Психосоматические расстройства: проблема современности

Несмотря на очевидный прогресс медицины, в повседневной врачебной практике остается большое количество так называемых трудных больных, причину патологического состояния которых не удается установить. Более того, их число увеличивается прямо пропорционально индустриализации, техническому прогрессу и связанному с этим повышению ритма жизни населения планеты.

Так, по данным T. Uexkull, в западных странах более чем у трети пациентов терапевтических стационаров установить диагноз не удается. Опыт междисциплинарных исследований показал, что наиболее сложные дифференциально-диагностические и терапевтические проблемы связаны с психосоматическими функциональными заболеваниями, которые чаще всего сопряжены с различными психическими расстройствами.

История формирования психосоматики как области медицины

Термин «психосоматика» был предложен J. Heiroth в 1818 г. и использовался для объяснения происхождения синдрома инсомнии. Однако саму формулировку психосоматического подхода можно проследить еще в трудах Гиппократа, который акцентировал внимание на необходимости оценки состояния больного в целом, а не отдельных симптомов болезни. Этот подход актуален и в современной отечественной медицине.

Современная концепция психосоматической медицины была сформулирована в прошлом веке. Становление психосоматики как самостоятельной научной дисциплины в 30-е годы XX столетия было предопределено сформировавшимся к тому времени мнением о недостаточности механистического, «клеточного» подхода в медицине, игнорирующего человеческую личность. Одним из основоположников современной психосоматической концепции считается Ф. Александер – американский психиатр, изучавший влияние эмоций на возникновение физиологических расстройств и болезней. В теоретическом обосновании психосоматической медицины использовались различные научные концепции – психоаналитическая теория З. Фрейда, теория нервизма И.М. Сеченова, учение И.П. Павлова, концепция стресса Г. Селье и др.

Особенности психосоматических расстройств

В современной медицине психосоматический подход предполагает выяснение механизмов взаимодействия психических и соматических процессов, тесно связанных между собой. О психосоматическом заболевании говорят в тех случаях, когда выявляется четкая связь между соматической патологией и особенностями поведения и реагирования личности на воздействие физических и психогенных факторов (Z. Lipowsky, 1988).

На современном этапе психосоматика рассматривается как междисциплинарное научное направление, объединяющее общую и внутреннюю медицину, психиатрию и медицинскую психологию, что обеспечивает возможность исчерпывающей оценки состояния пациента и выбора адекватной комплексной терапии. К категории психосоматических расстройств могут быть отнесены психические расстройства вследствие соматического заболевания, психические нарушения, протекающие в форме соматизированных синдромов; соматические расстройства, возникающие у больных с различной психической патологией; состояния декомпенсации соматических заболеваний, обусловленные психогениями. Таким образом, психосоматика изучает не только психогенно провоцированную соматическую патологию, но и психические нарушения, обусловленные соматическими болезнями либо реализующиеся в соматической сфере.

Выделяют пять основных групп психосоматических расстройств, отражающих как различную тяжесть, так и разные соотношения психической и соматической (органической или функциональной) патологии:

– психосоматические заболевания (ишемическая болезнь сердца, бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и т. д.);

– соматогении (органические и симптоматические психозы, осложнения при хирургических операциях, гемосорбции, химиотерапии и др.);

– нозогенные реакции (патохарактерологические, невротические, аффективные, бредовые реакции, связанные с семантикой диагноза соматического заболевания);

– органные неврозы (кардионевроз, синдром гипервентиляции, синдром раздраженной толстой кишки и др.);

– ипохондрические расстройства, имеющие коморбидные связи на синдромальном уровне со всеми формами психической патологии, отнесенными к первым четырем группам.

! Влияние стресса на деятельность внутренних органов, в том числе на иммунные и обменные процессы, подтверждено данными многочисленных клинических и экспериментальных исследований.

Однако травмирующие события являются лишь одной из составляющих патогенеза психосоматических расстройств. Значимая роль в формировании таких заболеваний принадлежит личностным свойствам. Выделяют ряд личностных профилей, предрасполагающих к возникновению конкретного психосоматического заболевания. Личностям типа А, относящимся к группе риска по коронарной болезни («коронарная личность»), свойственны нетерпеливость, беспокойство, агрессивность, стремление к успеху, ускоренный темп жизни и работы, сдержанность при внешних проявлениях эмоций. Преобладание компульсивных свойств (педантизм, мелочность, стремление к порядку, эмоциональная холодность, застенчивость и одновременно амбициозность) рассматривается в аспекте склонности к язвенной болезни («язвенная личность»). Выделяется также «артритическая личность» и т. д.

Существует точка зрения, в соответствии с которой предрасположение к психосоматической патологии носит более универсальный характер. Склонность к психосоматическим расстройствам определяется целостными патохарактерологическими свойствами: хронической тревожностью, склонностью к фрустрации, истерическими и нарциссическими чертами.

Психопатологические состояния в рамках психосоматических расстройств относятся к наиболее часто встречающимся формам психических нарушений как среди населения в целом, так и у пациентов общей медицинской практики. Показатели распространенности таких состояний в популяции варьируют от 15 до 50%, а среди пациентов первичной медицинской практики – от 30 до 57%. По данным исследования, проведенного в отделении по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств НЦПЗ РАМН совместно с кафедрой социальной медицины, экономики и организации здравоохранения Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова, среди психосоматических расстройств преобладают органные неврозы и нозогенные реакции (46 и 32% соответственно), тогда как доля психосоматических заболеваний и соматогений в совокупности составляет около 22%.

Принципы терапии психосоматических расстройств

Лечение психосоматических расстройств включает широкий круг терапевтических и профилактических мероприятий, требующих участия не только интерниста, но также психиатра и психотерапевта. При этом большое значение отводится медикаментозной терапии. Подтверждением такой позиции могут служить, в частности, результаты слепого плацебо контролируемого сравнительного исследования эффективности фармако- и психотерапии в сопоставлении с плацебо при лечении пациентов с органными неврозами (А.Б. Смулевич, С.В. Иванов, 2000). Несмотря на наибольший непосредственный эффект при использовании психотерапии по сравнению с фармакологическим лечением (79 против 69% соответственно), при оценке отдаленных результатов (3-летнее катамнестическое наблюдение) отмечаются обратные соотношения: эффект фармакотерапии более стойкий и превосходит аналогичные показатели психотерапии (60 против 50% соответственно).

Фармакотерапия психосоматических расстройств предполагает использование широкого спектра психотропных препаратов – в первую очередь анксиолитиков, а также антидепрессантов, ноотропов и нейролептиков. Однако применение этих средств при психосоматических расстройствах сопряжено с определенными сложностями, обусловленными их свойствами, а именно: потенциальными побочными эффектами, особенностями их взаимодействия с другими, прежде всего соматотропными, препаратами, влиянием на соматическое состояние пациента. При этом методика психофармакотерапии должна быть максимально простой, так как оказание медицинской помощи больным с психосоматическими расстройствами осуществляется в учреждениях общемедицинской сети и преимущественно интернистами.

Таким образом, препарат, применяемый в фармакотерапии психосоматических расстройств, должен обладать широким спектром психотропной активности, иметь благоприятный профиль безопасности с минимальным негативным воздействием на соматические функции, оказывать терапевтическое действие на сопутствующую соматическую патологию и проявлять минимальную выраженность или отсутствие седативных эффектов – сонливость в дневное время, нарушение внимания и т. д.

Место сульпирида в лечении психосоматических расстройств

Среди современных средств психофармакотерапии, отвечающих вышеперечисленным требованиям, можно выделить сульпирид (Эглонил, «санофи-авентис»), длительное время успешно применяющийся при лечении психосоматических и соматоформных расстройств. Этот препарат широко используют для устранения различных нарушений; в то же время было установлено, что его эффективность выше при тех соматических патологиях, патогенез которых обусловлен воздействием психических факторов.

! Основными эффектами сульпирида являются:

– активирующий (антиастенический);
– анксиолитический;
– антидепрессивный;
– антиипохондрический;
– противоболевой.

Фармакологические свойства сульпирида

Сульпирид – первое производное бензамида, химически принципиально отличается от большинства других традиционных нейролептиков. Он является рацемической смесью право- и левовращающих изомеров. В отличие от классических нейролептиков сульпирид вызывает слабую реакцию каталепсии в экспериментах на животных, незначительно влияет на гиперактивность, вызванную приемом амфетамина. Такие фармакологические свойства связаны с особенностями воздействия препарата на нейрорецепторы. Лабораторные исследования показали, что сульпирид селективно связывается с дофаминовыми рецепторами и не взаимодействует с другими типами рецепторов. Это обусловливает отсутствие у него адренергических, холинергических и гистаминергических эффектов, а значит, и побочных действий, связанных с ними.

Ранее считалось, что Эглонил воздействует лишь на D_2-дофаминовые рецепторы (M. Memo et al., 1981; S.E. O'Connor; R.A. Brown, 1982), однако позже экспериментальные данные показали, что он также блокирует D_3- и D_4-рецепторы (C.F. Caley, S.S. Weber, 1995). Именно влияние на D_2- и сходные с ними D_4-рецепторы признается в настоящее время основой антипсихотического эффекта нейролептиков (J.M. Wilson, S. Sanyal et al., 1998; G. Emilien et al., 1999). Отсутствие воздействия сульпирида на стриарные дофаминовые рецепторы обусловливает низкий уровень экстрапирамидных побочных эффектов (M. Memo et al., 1981; C.F. Caley, S.S. Weber, 1995). Кроме того, препарат оказывает некоторое воздействие на глутаматные рецепторы, что не свойственно типичным нейролептикам. Сульпирид выводится почками в неизмененном виде и не метаболизируется в печени, что гарантирует отсутствие гепатотоксичного эффекта препарата даже при приеме в больших дозах.

Отмеченные особенности механизма действия сульпирида объясняют возможность широкого его использования как нейролептика бимодального типа с целью лечения психозов, психотических и психосоматических расстройств, а также пограничных состояний (B.G. Scares et al., 2000).

Применение сульпирида в общесоматической практике

Эглонил оказался универсальным препаратом, оказывающим эффект в отношении большинства психосоматических расстройств. Так, в исследовании Nishida и соавт. (1974) сульпирид применялся для лечения психосоматических расстройств без указаний на конкретную нозологическую принадлежность. Авторы сравнивали его эффективность в суточной дозе до 150-300 мг с оксазоламом 30-60 мг/сут у больных с сердечно-сосудистыми, желудочно-кишечными, дыхательными и вегетативными расстройствами. В результате было показано, что тревога, раздражительность, вялость и суточные колебания в интенсивности симптоматики в большей мере реагировали на терапию сульпиридом, чем оксазоламом.

В другом исследовании (Assael, 1975) сульпирид в качестве монотерапии в суточной дозе до 200-300 мг также применялся при психосоматических расстройствах широкого диапазона, включающих желудочно-кишечные расстройства, мигрень, головокружения, тревожные состояния, связанные с менопаузой или реактивной депрессией. Отличные результаты терапии были получены у 30% больных, хорошие – у 46%, незначительное улучшение – у 16%, отсутствие эффекта – лишь у 8%. Таким образом, терапия Эглонилом в целом была эффективна у 76% пациентов.

В вышеупомянутых и многих последующих работах была доказана целесообразность использования Эглонила в кардиологии (тревожно-ипохондрические расстройства при ишемической болезни сердца, особенно при сочетанном применении с коронаролитиками), пульмонологии (тревожно-депрессивные состояния на фоне приступов бронхиальной астмы), дерматологии (псориаз, нейродермиты), неврологии (головокружение, миофасциальная боль, мигрень и др.). Наиболее широкое применение данный препарат получил в гастроэнтерологической практике в составе комплексной терапии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, неспецифического язвенного колита, болезни Крона, синдрома раздраженного кишечника (СРК). Причиной выраженного положительного влияния Эглонила на данный спектр патологий являются его соматотропные эффекты, а именно: выраженное противорвотное действие, нормализация моторики пищеварительного тракта, антидиспепсическое действие, уменьшение желудочной секреции, снижение содержания в желудочном соке пепсина и соляной кислоты (С.В. Иванов, 2000).

! В кардиологической практике показана эффективность применения Эглонила при лечении сопутствующей тревожно-ипохондрической патологии у пациентов с ишемической болезнью сердца.

Пероральное назначение данного препарата в комбинации с коронарными средствами способствует не только значительной редукции собственно тревожных расстройств, но и связанного с тревогой спазма коронарных артерий и купированием псевдоангинальных приступов. При этом отмечается нормализация сердечного ритма с уменьшением выраженности желудочковой экстрасистолии и наджелудочковой тахикардии, которые также могут провоцироваться патологической тревогой.

! В пульмонологической практике сульпирид используют для лечения пациентов с бронхиальной астмой.

На фоне терапии Эглонилом в суточной дозе 200-300 мг снижается частота и тяжесть приступов удушья, а также выраженность депрессивных реакций, сопровождающих приступы. Это в некоторых случаях позволяет снизить дозу или отменить прием глюкокортикоидов. Полагают, что эффект Эглонила при бронхиальной астме связан с тем, что препарат улучшает функции общения и экспрессии у данной категории больных, то есть воздействует на алекситимическое звено патогенеза, что приводит к разрыву порочного круга при этом заболевании.

! Применение Эглонила в дерматологической практике позволяет значительно повысить эффективность традиционных средств лечения таких классических психосоматических заболеваний, как дерматозы (псориаз и др.).

Включение данного средства в схему лечения способствует восстановлению ремиссии при различных вариантах дерматозов – психогенном, органическом с психогенно обусловленными обострениями, псевдодерматозах и дерматозах сложной этиологии. Эффективность препарата при указанных состояниях достигает 66-86%.

! Эглонил часто применяется в неврологической практике для терапии ряда болевых синдромов (мигрени, головной боли напряжения, миофасциальной боли) и головокружения.

На фоне приема этого препарата значительно снижается частота и тяжесть болевых приступов, а также редуцируются сопутствующие вегетативные и гастроинтестинальные нарушения, что сопровождается снижением потребности в назначении классических анальгетиков.

! Наиболее широкое применение Эглонил получил в гастроэнтерологической практике, что объясняется наличием ряда благоприятных терапевтических эффектов в отношении секреторной и моторной функции пищеварительной системы, в первую очередь – противорвотного и антидиспепсического эффектов.

Данные свойства препарата связывают как с центральным (подавление дофаминергических рецепторов в триггерном центре головного мозга), так и с периферическими (нормализация моторики желудка, тонкой и толстой кишки, желчного пузыря) эффектами. Доказана эффективность препарата при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, в купировании рвоты, диспепсических расстройствах, функциональной патологии желудочно-кишечного тракта, в первую очередь СРК.

В лечении последнего применение Эглонила является особенно эффективным. СРК, как показали исследования С.В. Иванова (2000), сопровождается невротическими расстройствами (органным неврозом), признаками ипохондрического развития личности, а также может входить в структуру соматизированной депрессии. Психическая патология выявляется у подавляющего числа (до 86%) пациентов гастроэнтерологического стационара с СРК. Эти факторы определяют показание к назначению сульпирида, который нормализует состояние таких больных. Актуальность проблемы фармакотерапии СРК определяется сложностью и полиморфизмом как психических расстройств, так и сопутствующей соматической патологии ЖКТ.

О высокой эффективности сульпирида в лечении СРК свидетельствуют результаты сравнительного открытого исследования Эглонила в сопоставлении с традиционной (базисной) терапией с участием 60 пациентов, страдающих данным заболеванием (А.Б. Смулевич, С.В. Иванов, 2000). Суммарная оценка эффективности сравниваемых методов лечения свидетельствует о достоверном превосходстве препарата в качестве средства монотерапии над базисной схемой лечения СРК: количество пациентов с полной или значительной редукцией синдрома составило 85% в группе Эглонила против 10% в группе базисной терапии. Эглонил обладает широким спектром клинической активности в отношении большинства составляющих СРК. Препарат достоверно превосходил базисную терапию по эффективности воздействия как на функциональные нарушения ЖКТ (абдоминалгии, изменения стула), так и на сопутствующие им проявления соматизированной тревоги и депрессии. При этом он оказался достаточно эффективным в отношении метеоризма и спазма толстой кишки при комбинированном применении с пробиотиками и спазмолитическими средствами.

Эффективность сульпирида при лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки подтверждена результатами большого числа исследований и объясняется его прямым влиянием на физиологические процессы в пищеварительном тракте (кровоснабжение и моторику желудка и кишечника). Показано, что монотерапия инъекционным Эглонилом в суточной дозе 250 мг купирует обострения язвенной болезни почти у 80% пациентов.

! Показана также эффективность Эглонила при лечении урогенитальных расстройств, а также в сексопатологической практике как у мужчин, так и у женщин.

При дебютантной форме импотенции часто, несмотря на проведение целенаправленной индивидуальной психотерапии, лечение не позволяет восстановить достаточный уровень потенции. Обычно в таких случаях у больных развиваются признаки «невроза ожидания» и симптомы невротической субдепрессии с астеническим компонентом. В этом случае показано введение в общую схему системной терапии сульпирида в небольших дозах (от 25 до 75-100 мг/сут), что довольно быстро приводит к улучшению состояния пациентов. Прием препарата показан на протяжении 1-2 нед 2-3 раза в неделю. В женской сексопатологии довольно часто диагностируется оргазмическая дисфункция. При этом, как правило, также отмечаются признаки нерезко выраженной депрессии с апатическим компонентом. В данном случае также показан сульпирид, назначаемый в малых дозах (25-75 мг/сут) в течение от 1,5 до 2 мес.

***

Таким образом, накопленные данные свидетельствуют, что Эглонил является эффективным средством лечения пациентов с различными психосоматическими расстройствами. Учитывая благоприятные фармакокинетические характеристики, препарат хорошо сочетается с большинством других, как психотропных, так и соматотропных, лекарственных средств. Эглонил зарегистрирован в Украине в следующих лекарственных формах: капсулы 50 мг, таблетки 200 мг, раствор для инъекций в ампулах 2 мл (100 мг).

Подготовил ***Дмитрий Демьяненко***

Наш сайт www.health-ua.com В среднем более 8000 посещений в день* • Архив «Медичної газети «Здоров'я України» с 2003 года *http://top.bigmir.net/report/58476