

вмонією [99]. Феноменальною особливістю кору у пацієнтів з Т-клітинним імунodefіцитом була відсутність екзантеми - у 40% онкологічних і у 27% ВІЛ-інфікованих осіб. Цей феномен поєднувався з низьким титром протикорових антитіл у крові хворих, що не давало можливості підтвердити кір серологічними методами [59, 63]. Єдиним шляхом залишалось визначення в крові, легенях або тканині мозку РНК вірусу кору [73].

Подібна ситуація спостерігається і в осіб з активними формами туберкульозу, де суперінфекція кору є небезпекою для життя внаслідок пригнічення Т-клітинного імунітету. Відомо, що після захворювання на кір проба Манту може бути негативною впродовж одного місяця [75].

Кір у хворих з дефіцитом харчування, особливо при недостатності в раціоні тваринних

протеїнів, має несприятливий перебіг внаслідок виникнення гнійно-септичних ускладнень. Це зумовлено дефіцитом вітаміну А та депресією синтезу антитіл [1]. Пацієнтам з Т-клітинним імунodefіцитом та аліментарною гіпотрофією показана пасивна імунізація гомологічним імунoglobulinом [37].

Кір у вагітних, на відміну від краснухи, не має тератогенного ефекту, але збільшує частоту абортів, передчасних пологів і смерті самої жінки, особливо при захворюванні в останньому триместрі гестації; значно збільшується частота ускладнень у загальній популяції вагітних, хворих на кір [6, 26].

Продовження лекції та список літератури у № 4, Т. 18, 20013 р.



УДК 614.253.2-055:616.839-008.6-08:615.272

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

СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА часть 1

*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
Dorogozhickaya 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, methabolic therapy, anxiolytics

Реферат. Соматоформні розлади в практиці сімейного лікаря. Частина 1. Приходько В.Ю., Мікропуло І.Р., Олійник М.В., Кононенко Е.А., Морєва Д.Ю., Гоголь О.В., Кашковский Д.О., Лисняк О.А., Лисняк А.І. Соматоформні розлади - психогенні захворювання, що характеризуються фізичними патологічними симптомами, які нагадують соматичне захворювання. При цьому не виявляється ніяких органічних проявів, які можна зарахувати до відомих хвороб, а мають місце неспецифічні функціональні

порушення. До соматоформних розладів належать соматизований розлад, недиференційований соматоформний розлад, іпохондричний розлад, соматоформна дисфункція вегетативної нервової системи та стійкий соматоформний больовий розлад. У першій частині статті розглядаються особливості клінічних проявів соматизованого розладу і недиференційованого соматоформного розладу. Обговорюється місце небензодіазепінових транквілізаторів (адаптол) і препаратів метаболічної дії (вазонат) у лікуванні хворих з соматоформними розладами. В оглядовій статті наводяться дані неврологів та кардіологів про ефективність застосування анксиолітика адаптол та метаболічного препарату вазонат у різних клінічних груп хворих (ІХС, хронічна ішемія мозку), що дозволяє істотно поліпшити якість життя хворих, підвищити толерантність до фізичного навантаження, покращити когнітивні функції і скоригувати психо-емоційні розлади.

Abstract. Somatoform disorders in the family doctor's practice. Prykhodko V., Mikropulo I., Oleinik M., Kononenko E., Moreva D., Gogol O., Kashkovskiy D., Lisnyak O., Lisnyak A. *Somatoform disorders – psychogenic diseases are characterized by pathological physical symptoms that resemble somatic illness. Thus, any organic manifestations, which can be attributed to known diseases are not detected, but there are non-specific functional impairments. Somatoform disorders include somatization disorder, undifferentiated somatoform disorder, hypochondriacal disorder, somatoform dysfunction of the autonomic nervous system and stable somatoform pain disorder. The first part of the article reviews features of the clinical manifestations of somatization disorder and undifferentiated somatoform disorder. Role of non-benzodiazepine tranquilizers (ADAPTOL) and metabolic drugs (VASONAT) in the treatment of patients with somatoform disorders is discussed. In review article data of neurologists and cardiologists on the effectiveness of anxiolytic drug ADAPTOL and metabolic drug VASONAT in different clinical groups of patients (coronary artery disease, chronic ischemia of the brain), which can significantly improve quality of life, increase exercise tolerance, improve cognitive function and correct mental and emotional disorders are presented.*

В практиці врача-терапевта доволно часто зустрічаються пацієнти, пред'являючі мно­ жество нечетких, сбивчивих, размытых жалоб. Жалобы быстро сменяют друг друга по времени, не укладываются в четкую картину определенного заболевания, являются нетипичными по своему сочетанию друг с другом, связи с физической нагрузкой, временем суток. Чаще всего больных беспокоят одышка (как при движении, так и в покое), боли в области сердца (а не за грудиной), боли в животе (не всегда связанные с приемом пищи или голодом), боли в спине без четкой локализации. Такие пациенты подолгу лечатся у врачей различных специальностей (терапевтов, неврологов, ортопедов, хирургов, гинекологов), которые, руководствуясь жалобами больных, ставят клинические диагнозы, не подтверждаемые затем инструментально. Несмотря на красочную клиническую картину заболевания сердца, желудка, позвоночника, данные электрокардиограммы, лабораторных анализов, фиброгастроуденоскопии, рентгенологического исследования, а иногда и таких дорогостоящих исследований, как компьютерная и магнитно-резонансная томография, не показывают каких-либо патологических изменений. Врачи расценивают поведение больных как симуляцию, а те, в свою очередь, не верят врачам, требуют консультаций новых специалистов, дополнительных методов диагностики вплоть до оперативного вмешательства. Вся эта нечеткая, но красочная симптоматика, поистине заставляющая страдать больных, обусловлена патологией, лежащей на

границе терапии и психиатрии – соматоформными расстройствами.

В XXI веке нет, пожалуй, ни одного соматического заболевания, в особенностях клиники и даже в определенных звеньях патогенеза которого не играли бы роль расстройства психоэмоциональной сферы. Патоморфоз внутренней патологии, который клиницисты наблюдают на рубеже XX–XXI веков, может объясняться и более стрессовым образом жизни современного человека, изменением его ответа на раздражители, запускающие весь комплекс компенсаторно-приспособительных реакций, принимающих в условиях психоэмоционального стресса и низкой физической активности патологический характер. Функциональные нарушения могут превалировать над соматическими расстройствами. Более чем у половины (56,3%) больных с предварительно установленным диагнозом соматической патологии этот диагноз впоследствии пересматривался в пользу функциональных расстройств [11, 18, 19, 20]. Большая частота соматоформных расстройств связана и с широкой распространенностью тревожно-депрессивных расстройств в европейской и украинской популяции. По прогнозам, к 2020 году распространенность тревожно-депрессивных расстройств достигнет почти 50%, что превзойдет прогнозируемое увеличение сердечно-сосудистых заболеваний [6, 7, 20, 22, 23]. В настоящее время распространенность невротических расстройств в европейской популяции составляет 10–20%, депрессией страдают 6%

мужчин и 18% женщин, а клинически значимая тревога встречается у 5–7% общей популяции и у 25% пациентов, наблюдаемых врачами общей практики [7, 22]. Проведенные нами в клинике исследования больных с артериальной гипертензией продемонстрировали наличие вегетативной дисфункции по опроснику А.М. Вейна [17] более чем у 90% пациентов. Явления вегетативной дисфункции существенно усугубляли, а порой искажали клиническую картину сердечно-сосудистого заболевания. Поэтому проблема соматоформных расстройств сегодня является актуальной не только для психотерапевтов и психиатров, а, в первую очередь, для терапевтов, семейных врачей и врачей всех специальностей, занимающихся лечением внутренней патологии – т. е., общей проблемой медицины [16].

Соматоформные расстройства (СР) – психогенные заболевания, характеризующиеся физическими патологическими симптомами, напоминающими соматическое заболевание. При этом не обнаруживается никаких органических проявлений, которые можно отнести к известным болезням, а имеют место неспецифические функциональные нарушения [11, 18, 19]. СР могут сочетаться друг с другом, могут сопровождать соматические заболевания или травмы, а могут быть отдельным заболеванием. Общим для них является возникновение на фоне стрессовых ситуаций, не всегда заметных окружающим, но являющихся эмоционально значимыми для больного. Конечно, такие события, как смерть или болезнь близкого человека, развод, крупные неприятности на работе, алкоголизм или наркозависимость супругов или детей, каждый врач расценит как психотравмы. Но во многих случаях травмирующая ситуация может сводиться к хроническим стрессам дома и на работе (непонимание близких или сотрудников, большие нагрузки, недовольство поведением соседей). Тем не менее хронические стрессовые ситуации могут привести к развитию СР у лиц с факторами риска этой патологии, среди которых выделяют две группы: внутренние и внешние. Внутренние факторы – врожденные особенности реагирования на эмоциональный стресс появлением соматических симптомов. К внешним факторам относят микросоциальные и культурно-этнические, когда в силу семейных, культурных или религиозных традиций не поощряется проявление эмоций, а поддержку окружающих можно получить только используя «поведение больного». При этом следует учитывать, что соматоформные расстройства могут наблюдаться

и на фоне истинных заболеваний внутренних органов. Опытный врач может обратить внимание, что субъективная симптоматика болезни не совсем соответствует объективным находкам и связана с соматизацией психологических расстройств.

Патогенез СР можно представить в виде «порочного круга». Считается, что есть люди с низким порогом переносимости физического дискомфорта. То, что другие ощущают как напряженность, эти люди воспринимают как боль. Такое восприятие на фоне хронических стрессовых ситуаций, создающих напряженность, замыкает «порочный круг», приводя к развитию ипохондрии, фобий и развернутой клиники СР.

Клиническая картина СР достаточно разнообразна и охватывает широкий спектр внутренней патологии. С жалобами на одышку, сердцебиение, диспептические и дизурические расстройства, головные боли, боль в спине, в конечностях больной в первую очередь обращается к участковому терапевту. Очень часто, особенно у пациентов старшего возраста, врач действительно обнаруживает мягкую или умеренную артериальную гипертензию, признаки хронической ишемической болезни сердца или мозга, обменные изменения в суставах и назначает соответствующее лечение. На этом этапе внимательный врач может отметить некоторое несоответствие тяжести жалоб незначительности объективных изменений, обнаруживаемых диагностическими методами. При тщательном расспросе можно выявить, что у больного длительное время отмечается сниженное настроение, упадок физических и умственных сил, раздражительность, неудовлетворенность, чувство внутренней напряженности. Но эти изменения свойственны в наши дни больше чем половине взрослых людей, поэтому не расцениваются врачом как нечто патологическое. Со временем выясняется, что назначенное лечение не дает результатов, неудовлетворенность больного растет, и он направляется к узким специалистам, которые под давлением самого больного назначают сложные диагностические исследования и усиливают назначенную терапию. Вполне закономерно, что последняя не дает нужного результата, и убежденность больного в наличии у него тяжелого, неизлечимого заболевания укрепляется.

Классификация соматоформных расстройств.

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.

Рассмотрим подробнее каждое из этих состояний.

Соматизированное расстройство (F45.0 Соматизированное расстройство). Основной признак – множественные, часто изменяющиеся, повторно возникающие в течение нескольких лет соматические симптомы. При последовательном опросе удается выявить более 10 жалоб при постоянной смене ведущего соматического синдрома. Начинается расстройство в возрасте около 20 лет. Наряду с представителями традиционной медицины таких людей лечат знахари, целители, колдуны, гадалки, причем последние иногда с временным успехом. Больные эмоционально неустойчивы, тревожны, депрессивны, постоянно на что-то жалуются, чем-то недовольны. Ухудшение состояния связывают с эмоционально значимыми стрессовыми ситуациями. Симптомы могут относиться к любой части тела или системе, но наиболее часто встречаются желудочно-кишечные ощущения (боль, отрыжка, рвота, тошнота и т. д.), а также неприятные кожные ощущения (зуд, жжение, покалывание, онемение, болезненность и т. д.). Могут быть расстройства менструального цикла, боли, дискомфорт, нарушения сексуальной функции. У пациентов с соматизированным расстройством могут наблюдаться явные признаки тревоги и депрессии, что обуславливает частичную эффективность лечения транквилизаторами и антидепрессантами. Именно эти препараты являются терапией первого выбора при исключении внутренней патологии и наличии множественных жалоб. Однако следует дифференцировать истинное соматизированное расстройство и вегетативную дисфункцию на фоне депрессии. В последнем случае антидепрессанты дают более выраженный клинический эффект. Психиатры подчеркивают, что если множественные соматические жалобы, не основанные на органических поражениях органов, манифестируют после 40 лет и сопровождаются депрессивной симптоматикой, то, скорее всего, первичной является именно депрессия и лечить надо ее. Соматизированное расстройство манифестирует в более молодом возрасте (около 20 лет). Жалобы настолько разнообразны, что требуют консультаций различных специалистов:

- сердечно-сосудистые симптомы (одышка без нагрузки, боли в грудной клетке);

- желудочно-кишечные симптомы (боли в животе, тошнота, вздутие живота, чувство его переполнения, неприятный привкус во рту, рвота, отрыжка, понос);

- мочеполовые симптомы (дизурия или поллакиурия, неприятные ощущения в половых органах, обильные влагалищные выделения);

- кожные симптомы (появление пятен и изменение цвета кожи, зуд, ощущение онемения);

- болевые симптомы (боли в конечностях, суставах, позвоночнике, головная боль, онемение или парестезии).

Вышеперечисленные симптомы длятся не менее 2 лет и представлены разными группами (не менее 6 признаков из 2-х и более групп). Для подтверждения диагноза необходимо наличие в течение не менее 2-х лет множественных и переменных соматических симптомов, которым не было найдено адекватного соматического объяснения, недоверие пациента к разным врачам (одной или разных специальностей), отказ выполнять рекомендации и постоянные поиски врача, который назначит «серьезное обследование и лечение». Состояние больного нарушает его семейное и социальное функционирование. Постоянные страдания требуют внимания со стороны близких, которые, однако, быстро устают от вечно болеющего и пытаются устраниваться. Пациент обвиняет их в черствости и бездушии и еще больше страдает от семейной неустроенности, усугубляя психологические «порочные» связи. Старания разубедить пациента в наличии тяжелого соматического заболевания наталкиваются на его неприятие логичных и обоснованных аргументов. У врача есть большое искушение пойти на поводу больного, необоснованно расширив спектр диагностических и лечебных назначений.

Мы иногда советуем пациентам самим почитать в ресурсе интернета о соматоформных расстройствах и затем вместе обсуждаем прочитанное. Людям с высоким интеллектуальным развитием это порой помогает правильно оценить проблемы со здоровьем и согласиться на предлагаемое врачом лечение.

Недифференцированное соматоформное расстройство (F45.1 Недифференцированное соматоформное расстройство) по клинике приближается к соматизированному расстройству, но длительность жалоб меньше 2-х лет (до 6 мес.). У этих пациентов может отсутствовать напористый и драматический характер предъявления жалоб. Жалобы не так многочисленны. Пациент приспосабливается к своему состоянию, и семейное и профессиональное функционирование

не страдает. Очень важно, что невозможно найти объективную причину для расстройства здоровья.

Для постановки диагноза СР даже при наличии всех перечисленных клинических признаков необходимо полностью исключить соматические причины. Если больной предъявляет множество нечетких жалоб, которые не находят инструментального и лабораторного подтверждения, в анамнезе многочисленны обследования и консультации, результаты которых не удовлетворяют больного, то можно предположить, что он страдает СР. В пользу последнего свидетельствует и своеобразие реакций на диагностические вмешательства и симптоматическую терапию. Больной может испытывать парадоксальное облегчение от диагностических манипуляций, но эффект назначаемой терапии нестойк. При тщательном опросе можно установить связь ухудшения состояния с психотравмирующей ситуацией, а пациенту свойственен легкий депрессивный фон (угнетенность, невозможность радоваться, как прежде, утрата интересов, желаний, стремлений, внутренняя тревога без определенного содержания).

Как лечить пациента с диагностированным соматоформным расстройством? Задача эта не менее, а иногда и более трудная, чем лечение соматического заболевания. В случае последнего назначенные врачом препараты дают хотя бы частичный, но положительный эффект. Это укрепляет доверие больного к врачу, усиливает приверженность назначенной терапии. В случае же соматизированного расстройства эффекта от стандартной терапии практически не наблюдается. Жалобы сохраняются, а к ним могут присоединиться и побочные эффекты назначенных препаратов. В нашей практике были пациенты с жалобами на сердцебиение в покое, у которых прием бета-адреноблокаторов приводил к развитию синусовой брадикардии с ЧСС 40–45 в минуту и гипотензии 70–80/40–50 мм рт. ст. Не удивительно, что последствия такого лечения более тягостны, чем симптомы болезни, по поводу которых оно было назначено. Поэтому мы с большой осторожностью и в малых дозах назначаем больным с соматизированным расстройством препараты гемодинамического действия. В данном случае невозможно обойтись без препаратов, уменьшающих выраженность тревоги, депрессии и вегетативной симптоматики – анксиолитиков и антидепрессантов. Не влияя на показатели гемодинамики (АД, ЧСС, сердечный выброс) непосредственно, анксиолитики улучшают качество жизни, устраняют бурные ве-

гетативные проявления [3]. Учитывая вариабельность ЧСС, лабильность АД, симптомы дисфункции ЖКТ, астеническую симптоматику, у этих больных мы отдаем предпочтение небензодиазепиновому анксиолитику и вегетокорректору адаптолу. Адаптол может назначаться самостоятельно при наличии исключительно функциональных расстройств, а также в комплексе с базовой стандартной терапией основного соматического заболевания (ИБС, АГ, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки).

Адаптол близок к естественным метаболитам организма (состоит из двух метилированных фрагментов мочевины), что делает его нетоксичным при передозировке. Адаптол является антагонистом возбуждающих адренергической и глутаматергической систем в ЦНС. Подавляя излишнее возбуждение, адаптол усиливает активность тормозных серотонин- и ГАМК-ергических систем [2, 4]. Не обладая «поведенческой токсичностью», свойственной бензодиазепинам, адаптол за счет влияния на нейромедиаторные системы снижает проявления тревожно-фобического синдрома, эмоционального напряжения. Пациенты, принимающие адаптол по 500 мг два раза в сутки на протяжении 2–3 месяцев, отмечают следующие клинические эффекты:

- относительное спокойствие в ежедневных психотравмирующих ситуациях (разговор с начальством, конфликты в семье, ДТП, негативная информация в СМИ и др. – у каждого свой уровень «психотравмы»). При этом нет безразличия, апатии, а присутствует трезвая оценка ситуации, желание найти выход из конфликта. Учитывая механизм развития соматоформного расстройства, само по себе устранение или облегчение психотравмирующей ситуации или обстановки уменьшает возбуждающий стимул, фиксацию на неприятных ощущениях и позволяет контролировать вегетативные симптомы. Очень важно, что адаптол не замедляет скорость реакции и не нарушает водительские и операторские функции (человек продолжает водить машину, работать диспетчером);

- улучшение сна (отсутствие пробуждений среди ночи, тягостных дум, бессонницы). Это позволяет пациенту отдохнуть, расслабиться. Соответственно, дневная работоспособность улучшается;

- уменьшение беспричинных сердцебиений и нарушений ритма сердца. Этот эффект помогает убедить пациента в отсутствии тяжелого кардиального заболевания, что также способствует стабилизации состояния при соматизированном расстройстве;

- усиление эффекта базовой терапии основного заболевания (если таковое имеется) за счет устранения вегетативного компонента, искажающего и усугубляющего симптомы болезни;

- наряду с анксиолитическим действием, адаптол демонстрирует активизирующее влияние на нейрофизиологические функции при астеническом состоянии. Астенизированные пациенты становятся бодрее. Повышается их физическая и умственная работоспособность;

- назначение адаптола больным с начальными проявлениями хронической ишемии мозга позволяет контролировать симптомы тревоги и депрессии, косвенно влияя на когнитивные функции (при умеренном когнитивном снижении). Подобный эффект можно объяснить как непосредственным влиянием адаптола на нейрометаболические процессы, так и легким антидепрессивным эффектом. Ведь известно, что у пожилых людей когнитивная дисфункция может наблюдаться на фоне манифестации депрессивной и тревожной симптоматики. При обследовании 150 пациентов с артериальной гипертензией в клинике Института геронтологии нами была показана связь психо-эмоционального статуса и когнитивных функций: MMSE отрицательно коррелировала с уровнем личностной тревожности ($r = -0,57$; $p < 0,05$) и реактивной тревожности ($r = -0,37$; $p < 0,05$), а также с показателями шкалы депрессии Гамильтона ($r = -0,62$; $p < 0,05$).

Таким образом, адаптол обладает анксиолитическим и вегетостабилизирующим эффектом без снотворного и миорелаксирующего действия. Поэтому препарат показан больным с тревожно-депрессивными, астеническими состояниями и явлениями вегетативной дисфункции. Клиническая эффективность препарата показана при хронической головной боли напряжения, у больных с дисциркуляторной энцефалопатией и когнитивными расстройствами, при синдроме эмоционального выгорания, которым страдают в основном медицинские и социальные работники [1, 10, 25]. Существенное место симптоматическая терапия адаптолом занимает в реабилитации больных, перенесших сердечно-сосудистые осложнения. Сам по себе факт случившегося инфаркта или инсульта является серьезной психотравмирующей ситуацией, способной запустить «порочный круг» соматоформного расстройства с явлениями вегетативной дисфункции. А повышение симпато-адреналовой активности у постинфарктных больных может негативно повлиять на прогноз. В исследовании Стаценко М.Е. [26] была показана высокая анксиолитическая активность адаптола у больных в раннем постинфарктном периоде, что сопровождалось уменьшением явлений вегетативной дисфункции, астении, нормализацией сна и даже более значимым уменьшением частоты приступов стенокардии и количества принимаемых таблеток нитроглицерина. Авторы рекомендуют адаптол в качестве дополнительной анксиолитической и вегетостабилизирующей терапии у больных в раннем постинфарктном периоде. Аналогичные результаты были получены Лапиной Л.А. [13]. Авторами было показано, что адаптол у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, не только улучшает психологический статус, но и способствует уменьшению частоты приступов стенокардии, повышению толерантности к физической нагрузке, что позволяет рекомендовать его в составе комплексного лечения постинфарктных больных. Василец Л.М. и соавт. [21] показали, что применение адаптола в течение двух месяцев в комплексной терапии нарушений сердечного ритма устраняет вегетативный дисбаланс и позволяет уменьшить аритмогенную активность миокарда. Таким образом, вегетостабилизирующее действие препарата реализуется в уменьшение серьезной соматической симптоматики (аритмии).

В нашей практике адаптол широко применяется у пациентов с соматоформными расстройствами, которые диагностируются как самостоятельное заболевание, так и на фоне соматической патологии. Адаптол назначается по 500 мг два раза в сутки. Длительность приема до трех месяцев. Препарат хорошо сочетается с препаратами основного лечения, с ноотропами, метаболическими препаратами. Последние, следует подчеркнуть, очень широко применяются при функциональных нарушениях деятельности сердечно-сосудистой системы на фоне вегетативной дисфункции.

Очень большое внимание в практике терапевтов, кардиологов, неврологов уделяется препаратам мельдония. Одним из представителей этой группы является вазонат. Вазонат относится к ингибиторам окисления жирных кислот. Вазонат обратимо ограничивает скорость биосинтеза карнитина из его предшественника – гамма-бутиробетаина. Вследствие этого нарушается карнитин-опосредованный транспорт длинноцепочечных жирных кислот через мембраны митохондрий без воздействия на метаболизм короткоцепочечных жирных кислот. В отличие от триметазидина вазонат не подавляет фермент, участвующий в окислении жирных кислот, а ограничивает их транспорт в митохондрии, что в

конечном итоге проявляется тем же метаболическим эффектом. Частичная блокада окисления жирных кислот включает альтернативную систему производства энергии – окисление глюкозы, которая значительно эффективнее использует кислород для синтеза АТФ (на 17% меньше). Препарат широко используется на постсоветском пространстве и, по данным клинических исследований, при стабильной стенокардии уменьшает частоту приступов стенокардии, повышает толерантность больных к физической нагрузке и снижает среднее суточное потребление нитроглицерина. В настоящее время представлены результаты исследования MILSS II, показавшего схожесть клинических эффектов мельдония и триметазидина при длительной терапии. В исследовании были включены 317 пациентов с ИБС, рандомизированные в группы мельдония и плацебо. Через 12 месяцев лечения в группе мельдония продолжительность выполнения физической нагрузки увеличилась на 10% (против 2,4% в группе плацебо), а разница в показателях максимальной достигнутой нагрузки составила 8,3% в пользу мельдония. В исследовании использовалась пероральная форма препарата. Вазонат выпускается как в форме капсул для перорального приема, так и в форме для парентерального введения. Исследования по применению вазоната у больных с сердечной недостаточностью продемонстрировали способность препарата улучшать клиническую симптоматику на фоне стандартного лечения. Корж А.Н. [12] показал достоверное увеличение дистанции 6-минутной ходьбы, снижение функционального класса СН и улучшение сократительной способности миокарда, а также снижение интенсивности свободнорадикальных процессов и активизацию антиоксидантной защиты организма в группе больных, получавших вазонат в качестве дополнительного лечения на фоне стандартной терапии СН. Описанные эффекты автор объясняет метаболическими (ингибирование окисления жирных кислот) и антиоксидантными свойствами препарата. Исследование Катеринчука И.П. [9] продемонстрировало, что применение вазоната у больных со стабильной стенокардией по 250 мг 2 раза в сутки на фоне стандартной терапии в течение восьми недель сопровождалось уменьшением частоты и длительности приступов стенокардии, уменьшением количества необходимых больному таблеток нитроглицерина. Кроме того, препарат положительно влиял на качество жизни больных. И.И. Ермакович и соавт. [8] показали, что применение вазоната в дозе 1000 мг/сут (в 2 приема)

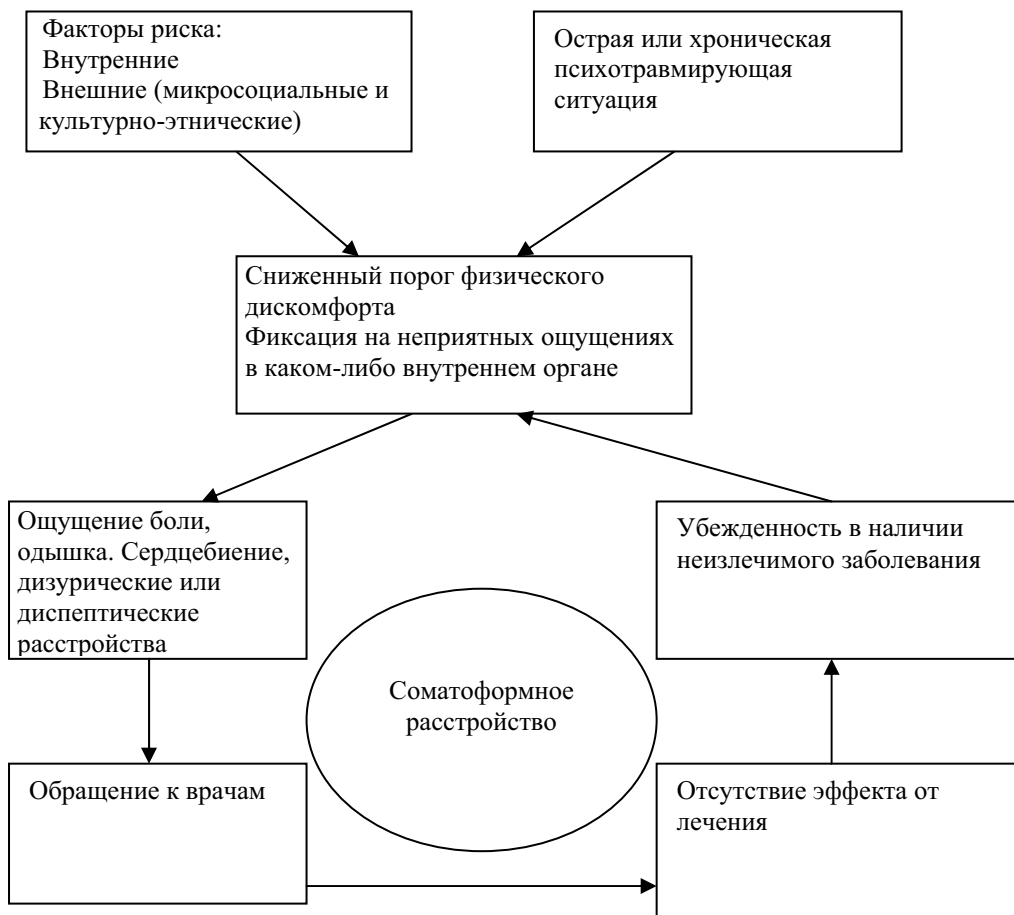
в течение 12 недель в составе комбинированной терапии у больных с ИБС и метаболическим синдромом способствует: повышению толерантности к физической нагрузке (под влиянием вазоната пороговая мощность и общий объем выполненной работы достоверно увеличиваются на 27,6% и 18,8% соответственно), уменьшению количества и продолжительности болевых и безболевых эпизодов миокардиальной ишемии, а также значительному снижению суммарной продолжительности ишемии миокарда – на 53,4%, уменьшению числа экстрасистол – суправентрикулярных – на 37,9% и желудочковых – на 20,6%.

В доступной литературе довольно много публикаций посвящено эффективности препаратов мельдония при дисциркуляторной энцефалопатии. Одним из проявлений этого состояния являются когнитивные нарушения, обусловленные хронической ишемией мозга и нейродегенеративными процессами [15]. По данным российских и отечественных исследователей, препараты мельдония улучшают когнитивный статус пациентов с хронической ишемией мозга, устраняют астеноневротическую и цефалгическую симптоматику [5, 24]. В исследовании Литвиненко Н.В. и соавт. [14] показан эффект вазоната у больных с умеренными когнитивными расстройствами на фоне хронической ишемии мозга. Препарат достоверно уменьшал частоту головной боли, головокружения, шаткости при ходьбе и астенизации, т. е. в определенной мере обладал вегетостабилизирующим эффектом. Логично предположить, что в условиях преимущественного использования глюкозы нервной тканью механизм действия вазоната в данном случае реализуется не через ингибицию окисления жирных кислот (как в миокарде), а путем сосудорасширяющего действия гамма-бутиробетаина, ацетилхолинподобного эффекта (своего собственного препарату, по данным нейрофизиологов), а также улучшения метаболизма в скелетной мускулатуре и внутренних органах, устранения явлений гипоксии и стабилизации вегетативной нервной системы. У больных с соматоформными расстройствами мы рассматриваем вазонат в качестве оптимизатора метаболизма организма в целом. Препарат обладает легким сосудорасширяющим эффектом (что при передозировке проявляется снижением АД), вероятно, за счет накопления предшественника карнитина гамма-бутиробетаина. Это действие может также способствовать улучшению мозгового кровообращения в условиях гипертензивного ремоделирования церебральных сосудов и в

целом на фоне хронической гипоксии и нарушении регуляции сосудистого тонуса при вегетативной дисфункции.

Препараты метаболического действия хорошо зарекомендовали себя у больных с распространенным атеросклерозом, хронической ишемией мозга, явлениями нейро-циркуляторной дистонии на фоне обменных расстройств. В упомянутом выше исследовании Литвиненко Н.В. [14] прием вазоната в дозе 500 мг в сутки на протяжении 20 дней больными с хронической ишемией мозга и умеренными когнитивными расстройствами приводил к улучшению показателей нейропсихологических тестов (MMSE, батарея лобных тестов, тест запоминания 10 слов, тест рисования часов), что демонстрирует позитивное влияние препарата на мнестические, зрительно-пространственные и исполнительские функции. Авторы говорят о способности препарата вазонат разносторонне влиять на когнитивные функции разной модальности, что указывает на универсальный характер его действия как при сосудистых, так и при нейродегенеративных процессах, которые не только существуют одновременно, но и потенцируют друг друга [14].

В нашей практике вазонат назначается парентерально по 500–1000 мг 1 раз в сутки внутривенно капельно на 100 мл физ. раствора в течение 10 дней, затем пациент переходит на пероральный прием препарата в дозе 500–1000 мг в сутки в течение 4–6 недель. Эффективность метаболической терапии у больных с вегетативной дисфункцией можно объяснить и ролью хронической ишемии мозга (на фоне церебрального атеросклероза и артериальной гипертензии) в развитии психовегетативного синдрома – состояния, при котором вегетативные нарушения возникают в ответ на эмоциональное напряжение. Для этого состояния характерно несистемное головокружение, головные боли, мышечные боли и слабость, нарушения сна, астенический синдром – т. е. симптомы, которые врачи общей практики расценивают как начальные проявления ишемии мозга. У таких больных наряду с воздействием на психоэмоциональный статус (небензодиазепиновый анксиолитик адаптол) эффективны также метаболические препараты с вазодилатирующим эффектом (вазонат).



Развитие соматоформного (психосоматического) расстройства

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В целом лечение психосоматических расстройств представляет собой не менее сложную задачу, чем лечение соматического заболевания. Своевременное выявление и коррекция психоэмоциональных расстройств является важным звеном в профилактике развития соматических заболеваний, и от искусства врача, его ознаком-

ленности с симптоматикой указанных нарушений зависит оптимальный выбор препаратов, способных стабилизировать психоэмоциональное состояние пациента, улучшить его когнитивный статус и устранить болезненные вегетативные симптомы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баранцевич Е.Р. Клинико-нейрофизиологическое исследование эффективности адаптола при дисциркуляторной энцефалопатии / Е.Р. Баранцевич, О.В. Посохина // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2011. – № 9, вып. 2. – С. 68-72.
2. Бурчинський С.Г. Нові аспекти фармакотерапії психосоматичної патології / С.Г. Бурчинський // Ліки. – 2004. – № 5-6. – С. 28-32.
3. Воронина Т.А. Перспективы поиска новых анксиолитиков / Т.А. Воронина, С.Б. Середенин // Эксперим. и клинич. фармакология. – 2002. – № 5. – С. 4-17.
4. Громов Л.А. «Типичные» и «атипичные» транквилизаторы / Л.А. Громов, Е.Т. Дудко // Вестник фармакологии и фармации. – 2003. – № 10. – С. 11-17.
5. Дамулин И.В. Влияние милдроната на когнитивные нарушения при дисциркуляторной энцефалопатии: клинико-электрофизиологическое исследование / И.В. Дамулин, Н.Н. Коберская, Л.М. Антоненко // Кардиол. журнал. – 2006. – № 1. – С. 1-6.
6. 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.
7. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общей медицинской практике. Результаты программы КОМПАС / Р.Г. Оганов, Л.И. Ольбинская, А.Б. Смулевич [и др.] // Кардиология. – 2004. – № 1. – С. 48-54.
8. Ермакович И.И. Применение препарата Вазонат в лечении больных ишемической болезнью сердца с метаболическим синдромом / И.И. Ермакович, В.А. Чернышов // Медичні перспективи. – 2010. – Т. XV, № 3. – С. 54-59.
9. Катеринчук И.П. Эффективність вазонату в комплексному лікуванні хворих зі стабільною стенокардією / И.П. Катеринчук, Л.А. Ткаченко, К.Е. Вакуленко // Медичні перспективи. – 2010. – Т. XV, № 4. – С. 42-45.
10. 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. – С. 30-33.
11. Коваленко І.В. Психосоматичні розлади: діагностика та лікування / І.В. Коваленко. – Вінниця: Консоль, 2005. – 32 с.
12. Корж А.Н. Оптимизация энергетического метаболизма у больных с хронической сердечной недостаточностью / А.Н. Корж // Врачеб. дело. – 2010. – № 3-4. – С. 36-42.
13. Лапшина Л.А. Коррекция Адаптолом психопатологических проявлений и оксидативного стресса у больных перенесших инфаркт миокарда / Л.А. Лапшина, П.Г. Кравчун, О.С. Шевченко // Врачеб. практика. – 2008. – № 1. – С. 23-29.
14. 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.
15. Локшина А.Б. Легкие и умеренные когнитивные расстройства при дисциркуляторной энцефалопатии / А.Б. Локшина, В.В. Захаров // Неврол. журнал. – 2006. – № 11, приложение 1. – С. 57-63.
16. Морозова О.Г. Коррекция вегетативных и тревожных нарушений в практике врача-интерниста // Новости медицины и фармации. – 2007. – Вып. 215. – С. 8.
17. Неврология для врачей общей практики / А.М. Вейн, Т.Г. Вознесенская, В.Л. Голубев [и др.]. – М.: Эйдос Медиа, 2001. – 504 с.
18. Погосова Г.В. Психоэмоциональные расстройства при сердечно-сосудистых заболеваниях: терапевтические аспекты / Г.В. Погосова // Consilium medicum. – 2006. – Т. 8, № 5. – С. 54-57.
19. Подкорытов В.С. Соматоформные расстройства / В.С. Подкорытов, О.И. Серикова // Medicus Amicus. – 2002. – № 1.
20. Психокardiология / А.Б. Смулевич, А.Л. Сыркин, М.Ю. Дробижев, С.В. Иванов. – М., 2005. – 778 с.
21. Синдром и феномен преждевременного возбуждения желудочков: влияние адаптола на вариабельность ритма сердца и аритмогенную готовность / Л.М. Василец, А.В. Туев, А.Ю. Вышенская, Н.С. Карпунина [и др.] // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. – 2011. – № 3. – С. 68-72.
22. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицинской практике / А.Б. Смулевич. – М., 2000. – 160 с.

23. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А.Б. Смулевич. – М.: Мед. информ. агенство, 2003. – 432 с.

24. Суслина З. Хронические церебро-васкулярные заболевания: клиническая и антиоксидантная эффективность милдроната / З. Суслина, М. Максимова, Т. Федорова // Врач. – 2007. – № 4. – С.1-5.

25. Турсунова К.Б. Применение адаптола у пациентов с хронической цервикогенной головной болью /

К.Б. Турсунова, Л.С. Чутко // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2011. – № 6. – С. 68-69.

26. Эффективность применения адаптола в комплексной терапии у больных с тревожными расстройствами в раннем постинфарктном периоде / М.Е. Стаценко, О.Е. Спорова, О.И. Колодяжная, Е.Д. Евтереева // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. Т. 2, № 5. – С. 18-22.

REFERENCES

1. Barantsevich ER, Posokhina OV. Clinical and neurophysiological study of the effectiveness of ADAPTOL at dyscirculatory encephalopathy. Zhurn. Nevrologii i psikiatrii. 2011;11 (9):68-72.

2. Burchins'kiy SG. New aspects in drug therapy of psychosomatic disorders. Liki.2004;(5-6):28-32.

3. Voronina TA, Seredenin SB. Prospects for finding new anxiolytics. Eksperimental'naya i klinicheskaya farmakologiya. 2002;(5):4-17.

4. Gromov LA Dudka ET. "Typical" and "atypical" tranquilizers. Vestnik farmakologii i farmatsii. 2003;10:11-17.

5. Damulin IV, Koberskaya NN, Antonenko LM. Influence of Mildronat on cognitive impairment in dyscirculatory encephalopathy: clinical and electrophysiological study. Kardiologicheskii zhurnal. 2006;(1):1-6.

6. Chazov EI, Oganov RG, Pogosova GV et al. Depressive symptoms worse prognosis in patients with hypertension and coronary heart disease: first results of Russian prospective multicenter study COORDINATE. Kardiolog. 2007;10):24-30.

7. Oganov RG, Ol'binskaya LI, Smulevich AB et al. Depression and depressive spectrum disorders in general medical practice. Results of the program COMPASS. Kardiologiya. 2004;(1):48-54.

8. Ermakovich II, Chernyshev VA. Usage of Vasomat in the treatment of patients with coronary heart disease and metabolic syndrome. Zhurn. Medichni perspektivi. 2010;XV(3):54-59.

9. Katerynychuk IP, Tkachenko LA, Vakulenko KE. Efficiency of Vazonat in treatment of patients with stable angina. Zhurn. Medichni perspektivi. 2010;XV(4):42-45.

10. 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;10:30-33.

11. Kovalenko IV. Psychosomatic disorders: diagnostics and treatment. Vinnitsya: «Konsol'». 2005;32.

12. Korzh AN. Optimization of energy metabolism in patients with chronic heart failure. Zhurn. Vrachebnoe delo.2010;3-4:36-42.

13. Lapshina LA, Kravchun PG, Shevchenko OS. Adaptol for psychopathology and oxidative stress

correction in patients after myocardial infarction. Zhurn. Vrachebnaya praktika. 2008;1(61):23-30.

14. Litvinenko NV, Del'va II, Del'va MYu. The influence of the drug "Vazonat" on mild cognitive impairment in chronic cerebrovascular disorders. Ukraïns'kiy visnik psikhonevrologii. 2011;19(66):22-25.

15. Lokshina AB, Zakharov VV. Light and mild cognitive impairment in dyscirculatory encephalopathy. Nevrol. Zhurn. 2006;11:57-63.

16. Morozova OG. Correction of vegetative and anxiety disorders in the practice of internist. Novosti meditsiny i farmatsii. 2007;215:8.

17. Vein AM et al. Neurology for General Practitioners. Eidos Media. 2001;504.

18. Pogosova GV. Psycho-emotional disorders in cardiovascular diseases: the therapeutic aspects. Consilium medicum. 2006; 8(5):54-57.

19. Podkorytov VS, Serikova OI. Somatoform disorders. Medicus Amicus. 2002;1.

20. Smulevich AB, Syrkin AL, Drobizhev MYu, Ivanov SV. Psychocardiology. – Moscow. 2005;778.

21. Vasilets LM, Tui AV Vyshenskaya AY, Karpunina NS, Sarapulova ON, WUSTIN VV, Trenogina KV, Curve AA. Syndrome and premature ventricular phenomenon: ADAPTOL effect on heart rate variability and arrhythmogenic ready. Zhurn. Kardiologiya serdechno-sosudistaya khirurgiya. 2011;4(3):68-72.

22. Smulevich AB. Depression in general practice. Moscow. 2000;160.

23. Smulevich AB. Depression with somatic and psychiatric diseases. M.: Med. inform. Agenstvo. 2003;432.

24. Suslina Z, Maksimova M, Fedorova T. Chronic cerebro-vascular disease: clinical efficacy and antioxidant of Mildronat. Vrach. 2007;4:1-5.

25. Tursunova KB, Chutko LS. Application of ADAPTOL in patients with chronic cervicogenic headache. Zhurnal nevrologii i psikiatrii. 2011;111(6):68-69.

26. Statsenko ME, Sporova OE, Kolodyazhnaya OI, Evtereeva ED. The effectiveness of ADAPTOL in the treatment of patients with anxiety disorders in the early post-MI. Zhurn. Kardiologiya i serdechno-sosudistaya khirurgiya. 2009;2(5):18-22.

