

# Современные направления исследований в психосоматической медицине (по итогам Конгресса Ассоциации европейских психиатров)

12—16 марта в Вене (Австрия) проходил Конгресс Ассоциации европейских психиатров (АЕР-2011). Традиционно ряд научных симпозиумов и постерных сессий был посвящен наиболее актуальным вопросам психосоматической медицины.

М. De Hert (Кортенберг, Бельгия), касаясь проблемы установления предикторов развития психосоматических заболеваний, указал на необходимость тщательного соматического обследования таких пациентов в поликлиниках и стационарах любого типа. Автор отметил, что метаболический синдром, ожирение, сахарный диабет (СД) и сердечно-сосудистые заболевания часто встречаются у пациентов с серьезными психическими заболеваниями (шизофренией). У таких больных по сравнению с популяцией высок риск ранней смертности. Отчасти это обусловлено нездоровым образом жизни (неправильное питание, курение, злоупотребление алкоголем, употребление наркотиков, гиподинамия), а также широким распространением у пациентов с шизофренией других заболеваний (стоматологических, инфекционных, некоторых форм онкологических заболеваний). Кроме того, психически больные по разным причинам зачастую не проходят адекватного обследования и не соблюдают врачебные рекомендации.

По данным А. Pachi и соавт. (Афины, Греция), среди всех больных, поступающих в стационар общего профиля, как минимум 7,4% нуждаются в лечении у психиатра. Среди пациентов с коморбидной психической и соматической патологией достоверно преобладают мужчины ( $p < 0,05$ ), средний возраст которых достоверно меньше, чем пациентов только с соматической патологией ( $p < 0,05$ ).

О необходимости комплексного обследования и более дифференцированного подхода к терапии пациентов с психосоматическими заболеваниями свидетельствуют и фармакоэкономические данные В. Ng из Калифорнийского университета (Сан-Диего, США). Автор приводит результаты 14-летней совместной со страховыми и фармацевтическими компаниями работы по внедрению дифференцированного медицинского обслуживания пациентов с психосоматическими расстройствами. На основании результатов ежегодного лечения более 300 больных сделан вывод об экономической и терапевтической эффективности выделения пациентов с психосоматическими заболеваниями из общего потока больных.

Наиболее обсуждаемыми вопросами психосоматической медицины были различные аспекты коморбидности, клинической картины, динамики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний.

Н. Tel и соавт. (Сивас, Турция) сообщили, что перед проведением коронарной ангиографии у пациентов вдвое повышается уровень тревоги, и это может отражаться на результатах обследования. Авторы считают необходимым проведение профилактических ознакомительных встреч и информационных бесед врачей с пациентами.

Н. Aghakhani (Урмия, Иран) также привел данные о влиянии уровня информированности о заболевании на возникновение и выраженность тревожных и депрессивных расстройств, которые отмечаются у 65% пациентов с инфарктом миокарда

(ИМ), затрудняют их реабилитацию, снижают качество жизни и увеличивают риск смерти. При сравнении состояния больных, которым предоставили информацию об ИМ, и больных, не имевших такой информации, отмечено, что, несмотря на отсутствие разницы между группами по уровню тревоги и депрессии до получения информации, выраженность психопатологических расстройств через 2 дня и 2 мес достоверно уменьшалась в случае ее получения ( $p < 0,05$ ).

Ряд сообщений касались взаимного влияния психопатологических и сердечно-сосудистых заболеваний.

Е. Björkenstam и соавт. (Упсала, Швеция) оценивали влияние психопатологических расстройств на развитие летального исхода. Они проанализировали данные о 5 181 743 жителях страны в возрасте 20—64 лет и о 24 475 случаях смерти за 2004—2007 гг. В исследование включали данные о пациентах, наблюдающихся у психиатров не менее 5 лет по поводу психотических, аффективных, тревожных и других расстройств, а также токсикомании. Установлено, что самый высокий уровень смертности отмечался у больных шизофреническим или иным психозом, а также у тех, кто лечился от токсикомании.

В сравнительном исследовании I. Tonhajzerova и соавт. (Мартин, Республика Словакия) подтверждено негативное влияние депрессии на формирование дисрегуляции работы сердца у подростков.

Н. Tel (Сивас, Турция) проведено изучение выраженности проявлений гнева и депрессии у пожилых пациентов с артериальной гипертензией (АГ). Установлено, что гнев при АГ достоверно ( $p < 0,05$ ) взаимосвязан с пожилым возрастом, мужским полом, употреблением алкоголя и курением, депрессия — с женским полом, вдовством, низким уровнем образования и дохода.

С. Nehir и О. Cam (Измир, Турция) оценивали уровень тревоги, депрессии и психосоциальной адаптации у пациентов с ИМ. Авторы подтвердили данные о том, что ИМ чаще развивается у одиноких людей, имеющих небольшой доход, испытывающих трудности при разрешении жизненных ситуаций и подверженных депрессии ( $p < 0,05$ ). В свою очередь депрессия и тревожные расстройства у больных ИМ приводят к усилению дезадаптации ( $p < 0,01$ ). Среди психологических факторов, наиболее значимых для адаптации и качества жизни у больных, перенесших ИМ, авторы выделяют «чувство собственного достоинства», «социальное напряжение», эффективность психологических защит (копинг-стратегий), тип восприятия болезни, уровень социальной и психологической поддержки, характер взаимоотношений и готовность к сотрудничеству с врачом.

Г. Nikolic и соавт. (Нис, Сербия) изучали психологические и поведенческие особенности у пациентов с ИМ. В группе больных ИМ депрессивные и тревожные расстройства отмечались в 23% наблюдений против 10% в группе сравнения (пациенты без ИМ). Выраженность тревоги и депрессии достоверно выше у перенесших ИМ.

Е. Atlantis и соавт. (Перт, Австралия) обследовали 6394 пациента в возрасте 25—74 лет, участвовавших в программе NHEFS (1971—1975 гг. и 1992 г.), и установили, что наличие де-

прессии коррелирует с высоким уровнем смертности (увеличение риска на 80%). В то же время значение депрессии уменьшается (до 2—11%) по мере присоединения других факторов риска (неправильный образ жизни, низкая активность, сопутствующие соматические заболевания и др.).

A. Bruschi и соавт. (Рим, Италия) представили результаты пилотного исследования, посвященного оценке взаимосвязи симптомов депрессии и системного воспаления (уровень СРБ) у больных ИБС. Авторы установили корреляцию между наличием депрессии и уровнем СРБ ( $p=0,02$ ), а также риском развития осложнений ИБС ( $p=0,013$ ). На основании этих данных авторы высказывают предположение о наличии общего патофизиологического (биологического) субстрата для развития депрессии и повышения уровня СРБ, способствующего возникновению ИМ.

О наличии общих патофизиологических механизмов развития сердечно-сосудистой патологии и психопатологических расстройств свидетельствуют и результаты исследования T. Diveky и соавт. (Оломоук, Чешская республика). У пациентов с паническим расстройством на фоне комбинированной терапии препаратами группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и поведенческой психотерапии обнаружено, что комбинированная терапия способствует уменьшению выраженности не только психопатологической симптоматики, но и отклонений основных гемодинамических показателей, возникающих при паническом приступе.

B. Lindelius и соавт. (Стокгольм, Швеция) оценивали адекватность лечения сердечно-сосудистых заболеваний (инсульт, ИМ) и уровень смертности у пациентов с психическими расстройствами. Результаты исследования показали, что в течение 28 дней после развития острого ИМ умирают 30% психически здоровых пациентов и 44% больных с коморбидной психической патологией, а в течение 28 дней после инсульта — соответственно 22 и 34%. Отмечено, что более высокие показатели летальности у пациентов с психической патологией указывают на необходимость оптимизации процессов диагностики, лечения и реабилитации таких больных.

Сообщение M. Touhami (Марракеш, Марокко) посвящено важности психиатрической консультации онкологических пациентов. Автор основывается на результатах опроса 50 врачей Национального института онкологии, согласно которому у 40% пациентов с онкологическими заболеваниями имеются психопатологические расстройства, но только 11,1% из них назначают психотропные препараты, преимущественно транквилизаторы.

A. Karkanias и соавт. (Афины, Греция) психометрическим методом оценивали уровень тревоги и депрессии у пациентов с хроническими обструктивными заболеваниями легких (ХОБЛ) и раком легкого и обнаружили, что у таких больных тревога и депрессия наблюдаются чаще (59,5% случаев), чем в общей выборке госпитализированных пациентов (45,2%). При этом при раке легкого средний балл по шкале Гамильтона достигал 29,48, при ХОБЛ — 23,19 ( $p<0,05$ ), выраженность тревоги — соответственно 14,43 и 11,33 балла ( $p<0,05$ ). Среди демографических характеристик только возрастные показатели достоверно коррелируют с частотой тревоги и депрессии в этой выборке.

В то же время D. Eraslan (Стамбул, Турция) подверг сомнению широко распространенное мнение, что у пациентов, страдающих раком, частота развития депрессии выше, чем у других категорий больных. Автор полагает, что отличия между указанными категориями больных касаются не частоты, а выраженности депрессивных проявлений.

В ряде сообщений, посвященных психосоматическим аспектам СД, подтверждены полученные ранее данные о высокой степени корреляции между риском развития СД и приемом антипсихотиков у пациентов с избыточной массой тела (P. Manu и соавт., Нью-Йорк, США и Кортенберг, Бельгия), а также между депрессией и высоким уровнем кетоацидоза, необходимостью увеличения дозы инсулина у женщин с СД 1-го типа (C. Gois и L. Manarte, Лиссабон, Португалия).

Результаты масштабного исследования, посвященного сравнению вероятности неблагоприятных последствий СД (ампутация конечностей, летальный исход) у пациентов с психическими расстройствами и без таковых, приведены P. Salmi и соавт. (Стокгольм, Швеция). Проанализированы данные 229 956 больных, наблюдавшихся в стационарах в 1996—2005 гг. Среди них выявлены группы пациентов с коморбидными психотическими (шизофреническими или аффективными,  $n=2791$ ) и непсихотическими (преимущественно депрессивными и тревожными,  $n=2327$ ) расстройствами. Больные СД с сопутствующими психопатологическими состояниями умирали вследствие самоубийства или тяжелого течения соматического страдания достоверно чаще, чем больные без психической патологии. Частота ампутации конечностей была выше при наличии депрессивных или тревожных расстройств.

При обследовании пациентов с функциональными желудочно-кишечными расстройствами A. Rodriguez-Ugurtia и соавт. (Барселона, Испания), вопреки данным ряда исследователей, не обнаружили признаков алекситимии. В то же время авторы сделали вывод о необходимости более тщательного обследования этой категории пациентов с целью обнаружения у них тревожно-депрессивной симптоматики.

На основании единичных наблюдений M. Ferrara и соавт. (Модена, Италия) пришли к предварительному заключению о негативном влиянии тяжелых психических расстройств на раннюю диагностику у больных, инфицированных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). Согласно их наблюдениям, психопатологические расстройства затрудняют выявление симптомов заболевания.

По данным R. Krishnadas и соавт. (Глазго, Великобритания), свыше 30% пациентов с псориатическим и ревматоидным артритом страдают депрессией. При этом пациенты не получают лечения антидепрессантами, что существенно ухудшает качество их жизни.

Российские психиатры А.А. Стукало и соавт. (Москва, Россия) изучали влияние хронического стресса и тревожно-депрессивных расстройств на развитие фониатрической патологии. Среди 180 таких пациентов 57,5% имели признаки тревожно-депрессивных расстройств по шкале Гамильтона. В этой группе у 34,5% больных обнаружены органические причины патологии голоса, а у 65,5% — неорганические. При этом в большинстве случаев фониатрическая патология развивалась в условиях хронического стресса (в 65,4% случаев — из-за способности достигнуть поставленной цели, в 18,2% — вследствие этических конфликтов, в 16,4% — из-за недостаточной поддержки окружающих).

Среди психопатологических расстройств, связанных с собственно психосоматическими заболеваниями, большое внимание уделяется расстройствам пищевого поведения. Так, проблеме отказа от стационарного лечения у пациентов с расстройствами пищевого поведения было посвящено сообщение S. Catellani и соавт. (Модена, Италия). Отказ от терапии достоверно коррелирует с такими психосоциальными факторами, как повышенная агрессивность ( $p=0,022$ ), малообщительность

( $p=0,016$ ), социальная изоляция ( $p=0,021$ ), разрыв с родителями ( $p=0,015$ ), переезд ( $p=0,006$ ), смерть отца ( $p=0,005$ ), злоупотребление алкоголем одним из родителей ( $p=0,011$ ), расстройство пищевого поведения у матери ( $p=0,008$ ).

В свою очередь E. Galimberti и соавт. (Милан, Италия) на основании нейropsychологических экспериментов вновь выдвинули теорию об обсессивно-компульсивном характере расстройств при анорексии.

Теоретические аспекты проблемы соматоформных расстройств (СФР) рассматривались в докладе Н.-Р. Karfhammer (Грац, Австрия). С одной стороны, по мнению автора, СФР расцениваются как частные проявления тревожных или депрессивных состояний, с другой — как собственно соматоформные. В современных классификациях нашли отражения оба эти противоречащие друг другу подхода. Н.-Р. Karfhammer приходит к выводу о том, что объединение различных теорий СФР должно базироваться на общем для всех психопатологических проявлений данного круга провоцирующем психосоциальном факторе, играющем заметную роль на протяжении всего заболевания.

М.А. Боброва и А.Е. Бобров (Москва, Россия), обследовав с помощью клинического интервью, симптоматических шкал, личностных и нейropsychологических тестов группу больных с СФР, выделяют четыре подтипа указанных психопатологических расстройств: тревожно-депрессивный, психовегетативный, диссоциативный и параноидно-ипохондрический. Эти варианты отличаются по симптоматологии, степени тяжести и прогнозу.

Отдельный симпозиум был посвящен особенностям патогенеза, диагностики, клинической картины и терапии соматоформного болевого расстройства. К.И. Bäg и соавт. (Йена, Германия), основываясь на собственных данных, считают левое вентролатеральное ядро таламуса главным участком головного мозга, задействованным в развитии болевого синдрома у пациентов с депрессией.

О. Bonnot и соавт. (Париж, Ренн, Франция) привели критический обзор данных литературы о низкой болевой чувствительности у больных шизофренией по сравнению с психически здоровыми. Отмечено, что лишь в 1 из 30 исследований данные получены не на основании беседы с больным или заполнения им анкеты, а путем нейрофизиологических измерений чувствительности к боли. Авторы подчеркнули, что пациенты не обладают сниженной болевой чувствительностью, а лишь по иному воспринимают болевые ощущения. Также выдвинуто предположение, что сниженная болевая чувствительность у больных шизофренией может быть обусловлена как психопатологическими, так и нейрофизиологическими особенностями.

На противоречивости представлений о взаимосвязи посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) с хроническим болевым синдромом, с одной стороны, и сниженной болевой чувствительностью при данном состоянии, с другой, остановился E. Vermetten (Утрехт, Нидерланды). Проведя серию экспериментов с тепловым воздействием у больных и здоровых добровольцев, автор пришел к выводу о правомерности второго утверждения и предположил, что снижение болевой чувствительности у пациентов с ПТСР обусловлено различными психологическими или психопатологическими факторами.

J. Gutierrez-Maldonado и соавт. (Барселона, Испания) отметили, что внимание играет важную роль в восприятии боли. Сосредоточение внимания на боли усиливает болезненные ощущения, тогда как отвлечение внимания может

уменьшать субъективную чувствительность (J. Eccleston и N. Crombez, 1999). В серии исследований авторы подтвердили терапевтический эффект различных методов отвлечения от болевых ощущений.

G. Hajak (Регенсбург, Германия) указал, что, по данным ряда исследований, нарушения сна могут являться циркадианными «масками» восприятия боли, что выражается в ухудшении качества и продолжительности ночного сна, усилении боли в дневное время. Отмечено, что психотерапевтическое и фармакологическое лечение боли нужно проводить круглосуточно, включая период ночного сна.

Один из симпозиумов был посвящен вопросам психопатологии, связанной с предменструальным синдромом (ПМС).

M. Arbabi и соавт. (Тегеран, Иран) при помощи психометрических шкал изучали коморбидность ПМС с другими психопатологическими расстройствами. Выраженность установленной коморбидности авторы определили как «чрезвычайную» для соматизированных (44%), обсессивно-компульсивных (59%), депрессивных (58,4%), тревожных (64,5%), дисфорических (47%) и психотических (69,3%) расстройств и как «пограничный уровень» для сенситивных (44,6%) и параноидальных (42,8%) расстройств. Также установлено, что у большинства (46,4%) пациенток с ПМС отмечаются умеренно выраженные фобии. Выявленные корреляции могут затруднять диагностику ПМС и психопатологических расстройств.

K.S. Ahangar и T.A. Gatab (Тегеран, Иран) при психометрическом обследовании не обнаружили существенных различий в клинической картине ПМС между группами пациенток, прошедших и не прошедших обучение по управлению гневом.

Другие иранские исследователи S. Ghooshchianchoobmasjedi и M. Dehghani (Семнан, Иран), исследуя роль ПМС и «психологических» переменных (депрессия, тревога, напряжение) в качестве предикторов кесарева сечения, не нашли достоверной связи между указанными факторами.

Данные о распространенности послеродовой депрессии в Иране привели M. Zangene и соавт. (Керманшах). Отмечено, что у 40,7% рожениц диагностируется аффективная патология. При этом у рожавших с помощью кесарева сечения, у имевших нормальные физиологические роды и при наложении щипцов депрессия встречалась в 50; 40,5 и 27% случаев соответственно.

M. Flores-Ramos и I. Mendez Ramirez (Мехико, Мексика) изучали гормональный профиль у беременных с наличием депрессии и без нее. В случае депрессии отмечены снижение уровня лютеина и прогестерона и повышение содержания общего тестостерона в сыворотке крови.

A. Bowen и соавт. (Саскатун, Канада) представили результаты исследования депрессии в перинатальный период. Частота депрессии в ранний период (до 17 нед) беременности составила 14%, в поздний период (30 нед) — 11,5%, а при затяжной (41 нед) беременности — 9,8%. Все психосоциальные факторы (семейная отягощенность, предшествующие аффективные эпизоды и лабильность, нехватка социальной поддержки, проблемы в межличностных отношениях, тревога и наличие стресса) увеличивали риск развития депрессии. Важным представляется заключение авторов о высокой эффективности раннего начала психотерапевтического лечения депрессий у данной категории больных.

к.м.н. В.Э. Медведев, РУДН, Москва