



Трудный пациент: синдром вегетативной дистонии



Вегетативные расстройства часто являются вторичными проявлениями различных патологий, с этим связана сложность диагностики и терапии синдрома вегетативной дистонии. Вопросам своевременного выявления и эффективного лечения этих нарушений был посвящен образовательный семинар «Трудный пациент: синдром вегетативной дистонии», состоявшийся в рамках форума «Человек и лекарство» при поддержке компании ОАО «Валента Фарм».

Соматические маски синдрома вегетативной дистонии

Профессор кафедры нервных болезней ФППОВ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, д.м.н. О.В. ВОРОБЬЕВА напомнила собравшимся, что, как правило, под термином «вегетативная дистония» понимают психогенно обусловленные полисистемные вегетативные нарушения. Вегетативная дистония – не нозологический диагноз, но диагностическая категория, чрезвычайно часто используемая врачами на этапе уточнения психопатологического синдрома, сопряженного с вегетативными патологиями. Вегетативная нервная система регулирует функции внутренних органов, кровеносных и лимфатических сосудов, гладких и – частично – поперечно-полосатых мышц, а также отвечает за адаптацию организма к стресс-



Профессор О.В. Воробьева



Образовательный семинар компании ОАО «Валента Фарм»

сам. Неадекватный стрессовому воздействию вегетативный ответ может стать причиной психосоматических расстройств, которые проявляются различными нарушениями:

Синдром вегетососудистой дистонии вызывается нарушением активности норадреналиновых, серотониновых и ГАМК-нейронов, поэтому терапия должна осуществляться препаратами, воздействующими на эти нейротрансмиттеры (серотонин, норадреналин, ГАМК).

- со стороны нервной системы: несистемные головокружения, нарушения равновесия, головная боль, тремор, мышечные подергивания, вздрагивания, парестезии, ощущение дурноты, предобморочные состояния;
- со стороны сердечно-сосудистой системы: тахикардия, экстрасистолия, неприятные ощущения в груди, кардиалгия, артериальная гипер- и гипотония, дистальный акроцианоз;
- со стороны респираторной системы: гипервентиляция, затруднение дыхания, одышка, ощущение нехватки воздуха, зевота;
- со стороны пищеварительной системы: тошнота, диспепсия, диарея, боли в животе, метеоризм, сухость во рту, отрыжка;
- нарушения терморегуляции: неинфекционный субфебрилитет, периодический озноб, диффузный и локальный гипергидроз.

Таким образом, вегетативные нарушения затрагивают практически все функциональные системы организма.

Одними из наиболее частых форм вегетативной патологии являются психовегетативные нарушения, которые врачи устанавливают на синдромальном уровне. Для психовегетативного синдрома характерны чувство беспокойства, нервозность, раздражительность, нарушения сна, перевозбуждение (неусидчивость, кусание губ, произвольные движения и др.) и нередко гипервентиляционные нарушения (усиленное дыхание, парестезия, тетания). Нейрогенная тетания имеет персистирующий характер и плохо поддается лечению психотропными препаратами. Даже после успешного лечения психовегетативного синдрома у многих па-

циентов сохраняются симптомы тетании. Наиболее частыми проявлениями скрытой тетании являются парестезии – чувствительные нарушения (онемение, покалывание, ползание мурашек, гудение, жжение) и кратковременные болевые ощущения, которые возникают спонтанно и характеризуются преимущественным вовлечением рук и центральных типом распределения.

Существуют так называемые уязвимые группы людей с высоким риском формирования психовегетативного синдрома. К ним можно отнести пациентов пожилого возраста с низким доходом, неработающих, переживших психотравмирующие ситуации за последний год, с хроническими соматическими и/или неврологическими заболеваниями в анамнезе.

Профессор О.В. Воробьева привела алгоритм диагностики психовегетативного синдрома:

- исключение соматических заболеваний исходя из предъявляемых пациентом жалоб;
- выявление полисистемных вегетативных расстройств;
- определение сопутствующих (психических) симптомов вегетативной дисфункции;
- выявление связи между динамикой психогенной ситуации и появлением или усугублением вегетативных симптомов;
- уточнение характера течения вегетативных расстройств.

Терапия психовегетативного синдрома включает несколько стратегических этапов.

1. Синдромальная диагностика психовегетативного синдрома.
2. Оценка типа психического расстройства: уровень тревоги, депрессии (психометрическое тестирование).
3. Информирование пациента о сути болезни, ее причине, возможности терапии, прогнозе.
4. Выбор оптимальной тактики лечения, в частности, решение вопроса о моно- или политерапии. Назначение адекватной дозы препарата, оценка переносимости и полноты соблюдения пациентом режима терапии.
5. Определение продолжительности курсового лечения.

Синдром вегетососудистой дистонии вызывается нарушением активности норадреналиновых, серотониновых и ГАМК-нейронов, поэтому терапия должна осуществляться препаратами, воздействующими на эти нейротрансмиттеры (серотонин, норадреналин, ГАМК). Препаратами первого выбора считаются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС). Среди преимуществ использования препаратов группы СИОЗС можно выделить высокую безопасность при передозировке, возможность длительной терапии, широкий спектр терапевтических возможностей. Од-

психиатрия

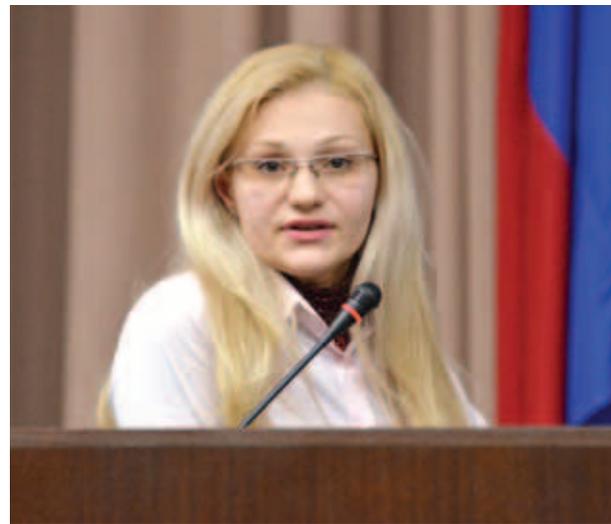


нако, несмотря на ряд положительных свойств, СИОЗС имеют и некоторые недостатки. Среди побочных действий отмечаются усиление тревоги, тошнота, головные боли, головокружение в течение первых нескольких недель лечения. Профессор О.В. Воробьева акцентировала внимание на том, что более эффективным вариантом терапии является использование комбинации СИОЗС с малыми нейролептиками, в частности алимемазином (Тералиджен®), положительный опыт применения которого накоплен у клиницистов.

Место малых нейролептиков в терапии синдрома вегетативной дистонии

Продолжила тему эффективной фармако-терапии психовегетативного синдрома Е.С. АКАРАЧКОВА (к.м.н., Первый МГМУ им. И.М. Сеченова). Несмотря на то что нозологической единицы «синдром вегетососудистой дистонии» не существует, в отдельных регионах России этот диагноз составляет 20–30% от общего количества зарегистрированных заболеваний. При отсутствии необходимости направлять больного на консультацию в специализированные психиатрические учреждения он кодируется врачами и статистиками амбулаторно-поликлинических учреждений под грифом соматической нозологии G90.9 (расстройство вегетативной (автономной) нервной системы неуточненное) или G90.8 (другие расстройства вегетативной нервной системы).

Е.С. Акарачкова отметила, что современная терапия синдрома вегетативной дистонии предполагает использование медикаментозных и немедикаментозных средств. Среди нелекарственных методов лечения можно выделить аутогенные тренировки, дыхательно-релаксационный тренинг, дыхательную гимнастику, психотерапию. Что касается лекарственных средств, то применение бета-блокаторов, блокаторов кальциевых каналов, ноотропных и сосудистых препаратов, витаминов неэффективно, так как эти лекарственные средства не влияют на процессы восстановления нейромедиаторного баланса. Наиболее рациональный путь заключается в назначении психотропной терапии. Е.С. Акарачкова еще раз подчеркнула достоинства использования СИОЗС в комбинации с алимемазином (Тералидженом). Комплексный прием способствует воздействию на более широкий спектр эмоциональных и соматических симптомов (в особенности на болевые ощущения), заключает в себе потенциал для более быстрого начала антидепрессивного эффекта, повышает вероятность ремиссии. Вместе с тем возможна и монотерапия синдрома вегетативной дистонии препаратом Тералиджен®.



Е.С. Акарачкова

Использование СИОЗС в комбинации с алимемазином (Тералидженом) способствует воздействию на более широкий спектр эмоциональных и соматических симптомов (в особенности на болевые ощущения), включает в себе потенциал для более быстрого начала антидепрессивного эффекта, повышает вероятность ремиссии. Вместе с тем возможна и монотерапия синдрома вегетативной дистонии препаратом Тералиджен®.

Кроме того, Тералиджен® характеризуется благоприятным профилем эффективности и безопасности. Широкий спектр его действия обусловлен модулирующим воздействием на центральные и периферические рецепторы. Слабое влияние на блокаду D2-рецепторов мезолимбической и мезокортикальной системы обуславливает мягкое антипсихотическое действие препарата. При этом он не вызывает тяжелых побочных эффектов в виде ятрогенной гиперпролактинемии и экстрапирамидной недостаточности, которые наблюдаются при назначении других антипсихотиков. Тералиджен® зарекомендовал себя в качестве эффективной монотерапии при следующих состояниях:



Образовательный семинар компании ОАО «Валента Фарм»

Таблица 1. Оригинальная схема приема препарата Тералиджен®

День приема	Время приема	Количество препарата
1–4-й	Вечер*	1/2 таблетки (2,5 мг)
5–7-й	Вечер	1 таблетка (5 мг)
8–10-й	Утро Вечер	1 таблетка (5 мг) 1 таблетка (5 мг)
С 11–12-го дня	Утро День Вечер	1 таблетка (5 мг) 1 таблетка (5 мг) 1 таблетка (5 мг)

* Для уменьшения возможного эффекта седации при вхождении в терапию или у пациентов с сочетанными диссомническими расстройствами возможен перенос приема вечерней дозы за 30–40 минут до ночного сна.

- чрезмерная нервозность, возбудимость;
- сенестопатические ощущения;
- тошнота, боль, зуд в рамках соматизированных психических расстройств;
- чувство внутреннего напряжения;
- нарушения сна, в частности трудности засыпания (препарат обладает коротким периодом полувыведения (3,5–4 часа) и не вызывает постинсомнической оглушенности, вялости, ощущения тяжести в голове и теле).

Благоприятный профиль эффективности и переносимости Тералиджена позволяет широко применять его у пациентов с психовегетативным синдромом. Средняя терапевтическая доза составляет 15 мг/сутки, в три приема. Эффект наступает через 15–20 мин после приема, длительность его составляет 6–8 часов. Е.С. Акарачкова подчеркнула, что важным фактором комплаентности является назначение Тералиджена по следующей схеме (табл. 1): первые четыре дня назначают по 1/2 таблетки на ночь, в течение последующих трех дней – по 1 таблетке на ночь, далее прибавляется 1 таблетка в утреннее время, а через три дня еще и в дневное время. Таким образом, через 10–11 дней пациент принимает полноценную терапевтическую дозу препарата.

Синдром вегетативной дистонии и тревога. Рациональная противотревожная терапия

Чаще всего вегетативная дисфункция сопряжена с эмоционально-аффективными расстройствами: тревогой, депрессией, ипохондрией и др. Лидером среди психопатологических синдромов, ассоциированных с вегетативной дисфункцией, является тревога.

Д.м.н., профессор Первого МГМУ им. И.М. Сеченова М.Ю. ДРОБИЖЕВ отметил, что причиной кардинальных (сердцебиение, боли в груди, увеличение частоты сердечных сокращений и объема сердечного выброса) и гипервентиляционных (приступы страха с ощущением одышки, удушья, нехватка воздуха

с «комом» или другой «преградой» в горле, иногда с увеличением числа дыхательных движений) панических атак становится избыток норадреналина. Гастроинтестинальные панические атаки (тошнота, дискомфорт в эпигастрии, потеря аппетита, позывы на дефекацию) вызывает повышенная серотониновая активность. Иногда приведенные симптомы приобретают постоянный и стойкий (генерализованный) характер (генерализованное тревожное расстройство). Нередко эти нарушения столь тягостны, что заставляют больных избегать ситуаций, в которых они преимущественно возникают. В этом случае развиваются социо- и агорафобии.



Профессор М.Ю. Дробижев

В терапии тревожных расстройств наиболее часто используются лекарственные средства растительного происхождения, бензодиазепины, барбитураты, антидепрессанты, нейролептики. Однако не всегда назначаемые препараты соответствуют критериям переносимости и безопасности.

У лекарств растительного происхождения отсутствуют фармакологические свойства, обуславли-

психиатрия

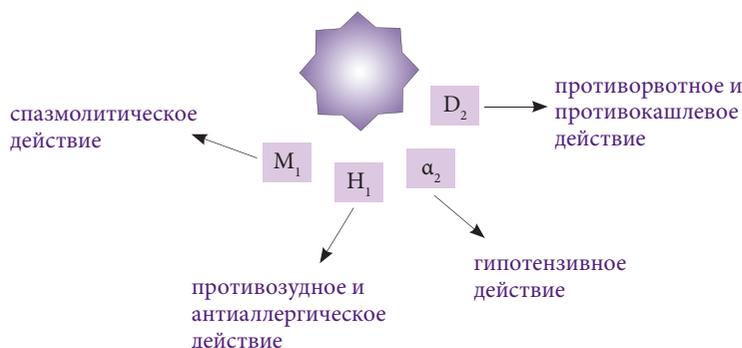


Рис. 1. Соматотропные свойства препарата Тералиджен®

Не следует, группируя симптомы, подбирать несколько купирующих их препаратов. Гораздо рациональнее назначить эффективное и безопасное лекарственное средство для лечения состояний вегетативной нестабильности – Тералиджен®.

ющие их воздействие на обмен ГАМК, серотонина и норадреналина, поэтому данные препараты не могут рассматриваться в контексте патогенетической терапии тревожных расстройств. Кроме того, в их состав входят многочисленные вещества, спектр активности которых варьирует от растворителей, дубителей и красителей до кардиотонических и отхаркивающих средств.

Современные бензодиазепины в силу различий в структуре отличаются по своей возможности воздействовать на ГАМК-рецепторы, а следовательно, по противотревожной активности. Однако чем более мощным механизмом действия обладают препараты, тем сильнее будут выражены и побочные эффекты, поэтому бензодиазепины применяются для лечения более выраженных тревожных расстройств или купирования острых тревожных состояний.

Фармакологическая активность барбитуратов обусловлена тем, что препараты улучшают связывание ГАМК с соответствующими рецепторами. Однако мощность тормозящего влияния барбитуратов на центральную нервную систему такова, что при их применении возникает не только седация, но и

угнетение различных отделов центральной нервной системы, обеспечивающих поддержание жизненно важных функций. У барбитуратов также очень высокий потенциал формирования зависимости.

При лечении симптомов агорафобии, социофобии, генерализованного тревожного расстройства, которые связаны с дефицитом серотонина и норадреналина, наряду с бензодиазепинами целесообразно назначение антидепрессантов. Действие этих препаратов обусловлено либо угнетением обратного захвата нейротрансмиттеров из межсинаптической щели обратно в нейрон, либо воздействием на регуляторные рецепторы.

Для лечения тревожных расстройств широко используются средства, восстанавливающие активность ГАМК-ергической системы, – блокирующие альфа-1-адренорецепторы. К настоящему времени очень хорошо изучен препарат Тералиджен® (алимемазин), который оказывает серотонинблокирующее и умеренное альфа-адреноблокирующее действие, а также обладает рядом соматотропных свойств (рис. 1).

Антипсихотический механизм действия препарата связан с блокадой дофаминовых D2-рецепторов мезолимбической и мезокортикальной системы. Седативный эффект обусловлен блокадой адренорецепторов ретикулярной формации ствола головного мозга; противорвотное действие – блокадой D2-рецепторов триггерной зоны рвотного центра; гипотермическое – блокадой дофаминовых рецепторов гипоталамуса. Кроме того, Тералиджен® оказывает влияние на норадреналиновую, серотониновую и дофаминовую медиаторные системы. Таким образом, этот препарат незаменим в терапии агорафобии, социофобии, генерализованного тревожного расстройства, а также:

- неврозов и неврозоподобных состояний эндогенного и органического генеза с преобладанием сенестопатических, ипохондрических, фобических и психовегетативных расстройств;
- психопатии с астеническими и психоастеническими расстройствами;
- тревожно-депрессивных состояний в рамках пограничных эндогенных и сосудистых заболеваний;
- сенестопатических депрессий, соматизированных психических расстройств;
- состояний волнения и тревоги при соматических заболеваниях;
- нарушений сна различного генеза;
- аллергических реакций (симптоматическое лечение).

В завершение семинара профессор М.Ю. Дробижев подчеркнул, что не следует, группируя симптомы, подбирать несколько купирующих их препаратов. Гораздо рациональнее назначить эффективное и безопасное лекарственное средство для лечения состояний вегетативной нестабильности – Тералиджен®. ✨

Тералиджен®

От **SOS** ТОЯНИЙ
ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ

Тералиджен®
уникальный
вегетостабилизатор!

- Эффективно устраняет вегетативные нарушения благодаря комплексному влиянию на рецепторы ЦНС
- Купирует все проявления тревоги и стресса
- Наступление эффекта через 10—15 минут
- Безопасен для больных пожилого возраста
- Может назначаться детям с 7 лет
- Доступен по цене



ОАО «Валента Фарм»
Москва, ул. Генерала Дорохова, д. 18, стр. 2
тел. (495) 933-60-80, факс (495) 933-60-81

