

Клинико-терапевтические аспекты психосоматических расстройств.

Дороженок И.Ю.

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Резюме.

Ведущим методом лечения психических расстройств в общемедицинской сети является психофармакотерапия, включающая широкий спектр психотропных средств различных фармакологических классов (антипсихотики, антидепрессанты, анксиолитики). Прежде всего необходимо оценить структуру и тяжесть психического расстройства для решения вопроса о месте проведения лечения (психиатрический/соматический стационар либо амбулаторно). В условиях соматического стационара и амбулаторного наблюдения рекомендованы современные эффективные и безопасные препараты первого ряда, дифференцированно назначаемые при соматоформных, аффективных и тревожных расстройствах.

Ключевые слова: психосоматика, психофармакотерапия, анксиолитики, афобазол, тревожные расстройства, соматоформные расстройства, нозогенные реакции.

Введение.

В клинической практике врачи ежедневно сталкиваются со случаями аффективных, невротических (конверсионно-диссоциативных, тревожных, обсессивно-компульсивных, астенических) расстройств, соматоформной психической патологии (преимущественно с тревожно-фобическими, сенсо-ипохондрическими, алгическими симптомокомплексами), а также психогенными (нозогенными) реакциями¹ на наличие соматического заболевания. То есть речь идет

¹ Нозогенные (психогенные) реакции обусловлены психотравмирующим воздействием соматического заболевания, связанным с субъективно тяжелыми проявлениями болезни, распространенными в населении представлениями об опасности диагноза, ограничениями, налагаемыми соматическим страданием на бытовую и профессиональную деятельность.

о широком спектре психических расстройств, накапливающихся в общемедицинской сети (рис 1).

Психическая патология в общемедицинской сети представлена в рамках психосоматического континуума (Рис 2), на одном полюсе которого располагаются психические расстройства, реализующиеся в соматической сфере, на другом – нозогении и «психосоматические» заболевания [4].

Органные невроты – 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 органных невротозов отличаются значительным полиморфизмом. В случаях с относительно изолированными нарушениями 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 органных невротозов – кардионевроз, гипервентиляционный синдром, синдром раздраженной толстой кишки (СРТК), психогенный зуд (кожный органный невроз).

Симптоматика кардионевроза включает достаточно длительные (не менее месяца) опасения угрожающей жизни сердечно-сосудистой патологии, доминирующие в клинической картине или сопряженные с патологическими телесными сенсациями в области сердца – кардиалгии, ощущение усиленного сердцебиения изменения ритма сердечных сокращений (преимущественно суправентрикулярные формы тахикардии и экстрасистолии). Гипервентиляционный синдром определяется пароксизмальными состояниями “удушья” с ощущением неполноты вдоха, недостаточного прохождения воздуха через дыхательные пути, сочетающимися 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 нарушения моторной функции толстого кишечника и абдоминалгии. Нарушения моторики толстого кишечника проявляются изменениями стула. Чаще выявляется преобладание запоров (примерно половина пациентов), а случаи с преобладанием диареи и смешанные варианты (перемежающиеся диарея и запоры) распределяются примерно одинаково. Вторым ведущим клиническим признаком СРТК является болевой синдром - абдоминалгии, обостряющиеся на фоне позывов на дефекацию и редуцирующиеся (полностью или частично) непосредственно после дефекации.

При рассмотрении кожного органического невроза (Рис 4) необходимо отметить, что кожа является важнейшим органом рецепторно-опосредованного сознания собственного тела и способности воспринимать его контакт с окружающим, по сути представляя собой экран, состоящий из сенсорных рецепторов, объединенных воедино сетью соединительнотканых и сосудистых структур. Учитывая значимость перцептивной функции кожи, становится очевидным закономерное вовлечение этого органа в формирование целого ряда психических расстройств, двухуровневая структура которых включает первичные патологические телесные сенсации и базирующиеся на них вторичные психопатологические расстройства: психогенный зуд - невротические эксориации; идиопатические алгии с овладевающими ощущениями - ограниченная ипохондрия; элементарные сенестопатии, тактильных иллюзии и галлюцинации - дерматозойный бред, соответственно (Рис 5).

Невротические эксориации («психогенные эксориации») – компульсивные действия, сопровождающиеся самоповреждениями, которым нередко предшествуют сенсорные феномены, ощущения дискомфорта, жжения, зуда кожных покровов. Стремление к повторному расчесыванию, удалению несуществующей сыпи приводит к образованию на фоне прежде неизменной кожи лица, верхнего

плечевого пояса, разгибательной поверхности плеч и предплечий свежих экскориаций, постепенно эволюционно регрессирующих с образованием поверхностных или более глубоких рубчиков. В отличие от проявлений патомимии невротические экскориации, как правило, эгодистонны. Пациенты не только осознают патологический характер obsessions, но и рассматривают собственные действия в качестве причины повреждений (Рис 6).

Ограниченная (*circumscripta*) ипохондрия – идиопатические алгии, сенесталгии с синдромом сверхценной одержимости. Охваченность патологическими телесными ощущениями (нестерпимая боль, жжение и др.), локализующимися в топографически ограниченной зоне (определенный участок кожи - наружный угол верхнего века, нижняя часть левой щеки), сопровождается непреодолимой потребностью к избавлению от мучительных ощущений любым путем вплоть до самоповреждений, самоувечий. Пациенты могут наносить себе серьезные повреждения, в том числе требующие хирургической коррекции.

Общие подходы к терапии психосоматических расстройств.

Ведущим методом лечения психических расстройств в общемедицинской практике является психофармакотерапия. Наряду с медикаментами можно использовать фито- и психотерапию. Как показывает опыт оказания специализированной помощи данному контингенту больных, необходим дифференцированный клинический подход с учетом тяжести и сложности психопатологических расстройств [1]. Терапию ипохондрического бреда, выраженных форм соматоформных расстройств, эндогенных депрессий, биполярных расстройств, непсихотических депрессий с высоким суицидальным риском показано проводить в условиях психиатрического стационара при консультативной помощи интерниста.

Психофармакотерапия может с успехом проводиться в условиях соматического стационара либо амбулаторно при консультативной помощи психиатра при неглубокой выраженности психической патологии: тревожные расстройства,

органные неврозы, нозогенные тревожно-депрессивные реакции на проявления соматического заболевания, непсихотические депрессии (при отсутствии суицидальных тенденций), коморбидные соматической патологии.

В настоящее время в психосоматике применяются преимущественно психотропные средства *первого ряда* [5]: антидепрессанты новых поколений (Рис.7), анксиолитики, а также некоторые нейролептические средства («малые» нейролептики, современные атипичные антипсихотики) (Рис.8). 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 внутренних органов, вызвать/усилить кожные аллергические реакции, а также центральной нервной системы; ограниченность признаков поведенческой токсичности; низкая вероятность нежелательных взаимодействий с соматотропными препаратами; безопасность при передозировке; простота использования (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 повышающийся при этом риск побочного (как нейротропного, так и соматотропного) действия, а также неблагоприятных последствий интеракций 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 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 недели) и сохраняются иногда на протяжении 3-4 недель терапии, а затем подвергаются обратному развитию. При стойких или выраженных нарушениях показано снижение доз, а при необходимости – прекращение терапии.

К препаратам первого ряда среди транквилизаторов относятся все средства этого класса (рис 9,10). Безопасность использования транквилизаторов в общемедицинской сети связана с большим разрывом между терапевтическими и летальными дозами, отсутствием неблагоприятных влияний на деятельность функциональных систем организма и интеракции с соматотропными препаратами. Транквилизаторы бензодиазепинового ряда наиболее показаны для снятия острых тревожных состояний (например, панических атак). При длительном применении бензодиазепинов происходит нарастание толерантности и формирование лекарственной зависимости, поэтому курс лечения данными препаратами ограничивается несколькими неделями.

Развитие нежелательных явлений, в том числе поведенческой токсичности, при использовании бензодиазепинов, существенно ограничивает их применение в психосоматике (Рис 11). 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.

При терапии соматоформных и ипохондрических расстройств в психосоматике традиционно используются антидепрессанты различной химической структуры (как трициклические, в частности, доксепин, так и современные, относящиеся к селективным ингибиторам обратного захвата серотонина - СИОЗС (флуоксетин, флувоксамин, пароксетин, сертралин) [8]. Однако эффективность монотерапии антидепрессантами при таких широко распространенных в психосоматике нарушениях, 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 различные антипсихотики, из которых к более широкому применению можно рекомендовать хлорпротиксен, сульпирид, алимемазин.

При терапии депрессий в общей медицине, включая депрессии с болевым синдромом, традиционно использовались трициклические антидепрессанты [7]. При достаточно высокой антидепрессивной активности, составляющей в среднем 60-70%, отмечается ряд известных побочных эффектов при приеме данных препаратов, которые в психосоматике как правило бывают нетерпимы и приводят к отмене антидепрессанта. По результатам наших исследований (n=120), препаратами выбора в настоящее время являются антидепрессанты первого ряда, рекомендуемые для применения в общемедицинской практике: СИОЗС (флувоксамин, пароксетин, сертралин, циталопрам); антидепрессанты двойного действия (венлафаксин, милнаципран); ОИМАО-А (пиразидол) прежде всего благодаря благоприятному спектру клинических эффектов.

Следует помнить, что в отличие от тревожных расстройств (где могут использоваться психотропные препараты разных классов, обладающие анксиолитическим эффектом), терапия депрессий производится только единственным классом препаратов - антидепрессантами, а транквилизаторы применяются лишь временно для купирования отдельных симптомов депрессии (тревоги и бессоницы). При лечении депрессий с субпсихотическими расстройствами (прежде всего – в случае их коморбидности с шизофренией) в сочетании с антидепрессантами используются атипичные антипсихотики (кветиапин, рисперидон) [1].

На клинических базах кафедры 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.

Так, афобазол назначался в качестве монотерапии при психогенных (преимущественно нозогенных) тревожных, соматизированных, ипохондрических расстройствах у 90 пациентов дерматологической [2], кардиологической [3], онкологической клиник [6].

Препарат назначался курсами длительностью 42 дня (6 недель) 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-ой недели и достигало существенной выраженности к середине 2-й недели исследования. Клинический эффект афобазола выражался, наряду с редукцией общего уровня тревоги, в дезактуализации стрессогенных кататимных переживаний, снижении интенсивности тревожно-ипохондрических опасений, редукции соматовегетативных расстройств. Позитивным терапевтическим фактором явилось

постепенно развивающееся мягкое активирующее действие препарата, способствующее нормализации когнитивных функций.

Препарат хорошо переносился пациентами. Связанных с приемом афобазола нежелательных явлений, послуживших причиной преждевременного прекращения терапии, не отмечалось. Все больные полностью завершили 6-недельный курс лечения, что является показателем высокой безопасности препарата, особенно в условиях сочетания с базисной терапией соматотропными средствами.

Среди нежелательных явлений на фоне приема Афобазола зафиксированы: сонливость в дневное время (9 набл.), тошнота (6 набл.), головные боли (3 набл.). Данные побочные эффекты имели легкую степень выраженности и полностью редуцировались на 2-3-й неделе терапии без коррекции суточной дозы препарата.

Хотелось бы представить также собственный **практический опыт использования афобазола в рамках комбинированной терапии психических расстройств в общей медицинской практике** (62 набл., длительность приема 6-12 недель).

При терапии выраженных психогенных тревожных реакций, провоцирующих обострение соматического заболевания, стойкого улучшения состояния удалось добиться путем комбинации афобазола (20-60 мг/сут) с сульпиридом (100-200 мг/сут), традиционно используемым при широком круге тревожных и соматоформных расстройств.

При тревожно-ипохондрических нозогенных реакциях происходит утрирование проявлений соматической патологии за счет соматизированной тревоги (стойкая фиксация на своем состоянии, регистрация малейших изменений самочувствия, тщательный анализ результатов терапевтических мероприятий, соматовегетативные нарушения с жалобами на мучительные, прежде всего алгические, телесные сенсации). Здесь афобазол назначался в утреннее и дневное

время (20-40 мг/сут) в сочетании с кветиапином (25-100 мг н/ночь) – современным атипичным антипсихотиком, имеющим тропность к патологическим телесным ощущениям различной психопатологической структуры.

Нозогенные реакции с тревожно-фобической симптоматикой характеризуются доминированием навязчивых страхов (например, социофобии при фациальной локализации хронических дерматозов), связанных с болезненным восприятием соматического заболевания, идеями неполноценности, обостренной 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), считающихся базисной терапией тревожно-фобических расстройств благодаря постепенно развивающемуся, но стойкому антифобическому эффекту.

Тревножно-депрессивные состояния, коморбидные соматическому заболеванию, 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 (трудности 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).

Помимо мягкого анксиолитического эффекта афобазола, позволяющего даже при выраженных нарушениях тревожного круга назначать невысокие дозировки антидепрессантов и антипсихотиков в режиме комбинированной терапии (не приводящие к развитию побочных эффектов, что крайне важно в

условиях общемедицинской сети), необходимо отметить высокую клиническую совместимость афобазола с широким кругом используемых психотропных препаратов различных фармакологических классов.

Среди важных аспектов применения афобазола в повседневной врачебной практике хотелось бы подчеркнуть, что, прежде всего, препарат назначается только для курсового лечения тревожных расстройств, длительностью от нескольких недель до нескольких месяцев (в среднем, 3-6 месяцев). В отличие от бензодиазепинов, которые способны быстро купировать острую пароксизмальную тревожную симптоматику (но имеют массу неблагоприятных эффектов, затрудняющих их длительное применение), отчетливый клинический эффект афобазола развивается к концу первой 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 течение первых дней терапии (как правило, 7-10 дней) возможна комбинированная схема с бензодиазепином (по типу «бензодиазепинового мостика») или гипнотиком с последующей монотерапией афобазолом.

Заключение.

Таким образом, спектр психотропных препаратов, используемых в психосоматике, достаточно широк. При определении терапевтической тактики необходимо оценить структуру и тяжесть психопатологического расстройства для решения вопроса о месте проведения лечения (психиатрический/соматический стационар либо амбулаторно) и выбора одного из основных классов психотропных средств (антипсихотики, антидепрессанты, анксиолитики). В условиях соматического стационара и амбулаторного наблюдения рекомендованы современные эффективные и безопасные препараты 1-го ряда, дифференцированно используемые в качестве базисной и симптоматической терапии при соматоформных, депрессивных и тревожных расстройствах.

Список литературы:

1. Дороженок И.Ю. Психотропные средства в психосоматике (на модели психодерматологии) // Психические расстройства в общей медицине. – 2011.-N 1 – С. 46-51.
2. Дороженок И.Ю., Терентьева М.А. Афобазол при терапии тревожных расстройств у больных дерматологического стационара. // Русский медицинский журнал. — 2007. — Том 15, № 19 . — С. 1379-1382.
3. Медведев В.Э., Троснова А.П., Добровольский А.В. Психофармакотерапия тревожных расстройств у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями: применение Афобазола // Журн. неврол. психиатр. – 2007. – Т. 107, №7. – С. 25–29.
4. Смулевич А.Б., Белоусова Т.А., Дороженок И.Ю. Депрессии при дерматологической патологии // в: Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях – М.: МИА, 2007
5. Смулевич А.Б., Львов А.Н. К проблеме классификации психических расстройств в дерматологии. Психич. расстройст. в общ. мед. 2008; 1: 4–7.

6. Смулевич А.Б., Козырев В.Н. Интегрированная медицина – модель организации помощи больным с депрессивными расстройствами. / в: Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине – М.: МИА, 2007
7. Шафигуллин М.Р., Иванов С.В. Терапия тревожных нозогенных реакций у больных онкологического стационара (опыт применения афобазола). // Психические расстройства в общей медицине. –2008– Том 03–N 1 – С. 37-40.
8. Gupta M., Gupta A. The Use of Psychotropic Drugs in Dermatology // Dermatol Clin. 2000;18:711–725.
9. Koo J.Y., Lee C. S. Psychocutaneous Medicine. 2003, 477 p.