности, при использовании бензодиазепинов существенно ограничивает их применение при терапии психосоматических заболеваний (рис. 5). Появление в клинической практике принципиально нового отечественного транквилизатора Афобазола, который относится к производным меркаптобензимидазола и не является агонистом бензодиазепиновых рецепторов, существенно расширяет возможности терапии психосоматических расстройств тревожного спектра.

Частные аспекты терапии психосоматической патологии

В течение последних лет все большее распространение в терапии соматоформных и ипохондрических расстройств получают антидепрессанты разной химической структуры (как трициклические, в частности, доксепин, так и современные, относящиеся к селективным ингибиторам обратного захвата серотонина – СИОЗС: флуоксетин, флувоксамин, пароксетин, сертралин). Однако эффективность монотерапии антидепрессантами при таких широко распространенных расстройствах, как, например, невротические экскариации, в среднем не превышает 50%, что свидетельствует о необходимости использования комбинированной терапии, включающей антидепрессант и антипсихотик. В наших исследованиях на выборке из 85 пациентов применялись разные антипсихотики, из которых к более широкому применению можно рекомендовать хлорпромазин, сульпирид, алимемазин.

При терапии депрессий в общемедицинской практике, в том числе при сочетании депрессии с болевым синдро-



мом, ранее широко использовались трициклические антидепрессанты. При достаточно высокой антидепрессивной активности, составляющей в среднем 60–70%, для данного класса препаратов характерен ряд побочных эффектов, которые в первичной медицинской сети, как правило, бывают нетерпимы и приводят к отмене антидепрессанта. По результатам наших исследований препаратами выбора для применения в общей медицинской практике в настоящее время являются антидепрессанты первого ряда: СИОЗС (флувоксамин, пароксетин, сертралин, циталопрам); антидепрессанты двойного действия (венлафаксин, милнаципран); обратимые ингибиторы моноаминоксидазы типа А (пиразидол) – прежде всего благодаря благоприятному соотношению эффективности и безопасности.

Необходимо помнить, что в отличие от тревожных расстройств (где могут использоваться психотропные препараты разных классов, обладающие анксиолитическим эффектом) терапия депрессий должна производиться антидепрессантами, а транквилизаторы применяются лишь временно для купирования таких симптомов, как тревога и бессонница). При лечении депрессий в рамках шизофрении у пациентов с соматическим заболеванием в комбинации с антидепрессантами используются современные атипичные антипсихотики (кветиапин, рисперидон, оланзапин).

На клинических базах кафедры психиатрии и психосоматики ФППОВ Первого МГМУ им. И.М.Сеченова к настоящему времени накоплен обширный практический опыт по применению небензодиазепинового анксиолитика – Афобазола при монотерапии неглубоких ипохондрических, невротических и психогенных расстройств тревожного спектра, а также при комбинированной терапии тревожно-фобических, соматоформных, тревожно-депрессивных нарушений.

В частности, Афобазол назначался в качестве монотерапии при психогенных (преимущественно нозогенных) тревожных, соматизированных, ипохондрических расстройствах у 90 пациентов дерматологической, кардиологической, онкологической клиник.

Препарат назначался курсами длительностью 42 дня (6 нед) в форме трехкратного суточного приема, независимо от приема пищи. Начальная доза Афобазола составляла 30 мг/сут. При неэффективности терапии допускалось увеличение дозы до 60 мг/сут. По завершении терапии доля респондеров составила 70% от общего числа пациентов.

Улучшение состояния при терапии Афобазолом отмечалось уже к концу 1-й недели и достигало существенной выраженности к середине 2-й недели приема препарата. Клинический эффект Афобазола выражался наряду с редукцией общего уровня тревоги в дезактуализации стрессогенных кататимных переживаний, снижении интенсивности тревожно-ипохондрических опасений, редукции соматовегетативных расстройств. Необходимо отметить, что постепенно развивающееся мягкое активирующее действие препарата способствовало нормализации когнитивных функций.

Помимо эффективности терапии Афобазолом, отмечен благоприятный профиль безопасности препарата, что имеет особое значение для пациентов с сопутствующими соматическими заболеваниями. Связанных с приемом Афобазола

базола нежелательных явлений, послуживших причиной преждевременного прекращения терапии, не отмечалось. Все больные полностью завершили 6-недельный курс лечения, что подтвердило ранее установленную в клинических исследованиях безопасность препарата, особенно в условиях сочетания с базисной терапией соматотропными средствами.

Хотелось бы представить также собственный практический опыт применения Афобазола в рамках комбинированной терапии психических расстройств в общей медицинской практике (73 наблюдения, длительность приема препарата 6–12 нед).

При терапии органических неврозов (СРТК, гипервентиляционный синдром) стойкого улучшения состояния пациентов удалось добиться путем комбинации Афобазола (20–60 мг/сут) с

ОКОЛО 70% ПАЦИЕНТОВ, ОБРАЩАЮЩИХСЯ К ВРАЧУ, ИСПЫТЫВАЮТ СИМПТОМЫ ТРЕВОГИ, КОТОРЫЕ ВЛИЯЮТ НА ТЕЧЕНИЕ ИХ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ*



* 1. Давыдов А.Т. и соавт. РМЖ, 2008, том 16, S. C. 266–270

АФОБАЗОЛ®

ТЕРАПЕВТ ТРЕВОГИ



ИННОВАЦИОННАЯ МОЛЕКУЛА

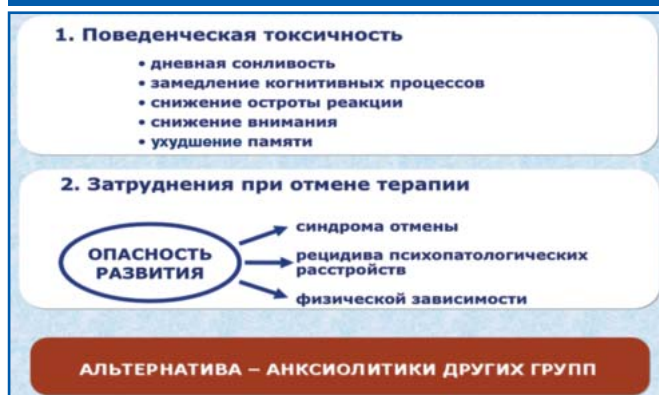
- новый класс – производное бензимидазола

УНИКАЛЬНЫЙ МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ

- активизирует естественный механизм анксиолитизиса через систему сигма-рецепторов

ОПТИМАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ

- без седации, без зависимости, без привыкания
- совместим с большинством препаратов для терапии основного заболевания

**Рис. 3. Органные неврозы: структура коморбидности с психической и соматической патологией.****Рис. 4. Повреждения кожи в результате невротических эксориаций.****Рис. 5. Основные негативные эффекты бензодиазепинов.**

сульпиридом (100–200 мг/сут) либо алимемазином (20–40 мг/сут), традиционно используемыми при широком круге тревожных и соматоформных расстройств.

Нозогенные реакции с тревожно-фобической симптоматикой характеризуются доминированием навязчивых страхов (например, навязчивый страх смерти от инфаркта у пациентов с ишемической болезнью сердца), связанных с утрированным восприятием даже компенсированного соматического заболевания, идеями неполноценности, обостренными мнительностью и избегающим поведением. При терапии данных состояний наиболее эффективной оказалась комбинация максимальных дозировок Афобазола (40–60 мг/сут) с СИОЗС: флувоксамин (150–200 мг/сут), пароксетин (20–40 мг/сут), циталопрам (20–40 мг/сут), которые считаются базисной терапией тревожно-фобических расстройств благодаря постепенно развивающемуся, но стойкому антифобическому эффекту.

Тревожно-депрессивные состояния на фоне соматического заболевания, как правило, характеризуются умеренно выраженной гипотимией (сниженное настроение, плаксивость,

раздражительность, плохой сон), неверием в возможное улучшение, выздоровление, в эффективность лечения даже при благоприятных объективных данных. Тревожные опасения касаются развития возможных осложнений соматического заболевания, а также экстраполируются на вероятные неудачи в будущей жизни в связи проявлениями болезни (сложности трудоустройства, карьерного роста, налаживания межличностных контактов). Наиболее эффективной терапевтической схемой оказалось применение Афобазола (20–40 мг/сут) в сочетании с антидепрессантами двойного действия: венлафаксин (75–150 мг/сут), милнаципран (50–150 мг/сут).

Мягкий анксиолитический эффект Афобазола позволяет даже при выраженных психосоматических нарушениях назначать невысокие дозировки антидепрессантов и антипсихотиков в режиме комбинированной терапии (не приводящие к развитию побочных эффектов, что крайне важно в условиях общемедицинской сети). Кроме того, необходимо отметить хорошую совместимость препарата с широким кругом используемых психотропных средств разных фармакологических классов.

Необходимо подчеркнуть, что Афобазол должен назначаться для курсового лечения тревожных расстройств длительно, от нескольких недель до нескольких месяцев. В отличие от бензодиазепинов, способных быстро купировать острую пароксизмальную тревожную симптоматику (но имеющих массу неблагоприятных эффектов, затрудняющих их длительное применение, особенно при наличии сопутствующей соматической патологии), отчетливый клинический эффект Афобазола развивается к концу 1-й недели терапии и стойко сохраняется на всем протяжении курса лечения. При необходимости назначения Афобазола пациентам с выраженной тревогой и бессонницей (с прицелом на долгосрочный курс лечения) в первые дни терапии (как правило, 7–10 дней) возможно комбинированное назначение с бензодиазепиновым анксиолитиком (по типу «бензодиазепинового мостика») или гипнотиком с последующей монотерапией Афобазолом.

Заключение

При определении терапевтической тактики врачу поликлиники необходимо оценить структуру и тяжесть психосоматического расстройства для решения вопроса о месте проведения лечения (психиатрический/соматический стационар либо амбулаторно) и выбора одного из эффективных и безопасных препаратов первого ряда. Немаловажное значение имеют также простота и удобство применения препарата. Необходимо помнить, что бензодиазепины выписываются по специальным рецептам строгой отчетности, в то время как небензодиазепиновый селективный анксиолитик Афобазол отпускается без рецепта, а все антидепрессанты и антипсихотики выписываются по обычным терапевтическим рецептам. Здесь надо не смешивать юридическое право установления диагноза психического расстройства (прерогатива психиатра) с возможностью симптоматического назначения данных препаратов в комплексном лечении психосоматических нарушений (любой врач лечебной специальности).

В настоящее время у врачей поликлиник существует реальная возможность повысить квалификацию (на бюджетной основе) в области психосоматических расстройств на очных циклах тематического усовершенствования для врачей лечебных специальностей на клинических базах кафедры психиатрии и психосоматики ФППОВ Первого МГМУ им. И.М.Сеченова и внеплановых образовательных семинарах с элементами дистанционного обучения, позволяющих успешно проводить обучение врачей в разных регионах страны.