

В.И. Фролова

Кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФПКМР Медицинского института РУДН, Москва, Россия

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АСТЕНИЧЕСКИХ И АЛГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПСИХИАТРИИ И ОБЩЕЙ МЕДИЦИНЕ



28 января 2016 года в Москве прошла организованная Кафедрой психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии факультета повышения квалификации медицинских работников Медицинского института РУДН Школа для практикующих врачей «Психосоматические аспекты астенических и алгических расстройств в психиатрии и общей медицине».

В работе школы приняли участие более 200 врачей различных специальностей: неврологи, терапевты, врачи общей практики, психотерапевты и психиатры.

В первой части Школы Доцент кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФПКМР МИ РУДН к.м.н. В.Э.Медведев выступил с лекцией «Психосоматические аспекты алгических расстройств».

Подчеркивая актуальность изучения данной тематики, в начале лекции автор приводит обширные данные литературы о широкой распространенности болевых синдромов различной локализации как среди населения в целом (острая боль в спине до 80-90% в течение жизни, цервикалгия 70%, в том числе в течение года 40%), так и у пациентов, обращающихся к неврологам (боли в спине у 70% обратившихся за помощью; боли в суставах — у 57%), терапевтам (жалобы на боли различной локализации в 50% случаев) и врачам других специальностей (до 25% случаев).

Об отсутствии единого мнения относительно этиологии и патогенетических механизмов возникновения болевых расстройств свидетельствует значительная терминологическая путаница: согласно представленным в лекции данным, общее число описанных видов и типов болевых синдромов превышает 1200; существующие

классификации болевых расстройств основываются на длительности (острая, подострая, хроническая), локализации и механизмах (первичная-вторичная, ноцицептивная, нейропатическая, психогенная, смешанная).

Соматогенно обусловленная (ноцицептивная, нейропатическая, висцеральная) боль, представляющая собой симптом соматического заболевания и/или развивающегося на его фоне психического расстройств (тревога, депрессия), способствует развитию заболевания и соопределяет восприятие.

Психическая боль (психосоматическая, психалгия, сенесталгия, сенестопатии) — психическая патология (депрессия, тревога, соматоформное расстройство, шизофрения) является причиной неприятных ощущений без наличия органической патологии, не купируется обезболивающими препаратами.

Особого внимания заслуживает высокая частота манифестации болевых состояний в структуре тревожных и депрессивных расстройств (маскированная, соматизированная депрессия, генерализованное тревожное расстройство и др.), влекущая за собой учащение обращаемости к врачам, увеличение дней нетрудоспособности, повышение риска рецидивов анксиозных и депрессивных состояний и уменьшение вероятности их благоприятного исхода, а также повышение частоты встречаемости злоупотребления психоактивными веществами.

В тоже время не все ощущения, характеризующиеся пациентами в качестве болевых, являются таковыми. Нередко возникает необходимость проводить дифференциальный диагноз с различными психопатологическими симптомами (конверсии, сенестопатии, тактильные иллюзии и галлюцинации).





При этом ключевое значение при определении генеза и тактики терапии болевого синдрома имеет субъективная оценка боли, описываемая в психологических терминах как «антиципаторная» (предвосхищающая) тревога, катастрофизация ощущений, неадекватное характеру боли поведение, опыт ранее пережитой боли.

В качестве дифференциально-диагностических признаков, позволяющих заподозрить функциональный характер боли предлагаются: наличие психогении в анамнезе, сниженное настроение, яркость, эмоциональная окрашенность жалоб, «летучесть» или выраженная стойкость ощущений, отсутствие признаков анатомического повреждения, несоответствие жалоб данным объективного обследования, неэффективность соматотропного лечения.

Фармакотерапия боли имеет целью редукцию сенсорного, двигательного, эмоционального и вегетативного компонентов алгического синдрома. В.Э.Медведев подробно остановился на эффективности препаратов различных фармакологических групп, включая антидепрессанты, нормотимики (антиконвульсаны), нейролептики, анксиолитики и ноотропы, а также подчеркнул роль психотерапии в комбинированном лечении аллопатических расстройств.

Переходя к обсуждению клинко-психопатологических характеристик астенических состояний, доцент кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФПКМР МИ РУДН к.м.н. В.И. Фролова указала на широкую распространенность астенических расстройств как в среднем в популяции (до 44%), так и среди контингента учреждений общесоматической (до 65%) и психиатрической (до 70%) сетей.

Астенический синдром не обладает нозологической специфичностью и встречается в качестве личностной акцентуации (конституциональная астения), в рамках реактивных (в том числе депрессивных) состояний, органических и соматогенных расстройств, а также эндогенно-процессуальных (шизофрения) и астенического дефекта.

От перечисленных состояний необходимо отличать физиологическую усталость и реакцию организма на повышение эмоциональных и/или физических нагрузок — краткосрочное обратимое снижение активнос-

сти, адекватное нагрузке, не требующее специальной терапии и полностью редуцирующееся после отдыха.

Отдельно докладчик остановилась на широко обсуждаемом в зарубежной и отечественной литературе «синдроме хронической усталости». В качестве predisposing факторов к формированию данного состояния рассматриваются большой объем подлежащей усвоению информации, дефицит времени, а также высокая мотивация к деятельности. Критерии указанного синдрома на 97% совпадают с диагностическими критериями для неврастений по МКБ-10.

Конституциональная (личностная) астения проявляется на протяжении всей жизни утомляемостью, непереносимостью интеллектуальных и физических нагрузок, сочетающимися с повышенной чувствительностью к воздействиям окружающей среды, проявлениям соматического неблагополучия, неполноценностью вегетативной функции (вегето-сосудистые кризы, головокружения, обмороки), тенденцией к манифестации патологических телесных ощущений.

Депрессивные расстройства, протекающие с преобладанием астенических жалоб, квалифицируются в рамках маскированных депрессий и представляют сложную диагностическую и терапевтическую проблему для специалистов, к которым такие пациенты обращаются в первую очередь — врачей общей практики, терапевтов и неврологов. Жалобы на снижение настроения в этих случаях уходят на второй план и зачастую вовсе не озвучиваются.

Астенические расстройства в рамках эндогенно-процессуальных расстройств характеризуются спонтанным началом при отсутствии связи с внешними причинами, выраженными нарушениями концентрации внимания и памяти, снижением побуждений, уменьшением жизненной активности. Характерно прогрессивное течение с нарастанием выраженности расстройств, лишь в редких случаях являющихся обратимыми (ювенильная астеническая несостоятельность). В большинстве формируется астенический дефект с падением витального тонуса, явлениями астенического аутизма и соматопсихической хрупкости.

В зависимости от этиологии терапия астенических расстройств должна проводиться с использованием различных групп психотропных (антидепрессанты, ноотропы) и соматотропных препаратов, витаминов и микроэлементов.

