

Холистический¹ подход к диагностике и лечению психосоматических заболеваний на модели стресс-индуцированной артериальной гипертензии²

М.А. Елфимов

ФГУ «ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского» Минздравсоцразвития России, 119991 г. Москва, Кропоткинский пер., д. 23
 Специализированная КБ № 8 им. З.П. Соловьёва «Клиника неврозов», 115419, г. Москва, ул. Донская, д. 43

На конкретном клиническом примере показана роль стресса как причины развития АГ. Представлены этапы лечения и реабилитации в зависимости от преобладающей клинической симптоматики. Обосновано использование иглорефлексотерапии (ИРТ) на этапе реабилитации и доказан её положительный лечебный эффект. Проанализированы принципы диагностики психосоматических заболеваний.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, депрессия, иглорефлексотерапия, стресс, тревога

Постулаты нашего великого коллеги Мудрова М.Я. (1776–1831 гг.) о том, что основная задача врача состоит в распознавании и определении причин заболевания, его высказывания о пользе индивидуализации лечения («лечить не болезнь, а больного»), а также в проведении комплексной терапии выдержали испытание временем. Их практическим выражением сегодня является развитие целых медицинских направлений – что и демонстрирует приведенный клинический случай.

ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ

Больная П., 50 лет, год проходила курс лечения и реабилитации в СКБ № 8 им. З.П. Соловьёва – «Клиника неврозов» с 16 января по 24 февраля 2011 г.

Диагноз основной: паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревожность) у акцентуированной личности (F41.0).

Сопутствующие соматические заболевания: гипертоническая болезнь 2 ст. (ст. 2, р. 2); кризовое течение; цереброваскулярная болезнь; язвенная болезнь 12-перстной кишки, ремиссия; синдром раздраженного кишечника; правосторонний нефроптоз. Поступила с жалобами на слабость, утомляемость, снижение толерантности к физическим нагрузкам, тревожный ночной сон; периодически возникающие приступы, сопровождающиеся чувством тревоги, нехваткой воздуха, головокружением, головной болью, повышением артериального давления (АД) до 140/100 мм рт. ст. («обычное» АД – 110/70 мм рт. ст.), сердцебиением, нарушением зрения.

Впервые указанные жалобы появились в сентябре 2010 г. после перенесенного стресса (смерть мужа). Обратилась к терапевту по месту жительства, было выявлено повышение АД до 160/110 мм рт. ст. Принимала Небилет 5 мг (1 таб.) и Тазепам 10 мг (1 таб.) на ночь – АД снизилось до 140/100 мм рт. ст. К лечению был добавлен Плендил 5 мг (1 таб.), эффекта не последовало, что явилось причиной госпитализации в терапевтическое отделение по месту жительства. АД стабилизировалось у цифр 130/90 мм рт. ст., однако про-

должали беспокоить вышеуказанные приступы с ярко выраженными психопатологическими симптомами и периодически возникающими подъемами АД до 150/100 мм рт. ст. Провоцирующим моментом могли быть незначительная эмоциональная нагрузка, нахождение в душном помещении, мелькание предметов перед глазами – это явилось причиной направления в «Клинику неврозов» для прохождения дальнейшего курса лечения и реабилитации.

Психический статус при поступлении. Пациентка в ясном сознании, ориентирована всесторонне правильно, внешне спокойна, фон настроения несколько снижен, в беседе немногословна, предъявляет большое количество соматических жалоб, фиксирована на состоянии здоровья и перенесенной психотравме, озабочена эпизодами повышения давления, ранее ей не свойственными. С врачом корректна, доброжелательна, до конца своих переживаний не раскрывает, интравертирована. Выражены вегетативные стигмы. Интеллектуально-мнестические расстройства, острая психотическая симптоматика, суицидальные тенденции не выявляются.

Консультация терапевта при поступлении. Состояние удовлетворительное. Правильного телосложения, нормального питания. Кожные покровы обычной окраски и влажности. В легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. АД 150/100 мм рт. ст., пульс ритмичный 68 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Дизурических явлений нет. Щитовидная железа расположена в типичном месте, в размерах не увеличена.

Консультация сомнолога. Инсомния психофизиологическая, связанная с адаптацией к условиям исследования. Данных за клинически значимые нарушения дыхания во сне не получены. Рекомендации: соблюдение режима сна.

Консультация эндокринолога. По данным проведенного обследования признаков первичной эндокринной патологии не выявлено.

Консультация невропатолога. Цереброваскулярная болезнь, начальные проявления недостаточности мозгового кровообращения, дорсопатия, мышечно-тонический синдром на шейном и грудном уровнях, синдром вегетативной дисфункции, паническое расстройство.

Проведено комплексное экспериментально-психологическое обследование с использованием рейтинговых шкал и психометрических тестов: госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), методика запоминания 10 слов, тест «качество жизни», сокращенный многопрофильный опросник личности (СМОЛ). Были выявлены: повышенная истощаемость при сохраненных

¹«Холистический» происходит от греческого слова «холон» и означает «цельность», «целостность». Холистическая медицина считает своей задачей лечение человека с позиций его целостности, а не снятие отдельных симптомов заболевания.

²Статья была опубликована в 2011 г. в журнале «Земский врач» № 7.

когнитивных функциях и значительное снижение качества жизни за счет необходимости ограничивать себя в социальных контактах. По данным СМОЛ выявлялась плохо организованная непродуктивная деятельность с вовлеченностью во многие сферы, социальная дезадаптация, соматизированная тревога. По шкале HADS были выявлены высокий уровень тревоги (12 баллов) и депрессии (10 баллов) (N – до 8 баллов).

Назначено медикаментозное лечение: Престариум А 5 мг (1 таб.) утром, Грандаксин 50 мг (1 таб.) утром, Стрезам 50 мг (1 капс. 2 раза в сутки), Глицин (1 таб.) перед сном, Имован 7,5 мг (0,5 таб.) на ночь. Проводились также аутогенная тренировка, лечебная гимнастика, ручной массаж волосистой части головы и шейно-грудного отдела позвоночника, термо- и электрорелаксация.

На фоне проведенного лечения состояние пациентки значительно улучшилось: нормализовался сон, увеличилась толерантность к физическим нагрузкам, АД стабилизировалось у цифр 130/90 мм рт. ст. Тем не менее пароксизмальные приступы сохранялись, и хотя носили менее выраженный характер, продолжали беспокоить пациентку и значительно ухудшали качество ее жизни. Появившиеся жалобы на тошноту, диарею и головокружение вследствие повышенной чувствительности к лекарствам (см. анамнез жизни) также диктовали необходимость поиска новых возможностей для продолжения лечения и реабилитации.

Анализ литературных данных, накопленный практический опыт и страх больной перед приемом farmпрепаратов явились предпосылкой для использования ИРТ.

Лечение проводилось после беседы с пациенткой, получения ее добровольного информированного согласия и осуществлялось согласно установленным стандартам. Использовались иглы отечественного производства из нержавеющей стали с пулеобразной заточкой, практически во всех случаях воздействие осуществлялось вторым вариантом тормозного метода до появления у пациента предусмотренных ощущений, время экспозиции иглы составляло 30 мин., на курс лечения – 15 сеансов (10 ежедневных «лечебных» и 5 «поддерживающих» – с интервалом в два дня). Биологически активные точки (БАТ) в каждом конкретном случае подбирались индивидуально, их рецептура менялась в процессе лечения в зависимости от динамики процесса. Чаще всего использовались БАТ на меридианах сердца, перикарда, заднесрединного, переднесрединного, желудка, толстого кишечника и селезенки – поджелудочной железы.

В результате проведенного лечения и реабилитации АД стабилизировалось у цифр 120/80 мм рт. ст. Нормализовался психический статус, что подтверждалось показателями теста СМОЛ (пришли в норму), а по шкале HADS показатели тревоги и депрессии снизились до нормальных показателей – 7 и 5 баллов соответственно. Катамнез 6 месяцев: здорова, работает, АД 120/70 мм рт. ст.

ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Приведенный клинический случай является показательным в нескольких аспектах.

Во-первых, он наглядно демонстрирует роль психогенного фактора (стресс) как пускового механизма в патогенезе АГ у сенситивной, интравертированной личности. Наличие язвенной болезни желудка (в стадии ремиссии) и синдром раздраженного кишечника подтверждают конституционально обусловленную склонность пациентки к заболеваниям психосоматического характера.

Во-вторых, стрессогенный характер настоящего заболевания подтверждается повышенным уровнем кортизола и пролактина в анализах крови с их последую-

щей нормализацией в результате проведенного лечения (по данным выписки). Подход к АГ как к болезни регуляции и, таким образом, обратимый (теоретически) характер патологического процесса являются основанием для поиска лечебных воздействий как раз в ряду регулирующих методов, к которым и относится ИРТ.

В-третьих, показывает, что спектр нелекарственных возможностей при лечении стресс-индуцированной АГ может быть значительно расширен за счет включения в лечебно-реабилитационные программы ИРТ. Приведенный пример также представляет клинический интерес с позиций холистического подхода к личности больного – говорить о выздоровлении можно только в случае совокупного анализа динамики и инволюции как соматических, так и психических симптомов.

В то же время следует обратить внимание на некоторые особенности диагностики и курации пациентов с психосоматической патологией. О психогенной природе соматического (в нашем случае – АГ) заболевания можно говорить только в том случае, если выполнен полный «золотой стандарт» диагностических исследований применительно к данному виду патологии, с одной стороны, и проведена оценка психологического состояния пациента специалистом соответствующего профиля с использованием психометрических тестов и рейтинговых шкал – с другой. Выработка долгосрочной лечебно-реабилитационной программы для каждого конкретного пациента должна составляться индивидуально. Лечебное воздействие на каждом этапе осуществляется в зависимости от преобладающей симптоматики – в нашем примере антигипертензивные препараты и психофармакотерапия на каждом этапе решали свои специфические задачи. Вопрос об использовании ИРТ возник в связи с повышенной чувствительностью пациентки к лекарственным препаратам, а положительная динамика от проведенной фармакотерапии позволила использовать метод на этапе реабилитации. Следует также отметить, что эффективность рефлексотерапевтического воздействия требует некоторой «терапевтической дисциплины» от пациента и широты клинического мышления от врача-рефлексотерапевта.

Таким образом, стресс-индуцированная АГ как классический пример психосоматического заболевания демонстрирует основные принципы оказания помощи пациентам с подобного рода патологией – этапность, преемственность и многоплановость, что и является ядром лечебно-реабилитационных программ, разрабатываемых сегодня в рамках восстановительной медицины.

Список использованной литературы см. на сайте <http://logospress.ru>

Holistic approach to diagnosis and treatment of psychosomatic disorders in the model of stress-induced hypertension

M.A. Elfimov

Institute for Social and Forensic Psychiatry of V.P. Serbsky
Kropotkinsky lane 23, Moscow, 119991
Specialized Hospital № 8 of Z.P. Solov'yov «Neuroses clinic»
Donskaya st. 43, Moscow, 115419

The role of stress in the genesis of arterial hypertension in clinical case has been shown, as well as types of its treatment and patient rehabilitation. Use of acupuncture during the rehabilitation provides a lot of positive effect. The author analyses approaches to diagnostics of psychosomatic illness.

Key words: acupuncture, anxiety, arterial hypertension, depression, stress