

**В.Э. Медведев\***

Кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФПК МР Медицинского института РУДН

## ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА В РОССИИ: ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ

26 марта 2015 г. в Москве состоялась Межвузовская научно-практическая конференция «Психосоматическая медицина в России: достижения и перспективы», ставшая продолжением серии аналогичных мероприятий, организуемых кафедрой психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии факультета повышения квалификации медицинских работников Медицинского института РУДН.

Конференция, предназначенная для широкого круга специалистов (психиатры, наркологи, психотерапевты, кардиологи, гастроэнтерологи, терапевты, семейные врачи, пластические хирурги, косметологи и др.), привлекла внимание более 280 практикующих врачей и научных работников. Программа включала обсуждение разнообразных аспектов взаимосвязей психической и соматической патологии в различных областях медицины.

Серию докладов, посвященных взаимосвязям тревожных, депрессивных и соматических расстройств, открыло выступление доцента, к.м.н. В.И. Фроловой (кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФПКМР МИ РУДН). Ссылаясь на современные данные отечественных и зарубежных исследований, докладчик указала на высокую распространенность пограничных психических расстройств в общей медицинской практике — до 64,1% и потребность в назначении психотропных средств стационарным больным общего профиля (в среднем 37%) (Сахнова И.В. с соавт., 2013; Egede E., 2007). При этом последний показатель может достигать 83,3% при хроническом гастрите (Габбасова Л.В. с соавт., 2013), 59% при тяжелых заболеваниях легких, 43% при заболеваниях мочевыводящих путей, 39% при артериальной гипертензии (Исмаилов Н. с соавт., 2013), 38% — у пациентов пластического хирурга и косметолога (Медведев В.Э. с соавт. 2012).

По мнению многих исследователей, психопатологические расстройства и многие соматические заболевания имеют общие звенья патогенеза. В частности, изменение выработки серотонина приводит к развитию не только симптомов депрессии, но и к нарушению функции эндотелия сосудов (Hedayati S.S., Finkelstein F.O., 2009); гиперактивность гипоталамо-

гипофизарно-надпочечниковой системы регистрируется при депрессии, тревожных расстройствах и сахарном диабете (Champaneri S. с соавт., 2010). При тревожных расстройствах выявлена стимуляция транскрипции провоспалительных генов (Tar P.P. et al., 2001), увеличение антител к ДНК, воспалительных цитокинов в плазме крови (Raison C.L. et al., 2006; 2014), повышение чувствительности глутаматных рецепторов (Muller N. et al., 2007), что способствует развитию иммуновоспалительных заболеваний (ревматоидный артрит, системная красная волчанка, болезнь Шегрена, болезнь Бехчета) (Вельтищев Д.Ю. с соавт., 2006; Лисицина Т.А. с соавт., 2013).

Кроме того, общность ряда клинических проявлений тревоги, депрессии и соматического заболевания обуславливает запоздалое попадание больных в поле зрения психиатра, приводит к гипердиагностике другими специалистами функциональных расстройств (вегето-сосудистой дистонии, синдромов гипервентиляции, раздраженного кишечника, мочевого пузыря, хронической ишемии головного мозга, алгий) и затрудняет терапию (Лаукс Г., Мюллер Х.Ю., 2010).

Для облегчения задачи первичной диагностики тревожных и депрессивных расстройств врачами общей практики В.И. Фролова привела и прокомментировала основные симптомы указанных состояний. Лектор подчеркнула необходимость дополнительного образования врачей различных специальностей по программам дополнительного образования в области психиатрии и психосоматики. В качестве примера приводились краткосрочные семинары и тематические циклы, разработанные и внедренные на кафедре психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФПКМР МИ РУДН.

Точку зрения терапевта на распространенность, значение и требования к психотропным препаратам, применяемым в общей медицинской практике, представила д.м.н. Г.Б. Селиванова (кафедра общей терапии ФДОВ РНИМУ им. Н.И.Пирогова). Среди многочисленных данных врачу-терапевту, по мнению докладчика, необходимо помнить о высокой вероятности развития тревожных, вплоть до пани-

\*Контакты. E-mail: melkorcard@mail.ru. Телефон: (916) 652-64-73



ческих, расстройств при патологии ЦНС и других систем органов вследствие фармакотерапии, при изменении личности вследствие хронического заболевания, реакции личности на болезнь, осложнения болезни или предстоящие диагностические или лечебные процедуры.

Профессор указала на двоякую роль тревоги: с одной стороны, тревожные расстройства развиваются на фоне широкого спектра соматической патологии (гипер-, гипотиреоз, гипогликемия, сахарный диабет, феохромоцитомы, хронические обструктивные заболевания легких, бронхиальная астма, легочная эмболия, сердечные аритмии, пролапс митрального клапана, опухоли ЦНС, ОНМК, травматические повреждения головного мозга и др.); с другой, тревога становится одним из важнейших факторов манифестации и повторных обострений телесных недугов (артериальная гипертензия, стенокардия, язвенная болезнь, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона и т.д.). Кроме того, патологическая тревога может развиваться как побочный эффект от приема бронходилататоров, психостимуляторов, кортикостероидов или в рамках синдрома отмены.

В сообщении профессора, д.м.н. Д.Ю. Вельтищева (кафедра психиатрии ФДПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова, отдел стрессовых расстройств «МНИИ психиатрии ФМИЦПН им. Ф.Б. Сербского») «Тревога и генерализованное тревожное расстройство (ГТР) в соматической практике» внимание врачей заострилось на высокой распространенности (7,9–22,6% (Ustun T., Sartorius N., 1999)), трудности диагностики и терапии ГТР. По оригинальным данным ГТР — самое частое из тревожных расстройств в общей медицине. Однако у 52% больных с соматической патологией расстройство не диагностируется в связи с постоянными на протяжении 20 лет изменениями критериев диагноза, интерпретации ГТР врачами в качестве акцентуации или расстройства



личности, варианта депрессии, смешанного тревожно-депрессивного расстройства или дистимии, а также преобладания у 47,8% пациентов жалоб соматического характера (Montgomery G., 2009).

Доклад доцентов, к.м.н. Т.Ю. Линевой и к.м.н. А.Е. Брюхина (кафедра психиатрии медицинского института РУДН) касался психосоматических аспектов нарушений пищевого поведения — психических расстройств, сопряженных с тяжелыми, зачастую необратимыми и даже летальными осложнениями.

В обзорном сообщении были представлены данные о продолжающихся в научных кругах дискуссиях по вопросу квалификации анорексии и булимии в качестве самостоятельных заболеваний, вариантов единого психопатологического состояния или синдромов в рамках иной психической патологии. Так, катамнестические исследования свидетельствуют о наличии своевременно не диагностированной ранней детской шизофрении и других преморбидных расстройств аутистического спектра примерно у 25% больных нервной анорексией (Сулейманов Р.А., 2005).

В генезе нервной анорексии и булимии тесно переплетены психогенные и биологические факторы. Наряду с наследственным предрасположением значительную роль в этиологии пищевых расстройств отводят «приобретенному предрасположению», связанному с внутриутробными и ранними постнатальными экзогенно-органическими поражениями головного мозга.

Развитие в молодом возрасте, преимущественно у девушек, отказ от еды с целью похудения, выраженное истощение, аменорея, повышенная двигательная активность — основные признаки нервной анорексии. Депрессивные расстройства обнаруживаются у 60–96% больных пищевыми расстройствами.

При нервной анорексии наблюдается максимальная смертность среди всех пациентов с психическими расстройствами, при этом 2-е место по частоте причин смертности после соматических осложнений занимает суицид. В целом, смертность при нервной анорексии возрастает с продолжительностью катамнестического наблюдения и достигает 40% при длительности наблюдения более 10 лет.

Выступление доцента, к.м.н. В.Э. Медведева (кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФПКМР МИ РУДН) посвящалось психосоматическим корреляциям у пациентов с патохарактерологическими расстройствами и сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ).

На основании собственных данных, полученных в ходе обследования выборки пациентов кардиоло-

гических стационаров с верифицированными диагнозами таких «психосоматических» заболеваний как гипертоническая болезнь (ГБ), ишемическая болезнь сердца (ИБС), фибрилляция предсердий (ФП) и патохарактерологическими расстройствами (РА) выделены две группы больных: с синергическим и альтернирующим типами течения ССЗ.

Синергический тип взаимодействия РА и ССЗ характеризуется проявлениями реактивной соматопсихической лабильности, психогенными провокациями манифестации и повторных эксацербаций ССЗ, зависимостью стереотипов течения от динамики патохарактерологических расстройств. Синергический тип взаимодействия реализуется при доминировании РА истерического (34,6%), ананкастического (18,3%), тревожно-мнительного (14,1%) и гипертимного (11%) круга.

У пациентов с синергическим типом течения ССЗ регулярная психотерапия и прием адекватной (по эффективности и переносимости) психофармакотерапии в профилактических целях в течение 0,5–1,5 лет статистически достоверно приводит к уменьшению частоты возникновения обострений ССЗ и обращаемости к специалистам-кардиологам по поводу не обусловленной объективной тяжестью ССЗ соматоформной симптоматики.

Альтернирующий тип течения ССЗ отражает отсутствие влияния динамики РА на условия манифестации и повторных обострений заболеваний, их клинико-динамических характеристик, и определяется



иными (наследственными и соматогенными) факторами. При альтернирующем типе течения ССЗ доминируют патохарактерологические девиации гипертимического (37,1%), шизоидного (25,9%) и обсессивно-компульсивного (14,6%) типа.

Таким образом, по мнению автора, РЛ выступают в качестве «модератора», соопределяющего динамику ССЗ при синергическом типе течения и «реакцию на болезнь» — при обоих типах течения.

Профессор, д.м.н. А.Н. Боголепова (кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики РНИМУ им. Н.И. Пирогова) заострила внимание врачей на проблеме аффективных расстройств при цереброваскулярной патологии (острая или хроническая сосудистая мозговая недостаточность). Согласно представленным результатам профилактических осмотров населения хроническая церебральная ишемия выявляется у лиц трудоспособного возраста в 20–30% случаев (Суслина З.А., 2005, 2006). При этом частота развития постинсультной депрессии в популяции составляет 25% — 79%, сосудистой депрессии 38 — 60%.

В основе столь высокой коморбидности могут лежать нейротрофические изменения, выявляемые при депрессии и сосудистой мозговой недостаточности: снижение уровня экспрессии мозгового нейротрофического фактора BDNF, нарушение процессов нейрогенеза, метаболизма фосфолипидов, Р-субстанции и других нейрокининов, активности NMDA-рецепторов с усилением токсического влияния глутамата на нейроны, угнетение транспорта глюкозы (Sapolsky R.M. 2000; Bondy B. 2002; Macher J-P., Crocq M-A., 2004).

По данным собственного исследования докладчика частота встречаемости депрессивных симптомов у пациентов с острой или хронической сосудистой мозговой недостаточностью различна: общие соматические симптомы обнаруживаются у всех больных, гипотимия — в 92% наблюдений, инсомния, снижение работоспособности и активности, а также соматические симптомы тревоги и ипохондрические фобии — в 96%, генитальные симптомы — в 92%, психическая тревога — в 88%, желудочно-кишечные соматические симптомы — в 40%. Помимо этого, больные с сосудистой депрессией обычно имеют нейropsychологические нарушения с расстройством исполнительных функций, выраженную тенденцию к психомоторному торможению (Боголепова А.Н., 2003).

Наличие депрессии у данного контингента больных сопряжено с рядом ухудшающих прогноз факторов: пациенты с депрессией в 3 раза чаще, чем пациенты без депрессии, нарушают предписанный режим терапии, что, в свою очередь, увеличивает продол-

жительность восстановительного периода и реабилитации, риск повторного инсульта и последующего летального исхода, обуславливает плохое восстановление когнитивного и неврологического дефицита, более значимые нарушения активности повседневной жизни, усугубление тяжести сопутствующих соматических заболеваний.

На одной из важнейших проблем, актуальных для лечения как психических, так и соматических заболеваний, подробно остановился в докладе «Низкая приверженность к терапии и депрессия в общей медицинской практике — две проблемы или одна?» профессор, д.м.н. Ф.Ю. Копылов (кафедра профилактической и неотложной кардиологии Института профессионального образования I МГМУ им. И.М. Сеченова).

Приверженность лечению — это степень соответствия поведения больного рекомендациям, полученным от врача в отношении приема препаратов, соблюдения диеты и других мер изменения образа жизни. Таким образом, приверженность к лечению означает, что пациент вовремя принимает лекарство в необходимой, предписанной врачом дозе и соблюдает рекомендации по образу жизни.

Автор сообщения привел данные исследований о том, что через 1 час после посещения врача 60% пациентов не могут вспомнить и сказать, что конкретно им рекомендовал врач (National Council on Patient Information and Education Source: PharmExecutive, 2005); приверженность к терапии при хронических соматических заболеваниях находится в пределах 55%: у онкобольных — 18%, у пациентов с артериальной гипертензией — 40%, с депрессией, рассеянным склерозом, сахарным диабетом — по 45%, с болезнью Паркинсона — 54% (WHO, 2003; Leopold N.A. et al., 2004; Treadaway K. et al., 2006); каждый второй пациент с АГ прекращает лечение в течение одного года (Van Wijk B.L.G. с соавт., 2005). Главный фактор риска смерти при вторичной профилактике ИБС — низкая приверженность к терапии.

Особое место среди причин низкой приверженности к терапии занимает наличие у пациента депрессии. В частности, согласно мета-анализу 12 исследований с 1968 по 1998 год по влиянию депрессии на приверженность к лечению у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, хронической почечной недостаточностью, ревматоидным артритом депрессия снижает приверженность к лечению в 3 раза (Olestra M., 2014).

Основной темой выступления руководителя группы психиатрических исследований, ведущего научного сотрудника «НИИ Нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко» д.м.н. О.С. Зайцева стало описание патогенеза, клинических проявлений и возмож-

ностей современной терапии психоорганического синдрома после очаговых поражений мозга.

Психоорганический синдром — состояние общего психического снижения с ослаблением памяти, сообразительности, воли и эмоциональной устойчивости, приводящих к ограничению трудоспособности и иных адаптационных возможностей.

Особо подчеркивалась важность локализации патологических процессов для диагностики и объяснения клинических проявлений. При наличии очаговых поражений в лобных долях головного мозга доминируют эмоционально-личностные расстройства (эйфория, расторможенность или апатия, безразличие или несдержанность, лабильность, а также безответственность, инфантильность, шутливость), отмечается некритичность, неадекватность поведения, психомоторная замедленность с трудностями начала и осуществления деятельности, удержания внимания, бедность суждений, моторная афазия. При поражении височных долей чаще регистрируется расстройства памяти, узнавания, мышления, речи, восприятия пространства и времени, тоскливая или тревожная депрессия, биполярные аффективные колебания, шизофреноподобные и другие психические расстройства, слуховые, обонятельные, вкусовые галлюцинации. При патологии теменных долей могут обнаруживаться нарушения восприятия и локализации телесных раздражений (в частности неспособность определить предмет, вложенный в руку — астереогноз), дисграфия, акалькулия, фингергнозия, нарушение ориентировки в правом-левом, односторонние сенестопатии. Локализация патологических процессов в затылочных долях сопряжена с развитием зрительных галлюцинаций, агитации,

раздражительности, подозрительности, утомляемости, дефектов восприятия, зрительной агнозии (в частности — неузнавание лиц (прозопагнозия)).

Не обошлась конференция без обсуждения психотерапии больных с соматическими, психическими и психосоматическими заболеваниями.

С докладом «Клиническая психосоматическая психотерапия» выступила председатель правления московского общества психотерапевтов и клинических психологов (МОП) к.м.н., доцент Н.Л. Зуйкова (кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФПКМР МИ РУДН). Клиническая психосоматика, по мнению автора, проявляется в приверженности клинике (включая личностную и характерологическую почву, предполагающую определенную стихийную природную защиту, которую врач учитывает и врачеванием совершенствует), в изучении «внутренней картины болезни» — так же характерной составляющей психосоматозов и в изучении предрасположенности телесно — душевной конституции человека к определенным психосоматическим заболеваниям.

По окончании конференции все слушатели получили сертификаты государственного образца. Работа конференции сопровождалась выставкой достижений современной психофармакотерапии российских и зарубежных фармкомпаний, а также продукции известных издательств, специализирующихся на выпуске медицинской литературы: «Consilium Medicum» («Журнал психиатрии и психофармакотерапии им. П.Б. Ганнушкина» и т.д.), «ИМА-ПРЕСС» («Неврология, нейропсихиатрия и психосоматика» и др.), «Синапс» («Архив внутренней медицины») и др.

