

Возможности лечения психовегетативного синдрома

О.В.Котова

Отдел патологии вегетативной нервной
системы НИЦ Первого МГМУ
им. И.М.Сеченова

Рассматриваются принципы диагностики и лечения психовегетативного синдрома. Комплексный подход существенно улучшает результаты лечения: целесообразно сочетание любых психотропных средств с вегетотропной терапией.

Ключевые слова: психовегетативный синдром, психотропные средства, вегетотропная терапия, этилметилгидроксипиридина сукцинат.

Possibilities of treatment of psychovegetative syndrome

O.V.Kotova

First Moscow Medical State University named
by I.M.Sechenov, Moscow

Principles of diagnosis and treatment of psychovegetative syndrome are considered. Complex approach may significantly improve results of treatment: it is reasonable to combine any psychotropic medications with vegetotropic therapy.

Key words: psychovegetative syndrome, psychotropic medications, vegetotropic therapy, ethylmethylhydroxypyridine succinate.

Синдром вегетативной дистонии (СВД) – диагноз, который ставится врачами различных специальностей огромному количеству пациентов.

К сожалению, часто врачи забывают, что СВД – это совокупность нескольких клинических единиц, а именно:

- психовегетативный синдром (ПВС) – наиболее частая форма СВД;
- синдром периферической вегетативной недостаточности;
- ангиотрофоалгический синдром.

В данной статье речь пойдет преимущественно о ПВС.

В середине прошлого века немецкий исследователь W.Thiele для обозначения надсегментарных вегетативных расстройств предложил термин «психовегетативный синдром». В отечественной литературе данный термин закрепился благодаря работам академика А.М. Вейна, и до сих пор его используют для обозначения СВД, связанного с психогенными факторами, и как проявление эмоциональных и аффективных расстройств [1].

Согласно статистике, у более 25% пациентов общесоматической сети имеет место ПВС. На отдельных территориях России объем диагноза СВД составляет 20–30% от всего объема зарегистрированных данных о заболеваемости, и при отсутствии необходимости направлять больного на консультацию в специализированные психиатрические учреждения он кодируется врачами и статистиками амбулаторно-поликлинических учреждений как соматический диагноз [2, 3]. Более чем в 70% случаев СВД выносится в основной диагноз под грифом соматической нозологии G90.9 – расстройство вегетативной (автономной) нервной системы неуточненное или G90.8 – другие расстройства нервной системы. По результатам опроса 206 врачей-неврологов и терапевтов России, участников конференций, проводимых Отделом патологии вегетативной нервной системы НИЦ и Кафедрой нервных болезней ФППОВ Первого московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова за период 2009–2010 гг., 97% опрошенных применяют диагноз «СВД» в своей практике, из них 64% используют его постоянно и часто [3].

Несмотря на то, что ПВС не является самостоятельной нозологической единицей, большинство врачей используют этот термин для синдромального описания психогенно-обусловленных полисистемных вегетативных нарушений. Последние включают разнообразные по происхождению и проявлениям нарушения соматических (вегетативных) функций, связанные с расстройством их нейрогенной регуляции. Поэтому термины «нейроциркуляторная дистония» или «вегетососудистая дистония» являются частным случаем ПВС и указывают на вегетативные нарушения с акцентом на нарушения в сердечно-сосудистой системе [4, 5].

Чаще всего для пациентов с такой патологией характерна высокая вероятность повторного посещения специалистов, связанная с неудовлетворенностью назначенным лечением.

На приеме у врача больные предъявляют жалобы, прежде всего, на соматовегетативные расстройства: упорные кардиалгии, длительную и «необъяснимую» гипертермию, постоянную одышку, непроходящее ощущение тошноты, изнуряющее потоотделение, головокружения, драматичные для больных вегетативные пароксизмы или, по современной терминологии, «панические атаки» (ПА) и т.д.

СВД может развиваться в результате многих причин и иметь разную нозологическую принадлежность.

СВД может иметь наследственно-конституциональную природу. В этом случае вегетативные нарушения дебютируют в детском возрасте, нередко носят семейный, наследственный характер. С возрастом вегетативная нестабильность может компенсироваться, однако эта компенсация бывает, как правило, нестойкой и нарушается при любых нагрузках (стрессовые ситуации, физические нагрузки, смена климатических условий, профессиональные вредности, а также большое число внутренних факторов – гормональные перестройки, соматические заболевания и др.).

СВД может возникать в рамках психофизиологических реакций у здоровых людей под воздействием чрезвычайных, экстраординарных событий и в острой стрессовой ситуации.

Сведения об авторе:

Котова Ольга Владимировна – к.м.н., старший научный сотрудник кафедры нервных болезней Первого МГМУ

СВД может возникать в периоды гормональных перестроек (пубертат, пременопауза и климакс, беременность, лактация), а также при приеме гормональных препаратов.

СВД встречается при разных профессиональных заболеваниях, органических соматических и неврологических заболеваниях. Лечение основного заболевания приводит к уменьшению или полному исчезновению признаков СВД.

В подавляющем большинстве случаев причиной ПВС являются психические нарушения тревожного или тревожно-депрессивного характера в рамках невротических, связанных со стрессом, нарушений, реже эндогенного заболевания. Психические расстройства – тревога и депрессия, наряду с психическими симптомами, в своей клинической картине имеют соматические или вегетативные нарушения. У одних пациентов вегетативные симптомы являются ведущими в клинической картине заболеваний, у других на первое место выходят психические расстройства, которые сопровождаются яркими вегетативными нарушениями, однако такие больные считают их закономерной реакцией на имеющееся «тяжелое соматическое заболевание». По этой причине пациенты обращаются за помощью к врачу терапевту, кардиологу, гастроэнтерологу или неврологу, что делает проблему ПВС междисциплинарной, и врачам разных специальностей необходимо не только уметь диагностировать болезнь, но и суметь помочь пациенту избавиться от его страданий [1, 6].

Анализ особенностей субъективных и объективных соматических или вегетативных проявлений помогает предположить их психосоматический или психовегетативный характер.

Одной из важнейших особенностей ПВС является полисистемность вегетативных расстройств. Умение врача увидеть, помимо ведущей жалобы, закономерно сопровождающие ее расстройства других систем, позволяет уже на клиническом этапе понять патогенетическую сущность этих нарушений. Например, кардиалгия при ПВС чаще всего связана с мышечным напряжением грудных мышц и тесно связана с усилением дыхания и гипервентиляцией.

Синусовая тахикардия от 90 до 130–140 уд/мин является частым проявлением ПВС. Субъективно больные ощущают не только учащенное сердцебиение, но и то, что сердце «ударяется о грудную клетку», перебои, толчки, замирания (экстрасистолы). Помимо указанных кардиоаритмических расстройств пациенты испытывают общую слабость, головокружения, нехватку воздуха, парестезии [7].

Расстройства желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) психогенной природы выявляются у 30–60% больных, находящихся в отделении гастроэнтерологии. Наиболее серьезным проявлением является абдоминалгия. Особенностью абдоминалгий при ПВС является их склонность к пароксизмам, а также яркое психовегетативное сопровождение (гипервентиляция, повышение нервно-мышечной возбудимости, усиление моторики ЖКТ).

Наличие определенной связи между субъективными переживаниями больного, динамикой психогенной ситуации и появлением или усугублением тех или иных соматических симптомов является одним из критериев ПВС. Редукция соматических жалоб обычно происходит под влиянием седативных средств – валерианы, корвалола, валерианы, бензодиазепинов и др.

При тщательном расспросе пациента можно выявить необычность клинических проявлений и непохожесть на известные соматические страдания. При наличии жалоб на наличие болевого синдрома – кардиалгии или абдоминалгии – характер болевых ощущений может варьировать в широких пределах. Боль может носить

МексиВ 6®



МексиВ 6

ЭтилМетилгидрокси-
пиридина сукцинат 125 мг

Витамин В6
пиридоксин 10 мг

- Анксиолитик без эффекта привыкания и седации
- Нейропротектор
- Антигипоксant

- Вегетопротектор (источник нейротрансмиттеров)
- Антистрессорное действие
- Ноотроп



колющий, давящий, сжимающий, жгучий или пульсирующий характер. Это могут быть также ощущения, далекие по их характеристикам от болевых (дискомфорт, неприятное ощущение «чувства сердца»). Они могут носить нетипичную локализацию для органических болей и более широкую иррадиацию. Например, при кардиалгии боль иррадирует в левую руку, левое плечо, левое подреберье, под лопатку, в подмышечную область, в отдельных случаях может распространяться на правую половину грудной клетки; она продолжительнее, чем при стенокардии. При абдоминалгии боль локализована, как правило, по средней линии живота.

Соотношение представлений больного о своем заболевании (у пациентов с ПВС внутренняя картина болезни «разработана», отличается фантастичностью) и степени их реализации в поведении позволяет определить роль психических расстройств в их патогенезе.

При обследовании пациента с ПВС нет объективных клинических и параклинических признаков, свидетельствующих о наличии органической патологии в той или иной системе [8].

Дифференциальный диагноз СВД следует проводить с тиреотоксикозом, так как при повышении функции щитовидной железы могут появляться вторичные тревожные нарушения, имеющие необходимые объективные и субъективные проявления.

Наиболее ответственной является дифференциальная диагностика кардиалгического и кардиаритмического синдромов со стенокардией, особенно атипичных ее вариантов, и аритмиями. Пациенту в

таких случаях следует пройти специализированное кардиологическое обследование. Это необходимый этап негативной диагностики СВД. В то же время при обследовании этой категории больных необходимо избегать малоинформативных многочисленных исследований, поскольку их проведение и неизбежные инструментальные находки могут поддерживать катастрофические представления пациента о своем заболевании.

Важно также помнить, что проявления СВД в ряде случаев могут быть связаны с побочным действием лекарственных препаратов: амфетаминов, бронходилататоров, кофеина, эфедрина, леводопы, левотероксина, антидепрессантов с выраженным активирующим действием. При их отмене происходит регресс вегетативных расстройств.

В большинстве случаев вегетативные нарушения являются вторичными и возникают на фоне психических. Необходимо помнить, что психовегетативный синдром является первым этапом диагностических размышлений врача, который может быть завершен постановкой нозологического диагноза. В этом случае неопределимую помощь врачу общей практики или неврологу окажет психиатр, определив тип психического расстройства [9].

В настоящее время в терапии психовегетативного синдрома используют следующие группы препаратов:

- вегетотропные средства;
- антидепрессанты;
- транквилизаторы (бензодиазепины типичные и атипичные);
- малые нейрелептики.

Информация о препарате

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ

Этилметилгидроксипиридина сукцинат – ингибитор свободнорадикальных процессов, мембранопротектор, обладающий также антигипоксическим, стрессопротекторным, ноотропным, противозащитным и ангиопротекторным действием. Антиоксидантный препарат, регулирующий метаболические процессы в миокарде и сосудистой стенке.

Механизм действия обусловлен антиоксидантным и мембранопротекторным свойствами. Подавляет перекисное окисление липидов, повышает активность супероксиддисмазы, повышает соотношение липид–белок, улучшает структуру и функцию мембраны клеток. Модулирует активность мембраносвязанных ферментов, рецепторных комплексов, что способствует сохранению структурно-функциональной организации биомембран, транспорта нейромедиаторов и улучшению синаптической передачи. Повышает концентрацию в головном мозге дофамина.

Усиливает компенсаторную активацию аэробного гликолиза и снижает степень угнетения окислительных процессов в цикле Кребса в условиях гипоксии с увеличением аденозинтрифосфорной кислоты (АТФ) и креатинфосфата, активирует энергосинтезирующую функцию митохондрий. Повышает резистентность организма к воздействию различных повреждающих факторов при патологических состояниях (шок, гипоксия и ишемия, нарушения мозгового кровообращения, интоксикация этанолом и антипсихотическими лекарственными средствами).

Улучшает метаболизм и кровоснабжение головного мозга, микроциркуляцию и реологические свойства крови, уменьшает агрегацию тромбоцитов. Стабилизирует мембраны клеток крови (эритроцитов и тромбоцитов), снижая вероятность развития гемолиза. Обладает гиполлипидемическим действием, уменьшает содержание общего холестерина и липопротеинов низкой плотности (ЛПНП).

Улучшает функциональное состояние ишемизированного миокарда, уменьшая проявления систолической и диастолической дисфункции левого желудочка (ЛЖ), а также электрической нестабильности миокарда. В условиях критического снижения коронарного кровотока способствует сохранению структурно-функциональной организации мембран кардиомиоцитов, стимулирует активность мембранных ферментов – фосфодиэстеразы, аденилатциклазы, ацетилхолинэстеразы. Поддерживает разви-

Мексиг В® (ЗАО «Канонфарма продакшн», Россия)

Этилметилгидроксипиридина сукцинат + пиридоксин

Таблетки, покрытые пленочной оболочкой

вающуюся при острой ишемии активацию аэробного гликолиза и способствует в условиях гипоксии восстановлению митохондриальных окислительно-восстановительных процессов, увеличивает синтез АТФ, креатинфосфата и других макроэргов. Увеличивает коллатеральное кровоснабжение ишемизированного миокарда и активизирует энергосинтезирующие процессы в зоне ишемии, что способствует сохранению целостности кардиомиоцитов и поддержанию их функциональной активности.

У больных стабильной стенокардией напряжения повышает толерантность к физической нагрузке и антиангинальную активность нитратов, улучшает реологические свойства крови, снижает частоту развития острой коронарной недостаточности.

Пиридоксин, поступая в организм, фосфорилируется, превращается в пиридоксаль-5-фосфат и входит в состав ферментов, осуществляющих декрбоксилирование, трансаминирование и рацемизацию аминокислот, а также ферментативное превращение серосодержащих и гидроксильных аминокислот. Участвует в обмене веществ; необходим для нормального функционирования центральной и периферической нервной системы. Пиридоксин участвует в обмене триптофана, метионина, цистеина, глутаминовой и других аминокислот. Играет важную роль в обмене гистамина. Способствует нормализации липидного обмена.

ПОКАЗАНИЯ

В составе комбинированной терапии: дисциркуляторной энцефалопатии; синдрома вегетативной дистонии; тревожных состояний при невротических и неврозоподобных состояниях; абстинентного синдрома при алкоголизме с преобладанием неврозоподобных и вегетативно-сосудистых расстройств; ишемической болезни сердца (профилактика приступов); состояний после острой интоксикации антипсихотическими средствами; астенических состояний, а также для профилактики развития соматических заболеваний под воздействием экстремальных факторов и нагрузок; при воздействии экстремальных (стрессорных) факторов.

Разделы: Фармакокинетика, Противопоказания, Способ применения и дозы, Побочные действия, Передозировка, Взаимодействие, Особые указания – см. в инструкции по применению препарата.

В лечении ПВС, учитывая преимущественно его психогенное происхождение, приоритет имеет психотропная терапия. Лечить нужно не симптом или синдром, а болезнь. В случае ПВС это тревожные и депрессивные нарушения [10].

Необходимо отметить, что применение любых психотропных средств целесообразно сочетать с вегетотропной терапией, так как комплексный подход существенно улучшает результаты лечения. Среди широко применяемых для данных целей средств – этилметилгидроксипиридина сукцинат (2-этил-6-метил-3-гидроксипиридина сукцинат) (ЭС) – ингибитор свободнорадикальных процессов. В спектр действия входят мембранопротекторный, антигипоксический, стрессопротекторный, ноотропный, противоэпилептический, анксиолитический эффекты. Этилметилгидроксипиридина сукцинат модулирует активность мембраносвязанных ферментов, рецепторных комплексов (бензодиазепинового, ГАМК, ацетилхолинового), что способствует их связыванию с лигандами, сохранению структурно-функциональной организации биомембран, транспорта нейромедиаторов и улучшению синаптической передачи. ЭС хотя и не является ГАМК, но повышает количество этого нейротрансмиттера в головном мозге и/или улучшает его связывание с ГАМКА-рецепторами [11].

ЭС повышает концентрацию в головном мозге дофамина через повышение активности дофаминовых нейронов в центральной нервной системе, а уровень дофамина важен для таких эмоций, как удовлетворение, радость и т.д. [12].

ЭС повышает резистентность организма к воздействию различных повреждающих факторов при патологических состояниях (шок, гипоксия и ишемия, нарушения мозгового кровообращения, интоксикации этанолом и антипсихотическими лекарственными средствами).

ЭС оказывает церебропротекторное, антиалкогольное, ноотропное, противогипоксическое, транквилизирующее, противосудорожное, противопаркинсоническое, антистрессорное, вегетотропное действие. Из чего следуют показания к применению: лечение острых нарушений мозгового кровообращения, дисциркуляторная энцефалопатия, психовегетативный синдром, невротические и неврозоподобные расстройства с проявлением тревоги, лечение острой интоксикации нейрорептиками и ряд других заболеваний.

Если говорить о терапии ПВС, то этилметилгидроксипиридина сукцинат обладает выраженным транквилизирующим и антистрессорным действием, способностью устранять тревогу, страх, напряжение, беспокойство. ЭС оказывает потенцирующее действие на эффекты других нейрорептиотропных препаратов, под его влиянием усиливается действие транквилизирующих, нейрорептиотических, антидепрессивных, снотворных и противосудорожных средств, что позволяет снизить их дозы и уменьшить побочные эффекты [13].

По спектру действия ЭС можно отнести к дневным транквилизаторам, который эффективен как в условиях стационара, так и в амбулаторной практике, при этом отсутствуют седативный, миорелаксантный и амнезирующий эффекты [14].

Другое не менее ценное лекарственное средство для лечения ПВС, которое применяют в качестве вегетотропного – пиридоксин (витамин В₆) является предшественником глутамата и ГАМК – главных нейротрансмиттеров в ЦНС.

Выраженный дефицит пиридоксина может сопровождаться развитием судорог, которые обычно не поддаются лечению обычными средствами. Кроме

того, наблюдаются повышенная раздражительность, такие симптомы, как дерматит, а также хейлоз, глоссит и стоматит. В психиатрии описано состояние В₆-зависимой тревожности [15, 16].

Врач в своей практике всегда пытается выбирать эффективные препараты с комбинированным действием, имеющие разные точки приложения на патогенез заболевания, так как это повышает приверженность пациента к лечению. Среди таких лекарственных средств – Мексидол. Это комбинированный препарат, который выпускается в таблетках (№30), содержит 125 мг этилметилгидроксипиридина сукцината и 10 мг пиридоксина, и благодаря такому уникальному составу оказывает вегетотропное, анксиолитическое и антистрессорное действия без седативного эффекта и эффекта привыкания, что позволяет эффективно нормализовать психоэмоциональный фон пациента.

Кроме фармакологического лечения крайне важно объяснять пациенту суть заболевания, при этом необходимо убеждать больного, что оно излечимо; объяснять происхождение симптомов, особенно соматических, взаимосвязь их с психическими нарушениями; убеждать, что нет органического заболевания (после тщательного обследования). Кроме того, необходимо рекомендовать регулярные физические упражнения, прекращение курения, уменьшение употребления кофе и алкоголя.

Литература

1. Вегетативные расстройства/Под ред. А.М.Вейна. М.: 1998; 752.
2. Инструкция по использованию международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем десятого пересмотра. Утв. Минздравом РФ 25.05.1998 № 2000/52–98.
3. Акарачкова Е.С. К вопросу диагностики и лечения психовегетативных расстройств в общесоматической практике. Лечащий врач. 2010; 10: 5–8.
4. Дюкова Г.М., Вейн А.М. Вегетативные расстройства и депрессия. Психиатрия и психофармакотерапия. 2000; 1: 2–7.
5. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицинской практике. М.: 2000; 160.
6. Воробьева О.В., Акарачкова Е.С. Фитопрепараты в профилактике и терапии психовегетативных расстройств. Врач. Специальный выпуск. 2007; 57–58.
7. Соловьева А.Д., Акарачкова Е.С., Торопина Г.Г. и др. Патогенетические аспекты терапии хронических кардиалгий. Журн. неврол. и психиат. 2007; 11 (107): 41–44.
8. Краснов В.Н., Довженко Т.В., Бобров А.Е. и др. Совершенствование методов ранней диагностики психических расстройств (на основе взаимодействия со специалистами первичного звена здравоохранения). Под ред. В.Н.Краснова. М.: ИД МЕДПРАКТИКА, 2008; 136.
9. Акарачкова Е.С., Шварков С.Б. Синдром вегетативной дистонии: актуальность применения анксиолитиков. Справочник поликлинического врача. 2007; 5 (5): 4–9.
10. Аведисова А.С. Тревожные расстройства. В кн: Психические расстройства в общей медицинской практике и их лечение/ Ю.А.Александровский М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004; 66–73.
11. Воронина Т.А., Середенин С.Б. Перспективы поиска анксиолитиков. Эксперим. и клин. фармакология. 2002; 65 (5): 4–17.
12. Stahl S.M. Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical application. 3rd ed. Cambridge University Press, 2008; 1117.
13. Косенко В.Г., Карагезян Е.А., Лунова Л.В., Смоленко Л.Ф. Применение Мексидола в психиатрической практике. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2006; 6 (106): 38–41.
14. Воронина Т.А. Мексидол: основные нейрорептиотропные эффекты и механизм действия. Фарматека. 2009; 6: 28–31.
15. Громова О.А. Магний и пиридоксин: основы знаний. М.: 2006; 223.
16. Вейн А.М., Соловьева А.Д., Акарачкова Е.С. Лечение гипервентильационного синдрома препаратом Магне-В₆. Лечение нервных болезней. 2003; 3 (11): 20–22.