

С.Г. Сова, к.м.н., кафедра гигиены труда и профессиональных болезней, Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев

Вегетативные дисфункции как соматический аспект тревожно-депрессивного расстройства

Нельзя лечить тело, не лечя душу.
Сократ

С.Г. Сова

Поиск эффективных методов лечения и профилактики заболеваний вегетативной нервной системы и, в частности, синдрома вегетативной дисфункции (СВД) по-прежнему остается одной из актуальнейших медико-социальных проблем.

Прежде всего это связано с явной недооценкой врачами-интернистами важности психической составляющей указанного синдрома, которая, как правило, является инициальным фактором развития вегетативных нарушений, обуславливает особенности его течения и определяет тактику терапевтической интервенции. В связи с этим часто (традиционно) лечение вегетативных нарушений в практике врачей внутренней медицины сводится к симптоматической коррекции соматических (вегетативных) нарушений и имеет крайне низкую эффективность. В результате пациент не ощущает должного облегчения от проводимой терапии или отмечает его недостаточность и кратковременность (часто — только на период приема лекарственных средств), «обрастая» при этом все новыми и новыми жалобами и симптомами на фоне возрастающего количества пройденных исследований и тестов. Все это приводит к углублению вегетативных и эмоциональных нарушений, приобретению ими пароксизмальности, вызывает хронизацию процесса и в дальнейшем формирует основы органической патологии.

Проблема, конечно же, не ограничивается только лишь ятрогенными недоработками. Такая тенденция отмечается и в Украине, и в большинстве стран земного шара. Причины — стремительно возрастающая невротизация населения в условиях нарастающего темпа жизни, практически постоянное психоэмоциональное напряжение в бытовой и производственной сферах жизнедеятельности социально активного населения; накопление патологического гомеостаза и метаболических расстройств как данности развивающейся цивилизации с ее «удобствами, благами и преимуществами», блокировкой витальных потребностей в условиях дефицита времени; нарастание количества генетических паттернов невротизации и т. д. Проведенное Всемирной организацией здравоохранения эпидемиологическое исследование Global Burden of Disease Study (1990-2008) убедительно продемонстрировало неуклонный рост частоты нейрорпсихических заболеваний, которые на протяжении последнего десятилетия вышли на первое место среди причин нетрудоспособности (показатель DALY), опередив сердечно-сосудистую и онкологическую патологию. Результаты многочисленных исследований в области психосоматической медицины способствовали тому, что СВД принято сегодня рассматривать прежде

всего с позиций психической дезадаптации и относить к спектру тревожно-депрессивных расстройств (ТДР).

Цель данной статьи состоит не в стремлении раскрыть медицинской общественности тему вегетативных нарушений и невротических расстройств, о которых уже достаточно много сказано и написано, а в том, чтобы помочь переосмыслить подходы к диагностике и современным методам лечения этой распространенной патологии. В настоящее время вегетативная дисфункция, как первичная, так и вторичная, рассматривается мировой медицинской общественностью как соматизированная (маскированная) тревога и/или депрессия, где эмоциональные расстройства, как правило, скрыты под доминирующей соматической (вегетативной) симптоматикой. По данным разных авторов, до 75-80% первичных больных с ТДР идут на прием не к психиатрам, а к врачам внутренней медицины, поскольку среди жалоб у этих пациентов лидирует соматическая симптоматика. Именно поэтому статистические отчеты большинства развитых стран ставят ТДР на лидирующие позиции среди причин нетрудоспособности и нехватки на работу, что сопряжено с огромными финансовыми потерями. К примеру, в США ежегодно на социально-медицинское обеспечение больных депрессией тратится около 50 млрд долларов, что сопоставимо с доходной частью бюджета Украины за 2012 г. В 2006 г. ВОЗ опубликовала экономический прогноз на 2020 г.: сохранение темпов роста ТДР может привести к коллапсу экономики большинства развитых и развивающихся стран мира. Такие неутешительные перспективы аргументируют потребность пересмотра терапевтических тактик ведения больных с вегетативными дисфункциями. Терапия СВД как проявления ТДР не может ограничиваться купированием только соматических нарушений, она обязательно должна включать коррекцию эмоциональных расстройств даже начального, субпорогового, уровня.

В МКБ-10 вегетативные дисфункции входят в структуру нозологических форм, представленных в рубриках F40-F48 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства», а также в рубриках G90.8 «Другие расстройства вегетативной (автономной) нервной системы», G90.9 «Расстройство вегетативной (автономной) нервной системы неуточненное», G99.1 «Другие нарушения вегетативной (автономной) нервной системы при прочих

болезнях, классифицированных в других рубриках».

Спектр вегетативных нарушений при ТДР очень разнообразен и определяется как генетическими факторами (индивидуальными особенностями психической конституции, вегетативного портрета, вегетативного обеспечения, восприимчивостью вегетативных реакций той или иной системы), так и причинами невротизации (стресс, интоксикация, переутомление, профессиональные вредности, соматическое заболевание и т. д.). В связи с этим СВД может проявляться дисфункциями:

- сердечно-сосудистой системы (вегетососудистая дистония, церебральный ангиодистонический синдром, функциональные нарушения ритма сердца, периферические ангиотрофоневрозы и т. д.);
- желудочно-кишечного тракта (функциональная диспепсия, дискинезия, нарушения секреции, синдром раздраженного кишечника и т. д.);
- гепатобилиарной системы (дискинезии);
- органов дыхания (вазомоторный ринит, афония, бронхобструктивный синдром, ощущение нехватки воздуха, гипервентиляционный синдром и т. д.);
- мочевыделительной системы (неврогенный мочевой пузырь);
- кожи и ее придатков (трофические нарушения, расстройства потоотделения, алопеция, нейродермит и т. д.).

Кроме вегетативных нарушений, соматическим эквивалентом ТДР часто являются болевые феномены. Они могут проявляться как собственно психалгиями и сенестопатиями, формированием болевых мышечно-тонических реакций (головная боль напряжения, миофасциальные синдромы), так и хронизацией уже существующих болевых ощущений. Отличительной особенностью психалгий является их атипичность по целому ряду признаков: локализации, иррадиации и проведению, характеру, временным привязкам; несоответствию физиологическим механизмам и характеристикам нейропатической и соматической боли. Появление и углубление психалгических и сенестопатических реакций сочетается с обострением эмоционально-аффективной и вегетативной симптоматики, иногда выступая в качестве инициального или единственного клинического проявления ТДР. Особенно актуален аспект эмоционально-волевых нарушений при хронизации боли (болевая симптоматика присутствует более 3 мес), поскольку

органический субстрат (повреждение ткани), вызвавший инициальную болевую симптоматику, в большинстве случаев к этому времени уже отсутствует, а терапевтические стратегии концентрируются на коррекции центральных механизмов боли, по сути, являясь одной из попыток коррекции ТДР.

Следует отметить, что в большинстве случаев врачу нет необходимости использовать какие-либо специальные знания для диагностики ТДР. Ведь диагноз ВСД ставится интернистом, который опирается в основном на клинику, множественность, разнообразие, полиморфизм и полисистемность жалоб, а также на отсутствие объективных данных, подтверждающих наличие органической патологии. Часто опытному врачу уже в процессе клинического интервью (сбора анамнеза) удается заподозрить у больного невроз, то есть функциональную патологию. Даже несмотря на наличие клинического опыта в диагностике расстройств невротического спектра, важно объективизировать наличие эмоциональных нарушений, продемонстрировать больному их влияние на возникновение и течение соматовегетативной патологии, что уже несет в себе значительную психотерапевтическую потенцию. В этом случае существенным подспорьем являются клинические шкалы и опросники. Так, Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) содержит всего 14 вопросов, а ее заполнение занимает у пациента не более 5 мин. При этом пациент практически сам ставит себе диагноз, что существенно упрощает врачу проведение психотерапевтической коррекции, а также позволяет ориентировать больного на необходимость применения психофармакологических средств.

Еще одно пугающее интерниста слово — психотерапия. Хорошо, когда врач стремится идти в ногу со временем и обладает знаниями в отношении того или иного вида психотерапевтического лечения, что, естественно, повышает качество и эффективность его медицинских услуг. Однако в большинстве случаев при дефиците времени для достижения терапевтического эффекта интернисту достаточно воспользоваться рациональной психотерапией, то есть в процессе беседы совместно с пациентом попытаться выявить причину его невротизации (психического истощения), успокоить больного в плане курьезности имеющихся у него симптомов, возможности выздоровления при строгом соблюдении врачебных

рекомендаций, контроле процесса лечения (телефонная связь с лечащим врачом, повторные визиты, консультирование on-line) и прогнозирования улучшения. При этом в процессе диалога особое внимание следует акцентировать на необходимости длительного лечения и особенностях действия планируемых психофармакологических средств. В связи с этим архиважным вопросом становится выбор фармакологического средства. Важное психотерапевтическое значение имеет и поведение самого врача: сочувственное и отзывчивое отношение к пациенту, авторитет врача и укрепление доверия пациента к доктору имеют существенное значение для обеспечения приверженности больного к лечению и выполнению рекомендаций. Суть рациональной психотерапии выразил крупнейший русский невролог и психиатр В.М. Бехтерев, заявив: «Если больному после разговора с врачом не становится легче, то это не врач». Сочетание в арсенале врача рациональной психотерапии с психофармакологическими и соматотропными средствами позволяет существенно повысить эффективность лечения обсуждаемых нарушений. Так, по данным С.В. Иванова, эффективность использования средств только соматотропной терапии в лечении ТДР составляет 12%, только психотропной терапии – 24%, в то время как эффективность сочетанного применения указанных подходов достигает 64%.

В контексте сказанного следует предостеречь наших врачей внутренней медицины (семейных, кардиологов, неврологов, гастроэнтерологов, ревматологов и т. д.) от традиционно фобического отношения к психофармакологическим средствам. Во всем мире большинство психотропных препаратов выписывается именно врачами общей практики. В арсенале интернистов на сегодняшний день есть лекарственные средства, характеризующиеся высокой эффективностью, безопасностью, широким спектром покрытия расстройств тревожно-депрессивного спектра, отсутствием привыкания, зависимости и развития толерантности. Наличие таких препаратов удобно для применения в общетерапевтической практике, поскольку в большинстве случаев не требует рубликации и ранжирования тревожных и депрессивных расстройств, особенно при их высокой коморбидности. Весомым достоинством современных фармакологических средств, применяемых для лечения СВД как проявлений расстройств тревожно-депрессивного спектра, является небольшой разброс терапевтической дозы, что исключает необходимость длительной титрации и подбора эффективной дозы. Кроме того, современные препараты, используемые для лечения обсуждаемой патологии, характеризуются хорошей переносимостью, отсутствием влияния на функцию сна, психическую и физическую активность.

К таким фармакологическим средствам на протяжении последних 20 лет относятся селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), являющиеся согласно международным

рекомендациям средствами первого выбора в лечении расстройств тревожно-депрессивного спектра. Применение СИОЗС не приводит к существенному изменению в социальной активности пациентов и не требует профессиональных ограничений. Отсутствие антихолинергического влияния позволяет избежать большого количества побочных явлений, характерных для трициклических антидепрессантов, и использовать СИОЗС у пациентов с заболеваниями мочевыделительной системы. В то же время некоторые специалисты отмечают, что даже такие современные антидепрессанты, как СИОЗС, не всегда обеспечивают нормализацию функционирования трансмиссивных систем, а также тех участков головного мозга, активность микроструктур которых ассоциируется с развитием депрессивных состояний.

Перспективным в этом плане может быть сочетание СИОЗС с препаратами, способными улучшать микроциркуляцию и метаболизм в этих участках головного мозга. Интересен опыт коллектива украинских авторов (А. Дзюба, Е. Хаустова, В. Безшейко, 2012) по такому сочетанному применению СИОЗС с винпоцетином (Кавинтоном) у пациентов с большим депрессивным расстройством. Совместно с антидепрессантами Кавинтон назначали в/в капельно по схеме: 1-й день – 20 мг, затем – 30 мг, 40 мг, с 4-го по 7-й день – по 50 мг с последующим переходом на пероральный прием Кавинтона Форте курсом 21 день. Авторы пришли к выводу, что такое сочетание способствовало повышению эффективности терапии депрессии и лучшей переносимости лечения антидепрессантами. Так, например, частота психических и соматовегетативных побочных явлений уменьшилась практически в 2 раза.

Следует акцентировать внимание медиков на ошибочности назначения препаратов бензодиазепинового ряда при лечении пациентов с соматизированной тревогой и депрессией. Сегодня бензодиазепины могут рассматриваться лишь как средства скорой помощи для купирования острой и/или пароксизмальной патологии (выраженная тревога, паническая атака) и должны назначаться коротким курсом, поскольку при длительном приеме вызывают зависимость, пристрастие и привыкание. Кроме того, в отличие от СИОЗС бензодиазепиновые производные характеризуются существенным седативным и миорелаксирующим действием, снижают скорость психомоторных реакций, что делает невозможным их использование у лиц, занятых в сферах деятельности, которые требуют концентрации внимания и скорости принятия оперативных решений. Бензодиазепины не пригодны для лечения депрессии, особенно ее вегетативных проявлений, а при длительном приеме сами могут вызывать развитие депрессивного расстройства.

Следует отметить, что среди СИОЗС не все препараты демонстрируют равную эффективность, особенно в отношении тревожных расстройств. Так, антидепрессанты с выраженным стимулирующим действием (например,

флуоксетин) в некоторых случаях могут усиливать симптоматику острых тревожных расстройств. Исходя из этого наиболее оптимальными в терапевтической практике считаются препараты сбалансированного действия, к числу которых относится пароксетин. Многолетний опыт использования пароксетина (Рексетина) показал его высокую антидепрессивную и противотревожную активность практически по всему спектру ТДР, в т. ч. соматовегетативных расстройств надсегментарного уровня. Существенным преимуществом пароксетина (Рексетина) является отсутствие у него активных метаболитов, что обеспечивает высокую эффективность и универсальность его среднетерапевтической дозы (20 мг/сут) в лечении всех типов ТДР и СВД, а также исключает многие нежелательные лекарственные взаимодействия. Широкий спектр покрытия пароксетином нозологических форм делает препарат особенно удобным в общемедицинской практике, требуя от интерниста лишь своевременного распознавания представленных выше симптомов невротического расстройства.

Пароксетин не взаимодействует с алкоголем. Благоприятный профиль побочных эффектов определяет ценность пароксетина для амбулаторной терапии, так как в соответствии с современными подходами одной из первоочередных задач лечения является быстрое восстановление работоспособности пациента. Пароксетин занимает уникальное положение среди многих других антидепрессантов в связи с внушительной базой

данных краткосрочных и длительных клинических исследований применения этого препарата при всех основных формах ТДР. Квалифицированное применение данного лекарственного средства обеспечивает выраженную редукцию тревожной симптоматики до уровня бессимптомного, нормального или здорового состояния. Эти данные становятся еще более важными с учетом того, что у большинства пациентов терапия впервые назначается спустя несколько месяцев, а то и лет после манифестации вегетативных нарушений. Курс лечения Рексетином у пациентов с СВД должен составлять не менее 2 мес (иногда полгода и более), среднетерапевтическая доза – 20 мг (1 таблетка) утром; в исключительно редких случаях имеет место необходимость повышать дозу до 40 мг (2 таблеток).

Многие врачебные неудачи, связанные с курбальностью СВД, обусловлены прежде всего отсутствием в арсенале врача психофармакологических средств и необходимых минимальных психотерапевтических усилий, а также эмпатии. Назначение только средств вегетосоматотропной направленности, как правило, является недостаточной и неэффективной терапевтической тактикой, приводящей к хронизации тревожно-депрессивной патологии, появлению пароксизмальной, нарастающей багажа эмоционально-аффективной и соматовегетативной симптоматики, а в дальнейшем – к трансформации функциональной патологии в органическую. Больной начинает искать нового врача. Это замкнутый круг. Он не нужен ни пациенту, ни врачу.

Информация для специалистов

КАВИНТОН®

оригинальный препарат



ИНТЕЛЛЕКТ НА МНОГО ЛЕТ

ЭФФЕКТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ПРИ ГИПЕРТОНИИ

- Эффективная нейрореабилитация энцефалопатии и инсульта¹
- Улучшение памяти и концентрации внимания²
- Устранение головокружения и головной боли³

Фармакологическая группа. Полистимулирующие и ноотропные средства. Код АТС N06B X18. Показания к применению. Неврология: различные формы нарушения мозгового кровообращения: транзиторная ишемическая атака, ишемический инсульт, состояние после инсульта, сосудистая деменция; вертебробазилярная недостаточность; атеросклероз сосудов головного мозга; постравматическая и гипертоническая энцефалопатия; неврологические и психические симптомы нарушения мозгового кровообращения. Флебология: хронические сосудистые заболевания сосудов оболочки и сетчатки глаза (например, тромбоз центральной артерии или вены сетчатки, слезной оболочки). Отоларингология: острое снижение слуха сосудистого или токсического (в том числе медикаментозного) или другого (идиопатического, или вызванного шумовым перенапряжением) происхождения; болезнь Меньера; звон в ушах. Способ применения и дозы. Препарат предназначен только для внутривенной капельной инфузии, вводить медленно (скорость инфузии не должна превышать 80 капель/мин). Запрещается вводить внутримышечно и в концентрированном виде внутривенно! Начальная суточная доза для взрослых: 20 мг (2 ампулы), растворенных в 500 мл инфузионного раствора для внутривенного введения. В зависимости от переносимости препарата пациентом дозу можно увеличить в течение 2-3 дней не более чем до 1 мг/кг массы тела в сутки. Средняя продолжительность лечения составляет 10-14 дней, средняя суточная доза – 50 мг при массе тела 70 кг (содержимое 5 ампул в 500 мл инфузионного раствора). Больным с заболеваниями печени и почек можно назначать препарат в тех же дозах. По окончании курса внутривенной терапии рекомендуется продолжить лечение таблетками Кавинтон форте (по 1 таблетке 3 раза в сутки) или таблетками Кавинтон (по 2 таблетки 3 раза в сутки). Для приготовления инфузионного раствора можно использовать 0,9 % раствор натрия хлорида или раствор, содержащий глюкозу (Солкос, раствор Рингера, Рингера, Рингера-Лактат). Головной раствор Кавинтона следует использовать в течение 3 ч после приготовления. Побочное действие. Со стороны сердца (0,9 %): депрессия сегмента ST, удлинение интервала QT, тахикардия, экстрасистолия, однако наличие причинной связи между этими побочными действиями и лечением Кавинтоном не доказано, так как в естественной популяции эти симптомы наблюдаются с такой же частотой. Со стороны сосудистой системы (2,5 %): изменение артериального давления (чаще снижение), покраснение кожи, фибрилл. Со стороны ЦНС (0,9 %): нарушение сна (бессонница, повышенная сонливость), головокружение, головная боль, слабость, повышенная потливость (симптомы могут быть проявлением основного заболевания). Противопоказания. Повышенная чувствительность к какому-либо из компонентов препарата; острая стадия геморрагического инсульта; тяжелая ишемическая болезнь сердца; тяжелые формы нарушения сердечного ритма; беременность, период кормления грудью. Детский возраст (из-за отсутствия клинических данных). Предостережения. Симптомы передозировки не известны. По литературным данным, доза 1 мг/кг/сутки является безопасной. Применение доз, превышающих рекомендуемые, нежелательно из-за отсутствия данных, подтверждающих их безопасность. Представительство Гебфон Нестер в Украине: 01054, Киев, ул. Урицкого, 176. Тел.: (044) 492-99-11; тел./факс: (044) 492-99-10; www.richter.ua

©Суслина З.А. и соавт. Кавинтон в лечении больных с ишемическими нарушениями мозгового кровообращения // РМЖ. 2002, том 10, №25, с. 1170-1174.

№199 2. Zhang P., Kovacs L. et al. Meta-analysis of Caviton // Phytol. 1998, 127, p.63-68.

©Чуланова У.И. и соавт. Новые возможности использования препарата Кавинтон в лечении пациентов с нестабильностью мозгового кровообращения // РМЖ. 2009, том 17, №6.

ПРЕПАРАТ ГОДА
среди речеттуриных
лекарственных средств
Панацея-2007

Рихтер Гедеон
Создан в 1895 году




Р.С. № UA 4854/01/01
№ UA 4854/02/01