

Вопросы боли и депрессии с позиции психосоматики

По материалам конгресса «Психосоматическая медицина XXI века: реалии и перспективы», 1-2 ноября 2018 года, г. Киев

Проблема психосоматики многие десятилетия интересует исследователей и практических специалистов, однако окончательных ответов на ряд вопросов все еще нет. В наши дни вкладу взаимосвязанных психических и соматических составляющих в развитие различных патологических нарушений уделяется пристальное внимание.



Доклад о роли тревоги в формировании и отягощении соматических болезней на примере артериальной гипертензии (АГ) представил доктор медицинских наук, профессор Владимир Иванович Коростий (кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии Харьковского национального медицинского университета).

— Казалось бы, тревога — это всего лишь отрицательная эмоция, выражающая чувство неопределенности или предчувствие негативных событий, но она может стать началом формирования психосоматического заболевания.

Тревожные расстройства в кардиологической практике встречаются достаточно часто: у 20% пациентов — при ишемической болезни сердца, у 30% — при остром инфаркте миокарда и до 80% (!) — при АГ. Динамическое исследование пациентов с АГ, проведенное на базе кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии, показало высокий уровень тревоги на начальных этапах формирования АГ (вегетососудистая дистония, первичная АГ) с постепенным ее уменьшением к моменту контроля артериального давления (АД) и возрастанием на стадии хронизации и осложнений. Процесс формирования АГ как психосоматического заболевания — путь от психогенного до органического расстройства. Это имеет важное значение на первых этапах психо- и фармакотерапии, поскольку именно тогда врачу приходится сталкиваться с алекситимией, диссоциацией и нежеланием пациента что-либо воспринимать, кроме соматической патологии.

На практике врач нередко обобщает тревожные и депрессивные расстройства, а также мало обращает внимание на эмоциональные расстройства у психосоматических пациентов. При этом очень важно провести дифференциальную диагностику и направить больного к психиатру, когда к этому есть показания.

При астеноневротических проявлениях фармакотерапия может проводиться фитоседативными препаратами. В случае депрессивных расстройств назначение последних требует комплексного подхода, включающего индивидуальный подбор дозы и длительности применения. Важнейшим фактором выбора фитопрепарата является его достоверная эффективность, продемонстрированная в клинических исследованиях. Седативным фитопрепаратом, обладающим доказанной клинической эффективностью, является Алора (таблетки и сироп) на основе *Passiflora incarnata*.

Алора в комплексном лечении у пациентов с АГ уменьшает психологическое напряжение и АД: оказывает дополнительное гипотензивное действие уже через 4 нед

лечения; 8-недельное использование Алоры у женщин с АГ обеспечивает дополнительное снижение САД и ДАД на 8 и 2 мм рт. ст. соответственно.

Применение пассифлоры позитивно отражалось на эмоциональном состоянии и степени психологического напряжения у женщин с АГ, что выражалось в уменьшении на 17,3% ($p < 0,05$) степени психологического напряжения по Мишину и более чем в 5 раз уровня психоэмоционального индекса.

В еще одном своем докладе профессор В.И. Коростий раскрыл вопросы боли и депрессии с позиции психосоматики.

— **Проблемы боли и депрессии** находились всегда очень близко. По данным С.Н. Мосолова (1995), у 50–60% больных депрессией обнаруживаются хронические болевые синдромы. Боль ограничивает возможности человека, заставляя отказываться от привычной жизни, при этом депрессия может выступать в роли механизма хронизации болевого синдрома или его первопричины. «Родственность» боли и депрессии объясняется общими звеньями патогенеза, ведь оба состояния связаны с недостаточностью серотонинергических систем мозга.

В отличие от острой боли, которая является симптомом какого-либо заболевания, хроническая может стать самостоятельной болезнью. В таком случае решающими уже будут не морфологические повреждения, а нарушение восприятия, расстройство психических процессов.



Хроническая боль как проявление маскированной соматизированной депрессии может локализоваться практически в любой части тела, и ее плохо описывают больные. Она также может стать началом психосоматических заболеваний, в патогенезе развития которых — взаимное отягощение депрессии, тревоги и невралгии. В лечении данного состояния необходим мультимодальный

подход. Не последнюю роль при этом благодаря антидепрессантам играет фармакотерапия.

Аналгетическое действие антидепрессантов при хроническом болевом синдроме объясняется тем, что на фоне снижения депрессии происходит активация серотонином нисходящих антиноцицептивных систем. Эффективность антидепрессантов в лечении хронических болевых синдромов достигает 75%.

Одним из широко используемых во всем мире, но достаточно новым в Украине является антидепрессант дулоксетин, представленный препаратом Дюксет компании «Нобель». Дюксет — селективный антидепрессант двойного действия (селективный ингибитор обратного захвата серотонина и норадреналина), применяемый в лечении депрессий любой тяжести, в т. ч. сопровождающихся болевым синдромом. Дулоксетин оказывает болеутоляющее действие, что, вероятно, является результатом замедления передачи болевых импульсов в центральной нервной системе. В сравнении с венлафаксином применение Дюксета (дулоксетина) приводит к большему повышению уровня норадреналина, благодаря чему достигается более выраженный противоболевой эффект. Поэтому **показаниями к назначению Дюксета** являются не только лечение большого депрессивного расстройства и генерализованного тревожного расстройства, но и лечение диабетической периферической нейропатической боли. Важно отметить, что дулоксетин (Дюксет) также входит в протоколы и рекомендации по лечению болевых синдромов при диабетической нейропатии и остеоартрозе.

Аналгетический эффект Дюксета развивается относительно быстро — уже на первой неделе приема. При этом Дюксет (дулоксетин) безопаснее многих антидепрессантов:

- не вызывает подъема АД, увеличения веса, удлинения интервала QT;
- не требует сложного титрования дозы;
- Дюксет назначают в дозе 30–60 мг 1 р/сут независимо от приема пищи. Максимальная суточная доза Дюксета — 120 мг/сут.
- не вызывает синдрома отмены и выраженного угнетения либидо;
- нормализует тонус сфинктеров мочевого пузыря при стресс-индуцированном недержании мочи;
- переход с венлафаксина или других селективных ингибиторов обратного захвата серотонина возможен без титрования;
- имеет высокий профиль переносимости, не проявляет гепатотоксичности.

Таким образом, **Дюксет (дулоксетин) — препарат выбора для стартовой терапии депрессии любой тяжести, особенно сопровождающейся болевым синдромом.**

Подготовил Сергей Панчев



Кращий заспокійливий засіб 2018 року:*

- при стресах
- знервованості
- порушенні сну



* за результатами народного голосування в рамках національного голосування проекту «Українська народна премія 2018». Р. л. МОЗ України №UA/5140/01/01, UA/5140/02/01. Алора, Фармакотерапевтична група, Снودійні та седативні засоби. Склад: одна таблетка містить: сухий екстракт пассифлоры 100 мг; 5 мл сиропу містять рідкого екстракту пассифлоры 694,44 мг. Показання: невралгічні та депресивні стани, стреси, знервованість, порушення сну, клімактеричний і преімклімактеричний період та ін. Можливі побічні реакції: нудота, тахікардія та ін. Інформація призначена для фахівців у сфері медицини та фармацевтики, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, круглих столах та інших заходах з медичної тематики. Повна інформація, в тому числі і можливі побічні ефекти, міститься в інструкції для медичного застосування препарату. За додатковою інформацією звертайтеся до Представництва компанії «Нобель» в Україні: вул. Автосвозвезд ка, 2а.

