

УДК 616.89-008-07: 615.214-085

Н.И. РАСПОПОВА

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

СОМАТИЗИРОВАННЫЕ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ОБЩЕЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ И ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ИХ ТЕРАПИИ



В работе представлен анализ 64 клинических наблюдений больных с соматизированными (соматоформными) психическими расстройствами, которые были выявлены в период их обследования в соматическом стационаре. Описаны особенности диагностики и терапии соматизированных психических расстройств у пациентов общей клинической практики с применением современных психотропных препаратов.

Ключевые слова: соматизированные тревожно-депрессивные расстройства, соматоформные расстройства, нейролептики.

Согласно многочисленным эпидемиологическим и клиническим исследованиям среди больных, обращающихся к врачам общего профиля, количество лиц с состояниями, относимыми к широкому кругу соматизированных (соматоформных) психических расстройств, продолжает расти [1, 2]. Абсолютным большинством авторов подобная картина связывается с изменившимися социально-психологическими условиями жизни общества, а также с патоморфозом как психических, так и соматических заболеваний [3].

Тревожно-депрессивные соматизированные расстройства занимают третье место среди причин медицинских консультаций в развитых странах. По поводу этих расстройств женщины в 2–3 раза чаще, чем мужчины, обращаются за помощью к врачу первичного звена здравоохранения [4]. Они ассоциируются с чрезмерным использованием медицинской помощи («синдром большой истории болезни»). В частности, независимо от наличия других заболеваний, больные с тревогой и депрессией обращаются в амбулаторные учреждения здравоохранения чаще в 1,5 раза, стационарируются в 1,7 раза и инвалидизируются в 1,78 раза, чем пациенты без этих расстройств. Часто в подобных случаях причиной дезадаптации со снижением или временной утратой трудоспособности оказывается не расстройство соматического уровня, а аффективные нарушения, выступающие в тесной взаимосвязи с ними.

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства объединены в одну большую группу (F40-F48) в силу их исторической связи с концепцией невроза и связи основной части этих расстройств с психологическими причинами. В клинической картине соматизированных (соматоформных) расстройств тревожные и депрессивные психические нарушения имитируют соматическую патологию, при этом отмечаются несоответствие характера и тяжести жалоб пациента объективным данным клинического обследования и выявленным расстройствам, отсутствие эффекта от проводимой терапии предполагаемого соматического заболевания.

В развитии тревожно-депрессивных расстройств влияние психогенных факторов не всегда очевидно, а сами состояния выступают в своих фасадных проявлениях как трудно диагностируемые, характеризующиеся превалированием соматических жалоб и ощущений. Именно вокруг этой группы, обозначаемой обычно как маскированные депрессии или соматоформные расстройства, сосредоточиваются интересы исследователей.

А.М. Понизовский [5], описывая клинику соматизированной депрессии, указывает на то, что жалобы больных носят исключительно соматический или вегетативный характер, что может направить врача по ложному диагностическому пути. Наиболее часты жалобы на болевой синдром различной локализации и интенсивности. Это могут быть головная, зубная боль, боль в области шеи, спины или поясницы, в горле, приступообразная острая боль в животе и т.п.

Помимо болей, в спектр депрессивных «масок», по мнению ряда авторов [5, 6], включаются парестезии, анорексии, приступы астмы, экземы, эритемы, псориаза и дерматозов, кардиоваскулярные, гастроинтестинальные и респираторно-легочные «эквиваленты», периодическая рвота и т. д. Поскольку соматические маски депрессий могут охватывать довольно широкий спектр вегетативных расстройств и органофункциональных симптомов, они способны «симулировать» симптоматику практически любого известного заболевания.

Диагностика маскированных (соматизированных) депрессий в условиях общемедицинской практики крайне сложна. Л.В. Ромасенко [7] в своих работах указывает на то, что для диагностики маскированной депрессии имеет значение тщательный анализ анамнестических и катamnестических данных – периодичность и фазность течения, внезапность возникновения и редукция соматовегетативных расстройств, их сезонность, суточные колебания выраженности соматовегетативных расстройств, полиморфизм симптоматики, возможность смены у одного и того же пациента жалоб в соответствии с меняющимися функциональными расстройствами, стойкие нарушения сна и др.

Социальная и экономическая значимость проблемы соматизированных тревожно-депрессивных расстройств вызывает необходимость внедрения в общую клиническую практику современных методов их диагностики и лечения.

По результатам обследования сотрудниками РНПЦ ППН МЗ РК пациентов, обращающихся в учреждения первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) г. Алматы и Алматинской области [8], более чем у трети больных (35,8%) были выявлены признаки тревожно-депрессивных расстройств, из которых соматизированные (соматоформные) расстройства, относящиеся по МКБ-10 к рубрике (F45.0-F45.3), были диагностированы у 13,6% терапевтических больных.

Психическое состояние этих пациентов в синдромальном отношении можно было квалифицировать как сенесто-ипохондрические депрессии. В соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 в данную группу были отнесены пациенты, которые настойчиво предъявляли жалобы на соматические расстройства и постоянно требовали проведения различных обследований вопреки подкрепляющимся отрицательным результатам и заверениям врачей об отсутствии объективных признаков соматического заболевания. Даже при наличии отчетливых депрессивных и тревожных симптомов, установлении связи возникновения симптоматики с негативными событиями и психотравмами, эти пациенты категорически отвергали возможность психогенной обусловленности имеющихся расстройств. Они негативно относились к беседе с психиатром, соглашались на клиничко-психопатологическое обследование только для того, «чтобы доказать свое психическое здоровье». Они трудно поддавались психотерапевтической коррекции, продолжали настаивать на физической природе своего заболевания и необходимости продолжения дальнейшего обследования. Демонстративность в поведении этих больных, манерность, особая эмоциональность в предъявлении жалоб и описании тяжести своего состояния свидетельствовали об участии в формировании соматизированных психических расстройств истерических черт личности этих больных.

Эти больные предъявляли массу жалоб, которые носили полисистемный характер, иногда с преобладающей фиксацией на сердечно-сосудистой и дыхательной системах. Это были жалобы на головные боли и головокружения, боли в груди с нетипичной для истинных кардиальных болей иррадиацией (вверх в шею и голову), одышку с приступами нехватки воздуха и ощущением «кома» в горле, спастические боли в животе и тошноту, общую слабость, периодическое повышение температуры тела, покраснение и зуд отдельных участков кожи и т.п. Несмотря на многочисленные обследования, соматической патологии у этих пациентов не выявлялось, либо тяжкие субъективные ощущения больного не соответствовали объективно выявляемой соматической патологии. В связи с постоянным чувством неудовлетворенности в проводимых обследованиях эти больные были раздражительны, слезливы, заявляли о том, что в связи с болезнью, общей слабостью они не способны выполнять свои обязанности, вынуждены оставить работу. Фон настроения этих больных был подавлен с ощущением безнадежности, иногда больные говорили, что их беспокоят мысли о смерти. Суицидальные высказывания чаще носили

демонстративно-шантажный характер с целью добиться очередного обследования или госпитализации.

Преувеличенные опасения за свое здоровье, чрезмерная фиксация на мнимых симптомах соматического заболевания, постоянное стремление к многочисленным обследованиям, противопоставление собственных представлений о природе имеющихся расстройств результатам объективных обследований позволяли квалифицировать имеющиеся у этих пациентов расстройства как сенесто-ипохондрические депрессии.

Главной стратегией фармакотерапии тревожно-депрессивных расстройств у пациентов общей медицинской практики является её комплексный характер, обеспечивающий устранение или ослабление всего спектра клинических проявлений, включающего не только тревогу и депрессию, но и разнообразные вегетативные расстройства, эмоционально-волевую неустойчивость, раздражительную слабость, расстройства сна, повышенную утомляемость и истощаемость психических процессов.

Для снятия тревожного компонента психоэмоциональных нарушений, наблюдавшихся у пациентов общей клинической практики, врачи-терапевты и невропатологи до настоящего времени наиболее часто используют транквилизаторы, в частности бензодиазепины, обладающие выраженным анксиолитическим эффектом. Вместе с тем бензодиазепины, практически не обладают вегетостабилизирующими свойствами. Снимая аффективный компонент тревоги, они практически не оказывали положительного влияния на её соматизированный компонент, проявлявшийся различными вегетативными дисфункциями. При этом больные, как правило, отмечают некоторое общее «успокоение», улучшение сна, но продолжают предъявлять массу необоснованных жалоб соматического характера. Таким образом, несмотря на широкую популярность, транквилизаторам присущи некоторые недостатки: общая заторможенность, сонливость, вялость, снижение работоспособности, миорелаксация, ослабление когнитивных функций, нарушение концентрации внимания, развитие толерантности и привыкания при длительном неконтролируемом приеме, синдром отмены, широкий спектр межлекарственного взаимодействия.

Второй группой лекарственных средств, широко используемой в лечении тревожных и депрессивных расстройств, являются антидепрессанты. В последние годы они все более активно внедряются в общую клиническую практику. Это и селективные ингибиторы обратного нейронального захвата серотонина (СИОЗС) и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН). Не умаляя их достоинств, все же следует отметить, что применение их в общей клинической практике требует тщательного индивидуального подбора препарата с учетом его преимущественного стимулирующего или седативного эффекта. Так, некоторые из антидепрессантов, обладающие выраженным стимулирующим действием, оказывая, несомненно, положительный тимоаналитический (улучшающий настроение) эффект, могут не только не снижать уровень тревоги, но даже его усиливать. Растормаживающий эффект может усиливать скрытые суицидальные тенденции и провоцировать реализацию суицидальных намерений. Поэтому применение отдельных видов антидепрессантов

должно быть строго аргументировано клиническим типом депрессии, определение которого для врачей общей практики бывает крайне затруднительно.

Все вышесказанное заставляет обратить серьезное внимание на поиск адекватных и безопасных средств терапии психосоматических и соматоформных расстройств среди представителей других фармакологических групп.

Одной из наиболее широко применяемых в настоящее время групп психотропных средств являются нейролептики. Эти препараты давно используются в психиатрии, но у врачей общемедицинской практики не пользуются популярностью. Это связано с необоснованно сложившимся мнением о том, что препараты этой группы предназначены только для лечения тяжелых психических расстройств, таких как шизофрения, и другие психозы. Многочисленными зарубежными и отечественными исследованиями уже давно доказано, что сфера их применения далеко перешагнула границы психиатрической практики и охватывает чрезвычайно широкий спектр психических расстройств пограничного уровня, включая соматоформные расстройства.

Перспективы, связанные с возможностью применения нейролептиков в неврологии и общей соматической практике, стали проследиваться с введением в клиническую медицину так называемых «атипичных», «малых» нейролептиков. Из представителей этой группы особое внимание врачей самых различных специальностей в последние годы привлекает препарат Бетамакс (Сульпирид), главной особенностью которого является широкий спектр одновременных клинико-фармакологических эффектов, совокупность которых столь необходима при терапии соматоформных расстройств.

Уникальностью препарата Бетамакс является его сочетанное действие: антипсихотическое, анксиолитическое, антифобическое, антидепрессивное, психостимулирующее и вегетостабилизирующее. Таким образом, Бетамакс является нейролептиком, антидепрессантом и транквилизатором одновременно, при этом клинические эффекты воздействия Бетамакса дозозависимы.

В малых и средних дозах (до 250 мг в сутки) Бетамакс обладает стимулирующим и антидепрессивным действиями. В больших дозах (от 200 до 400 мг в сутки) у него отчетливо преобладает седативное и антипсихотическое действие. Однако повышение дозировки до 400-600 мг в сутки приводит к развитию нейролептического синдрома,

нивелируя различия между Бетамаксом и типичными нейролептиками.

Применение Бетамакса для лечения психосоматических, соматизированных (соматоформных) расстройств позволяет эффективно редуцировать полиморфную симптоматику (тревогу, депрессию, раздражительность, вегетативные расстройства, нарушения сна и др.) и при этом избежать полипрагмазии, удешевить лечение. Он без осложнений сочетается с основными препаратами, применяемыми в терапевтической практике, и хорошо переносится больными, даже страдающими серьезной сопутствующей соматической патологией.

В целях разработки рекомендаций по повышению эффективности терапии соматизированных психических расстройств проведен анализ 64 наблюдений больных, находившихся на обследовании и лечении в НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК. При обследовании у этих больных объективных признаков какого-либо соматического заболевания не выявлялось, в связи с чем у лечащих врачей возникали достаточно обоснованные подозрения в психогенной природе предъявляемых больными жалоб, что служило основанием для рекомендации консультации психиатра, тем более, что в анамнезе этих больных в 83% случаев выявлялись острые и пролонгированные психотравмирующие факторы.

В структуре соматизированных психических расстройств у обследованных пациентов преобладали различные варианты соматоформной вегетативной дисфункции (40,6%), на втором месте по частоте стоят другие соматизированные расстройства (18,8%), а также довольно часто встречалось ипохондрическое расстройство (15,6%), что продемонстрировано в таблице 1.

Проводимое лечение соматоформных расстройств традиционным сочетанием антидепрессантов с транквилизаторами, как и ожидалось, оказалось достаточно эффективным для большей части больных (57,8%). В то же время у значительной части больных (27 пациентов – 42,2%) к концу первого месяца лечения психотропными препаратами оставались жалобы соматического характера, больные продолжали предпринимать попытки дальнейшего обследования, обращаясь к различным специалистам и народным целителям.

Проведенный анализ позволил выявить отдельные виды соматоформных расстройств, терапия которых сочетанием

Таблица 1 – Клиническая структура соматоформных расстройств у пациентов общей клинической практики

Соматоформные расстройства F45	Общее число наблюдений		Из них труднокурабельные случаи	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Соматизированные расстройства F45.0	12	18,8	2	3,1
Недифференцированное соматоформное расстройство F45.1	4	6,3	2	3,1
Ипохондрическое расстройство F45.2	10	15,6	9	14,1
Соматоформная вегетативная дисфункция F45.3	26	40,6	6	9,4
Хроническое соматоформное болевое расстройство 45.4	7	10,9	6	9,4
Другие соматоформные расстройства F45.8	5	7,8	2	3,1
Итого	64	100%	27	42,2%

Таблица 2 – Эффективность терапии Бетамаксом соматоформных расстройств

Соматоформные расстройства F45	Незначительное улучшение		Улучшение		Значительное улучшение	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Соматизированное расстройство F45.0	-	-	1	3,7	1	3,7
Недифференцированное соматоформное расстройство F45.1	1	3,7	-	-	1	3,7
Ипохондрическое расстройство F45.2	2	7,4	2	7,4	5	18,5
Соматоформная вегетативная дисфункция F45.3	-	-	1	3,7	5	18,5
Хроническое соматоформное болевое расстройство 45.4	1	3,7	1	3,7	4	14,9
Другие соматоформные расстройства F45.8	-	-	1	3,7	1	3,7
Итого	4	14,8	6	22,2	17	63,0

антидепрессантов с транквилизаторами оказалась недостаточной, а в ряде случаев и малоэффективной. Это ипохондрическое расстройство (14,1% – 1/3 всех труднокурабельных больных), соматоформная вегетативная дисфункция и хроническое соматоформное болевое расстройство (по 9,4% – 22,2% от числа всех труднокурабельных больных).

Дальнейшее лечение соматоформных расстройств у труднокурабельных больных проводилось нейролептиком Бетамакс, который применялся в дозировке 100 мг в сутки. Результаты наблюдений по эффективности использования Бетамакса для лечения труднокурабельных соматоформных расстройств показаны в таблице 2.

Анализ эффективности терапии труднокурабельных соматоформных расстройств монотерапией препаратом Бетамакс показал хорошую его эффективность при лечении **соматоформных вегетативных дисфункций** (83,3% – значительное улучшение среди труднокурабельных больных), **хронического соматоформного болевого расстройства** (80% – значительное улучшение от общего числа – труднокурабельных больных) и **ипохондрических расстройств** (55,6% значительное улучшение среди труднокурабельных больных). Адресное воздействие Бетамакса отмечено на сенестопалгии при соматоформных вегетативных дисфункциях желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), что клинически проявлялось в уменьшении приступов тошноты и рвоты, спазмов желудочно-кишечного тракта и желчных путей, нормализации перистальтики кишечника и стула. Это позволяет рекомендовать Бетамакс как препарат выбора при лечении не только соматоформных вегетативных дисфункций ЖКТ, но в комплексной терапии отдельных видов соматической патологии: «стрессовая язва» желудка и двенадцатиперстной кишки, синдром раздраженного кишечника, дискинезия желчных путей, функциональная тошнота и рвота.

Анализ практических наблюдений также показал, что Бетамакс следует рекомендовать при лечении соматоформных расстройств, в клинической структуре которых на фоне тревожно-депрессивного аффекта выявляются нарушения ассоциативных процессов мышления в форме навязчивостей, фобий и сверхценных идей ипохондрического содержания или ипохондрическая фиксация на имеющихся слабо выраженных соматических расстройствах.

Необходимо отметить, что при консультативном

осмотре в условиях соматического стационара иногда бывает трудно отграничить собственно соматоформные расстройства от невротоподобной симптоматики в рамках вялотекущего эндогенного процесса («псевдоневротическая шизофрения» как вариант шизотипического расстройства – F21 по МКБ-10). В подобных случаях даже без четкой дифференциации нозологии, основываясь лишь на синдромальной структуре состояния, можно смело назначать Бетамакс, эффективность которого доказана в обоих случаях.

Таким образом, анализ литературных данных и практических наблюдений показал, что Бетамакс, по своим психофармакологическим характеристикам, является препаратом широкого спектра действия, обнаруживает высокую терапевтическую эффективность и безопасность в применении его в общей соматической практике для лечения психосоматических и соматизированных (соматоформных) психических расстройств.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Costa-e-Silva J. – A. Facing depression/ Editorial. WPA Teaching Buff Dep 1993; 1:1:1;
- Вертоградова О.П. Депрессия как общемедицинская проблема // Медицина для всех. – 1997. – Т.2, №4. – С. 10-12
- Вертоградова О.П. Депрессии в общемедицинской практике (ранняя диагностика, профилактика, лечение) // Первый съезд психиатров социалистических стран. – М., 1987. – С. 41 – 45
- Depression guideline panel. Clinical practice guideline № 5. Depression in Primary Care: Vol. 1. Detection and diagnosis. – Rockville: US Dept. of Health and Human Services, 1993. – Agency for Health Care Policy and Research publication, 93–0550
- Понизовский А.М. Маскированная депрессия // Фельдшер и акушерка. – М., 1988. – №12. – С. 36-40
- Арцадзева К.Н., Ерышев О.Ф. Скрытые депрессии в общесоматической практике // Депрессии в амбулаторной и общесоматической практике. – Ленинград, 1994. – 25 с.
- Ромасенко Л.В., Абрамова И.В., Артюхова М.Г., Пархоменко И.М. Диагностика и терапия психических расстройств у пациентов общемедицинской практики. Пособие для врачей. – М., 2006. – 31 с.

8 Алтынбеков С.А., Распопова Н.И., Дуплякин Е.Б. Депрессивные расстройства у пациентов общемедицинской практики и новые возможности их эффективной терапии // Методические рекомендации. – Алматы, 2010. – 48 с.

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Н.И. РАСПОПОВА

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті, Алматы қ.

ЖАЛПЫ КЛИНИКАЛЫҚ ТӘЖІРИБЕДЕГІ СОМАТИКАЛЫҚ АЛАҢДЫ-ДЕПРЕССИВТІ БҰЗЫЛУЛАР ЖӘНЕ ОНЫҢ ТИІМДІ ТЕРАПИЯСЫ

Жұмыс барысында, соматикалық стационарда жүргізілген зерттеулер барысында анықталған соматикалық (соматоформдық) психикалық бұзылуға шалдыққан 64 науқастың клиникалық зерттеулер нәтижесі ұсынылған. Қазіргі заманғы психотропты препараттарды қолдану арқылы жалпы клиникалық тәжірибедегі емделушілердің соматикалы

және психикалық бұзылулар терапиясы және диагностика ерекшеліктері сипатталған.

Негізгі сөздер: соматикалық алаңды-депрессивті бұзылулар, соматоформды бұзылулар, нейролептиктер.

SUMMARY

N.I. RASPOPOVA

Kazakh National Medical University n.a. S.D. Asfendiyarov, Almaty c.

SOMATIZED ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDERS IN THE GENERAL CLINICAL PRACTICE AND EFFECTIVE METHODS OF THEIR THERAPY

The paper presents an analysis of 64 clinical observations of patients with somatized (somatoform) mental disorders that have been identified during their assessment in the somatic hospital. There are described the features of the diagnosis and treatment of somatized mental disorders in patients in overall clinical practice with the use of modern psychotropic drugs.

Key words: somatized anxiety-depressive disorders, somatoform disorders, antipsychotics.