

АСТЕНОНЕВРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

В.В. Скворцов, докт. мед. наук, **Е.М. Скворцова**

Волгоградский государственный медицинский университет

E-mail: vskvortsov1@ya.ru

Представлены проявления пограничных психических расстройств при соматических заболеваниях. Приводятся сведения о ранней диагностике, адекватном для достижения лечебного эффекта подборе медикаментозных средств в сочетании с психотерапией.

Ключевые слова: соматические расстройства, депрессивные расстройства, медикаментозная терапия.

У пациентов терапевтических отделений многопрофильных больниц невротические реакции наблюдаются в 7–13% случаев. В поликлиниках частота таких расстройств оказывается еще большей (до 50%).

Нередко при соматических заболеваниях отмечаются реакции на сам факт болезни с астенической, истероидной или обсессивно-фобической симптоматикой. При длительном течении соматических заболеваний наблюдаются стабилизация невротической симптоматики, формирование неврозов, усложняется структура психопатологического синдрома, имевшего место в период возникновения невротической реакции. В большинстве случаев выявляется нарушение функций разных органов и систем, что ведет к определенной перестройке организма и психики. Общей чертой клинической картины у всех таких больных является наличие астении, что проявляется повышенной утомляемостью, дневной сонливостью, адинамией, аффективной лабильностью, раздражительностью, вспыльчивостью, гиперестезией, ослаблением внимания и памяти. Эти симптомы нередко сочетаются с головной болью, головокружением, шумом в ушах, вазовегетативными нарушениями (тахикардия, усиленная потливость, колебания артериального давления – АД, вегетосудистые пароксизмы).

Неврозоподобные расстройства в кардиологии

Ведущий симптом – кардиофобия. Жалобы на работу сердца возникают вследствие волнения, умственной или физической нагрузки, приведшей к состоянию астении. У больных появляются уверенность в наличии тяжелого сердечного

заболевания и часто – страх смерти. Таким больным свойственно повышенное внимание к своему здоровью и к функции сердца. Они регистрируют все нарушения его деятельности, часто измеряют пульс и АД, фиксируют внимание на неприятных ощущениях в области сердца (чаще всего – боль, не совпадающая с определением стенокардической). Болевые ощущения сопровождаются тревогой, напряжением, беспокойством.

Нарушения, связанные с сердечной деятельностью, в ряде случаев сочетаются с жалобами на затруднение дыхания, чаще всего – ощущение нехватки воздуха, спазмы в горле; иногда возникают приступы: ощущение остановки дыхания, приближения смерти. Речь идет о гиперкапнии, возникающей как результат форсированного дыхания.

Другая разновидность неврозоподобных расстройств – синдром аритмичного дыхания. Больные утрачивают ощущение полноценности вдоха; стремясь преодолеть это ощущение они глубоко дышат, пытаются усилить дыхательные движения, что вызывает искусственную гипервентиляцию. При этом возникают головокружение, поташнивание. Больные заглатывают воздух, стараясь «исправить» нарушенный ритм дыхания, производят дополнительные движения головой, шей, руками, что сопровождается выраженными вегетативными дисфункциями.

При лечении таких расстройств показаны настойка боярышника (40–50 капель на прием), отвар корня валерианы (2 ст. л. измельченных корней на 1 стакан воды). Кардиалгии лучше всего купируются ибупрофеном или пенталгином. В комплекс терапии мы рекомендуем включать панангин, магнерот, магне В₆, милдронат, в более тяжелых ситуациях – рибоксин в вену (часто наблюдается вторично обусловленная миокардиодистрофия). Вегетостабилизирующими свойствами обладают беллоид, белласпон, беллатаминал (безрецептурный препарат, производимый в России и доступный по цене). С учетом наличия в его составе фенобарбитала рекомендуем назначать его на ночь и осторожно увеличивать дозу. Можно выписать рецепт на дневные транквилизаторы мезапам и тазепам.

При гиперкинетическом синдроме и нарушениях ритма рекомендуются β -блокаторы (предпочтительны метопролол – по 25 мг на прием – или конкор 5 мг/сут, реже – амиодарон или верапамил), корвалол. Для купирования респираторных расстройств проводится дыхательная гимнастика по специальным методикам.

Пограничные психические расстройства в гастроэнтерологии

При заболеваниях органов пищеварения астенические проявления отсутствуют лишь у 10% больных, у 20–25% отмечаются фрагментарные астенические нарушения, у 65–70% – сложные неврозоподобные состояния. Клиническая картина определяется склонностью к многолетнему, торпидному течению с вовлечением в патологический процесс всей пищеварительной системы. Неврозоподобные расстройства у таких больных характеризуются малой динамикой, склонностью к полиморфизму, «срастанию» с личностью. Постоянный стержень клинической картины – астенические и ипохондрические расстройства при наличии депрессивных, обсессивно-фобических и истерических компонентов. Ипохондрические расстройства обычно представлены легкими сенестопатиями, тревожно-ипохондрическим настроением. Фобические расстройства (канцерофобия, страх перед кишечными спазмами) носят незавершенный характер.

Моделью психогенных нарушений деятельности желудочно-кишечного тракта может служить синдром раздраженной толстой кишки. Речь идет о функциональной патологии толстой кишки в виде расстройств ее двигательной, тонической и секреторной функции, которые проявляются диспепсическими явлениями, болями, вздутием, урчанием, дискомфортом в животе. Соматические симптомы сочетаются у этих больных с астеническим симптомокомплексом, тревожно-ипохондрическими проявлениями, в ряде случаев – с истероидными или фобическими включениями. Начальные проявления болезни – эмоциональная лабильность, гиперестезии, повышенная реактивность, вегетативные расстройства, преходящие боли в животе и расстройства стула.

Ухудшение функции кишечника усиливает беспокойство и тревогу, что приводит к формированию замкнутого круга. Фиксация жалоб вопреки улучшению соматических показателей свидетельствует об их тенденции к психогенному закреплению. В таких случаях резистентные к традиционному лечению симптомы становятся более динамичными при дополнении лечения психотропными средствами и психотерапией.

Мы рекомендуем в этих ситуациях начать с назначения реланиума в таблетках по 5 мг на прием или с внутримышечного его введения 1–2 раза в день по 2 мл небольшим курсом. Хорош эглонил в капсулах по 50 мг – сначала перед сном, затем – и во второй половине дня. В более тяжелых случаях он вводится по 2 мл 2 раза в мышцу. По рецепту выписывается феназепам в небольших дозах и коротким курсом. При упорных болях и отсутствии органических изменений клинически лучше всего помогает дротаверин по 40–80 мг на прием, а также новый препарат ношпалгин. При вздутии неплох и активированный уголь – по 1 г 4–6 раз в сутки или эспумизан, если беспокоит запор – слаблен или лаксигал до 35 капель на ночь или пакетик форлакса.

Пограничные психические расстройства в ревматологии

Важное значение имеет обследование больных ревматоидным артритом (РА), которым страдает около 1% населения Земли. На модели изучения психических расстройств при РА можно выделить 2 вида влияния болезни на психическую деятельность: интоксикационное (прямое или опосредованное) воздействие на центральную нервную систему и психогенное (реакция заболевшего на болезнь и ее последствия). У больных РА наблюдаются полиморфные невротические реакции с преобладанием аффективных и астенических нарушений. Наблюдается сужение круга интересов и обязанностей, на фоне чего нередко формируются сенситивно-шизоидные и ипохондрические расстройства. Все это требует переацеливания терапевтической тактики, включения в комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий психотерапии и психофармакотерапии.

По нашему мнению, невозможно эффективное лечение неврозоподобных расстройств при РА без адекватного обезболивания и снижения активности основного процесса, что достигается применением ибупрофена (до 1200–1600 мг/сут) или диклофенака (по 3 мл 1–2 раза в день в мышцу). Не надо затягивать с приемом стероидов при наличии показаний. При недостаточной их эффективности показаны ксефокам или трамал, чаще – внутрь; прием по часам; боль должна быть купирована полностью. В случае хронического болевого синдрома при РА часто требуется назначение рецептурных антидепрессантов стимулирующего свойства в комплексе с транквилизаторами (например, феназепам и имипрамин или анафранил). Неплохой эффект дает монотерапия сонাপаксом по 10 мг или тераленом по 5 мг на ночь.

Пограничные психические расстройства при сосудистых поражениях

Наиболее часто невротоподобная симптоматика обнаруживается на фоне церебрально-сосудистой патологии. В этих случаях обычно отмечается сочетание астении и разнообразных личностных реакций: эмоциональной неустойчивости, тревоги, плаксивости, которые нередко сопровождаются депрессивными проявлениями длительностью от 2–3 дней до нескольких месяцев.

Больные с церебрально-сосудистым поражением особенно тяжело переносят волнующие события. Часто наблюдаются нарушения сна, взрывчатость, приступы страха, навязчивости. По мере прогрессирования сосудистого процесса все больше утрачивается первоначальная зависимость невротоподобных нарушений от физического состояния.

Объективное улучшение соматического статуса не уменьшает выраженности психопатологической симптоматики; легкая головная боль или кратковременное нарушение сна оказывают на этих больных сильное влияние, вызывая тревогу, раздражительность, страх. Гипертрофированная реакция в ответ на любые мелочи, касающиеся здоровья, выраженный эгоцентризм и склонность к конфликтам делают пациентов трудными для пребывания в стационаре.

При данной патологии наиболее эффективны: кавинтон – по 10 мг в системе числом 5–7, затем в таблетках – 2 мес; инстенон-форте – по 1 таблетке 2 раза в день – 25–50 дней. Винпоцетин, по нашим наблюдениям, менее эффективен. Кроме того, хорошо пентоксифиллин или трентал, но в постоянно высоких дозах (600 мг/сут в течение 1 мес и более), при агрипнии – сомнол или до-нормил (не акцентировать на этом фоне депрессивного компонента). При упорных цефалгиях, не купирующихся ибупрофеном и пенталгином, могут дать эффект препараты и производные спорыньи (дигидроэрготоксин, дигидроэргокристин, ницерголин, сермион, синепрес), из транквилизаторов – элениум, грандаксин. При фоновой артериальной гипертензии мы советуем ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (эналаприл), дилтиазем, диакарб, индап, физиотенз (цинт) или эстулик.

Депрессии в терапевтической практике

Наиболее часто и вне зависимости от характера соматического заболевания, помимо комплекса астенических нарушений, могут наблюдаться так называемые соматизированные депрессии. Депрессия в этих случаях является психическим эквивалентом неприятных ощущений

в теле (существующих длительное время и не поддающихся объективизации), приступов усиленных сердцебиений, головокружений, тошноты, слабости. Эти пациенты становятся объектом бесплодных (часто – многолетних) поисков соматической болезни. Они подвергаются повторным обследованиям, а иногда даже и оперативному вмешательству.

Обращает на себя внимание тесная связь соматических отклонений с чувством подавленности, тоски и тревоги; физические ощущения сливаются с расстройствами настроения. У больных отмечается тенденция к постоянному анализу ощущений и причин их возникновения, выискиванию у себя все новых симптомов соматического неблагополучия. Угнетение и тревога с немотивированными опасениями за свое здоровье, мрачные прогнозы в отношении будущего нередко выбивают больных из активной жизни, приводят к значительному снижению их адаптационных возможностей.

Существование у больных депрессии (при жалобах соматического характера) доказывается наличием ее несомненных признаков в общей картине состояния, несоответствием между объективным физическим статусом и тяжестью субъективного самочувствия, неэффективностью традиционной терапии.

Обращает на себя внимание наличие тоски, тревоги. Больные констатируют пессимистический фон настроения, утрату активности. Выявляются стойкие тревожные опасения по поводу своего здоровья, в некоторых случаях – с ипохондрической фиксацией. Больные постоянно говорят о предстоящих неприятностях, связанных с их соматическим недугом, ищут у окружающих поддержки и сочувствия.

При сердечно-сосудистых заболеваниях в клинической картине преобладают заторможенность, быстрая утомляемость, слабость, вялость, апатия с неверием в возможность выздоровления, мысли о неминуемо наступающей при любом сердечном заболевании «физической несостоятельности». Больные тоскливы, погружены в свои переживания, обнаруживают склонность к постоянному самоанализу, много времени проводят в постели, неохотно вступают в контакт с соседями по палате и персоналом. Говорят преимущественно о своей «тяжелой» болезни, о том, что не видят выхода из создавшегося положения. Типичны жалобы на резкий упадок сил, потерю всяких желаний и стремлений, неспособность сосредоточиться на чем-либо (трудно читать, смотреть телевизор, говорить). Больные высказывают неуверенность в правильности проводимого лечения.

Если в картине болезни преобладают представления о нарушениях в желудочно-кишечном тракте, состояние больных определяется стойким тоскливым аффектом, тревожными сомнениями относительно своего будущего, подчинением внимания деятельности желудка и кишечника с фиксацией на различных исходящих из них неприятных ощущениях. Отмечаются жалобы на «щемящее» чувство в области эпигастрия и внизу живота, на почти не проходящую тяжесть, сдавливание, распирающие и другие неприятные ощущения в кишечнике.

Важно отметить, что лица, страдающие соматизированными депрессиями, обычно в течение длительного времени остаются вне поля зрения психоневрологов, поскольку клинические проявления не выражены, психопатологическая симптоматика имитирует картину соматических расстройств. Такие больные оказываются пациентами поликлиник и стационаров общего профиля, находятся на учете в этих учреждениях с самыми разными диагнозами и не получают специализированной помощи. Поэтому необходимы ранняя диагностика рассмотренных расстройств, адекватный подбор медикаментозных средств в сочетании с психотерапией, что обеспечивает достижение лечебного эффекта и помогает проведению реабилитационных мероприятий.

Из безрецептурных средств в данном случае мы предпочитаем деприм или гиперикум по 1–2 таблетки или капсулы по утрам в течение 3 нед и более. При наличии ажитации эти препараты надо сочетать с успокаивающими средствами, в том числе и «простыми» (микстура Кватеро, бромизовал, настойка пиона уклоняющегося) или анксиолитиками типа элениума, нозепама, а также следить за спокойным, полноценным сном. При более серьезных ситуациях один из наиболее

хорошо переносимых препаратов, обладающих широким терапевтическим диапазоном, – ципраamil (20 мг/сут в течение 4–6 нед). Из отечественных средств хорошо себя зарекомендовал пипразидол. Возбудимость снижается при использовании эливела, триптизола (лучше принимать перед сном). Лечение депрессии необходимо проводить при насыщении организма витаминами группы В (пентовит, витамин В-комплекс, бенфогамма, мильгамма) и микроэлементами, особенно селеном (витрум, триовит, селмевит, капли Береша). Мы наблюдали хороший эффект от приема глицина и глутаминовой кислоты. Ускоряют выход из депрессии классические антиастенические средства (настойка женьшеня или его экстракт в капсулах, бальзам Биттнера, эликсир Демидовский или Алтайский).

Литература

1. Белялов Ф.И. Психические расстройства в практике терапевта: монография; изд. 4, перераб. и доп. Иркутск: РИО ИГИУВ; 2011: 300
2. Бортникова С.М., Зубахина Т.В., Карабухина А.Б. Сестринское дело в невропатологии и психиатрии с курсом наркологии: учеб. пособие. Изд. 13-е. Ростов на Дону: Изд-во Феникс. 2016: 476
3. Никитина Ю., Копылов Ф., А. Сыркин. Психосоматические аспекты сердечно-сосудистых заболеваний// Врач. 2009;12 :21–25.

ASTHENONEUROTIC SYNDROME

V.V. Skvortsov, MD; E.M. Skvortsova

Volgograd State Medical University

The paper presents the manifestations of borderline mental disorders in somatic diseases. It gives information on their early diagnosis and the adequate choice of medications in combination with psychotherapy to achieve a therapeutic effect.

Key words: somatic disorders, depressive disorders, drug therapy.

ИНФОРМАЦИЯ

Препараты от синдрома гиперактивности и дефицита внимания



Лекарственные препараты (ЛП) от синдрома гиперактивности и дефицита внимания (СДВГ) снижают плотность костей. Об этом свидетельствуют результаты исследования, представленные на ежегодной конференции Американской академии ортопедической хирургии (AAOS). ЛП, применяемые для лечения СДВГ

у детей и подростков, могут приводить к снижению минеральной плотности костной ткани. Информация о приеме психотропных ЛП была получена в ходе опроса. Показатели минеральной плотности костной ткани

сравнивались у детей, проходивших лечение от СДВГ, и у пациентов, не принимавших ЛП (контрольная группа). Как свидетельствуют полученные результаты, у 25% детей и подростков, проходивших медикаментозную терапию против СДВГ, была диагностирована остеопения – снижение минеральной плотности костей и массы костной ткани. В контрольной группе этот показатель был значительно ниже. По данным центров по профилактике и контролю заболеваний США (CDC), около 3,5 млн американских детей принимают психотропные препараты для лечения СДВГ. Как считают специалисты, врачам и родителям стоит учитывать возможный риск снижения минеральной плотности костной ткани при принятии решения о назначении медикаментов для лечения СДВГ.