

# Современный подход к терапии психосоматических заболеваний с помощью препарата СЕДАРИСТОН

*Неправильно лечить глаза без головы, голову без тела. Так же, как и тело без души*  
**Сократ**

*В современном понимании патофизиологических механизмов формирования болезни отводят важную роль срыву психоадаптационных механизмов организма под влиянием стресса. Отсюда — данные о высокой (практически 50%) распространенности нервно-психических расстройств у больных соматического профиля и потребность в их адекватной коррекции. Однако, не устранив первопричину, невозможно рассчитывать на успех в терапии пациентов психосоматического профиля. Оригинальному фитотерапевтическому препарату СЕДАРИСТОН (esparma GmbH, Германия) принадлежит ключевая роль эмоционального и вегетативного стабилизатора, а самые свежие результаты клинических исследований подтверждают его эффективность в комплексной этиопатогенетической терапии психосоматических заболеваний, даже таких, как сахарный диабет 1-го и 2-го типа.*

Исследования по психосоматике, позволившие за последние десятилетия накопить огромный объем данных, опубликованных во всех ведущих медицинских изданиях, для практического врача, к сожалению, нередко остаются «необязательной беллетристикой». Подтолкнуть к правильному пониманию роли и места психосоматической медицины поможет ее определение: «Психосоматическая медицина... изучает взаимодействие биологических, психологических и социальных факторов в регуляции баланса между здоровьем и болезнью» (Fava G.A., et al., 2017).

Практически любая болезнь имеет как телесные, так и психические проявления, а отделить причину от следствия в психосоматических отношениях бывает крайне трудно, если вообще возможно. Между тем, заключение доктора: «Ваше заболевание — психосоматическое», может повергнуть пациента в отчаяние и состояние отрицания: «Я не сумасшедший, не псих и не притворяюсь!». И пусть о психосоматике сегодня многие слышаны, однако не каждый может осознать, что его «больное сердце» или «слабый желудок» — не более чем «расшалившиеся нервы». И это существенно осложняет ведение таких «трудных» пациентов, потому что ведет к гипердиагностике, полипрагмазии, неоправданному увеличению стоимости лечения, отсутствию положительной динамики терапии. Естественно, все эти факторы повышают нагрузку на врача и при этом не приносят ожидаемого облегчения для пациента.

## Когда порог адаптационных возможностей превышен...

Окружающая среда или, в обобщенном понимании, жизнь, постоянно «испытывают нас на прочность», требуя осуществить приспособительные функции. Неспецифические требования, предъявляемые воздействием как таковым, — это и есть сущность стресса, описанного Гансом Селье в 1936 г. как общий адаптационный синдром. «Стресс есть неспецифический ответ организма на любое предъявление ему требования», — писал он в работе под названием «Стресс жизни» (Selye H., 1956).

Если организм справляется с последствиями действия раздражителя и результатом становится мобилизация его защитных сил, констатируют «положительный стресс» (эустресс). Если организм не в силах справиться со стрессом, тот подрывает здоровье человека и может привести к тяжелым заболеваниям. Такое состояние, связанное с истощением адаптационных возможностей организма и легкой уязвимостью для неблагоприятных воздействий, включая инфекции, называют «отрицательным стрессом». Сам Г. Селье обозначил это состояние как дистресс.

Вопрос о патогенности тех или иных воздействий очень индивидуален: те раздражители, к которым в одной клинической ситуации адаптация была удовлетворительной, в другой могут приводить к срыву приспособительных механизмов. Выявить «соломинку, сломавшую спину верблюду» очень непросто. С целью построения

прогнозов развития различных болезней с учетом эффекта «накопления» стрессовых факторов различной интенсивности в течение жизни Б. Макьюэном и Э. Стелларом (McEwen, Stellar, 1993; McEwen, Seeman, 1999) предложена концепция аллостатической нагрузки. Аллостаз — способность достичь стабильности через изменение — означает способность вегетативной нервной, эндокринной (гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая ось), сердечно-сосудистой и иммунной систем реагировать на внутренние и внешние стрессы. Чрезмерная аллостатическая нагрузка (дистресс) приводит к патологическим состояниям, обусловленным хронической гиперактивностью или недостаточной активностью аллостатических систем. Так, если восстановления после воздействия стрессового фактора не происходит, аллостатическая нагрузка (другими словами — напряжение адаптационных механизмов) возрастает, то способность к восстановлению (на психическом, соматическом и вегетативном уровнях) снижается, что постепенно может привести к развитию различной патологии — заболеваний психосоматической природы.

**Как практикующему врачу в общей массе пациентов выделить тех, у которых заболевание имеет психосоматическое происхождение?** Примерно у каждого 3-го больного патологическая симптоматика со стороны внутренних органов обусловлена нарушением психологической адаптации. Авторитетные зарубежные специалисты советуют использовать Диагностические критерии для психосоматических исследований (Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research — DCPR) (Fava G.A. et al., 2017), применяемые в рамках вышеописанной концепции аллостатической нагрузки.

Согласно DCPR к психосоматическим заболеваниям предрасполагают такие особенности личности, как поведение типа А и алекситимия (неспособность разобраться в собственных эмоциях, выразить их) (таблица). Соматизацию разные авторы считают феноменом «измученного, изнуренного мозга», характерным для «людей напряженных, переполненных волнениями и тревогой, испытывающих недостаток времени» (Пэунеску-Подяну А., 1976). Такое развитие патологического процесса типично «для молодых женщин с истощенной «хрупкой» нервной системой (скромных, добрых, отзывчивых), чья судьба столкнула с жестокими реалиями, в разных случаях разными, но всегда индивидуально значимыми» (Мешков А.П., 1999). Поскольку в наше время типичны «мужские» нормы поведения становятся нежелательными и избегаются, то и характерная гендерная характеристика соматизации тоже размывается. Ее прогрессированию способствуют алкогольные эксцессы, увлечение крепким кофе или чаем, ятрогении в виде поведенческих оплошностей или неосмотрительности врача.

## «Внутренняя речь эмоций — функция органов»

Подкорковые ядра в головном мозге являются своеобразным перекрестком нервных путей, по которым следуют импульсы, с од-

**Таблиця.** Поведение типа А и алекситимия (критерии согласно DCPR) (Fava G.A. et al., 2017)

Поведение типа А (присутствуют по меньшей мере 5 из 9 критериев)	Алекситимия (нужны, по меньшей мере, 3 из 6 критериев)
1. Избыточная вовлеченность в деятельность, где важно жесткое соблюдение сроков выполнения (deadlines)	1. Невозможность подобрать правильные слова для выражения эмоций
2. Постоянное и неутрачиваемое ощущение спешки, срочности	2. Тенденция вдаваться в подробности описания события вместо переживания чувств
3. Излишне активная манера двигаться (быстрая экспрессивная речь, резкие жесты и мимика, «беспокойные» кисти рук)	3. Нехватка фантазии
4. Неприятие и цинизм	4. Мысли связаны в основном с внешними событиями, а не с фантазиями и эмоциями
5. Раздражительность	5. Незначительные характерные соматических реакций, сопутствующих тем или иным эмоциональным реакциям
6. Тенденция интенсифицировать физическую активность	6. Редкие, но чрезмерно выраженные взрывы аффективного поведения
7. То же – ментальную	
8. Высокая потребность в достижениях и признании	
9. Высокая соревновательность	

ной стороны, в кору: «Главный импульс к деятельности коры идет из подкорки. Если исключить эти эмоции, кора лишается главного источника силы» (Павловские клинические среды, 1949); с другой — ко внутренним органам, поскольку здесь, главным образом в гипоталамусе, сосредоточены высшие вегетативные центры. Естественно нисходящий или нейрогуморальный путь не подвластен сознательному контролю: «Человек, подчинивший кортикальному контролю все виды внешнего выражения своего эмоционального состояния, ... с роковой неизбежностью «бледнеет» и «краснеет» за счет своих висцеральных органов, а также прорабатывает «мимическую реакцию» за счет гладких мышц своих внутренностей» (Анохин П.К., 1958). Тот же смысл заключен в другом известном афоризме: «Печаль, которая не выливается в слезах, заставляет плакать другие органы» (Maudsley H., 1871).

По какому именно пути будет реализовано центральное напряжение — состояние «взрывчатости» — посредством эмоционально-психического срыва или висцеральной расстройств, зависит от конституции человека, его текущей жизненной ситуации и много другого.

## Телесные психосоматические проявления

У 30% обследованных амбулаторно пациентов с болью в голове, животе, груди, спине, слабостью, кашлем, головокружением происхождение телесных расстройств объясняют отклонениями в состоянии психики (Bain S.T., Spaulding W.B., 1967). У 72% больных с психиатрическим диагнозом отмечают хотя бы один соматический симптом (Schurman R.A. et al., 1985). При этом около половины психических болезней, проявляющихся физическими нарушениями, не распознается (Kopapri E.K., 1980).

Одна из наиболее частых причин соматизации — депрессия: 75% депрессивных больных обращаются в медицинские учреждения, жалуюсь в большинстве случаев не на психические, а на соматические расстройства (Katon W., 1986). Лишь нескольких вопросов достаточно, чтобы сориентироваться в актуальности проблемы депрессии, тревожности или соматоформных расстройств для данного больного (Fava G.A. et al., 2017). Так, 86% пациентов с тревожными расстройствами могут быть выявлены двумя вопросами:

1. *За последние две недели вы часто испытывали нервозность, беспокойство или раздражительность?*

2. *Могли бы вы реже контролировать свои проблемы?*

Для раннего выявления депрессии на практике можно использовать три контрольных вопроса:

1. *Вы часто чувствовали себя подавленным или безнадеемым в прошлом месяце?*

2. *У вас было мало радости от того, что вы делали за последний месяц?*

3. *Вам нужна помощь из-за этого?*

Если на первые два вопроса дан отрицательный ответ, выраженную депрессию можно исключить с высокой степенью достоверности (чувствительность 96%). Третий вопрос повышает специфичность ориентировочного теста.

## «Душевные лекарства, кои врачуют тело» — М.Я. Мудров

В качестве подобных лекарств можно рассматривать как психотерапию, призвание которой — укрепить и настроить психологические защитные механизмы, так и психофармакотерапию, снижающую интенсивность возбуждающих нервных импульсов. С помощью психоседативных и вегетотропных средств, которые тормозят реактивность лимбико-ретикулярного комплекса, словно шлагбаумом, перекрывают все пути симпатического влияния на периферию. Такой механизм действия психотропных средств депримирующего типа объясняется вышеописанной тесной связью психических и вегетативных функций, осуществляемой лимбической системой (Мешков А.П., 1999). Именно поэтому психоседативные средства одновременно и снижают эмоциональную возбудимость, и оказывают нормализующее влияние на вегетативно-висцеральные проявления со стороны сердечно-сосудистой, пищеварительной, нервной и других систем.

Другое дело, что в перечень позитивных качеств нейрорелептов, трициклических антидепрессантов (ТЦА) и ингибиторов обратного захвата серотонина (ИОЗС) вплетаются и негативные моменты, которые значительно ограничивают их применение. Например, у первых чаще всего — сонливость и понижение мышечного тонуса (миорелаксация). ИОЗС и ТЦА эффективны далеко не у всех пациентов (большой пул больных с рефрактерностью) и нередко плохо переносятся в связи с побочными эффектами (Бурчинский С.Г., 2016). Наконец, не у всех пациентов психопатологическая симптоматика настолько выражена, что применение препаратов из «большой» психиатрии в достаточной степени оправдано. Им показаны скорее тимостабилизаторы или корректоры настроения — лекарственные средства с комплексным механизмом действия, повышающие настроение, жизненный тонус, наряду с выраженным вегетостабилизирующим эффектом.

Необходимого комплексного результата достигают благодаря многовекторному действию комбинированного фитопрепарата СЕДАРИСТОН. Кроме того, врачу гораздо проще убедить пациента начать принимать препарат растительного происхождения в расчете на то, что он «укрепит нервную систему, повысит порог возбуждения мозга, успокоит раздраженные нервы», не оказывая при этом нежелательных побочных действий, свойственных препаратам синтетического происхождения. Ведь пациент с артериальной гипертонией, синдромом раздраженного кишечника или фибромиалгией не считает себя психически больным и вряд ли станет мириться с нередко возникающими побочными эффектами «классических» антидепрессантов. Назначение фитопрепарата СЕДАРИСТОН намного лучше воспринимается пациентами, расцениваясь как более безопасное, удобное в применении и доступное по цене.

Многовекторное действие СЕДАРИСТОНа, которое позволяет достичь комплексного результата, воспринимается больными как более эффективное. Результативность воздействия СЕДАРИСТОНа подтверждена данными доказательной медицины. По своей эффективности в лечении пациентов с тревожными состояниями средней степени тяжести препарат СЕДАРИСТОН превосходит диазепам в низкой дозе, о чем свидетельствуют результаты рандомизированного двойного слепого клинического исследования (Panijel M., 1985). Превосходящую эффективность препарата СЕДАРИСТОН авторы объясняют сочетанием анксиолитического и тимостабилизирующего (улучшающего настроение) эффектов за счет его уникальной объемной фитоформулы (стандартизированные экстракты зверобоя 100 мг (природного антидепрессанта) и валерианы 50 мг (классического успокоительного)). Об этом свидетельствуют и данные повседневного врачебного опыта, согласно которым неврозы и тревога у пациентов часто сопровождаются депрессивной симптоматикой.

СЕДАРИСТОН продемонстрировал статистически достоверную терапевтическую эквивалентность по сравнению с ТЦА amitriptилином по шкале Гамильтона для оценки депрессии (Hamilton depression scale — HAMD) в рандомизированном контролируемом двойном слепом клиническом исследовании длительностью 6 нед у пациентов с затяжной субдепрессией, депрессивными реакциями, неврастениями или невротической депрессией (Hiller K.O., Rahlfs V., 1995). Более того, отмечена тенденция к более высокой эффективности СЕДАРИСТОНа, особенно отчетливо проявлявшаяся с 3-й не-

дели исследования. В другом рандомизированном двойном слепом исследовании сравнивали результаты приема пациентами с депрессией легкой и средней степени тяжести препарата СЕДАРИСТОН и дезипрамина (80–100 мг) (Steger W., 1985). Анализ объединенных данных двух клинических испытаний свидетельствовал, что доля положительных результатов лечения была больше (68%) в группе пациентов, применявших СЕДАРИСТОН, чем классические антидепрессанты (50%) (Barnes J. et al., 2007).

Помимо улучшения эмоционального фона — снижения как уровня тревожности, так и депрессивного настроения, а также улучшения качества сна, в ходе данных клинических испытаний отмечено уменьшение выраженности соматической симптоматики и вегетативных нарушений. Такое комплексное влияние на эмоциональный и соматический компоненты открывает перед препаратом СЕДАРИСТОН огромную перспективу в качестве терапии выбора широкого пула психосоматических заболеваний — от разнообразных болевых синдромов (головная, мышечно-скелетная боль, кардиалгия некоронарного происхождения) до заболеваний, традиционно признаваемых психосоматическими (синдром раздраженного кишечника, энурез) и прочих заболеваний, в возникновении и усугублении тяжести которых психогенный компонент играет важную роль (бронхиальная астма, сахарный диабет (СД) 2-го типа).

### Вегетативная дисфункция — дебют многих серьезных заболеваний

Неблагоприятные социально-экономические факторы, выраженность которых с каждым годом увеличивается, предъявляют повышенные требования к человеку. Во всем мире ежегодно каждый пятый молодой человек испытывает проблемы с психическим здоровьем, чаще всего депрессию или беспокойство. В Австрии школьники каждый день или по меньшей мере несколько раз в неделю отмечают нарушение сна (17,2%), головную боль (14,4%), раздражительность (14,2%), нервозность (11,7%) и/или боль в спине (11,7%) (WHO, 2011; 2012). Более чем у половины детей и подростков, обращающихся к врачу по поводу неинфекционных заболеваний, диагностируют вегетативную дисфункцию (Белоконь Н.А., 1987).

При этом коррекция психических отклонений с помощью современных химиотерапевтических средств из-за потенциальных побочных эффектов и развития зависимости часто сопровождается одновременным ухудшением качества жизни (Cortell C.U. et al., 2011; Tan K.R. et al., 2012). Поэтому не уменьшается, а напротив — растет востребованность фитотерапевтических препаратов (Barnes J. et al., 2007), таких как СЕДАРИСТОН. Помимо традиционных знаний об использовании препарата для лечения при расстройствах настроения и сна, недавние исследования показали различное влияние на центральные нейромедиаторные системы (Müller W.E. et al., 2000; Gambarana C. et al., 2001) и способность действовать подобно обычным антидепрессивным препаратам (Ng Q.X. et al., 2017). Экспериментально подтвержденный синергетический эффект растительных компонентов с седативными (валериана) и антидепрессивными (зверобой) свойствами, объединенных в единую фитоформулу препарата СЕДАРИСТОН, позволяет достичь положительного терапевтического результата при минимуме побочных эффектов и приводит к эффектам, более сопоставимым с воздействием традиционных антидепрессантов, чем с воздействием только экстракта зверобоя.

### Взаимное влияние инсулинорезистентности и психических нарушений

Еще один «мостик» между соматической и психической патологией недавно перекинут учеными Стэнфордского университета. Так, связь между аффективными расстройствами и болезнью Альцгеймера известна на протяжении почти 100 лет, однако уточнить конкретные нейрометаболические факторы, обуславливающие ее, удалось лишь в последние годы. Профессор Натали Разгон (Natalie L. Rasgon) (Стенфорд, Калифорния) доказала, что гиперинсулинемия и связанное с ней нарушение метаболизма глюкозы, в особенности у пациентов с аффективными расстройствами, усиливает нейродегенерацию и способствует началу болезни Альцгеймера (Rasgon N., Javik L., 2004). Корреляция депрессии и СД 2-го типа недавно подтверждена результатами международного исследования, наиболее крупного из проводившихся с этой целью (Lloyd C.E. et al., 2018). Так, из почти 3 тыс. больных СД 2-го типа, проживающих в 14 стра-

нах, в том числе в Украине и России, большая депрессия диагностирована у каждого десятого (10,6%), и депрессивные проявления разной степени тяжести (от умеренных до тяжелых) зафиксированы у 17% пациентов.

Отечественными учеными намечено весьма интересное практическое применение этой взаимосвязи: оказывается, между инсулинорезистентностью и нейробиологическим статусом есть не только прямая, но и обратная взаимосвязь, и уменьшение выраженности симптомов депрессии сопровождается улучшением гликемического контроля (Ткач С.М., 2019). Так, у пациентов с СД 1-го и 2-го типа и депрессивным синдромом на фоне приема препарата СЕДАРИСТОН (2 капсулы 2 раза в сутки в течение 2 мес) существенно уменьшилась выраженность депрессивной симптоматики уже после 1 мес лечения с последующим улучшением и сохранением стабильного долгосрочного антидепрессивного эффекта не менее месяца даже после окончания его приема. Кроме того, у этих больных спустя 3 мес зафиксировали снижение уровня HbA1c и улучшение гликемического контроля. Итак, по заключению ведущего отдела диabetологии ГУ «Институт эндокринологии и обмена веществ имени В.П. Комиссаренко НАМН Украины», полученные данные указывают на целесообразность терапии больных СД с депрессивным синдромом комбинированным фитопрепаратом СЕДАРИСТОН с целью не только улучшения психоэмоционального состояния, но и нормализации нарушений углеводного обмена.

### СЕДАРИСТОН достоин стать неотъемлемой частью терапии дисрегуляторной соматической патологии

Таким образом, препарат СЕДАРИСТОН является не только эмоциональным, но и вегетативным стабилизатором, прежде всего к которому применима формулировка: «психофармакология — это фармакология вегетативной нервной системы». Назначая СЕДАРИСТОН, врач может быть уверен, что создает тем самым надежные предпосылки для возвращения психоэмоциональных и нейробиологических процессов в правильное русло.

Тормозя возбуждение и реактивность центров высшей нервной деятельности, нормализуя активность медиаторов, ответственных за каскад психопатологических реакций (тревога и депрессия), препарат как бы «примиряет» организм с внешней средой, приводя эмоциональные реакции в соответствие с силой и актуальностью раздражителя.

Взаимопотенцирующее действие компонентов объединенной фитоформулы препарата СЕДАРИСТОН обеспечивает оптимальное соотношение между седативным и тимомодулирующим эффектами. При приеме СЕДАРИСТОНА достижение фармакотерапевтического эффекта происходит мягко и наиболее физиологично: пациент спустя 2–4 дня отмечает, что постепенно начинает обретать свободу от гнетущих беспокоящих мыслей, страха и неприятных ощущений — боли, учащенного сердцебиения, одышки и др. Такой современный, основанный на глубоком понимании проблем пациента подход к терапии психосоматических заболеваний усиливает эффективность лечения и ускоряет динамику выздоровления. При этом СЕДАРИСТОН легко вписывается в схему комплексного лечения основного заболевания.

Обычная схема лечения такова: по 2 капсулы 2 раза в сутки — утром и за 30 мин до сна. Курс лечения зависит от выраженности симптомов: слабо выраженные — 1 мес, умеренно выраженные — 2 мес и более, сильно выраженные — 3 мес и более.

И пусть врач, разглядевший в основе страдания пациента психопатологическую причину, не беспокоится, что не уделяет достаточного внимания соматическому состоянию больного. Психосоматическая медицина означает «не игнорировать тело, но уделять больше внимания душе» (Виктор фон Вайцеккер). Такое всеобъемлющее глубокое воздействие препарата СЕДАРИСТОН на организм, проявляющееся высокой эффективностью и безопасностью в лечении различной патологии психосоматического генеза, означает его высокую ценность как для врача, так и для пациента. Ценность СЕДАРИСТОНА однозначно выше денежной стоимости и многократно окупает небольшие затраты на его приобретение, доступные практически каждому украинскому пациенту.

Список использованной литературы — [www.umj.com.ua](http://www.umj.com.ua)

Дарья Полякова