

Н.А. Марута, д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», г. Харьков

Тревожные расстройства в структуре психосоматической патологии (клинические проявления, диагностика, терапия)



Н.А. Марута

Психосоматические расстройства – это нарушения функций внутренних органов и систем вследствие соматической дисрегуляции, которая обусловлена психогенными факторами [1, 6].

Термин «психосоматика» был впервые введен J. Heinroth в 1818 г. для обозначения соматических феноменов, возникновение которых тесно связано с психоэмоциональными факторами. Основой концепции являются 3 основные детерминанты: психологическая конфигурация, х-фактор и пусковой механизм [2].

Психологическая конфигурация предполагает, что любая здоровая, полноценная личность имеет особенности в виде наиболее значимой «жизненной сферы», угроза которой сопровождается витальным страхом. Ее формирование зависит от воспитания и социального окружения человека в раннем детстве. Большое значение имеют психофизиологические характеристики пациентов, обеспечивающие физиологический ответ на стрессор.

Х-фактор – уязвимые органы, их наличие зависит от наследственной предрасположенности. Наследственностью предопределены слабые места в соматической сфере человека. То, какой из органов будет слабее в данный момент, связано и с соматическим состоянием человека во время воздействия стрессового фактора (например, острое респираторное заболевание, бронхит, гастрит, дуоденит).

Пусковой механизм – ситуация-ускоритель, при которой стрессовый фактор рассматривается как угроза благополучию наиболее значимой жизненной сферы, как «угроза существованию», что сопровождается «витальным страхом».

Психосоматические расстройства представляют собой широкий спектр патологии, его систематизация по сей день является предметом дискуссии среди врачей общей практики, психиатров, психологов, психотерапевтов [3, 6].

Психосоматозы в узком смысле слова представляют собой группу классических расстройств, к которым относятся:

бронхиальная астма (БА), артериальная гипертензия (АГ), язвенная болезнь (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки, нейродермит (НД), ревматоидный артрит (РА) [6, 7].

Психосоматозы представляют собой заболевания с первичной телесной реакцией на конфликтные переживания, связанные с морфологически устанавливаемыми изменениями и патологическими нарушениями в органах. Определяющую этиологическую роль играют неблагоприятные психологические факторы. Они также обостряют течение заболевания, приводят к рецидивам и существенно окрашивают клиническую симптоматику болезни. Объективные методы исследования выявляют органические повреждения тканей различных органов, как правило, обусловленное продолжительным нарушением функции последних.

Большая группа психосоматических расстройств включает психическую патологию, не связанную с органическими факторами. Эта группа заболеваний характеризуется многочисленными соматическими проявлениями, генез которых обусловлен психогенными либо эндогенными влияниями.

Среди этих заболеваний в первую очередь следует назвать невротические расстройства (органные, соматоформные и др.).

Органные неврозы – это психогенные заболевания, структура которых отличается функциональными расстройствами внутренних органов (систем) при возможном участии пограничной и субклинической соматической патологии. Сюда относятся кардионевроз (синдром Да Коста), синдром гипервентиляции, синдром раздраженного кишечника и др. [6, 7].

Клинические проявления соматоформных расстройств представлены на рисунке 1.



Рис. 1. Клинические признаки соматоформных расстройств

Следующей группой психических расстройств, этиологически не связанных с органической патологией, являются **соматизированные депрессии**, возникающие в результате сочетанного воздействия эндогенных и экзогенных факторов [5].

В процессе диагностики соматизированных депрессий основным критерием является несоответствие соматовегетативных расстройств тяжести и характеру соматического заболевания.

Чаще всего соматизированные депрессии протекают в виде маскированных состояний.

«Маски» в форме психопатологических расстройств:

- тревожно-фобические (генерализованное тревожное расстройство, тревожные сомнения, панические атаки, агорафобия);
- обсессивно-компульсивные (навязчивость);
- ипохондрические;
- неврастенические.

«Маски» в форме нарушений биологического ритма:

- бессонница;
- гиперсомния.

«Маски» в форме вегетативных, соматизированных и эндокринных расстройств:

- синдром вегетососудистой дистонии (ВСД), головокружение;
- функциональные нарушения внутренних органов (синдром гипервентиляции, кардионевроз, синдром раздраженного кишечника и др.);
- нейродермит, кожный зуд;
- анорексия, булимия;
- импотенция, нарушения менструального цикла.

«Маски» в форме алгий:

- цефалгии;
- кардиалгии;
- абдоминалгии;
- фибромиалгии;
- невралгии (тройничного, лицевого нервов, межреберная невралгия, пояснично-крестцовый радикулит);
- спондилоалгии;
- псевдоревматические артралгии.

«Маски» в форме патохарактерологических расстройств:

- расстройства влечений (дипсомания, наркомания, токсикомания);
- антисоциальное поведение (импульсивность, конфликтность, конфликтационные установки, вспышки агрессии);
- истерические реакции (обидчивость, плаксивость, склонность к драматизации ситуации, стремление привлечь внимание к своим недомоганиям, принятие роли больного) [6].

Характеризуя особенности психосоматической патологии, следует подчеркнуть, что в структуре этих состояний всегда преобладают тревожные проявления. Тревога характеризуется

неопределенным, мучительным, трудно переносимым ощущением опасности и сопровождается соматическими симптомами. В чем отличие страха от тревоги? Он возникает в ответ на конкретную угрозу. Страх классифицируется как патологический в тех случаях, когда переживается в связи с объектами и ситуациями, обычно его не вызывающими [18].

Тревога обусловлена стрессом, она является первым признаком реакции на стресс, биологический смысл которой заключается в мобилизации резервов организма (Селье, 1982). Выделяют три уровня тревожности: нейроэндокринный, двигательный-висцеральный и уровень осознанного понимания. Последний включает два компонента: осознание человеком физиологических ощущений (сердцебиение, потливость, ощущение пустоты в желудке, стеснение в груди, подергивание коленей, дрожание головы) и осознание того, что он испытывает тревогу. В отличие от животных у человека тревожное состояние усугубляется чувством стыда, страхом «потерять лицо». Таким образом, тревога перерастает в фобию. Тревога имеет адаптивное значение. Она предупреждает о внешней или внутренней опасности и «подсказывает» организму, что необходимо предпринять, чтобы избежать или ослабить ее последствия. В отличие от адаптивной (физиологической) тревоги дезадаптивная (патологическая) тревога требует врачебного вмешательства.

Критериями патологической тревоги являются ее выраженность и неадекватность – вплоть до степени нарушения социальной адаптации и поведения, что обуславливает страдания субъекта [4].

В реализации нейрохимических механизмов тревоги важную роль играют нейротрансмиттерные механизмы, и прежде всего – гамма-аминомасляная кислота (ГАМК). ГАМК – аминокислота, важнейший тормозной нейромедиатор центральной нервной системы человека и млекопитающих. Она незаменима для обмена веществ в головном мозге, уменьшает активность нейронов и предотвращает перевозбуждение нервных клеток. ГАМК устраняет возбуждение и оказывает успокаивающее действие, ее можно принимать без риска развития привыкания. Снизить ощущение тревоги, беспокойства, улучшить память и мышление – вот основные функции ГАМК.

Поэтому стабилизация функций ГАМК-рецепторной системы является эффективным фармакологическим подходом в терапии тревожных расстройств, обусловленных психосоматической патологией [8].

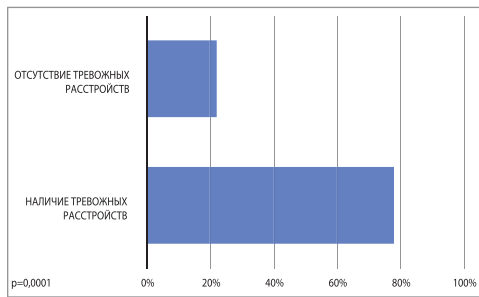


Рис. 2. Распространенность тревожных расстройств среди пациентов с психосоматической патологией

Вышеописанные закономерности полностью подтверждаются результатами завершённой открытой проспективной эпидемиологической клинической скрининговой программы БАЛАНС, задачей которой было оценить распространённость психосоматической патологии среди терапевтических пациентов (<http://www.chil.com.ua/congress/neuro.html>). Исследование проводило с участием 398 врачей из 23 областей Украины. Было обследовано 25 168 терапевтических пациентов, в том числе 9251 (36,76%) мужчина и 15 917 (63,24%) женщин. У пациентов были диагностированы ВСД, АГ и ишемическая болезнь сердца (ИБС). По результатам анализа, проведенного сотрудниками кафедры медицинской статистики Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, был сделан вывод, что тревожные расстройства, обусловленные психосоматической патологией, определяются у 78% пациентов (рис. 2).

Не выявлено статистически значимой разницы по частоте тревожных расстройств (≥ 8 баллов) по возрастным группам ($p=0,146$).

В процессе исследования установлено, что выраженная тревога чаще определяется у пациентов с ВСД, АГ и ИБС (рис. 3).

В исследовании принимали участие пациенты, которые нуждались в седативной противотревожной терапии. Для лечения больных использовался в том числе и фенибут (Бифрен производства компании «Фарма Старт»). Активное вещество препарата фенибут представляет собой производное фенилэтиламина и ГАМК.

Участие фенибута в ГАМК-опосредованной передаче нервных импульсов обеспечивает не только ноотропный эффект (улучшение памяти, внимания, умственной работоспособности), но и анксиолитическое действие.

Спектр терапевтической активности препарата позволяет эффективно купировать проявления тревоги, улучшая при этом показатели умственной работоспособности.

Суточная доза препарата составляла 2-3 капсулы в день (56,9% участников получали препарат в дозе 2 капсулы в сутки, 42,14% — в дозе 3 капсулы), длительность лечения в среднем составляла $21,5 \pm 7,5$ дней. В течение курса лечения по 10-балльной шкале самооценки больными тревожных расстройств (HADS) был проведен анализ эффективности терапии препаратом Бифрен. Он показал, что 98,74% пациентов отметили улучшение самочувствия и изменили восприятие общей болезни независимо от тяжести заболевания. Снижение оценки тяжести основного заболевания по всем классам симптомов является статистически значимым ($p < 0,05$), что свидетельствует об эффективности препарата Бифрен

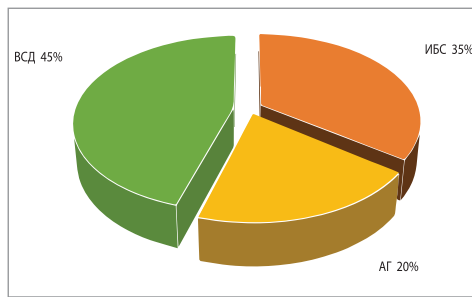


Рис. 3. Частота выявления выраженной тревоги среди пациентов терапевтического профиля с психосоматической патологией

в лечении тревожных расстройств у больных с психосоматической патологией (рис. 4).

Психосоматические расстройства охватывают широкий спектр

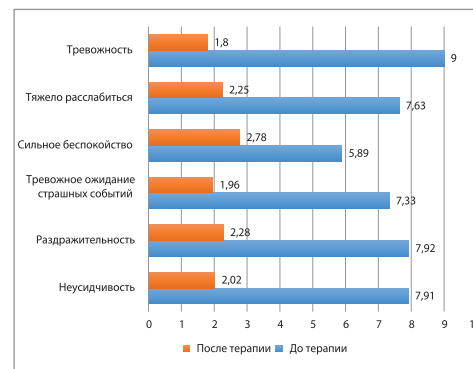


Рис. 4. Динамика тревожных проявлений у пациентов с психосоматической патологией под влиянием терапии Бифреном

патологии, включая психосоматозы, невротические расстройства, депрессии и тревожные расстройства,

которые сопровождаются напряжением, беспокойством, тревожностью, раздражительностью, неусидчивостью, тревожным ожиданием и другими симптомами, существенно ухудшающими социальное функционирование и качество жизни пациентов.

Согласно результатам проспективного эпидемиологического клинического исследования БАЛАНС можно сделать вывод, что препарат Бифрен характеризуется высокой эффективностью в терапии тревожных расстройств в структуре психосоматической патологии.

Список литературы находится в редакции.

BIFR=Pub-0120160=003

БІФРЕН

ф е н і б у т

ЗАСПОКОЮЄ НЕРВИ*

СТИМУЛЮЄ ПАМ'ЯТЬ ТА РОЗУМОВУ ДІЯЛЬНІСТЬ*

Коротка інструкція для медичного застосування препарату БІФРЕН. Склад. 1 капсула містить фенібуту 250 мг. Лікарська форма. Капсули. Фармакотерапевтична група. Психостимулятори і ноотропні засоби. Код АТХ N06BХ. Фармакологічні властивості. Бифрен є похідним у-аміномасляної кислоти і фенілетиламіну. Показання. Астенічні та тривожно-невротичні стани, неспокій, страх, тривожність, невротизаційні стани. Зниження інтелектуальної та емоційної активності. Профілактика стресових станів. Психопатія. У дітей — заїкання, енурез, тиж у людей літнього віку — безсоння, нічний неспокій. Побічні реакції (ді). Після першого застосування препарату можливі сонливість, нудота, запаморочення, головний біль. Категорія відпуску. Без рецепта. Р. П. №UA/12087/01/01. Виробник: ТОВ «Фарма Старт», Україна, 03124, м. Київ, бульвар І. Лепсе, 8. «Фарма Старт» є частиною швейцарської фармацевтичної компанії «Асіно Фарма АГ». Повна інформація знаходиться в інструкції для медичного застосування препарату. Інформація для медичних і фармацевтичних працівників, для розміщення в спеціалізованих виданнях для медичних установ та лікарів, і для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики. *Інструкція для медичного застосування препарату Бифрен. Наказ МОЗ України №182 від 30.03.2015.

acino

Швейцарська якість, українська ціна

ТОВ Фарма Старт | бульвар Івана Лепсе, 8 | Київ | 03124 | Україна
Компанія Acino Group, Швейцарія
Телефон: +38 044 281 2333 | www.acino-pharma.com

ФАРМАСТАРТ