

lance, Europe's J. on Infectious diseases epidemiology, prevention and control. 2009;14(17):50. Mode of access: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19445>

115.Yvonne A. Maldonado. Ch 227. Rubeola Virus (Measles and Subacute Sclerosing Panencephalitis). Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases. Elsevier Inc. 2008;3:1122.



УДК 611.9:616-008:614.253.2-055

**В.Ю. Приходько,
И.Р. Микропуло,
М.В. Олейник,
Е.А. Кононенко,
Д.Ю. Морєва,
О.В. Гоголь,
Д.О. Кашковський,
О.А. Лисняк*,
А.И. Лисняк ***

СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА часть 2

*Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика
кафедра терапии и гериатрии
ул. Дорогожичская, 9, Киев, 04114, Украина
Киевский городской клинический госпиталь инвалидов ВОВ*
National medical academy of postgraduate training named after Shupik P.L.
Department of therapy and geriatrics
Dorogozhichkaya str., 9, Kiev, 04114, Ukraine
Kyiv City Clinical Hospital for disabled war veterans
e-mail: prokhodko@ukr.net*

Ключевые слова: соматоформные расстройства, вегетативная дисфункция, анксиолитики, метаболическая терапия

Key words: somatoformic disorders, vegetative dysfunction, metabolic therapy, anxiolytics

Реферат. Соматоформні розлади в практиці сімейного лікаря. Частина 2. Приходько В.Ю., Микропуло І.Р., Олійник М.В., Кононенко Е.А., Морєва Д.Ю., Гоголь О.В., Кашковський Д.О., Лисняк О.А., Лисняк А.І. У другій частині статті, присвяченій проблемі соматоформних розладів, розглядаються іпохондричний розлад, соматоформна дисфункція вегетативної нервової системи та стійкий соматоформний больовий розлад. Вегетативна дисфункція може спостерігатися як самостійний розлад, а може супроводжувати різні соматичні захворювання, що спотворює і погіршує їх симптоматику. При обстеженні хворих з артеріальною гіпертензією авторами виявлено наявність вегетативної дисфункції у 90% пацієнтів, що корелювало з тривожним розладом за госпітальною шкалою. У клінічній практиці зустрічаються перманентні й пароксизмальні вегетативні розлади. Останні проявляються вегетативними кризами з перевагою симпто-адреналової або вагоінсулярної симптоматики. У статті також розглянуто підходи до лікування вегетативних розладів, обговорюються препарати різних фармакологічних груп. На підставі аналізу літературних даних показано, що небензодіазепіновий анксиолітик адаптол у моно- або комбінованій терапії хворих з соматоформними розладами сприяє швидкій та ефективній редуції психоемоційного та вегетативного компоненту захворювання, не обмежуючи працездатність і активність пацієнтів.

Abstract. Somatoform disorders in the family doctor's practice. Prykhdoko V.Yu., Mikropulo I.R., Oleinik M.V., Kononenko E.A., Moreva D.Yu., Gogol O.V., Kashkovskiy D.O., Lisnyak O.A., Lisnyak A.I. In the second part of the article devoted to the problem of somatoform disorders, hypochondriacal disorder, somatoform dysfunction of the autonomic nervous system and sustained somatoform pain disorder are reviewed. Vegetative dysfunction can occur as a separate disorder and may be accompanied by a variety of somatic diseases which distorts and exacerbates their symptoms. In patients with arterial hypertension the authors revealed the presence of vegetative dysfunction in 90%, which correlated with an anxiety disorder by the HADS scale. In clinical practice there are permanent and paroxysmal vegetative dysfunctions. The last ones are manifested by vegetative crises with predominance of sympathoadrenal or

vagus-insular symptoms. Approaches to treatment of vegetative disorders and drugs of various pharmacological groups are also discussed in the article. Based on the analysis of published data it is shown that non-benzodiazepine anxiolytic drug Adaptol in single or combined therapy in patients with somatoform disorders promotes fast and effective reduction of mental, emotional and vegetative components of the disease, without limiting work performance and activity of patients.

В практике семейного врача, равно как и врачей всех терапевтических специальностей, существенное место занимают соматоформные расстройства – психогенные заболевания, характеризующиеся физическими патологическими симптомами, напоминающими соматическое заболевание [7, 27]. Несмотря на яркую клиническую картину (сердцебиение, боли, озноб, одышка, снижение толерантности к физической нагрузке), у таких больных не обнаруживается никаких органических проявлений, которые можно отнести к известным болезням, а если и наблюдаются минимальные органические изменения, то степень выраженности их не может объяснить имеющуюся симптоматику. При этом больной может иметь очень длительный анамнез общения с медиками, хорошо ориентируется в современных диагностических процедурах, наслышан о новых методах лечения, что делает его критичным и ироничным собеседником и требует от врача не только глубоких научных, но и психологических знаний. Часто врач идет на поводу у пациента с функциональным расстройством, диагностируя у него соматическую патологию и назначая специфическое лечение. По оценкам специалистов, более чем у половины (56,3%) больных с предварительно установленным диагнозом соматической патологии этот диагноз впоследствии пересматривался в пользу функциональных расстройств [13, 14, 15, 16, 22, 23, 27].

В структуре соматоформных расстройств выделяют:

F45.0 Соматизированное расстройство

F45.1 Недифференцированное соматоформное расстройство

F45.2 Ипохондрическое расстройство

F45.3 Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы

F45.4 Устойчивое соматоформное болевое расстройство

Первые два состояния мы рассмотрели в первой части нашей работы. Одним из проблемных (с психологической точки зрения) проявлений психосоматической патологии является ипохондрия.

3. *Ипохондрическое расстройство (F45.2 Ипохондрическое расстройство)*. Эти больные не только тяготятся соматическим дискомфортом, но и испытывают страх от наличия у них

еще не найденного опасного заболевания. Характерно монотонное, невыразительное изложение жалоб, подкрепленное обширной медицинской документацией. Нормальные или обыкновенные ощущения и явления часто интерпретируются больными как аномальные и неприятные. Внимание пациента может быть сфокусировано на деятельности или симптомах какой-либо конкретной системы организма. Мы наблюдали пациентов, остро озабоченных тем, что стул не бывает ежедневным, хотя классических признаков запора не наблюдалось. Люди были тщательно обследованы проктологами, имели на руках данные колоноскопии, ирригоскопии, многочисленных анализов и онкотестов, принимали ненужные в данном случае слабительные средства. При этом у больных отмечалась умеренная артериальная гипертензия, дислипидемия и даже характерные «ишемические» изменения на ЭКГ, т. е. состояния, действительно нуждающиеся в лечении. В данных случаях важность «запора» затмила интерес к деятельности сердечно-сосудистой системы. Часто ипохондрический пациент может считать, что помимо основного заболевания существует и дополнительное, и уделяет ему не меньшее внимание. Ипохондрическое расстройство редко впервые проявляется после 50 лет. По данным литературы, болеют одинаково часто мужчины и женщины. Социальное функционирование может быть нарушено, поскольку больные слишком много времени тратят на обследования и консультации различных специалистов, а некоторые очень успешно манипулируют членами семьи и ближайшим окружением.

Диагноз ипохондрического расстройства выставляется при наличии постоянных идей о существовании одного или более тяжелых соматических заболеваний, обуславливающих имеющийся симптом или симптомы. Идеи сохраняются, несмотря на то, что не обнаружено адекватное соматическое объяснение соответствующим жалобам. Отмечается постоянное неверие врачам, пытающимся убедить пациента в отсутствии соматической болезни. В отличие от соматизированного расстройства, для больного более значима идея наличия какого-либо серьезного заболевания, чем имеющиеся симптомы. К развитию ипохондрии чаще всего предполагают определенные особенности личности –

депрессивность, тревожность, мнительность, поэтому у таких пациентов можно диагностировать и тревожно-депрессивную симптоматику.

В современном мире появилась разновидность ипохондрии, именуемая киберхондрией. Киберхондрия (cyberchondria) — психическое расстройство, заключающееся в стремлении к самостоятельной постановке диагноза на основе симптомов заболеваний, описанных на интернет-сайтах (Википедия). Интернет является наиболее полным источником информации, практически не имеющим ограничений (как информационных, так и морально-нравственных). Интернет не следует принципам деонтологии и медицинской этики. Свободный доступ к медицинским знаниям способствует развитию «болезни третьего курса» у всего заинтересованного контингента, но, в отличие от студентов-медиков, за этим третьим курсом не последует четвертый, пятый и шестой (т. е. человек не получит объективной информации о болезни и своем состоянии).

4. *Соматоформная вегетативная дисфункция (F45.3 Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы)* характеризуется отчетливым вовлечением вегетативной нервной системы и не меняющейся со временем локализацией жалоб. Вегетативная дисфункция встречается почти у 80% взрослых людей [9, 10, 23, 27]. Она может наблюдаться как самостоятельное расстройство, а может сопровождать различные соматические заболевания, что искажает и усугубляет их симптоматику. Вегетативная дисфункция может быть симптомом заболеваний центральной нервной системы, эндокринных болезней, дегенеративных заболеваний шейного отдела позвоночника. При обследовании больных с артериальной гипертензией мы выявили наличие вегетативной дисфункции у 90% пациентов, что коррелировало с тревожным расстройством по госпитальной шкале. У больных с вегетативной дисфункцией описано около 150 симптомов и 32 синдрома клинических нарушений.

Жалобы предъявляются больным так, будто они обусловлены физическим расстройством системы или органа, которые в основном или полностью находятся под влиянием вегетативной нервной системы, то есть сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной, дыхательной системы и частично мочеполовой. Наиболее часто встречается кардиалгический синдром без четкой иррадиации, возникающий чаще в покое, длящийся сутками, не усиливающийся при физической нагрузке и не реагирующий на прием

кардиотропных препаратов. Больные ярко реагируют на боль, стонут, вскрикивают, вздыхают. Характер боли определить трудно: она давит, пульсирует, булькает, часто усиливается в пред-рассветные часы. Кардиалгии могут сопровождаться сердцебиением (до 120 уд./мин) в покое и повышением артериального давления (до 160/95 мм рт. ст.). В последнем случае гипотензивные средства помогают слабо, зато эффективны транквилизаторы и антидепрессанты. У некоторых больных встречается синдром «возбужденного сердца» (синдром Да Коста), включающий в себя сердцебиение, одышку, усталость и за грудиной боли в покое после эмоциональных нагрузок. Часто больных беспокоит ощущение «кома в горле», который является эквивалентом боли и не поддается коррекции лекарствами. На ЭКГ даже на высоте боли нет изменений, характерных для ишемической болезни сердца. Может отмечаться некоторое уплощение зубца Т.

Вегетативная дисфункция ЖКТ включает дисфагию после психотравмы с болезненными ощущениями за грудиной при глотании. Отличием от органической дисфагии является то, что больному легче глотать твердую пищу, чем жидкую. Гастралгии не связаны с приемом пищи, возникают в разное время суток. Часто отмечаются отрыжка воздухом и икота, которая беспокоит больного в публичных местах. Могут отмечаться хронические запоры или поносы, урчание кишечника.

Вегетативная дисфункция дыхательной системы проявляется ощущением неполноты вдоха, учащенным, поверхностным дыханием, частыми дополнительными вздохами, одышкой на фоне стрессовой ситуации, исчезающей при физической нагрузке или во время сна. Жалобы наблюдаются довольно долго, но при этом жизненная емкость легких остается на достаточно высоких значениях, а признаков легочно-сердечной недостаточности не возникает. Нормальные данные спирографии при таких жалобах — это визитная карточка вегетативной дисфункции. Наряду с псевдоастматической симптоматикой у больных могут отмечаться ларингоспазм и поперхивание, появляющиеся при психотравмирующей ситуации.

Урологическим признаком соматоформной вегетативной дисфункции служит поллакиурия, возникающая чаще при отсутствии возможности пользоваться туалетом, и психогенная задержка мочи в присутствии посторонних. Понятно, что данные лабораторного исследования мочи в обоих случаях совершенно нормальны.

Драматические ситуации могут разыгрываться у больных соматоформными расстройствами с субфебрилитетом и гиперпатией конечностей. Несмотря на нестойкость этой симптоматики, независимость ее от погодных условий, явную связь с провоцирующей психотравмой, таким больным может быть поставлен диагноз активной фазы ревматизма. Учитывая, что специфическое противоревматическое лечение успеха не приносит, больных могут переводить на гормонотерапию со всеми побочными эффектами последней и давать рекомендации, существенно ограничивающие сферу жизнедеятельности человека.

Проявления вегетативной дисфункции можно представить следующим образом:

1). сердечно-сосудистые: кардиалгии, аритмии, одышка, не связанная с физической нагрузкой, гипертензия, гипотензия, лабильность АД, дистальный акроцианоз, сосудистые цефалгии, приливы;

2). респираторные: ощущение нехватки воздуха, одышка, приступы удушья, затрудненное дыхание;

3). гастроинтестинальные: абдоминальные боли, сухость во рту, тошнота, рвота, отрыжка, метеоризм, запоры, поносы, урчание в животе;

4). в сфере терморегуляции: субфебрилитет, периодические ознобы, гипергидроз;

5). вестибулярные: головокружения, неустойчивость;

6). алгические: апоневротические цефалгии, мышечные алгии, артралгии.

Наряду с вялыми хроническими проявлениями вегетативной дисфункции вегетативный синдром может проявляться вегетативными кризами. Кризы имеют соматические проявления, часто принимаемые за сердечно-сосудистые, неврологические или легочные заболевания. Но при этом важной характеристикой их является сопутствующее чувство беспричинной тревоги, внутреннего напряжения, ощущения «натянутого нерва» внутри. Больные могут отмечать безотчетный страх (смерти, тяжелого осложнения), злиться и вести себя неоправданно агрессивно по отношению к окружающим (домашним, медикам). Чаще агрессия и раздражительность сопровождается симпато-адреналовыми кризами, тогда как вагоинсулярные характеризуются слабостью, подавленностью, слезами.

Клиническая характеристика вегетативных кризов

- Симпато-адреналовые кризы
- возбуждение

- тахикардия
- перебои в работе сердца
- повышение АД
- ощущение прилива крови к голове, покраснение лица
- озноб
- тремор
- ощущение внутренней дрожи
- мидриаз
- полиурия, поллакиурия
- одышка в покое (независящая от физической нагрузки)
- урчание в животе
- возможно однократное послабление стула
 - Вагоинсулярные кризы
- слабость, вялость, астения
- головокружение
- ощущение дереализации
- тошнота
- обильное слюнотечение
- брадикардия, экстрасистолия
- чувство нехватки воздуха
- желудочно-кишечные дискинезии
- снижение АД

• Смешанные кризы могут сопровождаться как симпато-адреналовой, так и вагоинсулярной симптоматикой.

Вегетативные кризы могут расцениваться больным как гипертензивные. В нашей практике есть немало пациентов (в основном женщин), которые полагают, что в 50-60 лет они остались гипотониками, какими были в молодые годы. А повышение АД до 130-140/80-85 мм рт. ст., сопровождающееся бурной вегетативной симптоматикой – это типичный гипертензивный криз, требующий вмешательства врачей неотложной помощи. Купирование такого криза не проходит без транквилизаторов, а последующая консультация у кардиолога обнаруживает, что АД 140/80 мм рт. ст. – совершенно привычная для пациентки ситуация.

Довольно часто вегетативная дисфункция является спутником астенических расстройств. Астенические расстройства встречаются почти у 50% больных, которые обращаются за помощью к специалистам по внутренней патологии. Астения – это состояние организма, характеризующееся общей слабостью, повышенной утомляемостью, головными болями, головокружениями, снижением работоспособности, частой сменой настроения, вегетативными нарушениями, расстройствами сна, мышечными болями. Следует различать ощущение усталости или утомления и астению. Утомление – это возникающее в норме чувство слабости и вялости, вызванное

физическим усилием и проходящее после отдыха. Астения – всегда патологическая слабость. Это «усталость не от того шага, на котором мы падаем без сил: он только обнаруживает ее» (Сенека). Астения может иметь как органическую (при различных внутренних заболеваниях), так и функциональную природу. Последняя составляет более половины всех случаев астении (до 55%) и связана с психическими расстройствами (невроз, депрессия, ипохондрия, психосоматические расстройства). Для астении характерны физическая и психическая слабость, выраженная и постоянная эмоциональная несдержанность или лабильность, утомляемость, истощаемость, гиперестезия (чрезмерная, болезненная чувствительность к внешним раздражителям, непереносимость шума, яркого света и т. д.) и вегетативные нарушения.

5. *Хроническое соматоформное болевое расстройство (F45.4 Устойчивое соматоформное болевое расстройство).*

Ведущей жалобой является упорная, мучительная, психически угнетающая боль в какой-либо части тела, которая длится не менее 6 месяцев и которую нельзя объяснить физиологическим процессом или соматическим расстройством. Боль невозможно купировать анальгетиками. Наиболее часто встречается мигреноподобное состояние, когда головная боль возникает ночью, усиливается к утру, днем может несколько уменьшиться с периодическими приступообразными усилениями. Точная локализация ее затруднена, не соответствует зонам иннервации черепа. Эффективными в этом случае могут быть только антидепрессанты.

В рамках СР рассматривается и агрипнический синдром (бессонница). Иногда бессонница является единственным проявлением психогенного расстройства. Больные легко засыпают, но продолжительность сна небольшая. Просыпаются от внутреннего толчка, в тревоге, в предутренние часы (3-4 часа утра) и долго не могут заснуть, моделируя трудные ситуации предстоящего дня. Естественно, что отсутствует ощущение насыщения сном, больные жалуются на разбитость, усталость, адинамию. Снотворные препараты эффекта не оказывают, в отличие от антидепрессантов.

Лечение СР обязательно должно сочетать психотерапию и фармакотерапию. У больных с соматоформными расстройствами может назначаться довольно широкий перечень препаратов:

- Транквилизаторы бензодиазепинового ряда;
- Нейролептики (сульпирид – нетипичный нейролептик);

- Анксиолитики (небензодиазепиновые транквилизаторы);
- Антидепрессанты (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина);
- Ноотропы;
- Препараты белладонны (при вегетативных кризах с вагоинсулярной и смешанной симптоматикой);
- Бета-адреноблокаторы (при симпатoadrenalной симптоматике);
- Растительные препараты (успокоительные, адаптогены);
- Гомеопатические препараты.

Наличие тревоги и депрессии не только ухудшает качество жизни пациентов, но и увеличивает риск кардио-васкулярного события [4, 12]. В рекомендациях ЕОК (2012) по кардио-васкулярной профилактике [21] подчеркивается, что конфликты и хронический стресс в семейной жизни увеличивают сердечно-сосудистый риск в 2,7–4 раза (особенно у женщин). Депрессия ассоциируется с увеличением числа кардио-васкулярных осложнений в 1,9 раза и ухудшает прогноз у таких больных в 2,4 раза. Невозможность выражать свой гнев ассоциируется с увеличением риска сердечно-сосудистых осложнений в 2,9 раза [21].

Учитывая выраженность тревоги и депрессии у больных с соматоформными расстройствами, антидепрессанты и анксиолитики занимают ведущее место в купировании вегетативной симптоматики.

Довольно популярными в лечении тревожных расстройств являются транквилизаторы бензодиазепинового ряда (гидазепам). Их ГАМК-ергическое действие способствует существенному уменьшению явлений страха, тревоги, напряжения. Действие препаратов сопровождается противосудорожным, миорелаксирующим и некоторым анальгетическим эффектом. Однако большинству бензодиазепинов присуще явление «поведенческой токсичности»: излишняя седация, сонливость днем, мышечная слабость, нарушение координации, внимания и операторских функций, что существенно ухудшает работоспособность больных, а порой просто делает их нетрудоспособными (водители, диспетчеры). Транквилизаторы не следует принимать более 1 месяца из-за возможности развития лекарственной зависимости. Мы полагаем, что врачам терапевтических специальностей не следует злоупотреблять назначением бензодиазепинов, поскольку эти препараты могут имитировать когнитивную дисфункцию у пожилых, снижать умственную работоспособность у учащихся,

нарушать социальные функции активных, трудоспособных людей.

В связи с возможностью развития привыкания и лекарственной зависимости Согласительная комиссия ВОЗ не рекомендовала применять транквилизаторы бензодиазепинового ряда непрерывно более 2-3 недель [18].

Антидепрессанты из группы СИОЗС (сертралин, пароксетин, циталопрам) также могут назначаться врачами общей практики. Эти препараты дают незначительные побочные реакции, но добиться терапевтического эффекта при их приеме удается нескоро (не ранее, чем через 2 недели приема адекватной дозы). Иногда дозу приходится увеличивать. Кроме того, в ряде случаев антидепрессанты не устраняют ажитацию, непродуктивное возбуждение, хотя и существенно улучшают фон настроения. Антидепрессанты более показаны при преобладании депрессивных расстройств над тревогой и ажитацией. Чаще врачи терапевтических специальностей не берут на себя ответственность назначать эти препараты, считая их прерогативой психиатров.

Гармоничными корректорами тревожно-депрессивных расстройств с преобладанием тревожной симптоматики, сопровождающихся вегетативными проявлениями, являются анксиолитики – психотропные средства, уменьшающие тревогу, эмоциональную напряженность, чувство страха, оказывающие антиневротическое действие. Механизм действия небензодиазепиновых анксиолитиков несколько отличается от такового у бензодиазепинов, что и объясняет особенности их действия. Наиболее назначаемым врачами терапевтических специальностей небензодиазепиновым транквилизатором (анксиолитиком) является адаптол. По химическому строению адаптол близок к метаболитам организма, являясь производным бициклических бисмочевин, что, очевидно, обуславливает отсутствие привыкания к препарату и синдрома отмены. Адаптол улучшает переносимость и уменьшает выраженность побочных эффектов бензодиазепиновых транквилизаторов и нейролептиков, выступает как «терапия прикрытия» при назначении антидепрессантов (способствует стабилизации терапевтического эффекта, облегчает состояние пациента до момента начала действия антидепрессантов).

Адаптол является антагонистом возбуждающих адренергической и глутаматергической систем в ЦНС. Подавляя излишнее возбуждение, адаптол усиливает активность тормозных серотонин- и ГАМК-ергических систем [2, 3]. За счет этого препарат обладает анксиолитическим

и вегетостабилизирующим эффектом без снотворного и миорелаксирующего действия, без нарушения памяти и концентрации внимания. Поэтому препарат показан больным с тревожно-депрессивными, астеническими состояниями и явлениями вегетативной дисфункции как в монотерапии, так и в комбинации с препаратами различных фармакологических групп. Адаптол инициирует быстрый анксиолитический эффект после приема первой таблетки – «эффект первого приема». Эффективность препарата показана и при хронической головной боли напряжения [17]. По данным авторов, головная боль напряжения была связана с достоверно более высоким уровнем тревожности (по шкале Спилбергера-Ханина), который существенно снизился при лечении адаптолом (на 49%). При этом интенсивность боли уменьшилась на 68%, что достоверно превышает значения группы, не получавшей адаптол. На фоне лечения адаптолом существенно снизились показатели астенизации. Авторы делают вывод о том, что регресс симптоматики при головной боли напряжения во многом определяется коррекцией имеющихся у этих больных эмоциональных расстройств. Стерлин О.В. и соавт. [6] описывают опыт применения адаптола у больных с кардиофобическим синдромом (ведущий симптом – непреодолимый страх смерти от нарушения работы сердца). W.Katon [24] отмечает, что данное патологическое состояние диагностируется у 80% больных общемедицинской практики, обращающихся по поводу болей в области сердца. Авторами [6] показано, что курсовой прием адаптола в дозе 1500 мг в сутки в течение 8 недель способствует уменьшению вегетативной симптоматики у 70% больных, достоверному уменьшению тревожно-депрессивных проявлений и уменьшению интенсивности кардиалгий по визуально-аналоговой шкале с 5,9 до 3,2 балла ($P < 0,01$).

Использование адаптола в комплексной терапии больных с дисциркуляторной энцефалопатией и когнитивными расстройствами [1] позволяет улучшить показатели нейрофизиологического исследования (увеличение амплитуд когнитивных вызванных потенциалов и уменьшение латентных периодов), улучшить качество жизни и снизить показатели ситуационной и личностной тревожности, снижения физической и умственной утомляемости, общей астенизации у больных ДЭ [1, 26].

У медицинских работников, педагогов и работников социальной сферы медико-социальной проблемой является синдром эмоционального выгорания – синдром физического и эмоционального

истощения с развитием отрицательной самооценки, отрицательного отношения к работе, утраты сочувствия к коллегам и клиентам (пациентам) [20, 25]. При интенсивной работе с людьми, конкурентном духе, нацеленности на лидерство синдром эмоционального выгорания может развиваться через 2–4 года работы. Наряду с психотерапевтическим лечением и работой в психологических группах при синдроме эмоционального выгорания может помочь медикаментозная терапия. В работе Чутко Л.С. и соавт. [5] показано, что лечение адаптолом в суточной дозе 1500 мг в течение 2 месяцев молодых людей с синдромом эмоционального выгорания привело к уменьшению симптомов у 70% обследованных. Препарат проявлял активизирующее действие при астении, анксиолитическое - при тревожности, при этом не ухудшал концентрацию внимания и не вызывал привыкания. Таким образом, применение мягкого небензодиазепинового транквилизатора адаптола позволяет увеличить эффективность профессиональной деятельности и улучшить качество жизни работников медицинской и социальной сферы.

В нашей практике адаптол широко применяется у пациентов с соматоформными расстройствами, которые диагностируются как и самостоятельное заболевание, так и на фоне соматической патологии. Адаптол назначается по 500 мг два раза в сутки. Длительность приема – до трех месяцев. В общетерапевтической практике следует учитывать высокую частоту психосоматических расстройств, которые могут отмечаться как у людей без органических поражений сердечно-сосудистой системы, так и усугублять течение любого хронического заболевания.

Назначение симптоматических препаратов метаболического действия также может оказать существенное влияние на выраженность симптоматики у больных с соматической патологией. Так, в исследованиях Смуглова Е.П. и соавт. [19] по применению вазоната на фоне стандартной терапии больных с ИБС было показано достоверное увеличение толерантности к физической нагрузке, о чем свидетельствует увеличение дистанции 6-минутной ходьбы на 50,4%. Применение вазоната в составе комбинированной терапии стабильной стенокардии способствует уменьшению количества эпизодов болевой и безболевой ишемии миокарда на 63,6% и на 47,2% соответственно, уменьшению средней длительности болевой и безболевой ишемии миокарда на 19,2% и на 22,3% соответственно, а также уменьшению суммарной

длительности эпизодов болевой и безболевой ишемии миокарда на 70,8% и на 59,0% соответственно, что достоверно указывает на антиишемический эффект этого препарата. Вазонат в составе комбинированной терапии стабильной стенокардии оказывает позитивное действие на метаболизм липидов и приводит к усилению антиоксидантной защиты. Более высокой антиангинальной и антиишемической эффективностью обладает вазонат у больных стабильной стенокардией при более длительном использовании в дозе 1 г/сут – в течение 12 недель.

Вегетокорректирующий эффект вазоната описан Литвиненко Н.В. и соавт. [8]. У больных с умеренными когнитивными расстройствами на фоне хронической ишемии мозга препарат достоверно уменьшал частоту головной боли, головокружения, шаткости при ходьбе и астении. В исследовании Погорелова О.В. [11] у больных, перенесших инсульт, пероральный прием 500 мг вазоната в сутки способствовал уменьшению явлений астении и более быстрому восстановлению когнитивных функций и не влиял на уровень АД. Приведенные исследования показывают, что метаболический препарат вазонат позволяет уменьшить явления астении как на фоне хронической ишемии мозга, так и после перенесенной церебро-вазкулярной катастрофы.

ВЫВОДЫ

1. Для верификации диагноза и определения тактики лечения «сложных» терапевтических пациентов с выраженными жалобами и минимумом объективной симптоматики рекомендовано проводить психологическое тестирование (госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS, тест Ч.Д. Спилбергера в модификации Ю.Л. Ханина (оценка личностной и реактивной тревожности) (см. приложение).

2. Врачам общей практики при лечении соматоформных расстройств целесообразно отдавать предпочтение наиболее безопасным и эффективным небензодиазепиновым транквилизаторам. Прием их должен быть длительным (2–3 месяца) с обязательным контролем симптоматики лечащим врачом.

3. Адаптол в моно- или комбинированной терапии способствует быстрой, эффект «первого приема», и эффективной редукции психоэмоционального и вегетативного компонента заболевания, не ограничивая работоспособность и активность пациентов.

4. Учитывая, что соматоформные расстройства проявляются в нарушениях деятельности

сердечно-сосудистой и центральной нервной системы, в схему терапии СР целесообразно включать препараты метаболического действия. В нашей клинике широко используется препарат вазонат, который оказывает существенное влия-

ние на кардиальные проявления вегетативной дисфункции, устраняет астеническую симптоматику, оказывает легкое вазодилатирующее действие.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баранцевич Е.Р. Клинико-нейрофизиологическое исследование эффективности адаптола при дисциркуляторной энцефалопатии / Е.Р. Баранцевич, О.В. Посохина // Журнал неврологии и психиатрии. – 2011. – № 9.
2. Бурчинський С.Г. Нові аспекти фармакотерапії психосоматичної патології / С.Г. Бурчинський // Ліки. – 2004. – № 5-6. – С. 28-32.
3. Громов Л.А. «Типичные» и «атипичные» транквилизаторы / Л.А. Громов, Е.Т. Дудко // Вестник фармакологии и фармации. – 2003. – № 10.
4. Депрессивная симптоматика ухудшает прогноз у больных артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца: первые результаты проспективного этапа российского многоцентрового исследования КООРДИНАТА / Е.И. Чазов, Р.Г. Оганов, Г.В. Погосова [и др.] // Кардиология. – 2007. – № 10. – С. 24-30.
5. Клинико-нейрофизиологическое исследование эффективности препарата адаптол при лечении синдрома эмоционального выгорания / Л.С. Чутко, С.Ю. Сурушкина [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2010. – 10.
6. Клинико-психологическая характеристика пациентов с кардиофобическим синдромом / О.В. Стерлин, Н.Л. Фролова, Ю.И. Сидорова [и др.] // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. – 2011. – Т. 4, № 5. – С. 34-36.
7. Коваленко І.В. Психосоматичні розлади: діагностика та лікування / І.В. Коваленко. – Вінниця: Консоль, 2005. – 32с.
8. Литвиненко Н.В. Влияние препарата “вазонат” на умеренные когнитивные расстройства при хронических нарушениях мозгового кровообращения / Н.В. Литвиненко, И.И. Дельва, М.Ю. Дельва // Укр. вісник психоневрології. – 2011. – Т. 19, вип. 1 (66). — С. 22-25.
9. Морозова О.Г. Коррекция вегетативных и тревожных нарушений в практике врача-интерниста / О.Г. Морозова // Новости медицины и фармации. – 2007. – Вып. 215.
10. Неврология для врачей общей практики / А.М. Вейн, Т.Г. Вознесенская, О.В. Воробьева [и др.]. – М.: Эйдос Медиа, 2001. – 504 с.
11. Погорелов О.В. Оптимізація ноотропної терапії в постінсультному періоді. Вазонат / О.В. Погорелов // Укр. вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18, вип. 4 (65).
12. Погосова Г.В. Психоэмоциональные расстройства при сердечно-сосудистых заболеваниях: терапевтические аспекты / Г.В. Погосова // Consilium medicum. – 2006. – Т. 8, № 5. – С. 54-57.
13. Подкорытов В.С. Соматоформные расстройства / В.С. Подкорытов, О.И. Серикова // Medicus Amicus. – 2002, №1.
14. Психокardiология / А.Б. Смулевич, А.Л. Сыркин, М.Ю. Дробижев, С.В. Иванов. – М., 2005. – 778 с.
15. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицинской практике / А.Б. Смулевич. – М., 2000. – 160 с.
16. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А.Б. Смулевич. – М.: Мед. информ. агенство, 2003. – 432 с.
17. Турсунова К.Б., Применение адаптола у пациентов с хронической цервикогенной головной болью / К.Б. Турсунова, Л.С. Чутко // Журнал неврологии и психиатрии, 2011. – № 67.
18. Успенский Ю.П. Тревожные расстройства и их коррекция в гастроэнтерологической практике / Ю.П. Успенский, Е.В. Балухова // Consilium Medicum. – 2008. – Т. 10, № 8.
19. Эффективность и целесообразность использования вазоната в комплексной терапии ишемической болезни сердца / Е.П. Смуглов, Н.А. Шадчнева, В.Н. Зорин [и др.] // Медичні перспективи. – 2011. – Т. XVI, № 3.
20. Burnout syndrome in critical care nursing staff / M.C. Poncet, P. Toullic, L. Papazian [et al.] // Am. J. Respir. Crit. Care Med. – 2007. – Vol. 175, N 7. – P. 698-704.
21. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice // The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). – 2012.
22. Fukunaga M. Concept of functional somatic syndromes / M. Fukunaga, Y. Nakai // Nippon Rinsho. – 2009. – Vol. 67, N 9. P. 1647–1651.
23. Functional illness in primary care: dysfunction versus disease / N. Williams, C. Wilkinson, N. Stott, D.B. Menkes // BMC Fam Pract. – 2008. – N 9. – P. 30–41.
24. Katon W. Panig disorder and somatization: Review of 55 cases / W. Katon // Am. J. Med. – 1984. – Vol. 77. – P. 101-106.
25. Maslach C. The Maslach Burn-Out Inventory Manual. – 2nd ed. / C. Maslach, S.E. Jackson. – Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press, 1986.
26. Mokina T.V. Use of Adaptol in the Treatment of Chronic Fatigue Syndrome in Patients with Chronic Cerebral Ischemia / T.V. Mokina, E.A. Antipenko, A.V. Gustov // Neuroscience Behavioral Physiology. – 2010. – Vol. 40, Issue 7. – P. 757-759.
27. Salawu F.K. Overview of somatization–diagnosis and management / F.K. Salawu, M.A. Wakil, A. Danburam // Niger. J. Med. – 2009. – Vol. 18, N 4. – P. 349–353.

REFERENCES

1. Barantsevich ER, Posokhina OV. Clinical and neurophysiological study of the effectiveness of ADAPTOL at dyscirculatory encephalopathy. *Zhurn. Nevrologii i psikiatrii*. 2011;111(9):68-72.
2. Burchins'kiy SG. New aspects in drug therapy of psychosomatic disorders. *Liki*. 2004;5-6:28-32.
3. Gromov LA, Dudka ET. "Typical" and "atypical" tranquilizers. *Vestnik farmakologii i farmatsii*. 2003;10:12-17.
4. Chazov EI, Oganov RG, Pogosova GV. Depressive symptoms worse prognosis in patients with hypertension and coronary heart disease: first results of Russian prospective multicenter study COORDINATE. *Kardiol*. 2007;10:24-30.
5. Chutko LS, Surushkina SYu et al. Clinical and neurophysiological study of the efficacy of the drug Adaptol in the treatment of emotional burnout. *Zhurn. Nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*. 2010;10.
6. Sterlin OV, Frolova NL, Sidorova Yul, Shcheglova LV, Chutko LS. Clinical and psychological characteristics of patients with cardiophobic syndrome. *Zhurn. Kardiologiya i serdechno-sosudistaya khirurgiya*. 2011;5(4):34-36.
7. Kovalenko IV. Psychosomatic disorders: diagnostics and treatment. *Vinnitsya: Konsol'*. 2005;32.
8. Litvinenko NV, Del'va II, Del'va MYu. The influence of the drug "Vazonat" on mild cognitive impairment in chronic cerebrovascular disorders. *Ukrain's'kiy visnik psikhonevrologii*. 2011;19.1(66):22-25.
9. Morozova OG. Correction of vegetative and anxiety disorders in the practice of internist. *Novosti meditsiny i farmatsii*. 2007;215.
10. Vein AM. *Neurology for General Practitioners*. Eidos Media. 2001;504.
11. Pogorjelov OV. Optimization of neuroprotective therapy in post-stroke period. VAZONAT. *Zhurn. Ukrains'kiy visnyk psikhonevrologii'*. 2010;4(65):28-31.
12. Pogosova GV. Psycho-emotional disorders in cardiovascular diseases: the therapeutic aspects. *Consilium medicum*. 2006;8(5):54-57.
13. Podkorytov VS, Serikova OI. Somatoform disorders. *Medicus Amicus*. 2002;1.
14. Smulevich AB, Syrkin AL, Drobizhev MYu, Ivanov SV. *Psychocardiology*. – Moscow. 2005;778.
15. Smulevich AB. *Depression in general practice*. Moscow. 2000;160.
16. Smulevich AB. *Depression with somatic and psychiatric diseases*. M.: Med. inform. Agenstvo. 2003;432.
17. Tursunova KB, Chutko LS. Application of ADAPTOL in patients with chronic cervicogenic headache. *Zhurnal Nevrologii i psikiatrii*. 2011;111(6):68-69.
18. Uspenskiy YuP, Balukova EV. Anxiety disorders and their correction in gastroenterological practice. *Consilium Medicum*. 2008;8(10).
19. Smuglov EP, Shadchneva NA, Zorin VN, Kuznetsov NS, Sakhaltuev AD, Plastun MYu. The efficacy and feasibility of Vazonat in the treatment of coronary heart disease. *Zhurn. Medichni perspektivi*. 2011;3(XVI):64-72.
20. Poncet MC, Toullic P, Papazian L, Kentish-Barnes N, Timsit JF, Rochard F. Burnout syndrome in critical care nursing staff. *Am J Respir Crit Care Med*. 2007;175(7):698-704.
21. *European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012)*. The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts).
22. Fukunaga M, Nakai Y. Concept of functional somatic syndromes. *Nippon Rinsho*. 2009;67(9):1647-51.
23. Williams N, Wilkinson C, Stott N, Menkes DB. Functional illness in primary care: dysfunction versus disease. *BMC Fam Pract*. 2008;9:30-41.
24. Katon W. Panic disorder and somatization: Review of 55 cases. *Am J Med* 1984;77:101-6.
25. Maslach C, Jackson SE. *The Maslach Burn-Out Inventory Manual*, 2nd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press 1986.
26. Mokina TV, Antipenko EA., Gustov AV. Use of Adaptol in the Treatment of Chronic Fatigue Syndrome in Patients with Chronic Cerebral Ischemia, *Neuroscience Behavioral Physiology*. 2010;40(7):757-59.
27. Salawu FK, Wakil MA, Danburam A. Overview of somatization—diagnosis and management. *Niger J Med*. 2009;18(4):349-53.

