



Проблема пациента: тайные знаки нервной системы

В рамках телеконференции с международным участием, организованной компанией «Валента Фарм», рассматривались проблемы дифференциальной диагностики психических сдвигов у соматических больных. Обсуждались актуальные возможности диагностического инструмента для выявления соматизированных психических расстройств – опросника 4DSQ/4ДДТС, разработанного голландскими исследователями для оценки дистресса, депрессии, тревоги, соматизации и прошедшего русскоязычную адаптацию. Были представлены итоги российской неинтервенционной наблюдательной программы СТАРТ, в ходе которой была подтверждена эффективность препарата Тералиджен в устранении соматических и психоэмоциональных симптомов. В работе телеконференции приняли участие зарубежные и российские эксперты в области неврологии и психиатрии, а также ведущие специалисты из крупнейших российских регионов.

Роль наблюдательных программ для практической медицины

Открывая телеконференцию, академик РАН, заслуженный деятель науки РФ, директор научно-образовательного центра «Психосоматическая медицина», заведующий кафедрой психиатрии и психосоматики Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Анатолий Болеславович СМУЛЕВИЧ отметил большое значение таких наблюдательных программ, как программа СТАРТ, для практической медицины и поблагодарил компанию «Валента Фарм» за поддержку в ее реализации.

Расстройства вегетативной нервной системы остаются частой причиной обращения пациентов к терапевтам и неврологам амбулаторного звена. Уточнить природу таких расстройств на амбулаторном приеме зачастую бывает очень сложно, особенно если имеют место вегетативные пограничные психосоматические расстройства.

Академик РАН А.Б. Смулевич охарактеризовал основные психические расстройства, которые обычно наблюдаются в практике врача-невролога. Во-первых, это расстройства, которые отмечаются в дебюте неврологических заболеваний (болезнь Паркинсона, рассеянный склероз, инсульт): депрессия/дистимия, синдром хронической усталости, различные тревожно-фобические расстройства и патохарактерологические изменения.

Во-вторых, к неврологу также часто обращаются пациенты со стертыми формами расстройств вегетативной нервной системы, за которыми могут скрываться более серьезные психические заболевания. Так, синдром юношеской несостоятельности, диссоциативные расстройства, патологическая реакция горя, дисморфофобия/мания, двигательные расстройства могут лежать в продроме психических болезней.

В-третьих, в практике невролога нередко встречаются и псевдосоматические/псевдоневротические расстройства, которые имитируют соматическую патологию. Речь идет о конверсионных расстройствах, псевдоэпилептических и истерических припадках, алгиях и органичных неврозах, нозофобиях и наличии невропатической конституции у пациента.

Таким образом, к неврологу обращаются пациенты с широким спектром психических расстройств. Отсутствие четких диагностических алгоритмов существенно затрудняет их вычленение. В этой связи, по словам академика РАН А.Б. Смулевича, возникла необходимость в простом и точном диагностическом инструменте, в качестве которого и был выбран опросник голландского специалиста д-ра Беренда Терлуина (The Four-Dimensional Symptom Questionnaire – 4DSQ), а русскоязычная версия вопросника (4ДДСТ) была успешно апробирована в рамках наблюдательной программы СТАРТ.



Телеконференция с международным участием

Диагностика автономных расстройств. Ведение пациентов с диагнозом вегетативной дистонии, соматоформной дисфункции нервной системы

Проблему диагностики автономных расстройств поднял заведующий кафедрой нервных болезней, директор клиники нервных болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, д.м.н., профессор Владимир Анатольевич ПАРФЕНОВ. Он отметил, что пациенты, обращаясь за помощью к неврологу, как правило, уже имеют целый спектр самых разнообразных неврологических расстройств, которые в соответствии с международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) определяются как расстройства вегетативной (автономной) нервной системы (G90) и кодируются преимущественно как «другие расстройства автономной нервной системы» (G90.8) и «расстройство автономной нервной системы неуточненное» (G90.9). «По сути мы наблюдаем патологию вегетативной нервной системы при отсутствии неврологического заболевания», – пояснил профессор В.А. Парфенов.

Между тем еще академик РАМН А.М. Вейн в своей книге «Вегетативные расстройства» (2010) представил классификацию вегетативных нарушений, которые проявляются в виде самых разнообразных вегетативно-эмоциональных синдромов, невротозов, психических заболеваний, органических заболеваний головного мозга, соматических заболеваний, выступают в виде сегментарных или периферических вегетативных нарушений и т.д. Структура синдрома вегетативной нервной дисфункции представлена прежде всего психовегетативным синдромом, а также синдромом периферической вегетативной недостаточности и ангиотрофоалгическим синдромом. За этими синдромами может скрываться огромное количество разнообразных заболеваний, которые очень сложно дифференцировать врачам амбулаторного звена. Вследствие размытости границ синдромов дисфункции автономной нервной системы и психосоматических расстройств отсутствуют четкие диагностические и лечебные алгоритмы для оказания специализированной помощи таким пациентам. Ошибки в ведении пациента с диагнозом «вегетативная дистония» препятствуют постановке правильного диагноза, снижают качество жизни больных, создают иллюзию положительного действия многих малоэффективных лекарственных средств и методов лечения.

Рациональный, научно обоснованный подход предполагает установку правильного диагноза, эффективное лечение врачом-неврологом сочетанных неврологических заболеваний, а при наличии у больного выраженной тревоги, депрессии или других психических расстройств – консультацию врача-

психиатра. Именно такой подход способствует повышению приверженности пациентов регулярному лечению. Однако он невозможен без инструмента для первичного скрининга психических сдвигов в структуре синдрома вегетативной дистонии в условиях первичного звена, позволяющего грамотно проводить маршрутизацию пациентов и использовать стандарты лечения по назначению.

История создания и практическая ценность опросника 4DSQ

В начале своего выступления врач общей практики, старший научный сотрудник кафедры терапии и геронтологии научно-исследовательского института EMGO медицинского центра Университета VU Амстердама (Нидерланды), доктор Беренд ТЕРЛУИН (Berend Terluin), поблагодарив компанию «Валента Фарм» и всех участников телеконференции за столь пристальное внимание к разработанному им в соавторстве с голландскими специалистами опроснику 4DSQ, кратко охарактеризовал сферу своих научных интересов. Они включают в первую очередь проблемы стресса или нервного срыва, то есть состояния, близкого по своей сущности к расстройствам адаптации и эмоциональному выгоранию. По словам д-ра Б. Терлуина, голландские терапевты используют в качестве диагноза термин «нервный срыв», который считается нормальной реакцией на слишком большой стресс. Человек не может справиться со стрессом самостоятельно, что приводит к социальной дисфункции и получению больничных листов по нетрудоспособности.

«В конце 1980-х – начале 1990-х гг., будучи врачом общей практики, я задался целью установить, в чем отличия нервного срыва от тревожных и депрессивных расстройств. Я обнаружил, что нервный срыв прежде всего характеризовался очень тяжелым дистрессом, раздражительностью, утомляемостью, чувством напряжения, проблемами со сном и всеми симптомами типа „больше не могу“», – пояснил докладчик. На основании собранных данных, проведения факторного и кластерного анализа д-р Б. Терлуин определил четыре основных фактора/домена нервного срыва: дистресс, депрессия, тревога, соматизация. Конечным результатом проведенной работы стала разработка четырехмерного опросника 4DSQ для оценки и разделения клинических проявлений этих факторов в условиях первичного звена.

Опросник 4DSQ представляет собой анкету для самостоятельного заполнения пациентами. Перечень вопросов состоит из 50 пунктов, оценивающих выраженность симптомов по шкалам дистресса (16 пунктов), депрессии (6 пунктов), тревожности

психиатрия



(12 пунктов) и соматизации (16 пунктов). Согласно представленной четырехфакторной модели, дистресс коррелирует с соматизацией и лежит в основе депрессии и тревоги.

Анализ суммы баллов по шкале дистресса дает возможность оценить серьезность проблемы и уточнить последствия стресса. Сумма баллов по шкале депрессии позволяет определить вероятность наличия депрессивного расстройства, более конкретные и специфические симптомы которого можно выявить с помощью шкалы тревожности. Шкала соматизации помогает уточнить выраженность соматических симптомов, которые обычно сопутствуют дистрессу, оценить наличие некоторых факторов (стресс, «сенситизация» центральной нервной системы, когниции, болезненное поведение и пр.), стимулирующих и ускоряющих развитие расстройства. В результате анализа полученных ответов можно говорить о характере преобладающего компонента в структуре психических расстройств у пациента.

Завершая выступление, Б. Терлуин подчеркнул, что применение опросника 4DSQ в рутинной клинической практике способствует выявлению тревожности и депрессивных расстройств, позволяет оценить степень тяжести заболевания в динамике, облегчает обсуждение с пациентом его психологических проблем.

Локализация и валидация опросника 4DSQ в России

Как отметила заведующая научно-образовательным клиническим центром «Психосоматическая медицина» Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, д.м.н., профессор Алиса Владимировна АНДРЮЩЕНКО, данные аналитических отчетов за последние годы подтверждают, что уточнение природы нарушений расстройств у больных с диагнозом «дисфункция вегетативной нервной системы» на амбулаторном приеме неврологов весьма затруднено. Существует проблема гиподиагностики психических нарушений, отсутствует клиническая квалификация большого числа жалоб, определяемых психологами как психологический дистресс. Данные собственных исследований и результаты аналитических отчетов демонстрируют необходимость разработки междисциплинарного подхода к диагностике патологии, скрытой под диагнозом «расстройства вегетативной нервной системы».

В 2013 г. Совет экспертов, возглавляемый академиком РАН Н.Н. Яхно и А.Б. Смулевичем, подтвердил, что система здравоохранения РФ нуждается в эпидемиологических исследованиях для уточнения места расстройств вегетативной нервной системы в структуре заболеваемости, в новой

парадигме диагностики и лечения этой патологии (это невозможно было сделать без согласования различных рубрикаций – разделов F и G по МКБ-10), в разработке системного подхода к оказанию медицинской помощи. Полученные результаты могли бы способствовать оптимизации лечебного процесса на уровне специальности «неврология», модернизации спектра лечебных услуг, в том числе легитимизации выписки неврологами ряда лекарств с психотропными свойствами.

В этой связи большой интерес, по мнению профессора А.В. Андрющенко, представляют результаты предложенной Советом экспертов многоступенчатой программы изучения расстройств автономной вегетативной нервной системы (2012–2014). Прежде всего была запущена новая технология первичного скрининга психических расстройств, ориентированная на больных с расстройствами вегетативной нервной системы. После обобщения российского и зарубежного клинического опыта и поиска универсального инструмента для выявления психических нарушений у данной категории пациентов был выбран опросник 4DSQ. Он прошел клиническую валидацию в Нидерландах и оценку кросс-культурной надежности в Польше, где показал хорошие психометрические свойства.

Клиническая релевантность представленного инструмента не вызывает сомнений. Опросник признан высокочувствительным скрининговым инструментом, способным улавливать и проводить первичное дифференцирование в пределах четырех доменов, которые могут находиться в различных ассоциациях и степени превалирования у разных пациентов (рис. 1).

Домены «депрессия» и «тревога» позволяют провести раннюю диагностику депрессий и расстройств тревожного спектра с характеристикой уровней гипотонии, соматизации и дистресса. Домен «соматизация» – раннюю диагностику «презентационной» соматизации, то есть доминирующих соматизированных проявлений, характеризующих психические заболевания. Домен «дистресс» дает возможность не только диагностировать уровень психической травматизации, но и определить клинические особенности верифицированных психических расстройств у данного пациента с учетом возможной патогенетической связи дистресса с депрессивным, тревожным и соматоформными расстройствами. Проявления дистресса могут быть аналогичны симптомам соматоформной дисфункции автономной нервной системы, что в МКБ-10 относится к области психической патологии (кодировки F), а дальнейшая классификация данного расстройства проводится в зависимости от степени соотношения психического и соматического компонентов в картине заболевания.

Было принято решение о трансфере опросника 4DSQ в отечественную клиническую практику.



Телеконференция с международным участием

По словам профессора А.В. Андрющенко, актуальность переноса такого инструмента в условия российской медицинской реальности очевидна. Представленный инструмент содержит 50 вопросов, на которые пациент с верифицированным по комплексу соматических признаков диагнозом «расстройство вегетативной нервной системы» способен ответить за 7–15 минут. Это не несет дополнительной фармакоэкономической нагрузки на систему здравоохранения.

Процедура трансфера подразумевала лингвистическую валидацию и психометрическое тестирование, которое проводилось путем сравнения результатов, получаемых при тестировании с помощью данного опросника в популяции оригинальной языковой версии (Нидерланды) и в русскоязычной популяции. На этапе лингвистической валидации были выполнены адекватный перевод опросника на русский язык, «обратный» перевод, тестирование полученной версии в ходе интервью с пациентами и окончательная проверка текста независимыми экспертами и переводчиками. Финальная языковая версия позволила перейти к следующему этапу исследования – психометрической валидации опросника 4DSQ.

Лингвистическая и кросс-культурная психометрическая валидация русскоязычной версии четырехмерного опросника для оценки дистресса, депрессии, тревоги и соматизации (4ДДТС) была выполнена на базе Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Одновременно с этим было проведено эпидемиологическое исследование СТАРТ I для уточнения эпидемиологической ситуации и потребности в новой технологии скрининг-диагностики, а также для подтверждения возможности широкого внедрения русскоязычной версии опросника 4ДДТС.

«В исследование были включены 243 пациента, обратившихся за консультацией к неврологу в поликлиническое отделение при Клинике нервных болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова в период с июля по декабрь 2013 г. Беренд Терлуин отобрал из своей базы данных информацию о 1124 пациентах, заполнявших опросник 4DSQ при первичном обращении к врачам общей практики в Нидерландах. Из этой базы для каждого российского пациента в произвольном порядке были выбраны по два пациента соответствующего пола и возраста», – уточнила профессор А.В. Андрющенко. После подписания информированного согласия на участие в исследовании пациенты заполняли опросник 4ДДТС в кабинете врача. Дальнейший анализ данных осуществлялся независимыми экспертами. Статистическая обработка информации для обоснования кросс-культурной эквивалентности методики проводилась при помощи конфирматорного факторного анализа и сходных по задаче процедур

выявления неэквивалентности пунктов с помощью DIF-анализа.

При проверке статистической надежности русскоязычной версии опросника, а точнее при оценке внутренней согласованности пунктов четырех психометрических шкал (дистресс, депрессия, тревога, соматизация) было установлено: в целом все элементы русскоязычной версии соответствуют основной цели опросника и оценивают те же параметры, что и оригинальный опросник 4DSQ. Однако данные DIF-анализа показали различия в ряде ответов российских респондентов, в частности относящихся к оценке дистресса, тревоги и соматизации. В целом по шкале дистресса и шкале тревоги итоговое значение отличалось на 2 балла от аналогичного результата для голландской группы, а по шкале соматизации – на 4 балла. По шкале депрессии значимых различий выявлено не было. В итоге проведенная работа по психометрической валидации русскоязычной версии опросника 4ДДТС, созданного на основе голландского опросника 4DSQ, оказалась успешной.

Почему так важна была не только локализация, но именно валидация опросника? Во-первых, оригинальный опросник был создан на другом языке. Во-вторых, невозможно локализовать опросник для медицинского применения просто путем его



Рис. 1. Клиническая релевантность четырехмерного опросника 4DSQ/4ДДТС



перевода. В-третьих, в процессе валидации проводилась статистическая оценка для каждой из субшкал опросника. В-четвертых, в ходе работы было выявлено более тяжелое состояние российских пациентов. В-пятых, часть формулировок была изменена по согласованию с автором первичного опросника. «Таким образом, результатом проведенной работы стала возможность использования опросника 4ДДТС в повседневной практике российских врачей неврологического профиля», – отметил профессор А.В. Андрющенко в заключение.

Результаты программы СТАРТ

Результаты наблюдательной программы СТАРТ, которая была проведена в условиях повседневной клинической практики, проанализировал в своем втором докладе профессор В.А. Парфенов.

Первое применение русскоязычной версии четырехмерного опросника по симптомам 4DSQ на амбулаторном приеме у врача-невролога в качестве первичного скрининга пациентов, страдающих расстройством нервной системы, состоялось в рамках многоцентрового неинтервенционного исследования поперечного среза СТАРТ 1. Следует отметить, что программа была одобрена Независимым междисциплинарным комитетом по этической экспертизе клинических исследований 15 февраля 2013 г. В СТАРТ 1 приняли участие 6663 пациента из более 2000 лечебно-профилактических учреждений первичного звена здравоохранения, в которых проводится амбулаторный прием врача-невролога.

Согласно клинической характеристике, возрастной охват участников программы был широким с преобладанием лиц трудоспособного возраста от 29 до

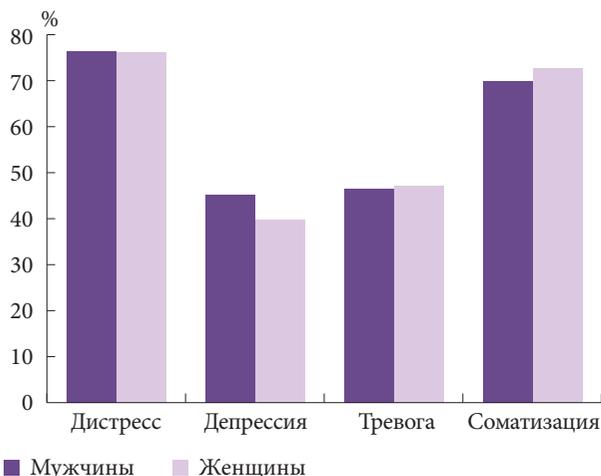


Рис. 2. Распределение выявленных доменов в мужской и женской популяциях

39 лет (50%), львиную долю участников программы составили женщины (73,61%). На момент начала исследования большинство (74,7%) пациентов имели диагноз «другие расстройства автономной нервной системы» (G90.8) и диагноз «расстройство автономной нервной системы неуточненное» (G90.9). Сочетанные диагнозы были отмечены только в 10% случаев.

Все пациенты заполняли опросник 4ДДТС, который состоит из 50 пунктов и в котором шкалы дистресса, депрессии, тревоги и соматизации интегрированы друг в друга.

Шкала дистресса содержит 16 пунктов (диапазон оценки баллов от 0 до 32), шкала депрессии – 6 пунктов (диапазон оценки баллов от 0 до 12), шкала тревожности – 12 пунктов (диапазон оценки баллов от 0 до 24), шкала соматоформных нарушений – 16 пунктов (диапазон оценки баллов от 0 до 32). Варианты ответов на вопросы сформулированы как «нет» (0 баллов), «иногда» (1 балл), «регулярно» (2 балла), «часто» (2 балла), «очень часто или постоянно» (2 балла).

«Анализ результатов анкетирования позволил определить, насколько у пациентов с неясными диагнозами выражены дистресс, тревога, депрессия, соматизация. Он также показал отсутствие различий в распределении доменов в мужской и женской популяции (рис. 2)», – пояснил профессор В.А. Парфенов. Наиболее высокие показатели у мужчин и у женщин были выявлены по шкалам дистресса (76,29 и 76,14% соответственно) и соматизации (69,98 и 72,59% соответственно).

Результаты анкетирования продемонстрировали наличие взаимосвязи между доменами «дистресс» и «соматизация». При выявлении дистресса соматизация определялась в 82,7% случаев, тревога – в 60,5%, депрессия – в 53%, при этом консультация психиатра потребовалась 22% пациентов. При выявлении соматизации дистресс обнаруживался в 87,6% случаев, тревога – в 58,5%, депрессия – в 50,6%, при этом консультация психиатра потребовалась 20,9% пациентов. Корреляционный анализ дистресса, тревоги, депрессии и соматизации у 6633 пациентов выявил высокую корреляцию между депрессией и тревогой, что давало основание неврологу направлять пациента при определении у него тревоги и депрессии к психиатру. Согласно полученным данным, с помощью опросника 4ДДТС каждый пятый из 6633 пациентов получил психиатрическую консультативную помощь.

В рамках исследования был проведен и анализ значений лекарственных средств всем участвовавшим в СТАРТ 1 пациентам, который показал, что большинство из них принимали Тералиджен. В связи с этим состоялся второй этап многоцентровой неинтервенционной, проспективной, наблюдательной программы СТАРТ – СТАРТ 2. В рамках второго этапа планировалось изучить практику



Телеконференция с международным участием

Таблица. Изменение состояния у пациентов с диагнозом вегетативного расстройства на фоне приема препарата Тералиджен (СТАРТ 2)

Показатель	Исходно	В конце (24–26-й дни) лечения
Дистресс	88,72	24,01
Депрессия	54,37	13,05
Тревога	55,72	8,32
Соматизация	80,87	18,56

назначения препарата Тералиджен больным с диагнозами «расстройства вегетативной нервной системы» (G90.8, G90.9), «неврастения» (F48) или «соматоформное расстройство» (F45), а также узнать мнение врачей об эффективности терапии препаратом Тералиджен и проанализировать состояние пациентов на фоне лечения Тералидженом по шкале 4ДДТС в динамике.

В СТАРТ 2 приняли участие 1924 пациента (504 мужчины и 1420 женщин) в возрасте $42,09 \pm 11,71$ года. Все находившиеся под наблюдением в течение месяца пациенты после проведения анкетирования и беседы принимали Тералиджен с постепенным увеличением дозы от 5 до 15 мг в сутки. Полученные результаты продемонстрировали хорошую эффективность препарата Тералиджен. Согласно оценке врачей, на фоне терапии Тералидженом уже через две недели выраженное улучшение отмечалось у 20% больных, а к концу наблюдения выраженного улучшения достигли более 55% пациентов. Данные опросника 4ДДТС показали, что лечение Тералидженом способствовало достоверно значимому снижению выраженности симптомов по всем четырем шкалам (таблица). К концу 26-го дня лечения у всех пациентов в четыре – семь раз снизились показатели дистресса, депрессии, тревоги и соматизации.

По мнению профессора В.А. Парфенова, внедрение опросника 4ДДТС в повседневную неврологическую практику должно привести к улучшению качества оказания медицинской помощи.

Формирование доменов. Каким будет дальнейшее развитие опросника?

Руководитель группы разработки и анализа документов клинических исследований компании «Валента Фарм» Владимир АРНАУТОВ в своем выступлении представил точку зрения статистика на формирование доменов и дальнейшие перспективы развития опросника 4ДДТС. Прежде всего он констатировал, что сопоставление четырех доменов опросника продемонстрировало наличие выраженной

взаимосвязи между дистрессом и соматизацией, а также между депрессией и тревогой, при этом депрессия и тревога были вовлечены в соматизацию и дистресс. «Это позволило нам предположить, что депрессия и тревога развиваются на фоне выявленных дистресса и соматизации», – пояснил он. Одновременно с этим диаграмма Венна показала наличие кластера (14,6%), в котором не было выявлено ни одного домена, что может быть объяснено либо неточностью врачебной оценки, либо неточностью опросника. Однако, как отметил В. Арнаутов, подобная величина вписывается в общую структуру систем оценки с помощью анкетирования.

«Результаты исследований с применением опросника до и после терапии показали, что чувствительность данного метода достаточно высока, для того чтобы оценить ответ пациента на проведенное лечение. Следует расширять сферу применения опросника, используя его, например, для выявления конкретных патологий», – отметил В. Арнаутов в заключение.

Варианты клинического применения опросника 4DSQ/4ДДТС

Доцент кафедры неврологии факультета усовершенствования врачей РНИМУ им. Н.И. Пирогова, к.м.н. Анастасия Валерьевна ФЕДОТОВА в своем выступлении сделала акцент на значении клинического использования инструмента для дифференцированной диагностики и оценки соматизированных психических расстройств и патогенетическом подходе к фармакотерапии. По ее мнению, с какой бы проблемой и к какому бы специалисту больной ни обратился, его прежде всего будут волновать соматические симптомы. Практически любое заболевание будет сопровождаться вегетативно-аффективными расстройствами как минимум на уровне синдрома.

«Однако врачу трудно за 15 минут разобраться с ситуацией и отделить соматическое от психического с учетом того, что инструментов для дифференцированной диагностики и многокомпонентной оценки соматизированных психических расстройств практически нет», – отметила А.В. Федотова. В настоящее время врачам амбулаторного звена всех специальностей остро необходим надежный инструмент, который позволит быстро и качественно оценивать психические и соматические расстройства. По этой причине перспективным представляется использование опросника 4ДДТС. А.В. Федотова перечислила его основные достоинства: заполняется пациентом, прост в интерпретации, позволяет аргументированно информировать пациента о сути болезни, ее причинах, возможности терапии и прогнозе. Кроме того, опросник 4ДДТС может помочь в выборе оптимальной тактики лечения.

психиатрия



Алгоритм лечения должен основываться на патогенетическом подходе. Что происходит с нейротрансмиттерными системами в головном мозге? Если у пациента снижена активность ГАМК-нейронов, то он плохо контролирует страх, тревогу, если снижена активность серотониновых нейронов, то пациент неустойчив к стрессу. Известно, что повышение активности гистаминовых нейронов приводит к головным болям, нарушению сна, зуду, неприятным ощущениям в коже, бронхоспазму, изжоге и т.д. Повышение активности глутаматных нейронов – к постоянной нервозности, беспокойству, невозможности расслабиться, утомляемости, а повышение активности норадреналиновых нейронов – к потливости, головокружению, сухости во рту, одышке и сердцебиению. «Если у пациента превалирует тревожная симптоматика, мы можем использовать бензодиазепины, если господствует тревожно-депрессивная симптоматика – антидепрессанты», – пояснила А.В. Федотова. Однако, как показывает практика, у психосоматических больных обычно страдают несколько нейротрансмиттерных систем, и в данном случае более обоснованным с точки зрения эффективности, удобства и экономической выгоды будет назначение таким пациентам препарата, способного воздействовать на несколько систем сразу. Таким препаратом, по мнению докладчика, является Тералиджен. Это достаточно мягкий нейрорептик с широким спектром действия (рис. 3).

Помимо влияния на серотонинергическую систему Тералиджен блокирует допаминовые D2-рецепторы мезолимбической и мезокортикальной системы, а также осуществляет блокаду D2-рецепторов триггерной зоны рвотного и кашлевого центра ствола мозга, способствуя противорвотному и противокашлевому эффекту. Кроме того, Тералиджен оказывает антигистаминное, антидепрессивное, спазмолитическое, седативное и мягкое гипотензивное действие. В заключение А.В. Федотова подчеркнула, что благодаря хорошей переносимости Тералиджен можно назначать и детям, и пациентам пожилого возраста.

После выступления зарубежных и российских экспертов к обсуждению темы подключились ведущие специалисты из разных регионов страны. В рамках телемоста выступили ведущие неврологи из Санкт-Петербурга, Омска, Ижевска, Воронежа.

Скрытые знаки нервной системы в кабинете врача. Осознанный выбор средств фармакотерапии

Профессор кафедры клинической психологии и психоанализа Удмуртского госуниверситета, главный врач клиники восстановительной медицины, психотерапии и психологического консультирования Ижевской государственной медицинской академии, д.м.н. Игорь Васильевич РЕВЕРЧУК в своем докладе также рассмотрел вопросы дифференциальной диагностики соматизации, дистресса, тревоги и депрессии, призвав слушателей к взвешенному подходу в выборе лекарственного средства.

По мнению профессора И.В. Реверчука, врач может заподозрить, что перед ним больной с психовегетативным синдромом, если обратит внимание на два симптома. «Первый знак – это мраморность кожных покровов пациента, их покраснение – побледнение, меняющиеся в течение приема, гипергидроз ладоней, капельки пота на лбу, нервное перебирание складок одежды. Второй знак – это субъективно раздутая жалоба, имеющая сенестопатическую подоплеку. У такого пациента будет превалировать тревога, которая может иметь клинические психические и соматические проявления», – пояснил докладчик. Кроме того, известны симптомы, сопутствующие вегетативной дисфункции: нарушения сна, повышенная физическая утомляемость, раздражительность по отношению к привычным жизненным событиям, астенический симптомокомплекс и нейроэндокринные нарушения. Для того чтобы заподозрить наличие депрессии, врачу нужно уточнить, есть ли у пациента ощущение сниженного настроения, тоски, утратил ли он способность испытывать удовольствие от того, что радовало прежде? Удовлетворительный ответ на оба вопроса, по мнению профессора И.В. Реверчука,



Рис. 3. Механизм действия Тералиджена



Телеконференция с международным участием

с высокой степенью вероятности свидетельствует о наличии у больного развернутой депрессии.

Алгоритм диагностики и лечения дистресса, тревоги, депрессии и соматизации включает в себя пять этапов: диагностика синдрома вегетативной дистонии – определение нозологического диагноза – выбор оптимальной тактики лечения – определение оптимальной длительности терапии – отмена лечения.

Препарат, предназначенный для купирования дистресса, тревоги, депрессии, должен достигать необходимых терапевтических целей, в том числе и эффективно снижать и устранять выраженность выше обозначенных симптомов, при этом не оказывая вредного воздействия на остальные органы и системы. «На мой взгляд, выбор Тералиджена в программе СТАРТ абсолютно логичен, потому что препарат воздействует на все цепи патогенеза дистресса, тревоги, депрессии и соматизации. И за счет комплексного воздействия на рецепторы Тералиджен устраняет все соматические и психоэмоциональные симптомы», – отметил докладчик.

Тералиджен применяется в качестве монотерапии тревоги, сенестопатических ощущений, нарушений сна, чрезмерной нервозности и возбудимости, тошноты, боли, зуда, а также в комплексной терапии для усиления эффекта антидепрессантов. Препарат отличается быстрым началом (через 15–20 минут) и длительным действием (шесть – восемь часов), дозозависимый эффект наступает при приеме 20–40 мг в сутки.

Профессор И.В. Реверчук предложил следующую универсальную схему приема Тералиджена:

- 1–4-й дни (вечер) – половина таблетки (2,5 мг);
- 5–7-й дни (вечер) – одна таблетка (5 мг);
- 8–10-й дни (утро и вечер) – по одной таблетке (5 мг) два раза;
- 11–12-й дни (утро, день и вечер) – по одной таблетке (5 мг) три раза.

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

Эмоционально-психические расстройства в практике врача-невролога

О значимости универсального диагностического инструмента для диагностики эмоционально-психических расстройств у коморбидных пациентов в первичном звене говорил в своем выступлении профессор кафедры неврологии и нейрохирургии с основами генетики Омской государственной медицинской академии, д.м.н. Валерий Иванович ЛАРЬКИН. Он отметил, что в связи со старением населения и ростом числа пожилых граждан в стране для врачей амбулаторного звена все острее стоит

проблема коморбидных больных (в группе пожилых больных на них приходится 98%).

Эта проблема, по мнению профессора В.И. Ларькина, недостаточно изучена, особенно когда речь идет о наличии у одного больного одновременно нескольких заболеваний центральной нервной системы. «Даже у пациентов юного возраста с детским церебральным параличом можно отметить наличие достаточно большого процента коморбидных патологий центральной нервной системы, при этом почти в 95% случаев поражается вегетативная нервная система. Учитывая значимость проблемы соматической коморбидности, мы в условиях нашего регионального сосудистого центра провели небольшое исследование по оценке коморбидного состояния у пациентов, находящихся на лечении с острым нарушением мозгового кровообращения», – констатировал докладчик. Были выбраны три группы пациентов: с легким, среднетяжелым и тяжелым течением инсульта. Полученные данные показали возрастание индексов коморбидности в зависимости от возраста, достигающих наибольшего значения у пациентов старше 80 лет (8–13,5%). В ходе исследования были также выявлены эмоциональные психические нарушения практически у всех его участников, причем незначительные и тяжелые – у 20%, а умеренные – у 60% пациентов, перенесших инсульт. Тревожные состояния имели место у всех больных с легкими и умеренными когнитивными нарушениями, депрессивные состояния встречались при первичных инсультах в 30% случаев, а при повторных достигали 80% и 100%, вегетативный дисбаланс отмечался у всех участников исследования. «Хочу отметить тот факт, что в ходе исследования мы столкнулись с недостаточной эффективностью инструментов для оценки пациентов с инсультом, в частности мы выявили невысокую эффективность шкалы Р. Сирса. Поэтому нами с таким интересом была воспринята информация о четырехмерном опроснике для оценки дистресса, депрессии, тревоги и соматизации. Возможно, его применение позволит более четко определять неврологический и психический статус пациентов и назначать, помимо обычной вторичной профилактики инсульта, препараты, которые обладают многополюсным действием, например Тералиджен», – подчеркнул профессор В.И. Ларькин, завершая выступление.

Применение опросника на практике: польза, сложности, взвешенный подход к терапии

По словам заведующего кафедрой неврологии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, д.м.н., профессора Евгения Робертовича БАРАНЦЕВИЧА, на сегодняшний день врачи все чаще задумываются над тем, что в генезе расстройств могут иметь место проявления психовегетативных синдромов. Однако

психиатрия



нехватка времени для полноценного общения с пациентом и отсутствие четких диагностических алгоритмов на уровне амбулаторного звена затрудняют их дифференциацию.

«Не всегда у врача есть достаточно времени для того, чтобы выявить у пациента с психовегетативным синдромом наличие учащенного сердцебиения, потливости, нехватки воздуха, тошноты, поноса, головокружения, тремора и прочих симптомов. Не всегда врач обращает пристальное внимание на то, как выглядит тревожный больной, насколько необычность его соматических жалоб соответствует данным обследования», – пояснил профессор Е.Р. Баранцевич. Именно поэтому в сложившихся условиях применение опросника 4ДДТС в рутинной клинической практике будет способствовать более точной диагностике соматизированных психических расстройств и, соответственно, более взвешенному подходу к выбору терапии.

Лечение и реабилитация пациентов с вегетативными расстройствами нервной системы. Роль шкал, опросников в контроле эффективности лечения

По словам ассистента кафедры неврологии и нейрохирургии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Алексея Андреевича ШМОНИНА, современное российское здравоохранение предусматривает не только лечение, но и более результативную реабилитацию пациентов. В этой связи использование опросника 4ДДТС в отечественной клинической практике – важный этап в повышении качества диагностики заболеваний, проявляющихся порой малоспецифическими автономными нарушениями, и в выборе наиболее эффективного и безопасного препарата.

«Хочется выразить благодарность компании „Валента Фарм“ за то, что взяла на себя столь важную роль в валидации и адаптации русскоязычной версии опросника 4DSQ, тем самым помогая разрабатывать инструменты, с помощью которых мы можем корректировать расстройства вегетативных функций и во многом помогать нашим пациентам восстанавливаться, реабилитироваться, возвращаться к обычной жизни», – отметил он в заключение.

Какие диагностические шкалы используются на практике для оценки психических и соматических нарушений и в чем неудобство текущих инструментов?

По мнению заведующего неврологическим отделением клинической дорожной больницы, главного внештатного невролога Юго-Восточной железной дороги, к.м.н. Юрия Александровича КОБАНЦЕВА,

именно вегетативная нервная система является «связующим звеном психики и соматики и наоборот». Как показывает собственный клинический опыт, в последние годы возросло количество пациентов с психическими расстройствами, обусловленными соматической патологией, а также с соматическими расстройствами, вызванными психической патологией, аномалиями личности или психогенными факторами.

Как правило, такие больные не попадают в поле зрения психиатров и являются трудными пациентами для врачей-интернистов. Основная сложность заключается в отсутствии единого инструмента для выявления и оценки как психических, так и пограничных нарушений у пациентов с дисбалансом вегетативной нервной системы. «Поэтому наш регион принял активное участие в иницилируемой компанией „Валента Фарм“ наблюдательной программе СТАРТ. В результате мы приобрели столь необходимый диагностический инструмент, помогающий оценить степень выраженности дистресса, депрессии, тревоги и соматизации», – констатировал докладчик. Ю.А. Кобанцев подчеркнул, что опросник 4ДДТС позволяет за небольшой временной интервал выявить наиболее частые психические расстройства, приводящие к дисфункции вегетативной нервной системы, а также отличается простотой и удобством в использовании и может быть рекомендован врачам разных специальностей.

Заключение

Затронутая в рамках мероприятия проблема дифференциальной диагностики психических сдвигов у соматических больных, а также результаты неинтервенционной наблюдательной программы СТАРТ вызвали огромный интерес у врачей терапевтов, неврологов, психиатров из Москвы, Новосибирска, Челябинска, Красноярска, Ижевска, Санкт-Петербурга, Воронежа, Омска и других городов, принявших участие в телеконференции. В последующей за выступлениями дискуссии было определено отношение специалистов к опроснику 4DSQ/4ДДТС и к использованию препарата Тералиджен в алгоритмах ведения пациентов с психовегетативными расстройствами. Участники телеконференции пришли к единодушному мнению, что внедрение опросника 4ДДТС в реальную клиническую практику может существенно улучшить диагностику соматизированных психических расстройств. В целом же применение столь универсального диагностического инструмента, как опросник 4ДДТС, а также препарата Тералиджен, способствующего эффективному и безопасному устранению соматических и психоэмоциональных симптомов, должно неизбежно привести к улучшению качества оказания медицинской помощи пациентам. *