

Белялов Ф.И. Тезисы психосоматической медицины // Психосоматические и соматоформные расстройства в клинической практике: сб. науч. ст. Иркутск, 2011. С. 6-14.

Проблема связи душевного состояния и заболеваний внутренних органов длительное время остается предметом многочисленных исследований. Научные работы по психосоматике публикуются не только в специализированных журналах (*Psychosomatics, Psychosomatic Medicine*), но также в ведущих изданиях по внутренним болезням (*New England Journal of Medicine, Archives of Internal Medicine, Circulation, European Respiratory Journal, Gastroenterology, Kidney International* и т.д.).

В то же время существует дефицит работ, обобщающих накопленный огромный массив научной информации. Следует учесть также, что в последние 10–15 лет были повышены требования к качеству научных исследований и, соответственно, многие устоявшиеся представления нуждаются в уточнении.

В настоящей работе предпринята попытка обобщить результаты научных исследований в области психосоматических отношений и сформулировать основные положения, характеризующие важные стороны таких отношений.

Далеко не для всех соматических заболеваний и психических расстройств имеются доказательства закономерностей, приведенных в тезисах. Поэтому для научных исследований психосоматических отношений остается много совершенно неизученных областей и проблем, ждущих своих исследователей.

1. Среди пациентов с болезнями внутренних органов коморбидные психические расстройства встречаются часто.

Опрос пациентов, посещающих врачей общей практики, выявил психические расстройства у 29%, в том числе большую депрессию у 8%, малую депрессию у 10%, паническое расстройство у 1,4%, генерализованное тревожное расстройство у 2% и неспецифическое тревожное расстройство у 11% (Jackson J.L., et al., 2007).

По данным случайной выборки 5% пожилых пациентов, госпитализированных в США в течение года с обострением сердечной недостаточности, у 16% пациентов имелись коморбидные психические расстройства, половину из которых составила депрессия (Sayers S.L., et al., 2007). Венгерское популяционное исследование выявило коморбидную депрессию у 13% взрослых с диабетом, что в 1,8 раза выше, чем у лиц без диабета (Vamos E.P., et al., 2009).

Представленная в этих и многих других работах частота психических расстройств значительно превышает таковую у людей без соматических заболеваний. Можно предположить, что заболевание человека – грубая поломка в сложнейшей системе – характеризуется нарушениями как в соматической, так и в тесно сопряженной психической сфере. Кроме того, соматический фактор может быть триггером психического расстройства, и наоборот.

2. Изменение психического состояния может быть предвестником соматических заболеваний.

Психические и соматические процессы в организме человека тесно связаны. В случае нарушения слаженной работы систем организма возможно появление предвестников тяжелых заболеваний и смерти.

В частности, в ряде крупных проспективных исследований показано, что появление выраженной депрессии и тревоги предшествует за несколько лет появлению симптомных форм ИБС, сердечной недостаточности, инсульта (Nicholson A., et al., 2006; Ohira T., et al., 2001). В этих работах использовали многофакторный анализ, который позволял выделить влияние собственно психического состояния без вклада традиционных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. Важно понимать, что временная последовательность событий не доказывает причинно-следственной связи.

В специальном многолетнем проспективном исследовании было подтверждена гипотеза о двунаправленных связях депрессии и диабета 2 типа (Pan A., et al., 2010). С одной стороны, у пациентов с депрессией риск развития диабета был достоверно выше на 17%. С другой стороны, относительный риск депрессии в группе пациентов с диабетом без медикаментозного лечения, на пероральных антидиабетических препаратах и инсулине был увеличен на 29, 25 и 53%.

3. Нарушения психики не вызывают органических заболеваний внутренних органов.

В настоящее время отсутствуют убедительные данные о возможности повреждений внутренних органов, причиной которых являются психические расстройства.

Лишь стрессовые язвы желудка и двенадцатиперстной кишки остаются хрестоматийным примером психосоматического характера заболеваний. Вместе с тем, убедительно показана важная роль *Helicobacter pylori* в развитии гастроинтестинальных язв и, возможно, стресс является лишь одним из триггеров заболевания.

Медицинская наука выявила важные биологические факторы, приводящие к развитию диффузного токсического зоба, астмы, ревматоидного артрита, артериальной гипертензии, язвенного колита и нейродермита. Таким образом, в настоящее время концепция психосоматических заболеваний Франца Александера (Alexander F., 1950) уже стала достоянием истории. Большинство исследователей в настоящее время развивают идеи биопсихосоциальной модели, предложенной Джорджем Энгелом (Engel G.L., 1977).

4. Психические расстройства часто являются причиной функциональных симптомов и заболеваний.

Норвежское исследование HUNT-II показало, что у пациентов с депрессией и тревогой частота соматических функциональных жалоб значительно повышается (Haug T.T., et al., 2004).

В шведском популяционном исследовании выявлена тесная связь тревоги и функциональной диспепсии в форме постпрандиального дистресс-синдрома – риск последнего повышен в 4,4 раза (Pertti A., et al., 2009).

Мета-анализ проведенных рандомизированных исследований подтвердил, что антидепрессанты эффективны при лечении синдрома раздраженного кишечника и устраняют симптомы на 34% чаще, чем плацебо (Ford A.C., et al., 2009). Примечательно, что не было выявлено различий в эффективности ТЦА и СИОЗС при кишечном дискомфорте, аналогично влиянию препаратов на депрессию.

Таким образом, значительная часть соматических жалоб, не обусловленная грубыми изменениями структуры внутренних органов, может быть связана с психическими расстройствами.

5. Психические нарушения увеличивают тяжесть соматических заболеваний, снижают трудоспособность и качество жизни часто в большей степени, чем болезни внутренних органов.

У пациентов со стабильной стенокардией и коморбидной депрессией повышается риск сердечно-сосудистых событий (инфаркт миокарда, остановка сердца, сердечная смерть, реваскуляризация) в 3 раза, а в случае генерализованного тревожного расстройства – в 2 раза (Frasure-Smith N., et al., 2008).

Изменения эмоционального состояния часто вызывает слабость, снижение энергичности, нарушение концентрации внимания, необъяснимые соматические жалобы, которые снижают функциональные возможности человека.

В исследовании В.Руо и соавт. (2003) симптомы депрессии независимо ассоциировались с более выраженной стенокардией, ограничением физической активности и снижением качества жизни. Именно депрессия, а не физические возможности пациента, фракция выброса левого желудочка или нагрузочная ишемия миокарда, значительно ухудшала субъективное состояние пациентов.

Снижение качества жизни в большей степени определялись депрессией и утомляемостью, нежели тяжестью хронического гепатита С и лечением интерфероном (Fontana R.J., et al., 2001; Karaivazoglou K., et al., 2010).

По данным международного исследования Всемирной организации здравоохранения психические расстройства значительно чаще приводят к потере трудоспособности, чем соматические болезни (Ormel J., et al., 2008). Кроме того, депрессия снижает интегральный показатель здоровья в большей степени, чем распространенные хронические заболевания внутренних органов (артрит, астма, стенокардия, диабет) (Moussavi J., et al., 2007).

Депрессия повышает частоту снижения трудоспособности в 2,5 раза, хронические соматические болезни в 2 раза, а сочетание этих состояний – в 6,3 раза (Schmitz N., et al., 2007).

Поскольку психическое состояние играет важную роль в успешном выполнении трудовых операций, а доля физического труда с ростом технического прогресса уменьшается, то становится понятной ведущая роль психических расстройств в снижении трудоспособности.

6. Психические расстройства ассоциируются с повышением общей и сердечно-сосудистой смертности.

Наблюдение за большой группой амбулаторных пациентов показало, что в случае депрессии смертность повысилась на 17% (Kinder L.S., et al., 2008).

Возрастание общей смертности происходило в основном за счет смертности от ИБС, которая увеличилась в 1,5–2,7 раза (Surtees P.G., et al., 2008; Whang W., et al., 2009).

Важно отметить, что связь риска смертности от сердечно–сосудистых болезней у пациентов с психическими расстройствами существенно зависит от возраста. Риск смерти от ИБС повышен в 3,2 раза в возрасте 18–49 лет, в 1,9 раза в возрасте 50–75 лет и практически не изменился у лиц старше 75 лет (Osborn D.D., et al., 2007). Аналогичная закономерность выявлена для смертности от инсультов, увеличение которой в указанные возрастные диапазоны составила 2,5, 1,9 и 1,3 раза соответственно.

Связь психических факторов и прогноза соматического заболевания может существенно зависеть от тяжести последнего. Например, тревога у пациентов с ИБС ассоциировалась со снижением смертности на 30%, в то время как у пациентов после инфаркта миокарда существенного влияния тревоги не определялось, а если у последних была снижена сократимость левого желудочка, то смертность повышалась на 32% (Meyer T., et al., 2010).

Психотропные препараты могут вызывать неблагоприятные сердечно–сосудистые эффекты, поэтому важно исследовать и учитывать влияние лекарств на заболеваемость и смертность. Например, именно депрессия, но не антидепрессанты (80% лиц принимали СИОЗС), ассоциируются с повышением смертности у пациентов с сердечной недостаточностью (O'Connor S.M., et al., 2008).

Причины связи состояния психики и смертности недостаточно понятны. Возможно, что изменения состояния психики являются ранними индикаторами неблагоприятного развития заболевания или выступать в качестве триггеров/модуляторов соматических заболеваний.

7. Психические расстройства могут проявляться симптомами, сходными с клиникой соматических болезней, или существенно влиять на выраженность соматических симптомов.

Хорошо известна связь депрессии с болями. Например, у 75% пациентов с депрессивным расстройством отмечались боли, при этом у 57% пациентов боли локализовались в нескольких местах (Vaccarino A.L., et al., 2009). Депрессия может даже в большей степени, чем невротические расстройства, усилить восприятие соматических симптомов (Howgen M.V., et al., 2009).

Эмоциональное состояние может повлиять на порог восприятия одышки, как легочной, так и сердечной (Main J., et al., 2003; Ramasamy R., et al., 2006). У пациентов с астмой сниженное настроение способствует трактовке неспецифических симптомов как астматических и, соответственно, увеличивается потребление ингаляционных бронходилататоров (Main J., et al., 2003). Последние (бета–агонисты) могут повысить смертность, что привело к необходимости существенно ограничить показания к назначению данной группы препаратов (FDA, 2009–2010).

Ввиду схожести симптомов нередко диагностика психических расстройств, особенно при использовании психометрических шкал и традици-

онных критериев, может быть неточной. Поэтому для ряда соматических заболеваний целесообразна разработка специальных критериев.

8. Пациенты с психическими расстройствами часто посещают врачей.

В британском исследовании среди пациентов, часто посещающих врача общей практики, выявлена высокая частота депрессии (59%), наличие которой повышало в 17 раз вероятность частых посещений (Dowrick C.F., et al., 2000). Тревога была тесно связана с повышенной частотой посещений врача при функциональных желудочно–кишечных расстройствах (Hu W.H., et al., 2002).

В структуре причин частых посещений, наряду с хроническими заболеваниями, 31% случаев составляют психические расстройства, а 15% – жизненные стрессы (Baez K., et al., 1998).

9. Нарушения психического состояния влияет на удовлетворенность лечением и приверженность пациентов к лечению.

Выполнение рекомендаций врача оказывает существенное влияние на результаты лечения, в частности позволяет снизить смертность на 44%, по сравнению с пациентами, не выполняющих медицинских советов (Simpson S.S., et al., 2006).

Пациенты с гепатитом С и коморбидной депрессией придерживаются рекомендованного лечения пегилированным интерфероном и рибавирином достоверно реже (79% против 90%) (Martin–Santos R., et al., 2008). Реже принимают медикаментозное лечение и пациенты с депрессией, находящиеся на гемодиализе (Cukor D., et al., 2009).

В то же время, в случае тревожных и соматоформных расстройств приверженность к лечению повышается (Kim H.K., et al., 2010).

Терапия депрессии с помощью психологических или медикаментозных методов у пациентов с острым коронарным синдромом более чем в пять раз повысила удовлетворенность пациентов лечением (Davidson K.W., et al., 2010). Прием антидепрессантов увеличил частоту подавления вирусной активности у пациентов с ВИЧ–инфекцией вследствие повышения приверженности к антивирусному лечению (Tsai A.C., et al., 2010).

Терапия антидепрессантами у пациентов с артериальной гипертензией привела к значительно лучшей приверженности к антигипертензивному лечению (78% против 31%; $p < 0,001$) (Bogner H.R., et al., 2008).

Таким образом, психическое состояние – важный фактор приверженности к лечению, а эффективное лечение психического расстройства может улучшить соблюдение пациентом программы лечения соматического заболевания и снизить заболеваемость и даже смертность.

10. Психотерапия и психотропные медикаменты снижают выраженность тревоги и депрессии, но мало влияют на прогноз соматического заболевания.

Многие годы активно изучается проблема психических расстройств у пациентов с ИБС в связи с высокой сердечно–сосудистой смертностью. Выявление депрессии у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, связано с повышением летальности в 2,3 раза и почти в 2 раза риска стенокардии в течение

ние 8 лет наблюдения (Dickens C., et al., 2008). В большом проспективном исследовании (EPIC–Norfolk United Kingdom Prospective Cohort Study) у пациентов с большой депрессией риск смерти от ИБС был повышен в 2,7 раза за 4 года наблюдения (Surtees P.G., et al., 2008).

Лечение аффективных расстройств с помощью антидепрессантов и когнитивно–поведенческой терапии весьма эффективно и у пациентов с соматическими заболеваниями (Rayner L., et al., 2010; Beltman M.W., et al., 2010).

По–видимому, ТЦА и СИОЗС близки по влиянию на выраженность и течение депрессии, частоте побочных эффектов и безопасности по данным сравнительных групповых исследований (Taylor D., et al., 2011; Coupland C., et al., 2011). Выбор препарата существенно зависит от индивидуальных особенностей пациента, включая коморбидные соматические заболевания.

В крупных рандомизированных исследованиях не удалось убедительно доказать позитивное влияние антидепрессантов и психотерапевтического лечения на отдаленный прогноз пациентов после инфаркта миокарда несмотря на уменьшение выраженности депрессии (SADHART; MIND–IT; van Melle J.P., et al., 2007; Thombs B.D., et al., 2008). Вместе с тем, частота фатальных и нефатальных сердечно–сосудистых осложнений была значительно выше у пациентов с депрессией, резистентной к антидепрессантам (de Jonge P., et al., 2007).

Несмотря на повышение частоты депрессии и связь последней с неблагоприятным прогнозом у пациентов с сердечной недостаточностью назначение сертралина не снизило смертность и риск сердечно–сосудистых событий в крупном исследовании SADHART–CHF (O'Connor C.M., et al., 2008).

Отсутствие эффекта психотропного лечения на прогноз соматического заболевания при позитивном влиянии на психические расстройства подтверждает отсутствие причинно–следственных отношений.

11. Применение психотропных препаратов требует учета влияния на соматическую патологию и соматотропное лечение.

Антидепрессанты нашли широкое применение для лечения хронической боли, включая хронический панкреатит, синдром раздраженного кишечника, диабетическую нейропатию, первичную головную боль т.д. (Kroenke K., et al., 2009).

В последние годы изучение влияния психотропных препаратов на состояние внутренних органов позволило выявить ряд серьезных проблем.

В частности, СИОЗС и венлафаксин повышают в 2–4 раза риск кровотечения из верхних отделов желудочно–кишечного тракта. Если пациент принимает еще аспирин, то риск возрастает в 5 раз, а в случае нестероидных противовоспалительных препаратов – в 9 раз (de Abajo F.J., et al., 2008).

Важно отметить, что использование транквилизаторов опасно при астме, особенно с обострениями, и приводит к повышению смертности в 3–7 раза (Joseph K.S., et al., 1996). На 27% возрастает риск смерти пациентов, получающих заместительную терапию гемодиализом, в случае приема бензодиазепинов (Fukuhara S., et al., 2006).

Необходимо дальнейшее изучение феномена возрастания риска диабета (в 2,6 раза) у пациентов, принимавших антидепрессанты, обнаруженного в исследовании Diabetes Prevention Program (Rubin R.R., et al., 2008).

12. Пациенты с соматическими болезнями и коморбидными психическими расстройствами значительно увеличивают затраты медицинских ресурсов.

У госпитализированных пациентов с сердечной недостаточностью наличие психического расстройства увеличивает продолжительность госпитализации на 0,6–1,4 дня и затраты на лечение на 7763\$ (Sayers S.L., et al., 2007; Albert N.M., et al., 2009). На первый взгляд возрастание невелико, однако большое число пациентов с сердечной недостаточностью приводит к существенным затратам.

Депрессия у пациентов с диабетом увеличивает в 2,6 раза число дней плохого самочувствия, в 2,1 раза длительность госпитализации и в 1,8 раза возрастает число частых госпитализаций (Vamos E.P., et al., 2009).

Поэтому, лечение депрессии врачами общей практики может быть экономически оправданным, в том числе и в странах с невысоким уровнем дохода на душу населения (Siskind D., et al., 2010).

13. Врачи–интернисты могут выявлять и лечить нетяжелые психические расстройства у пациентов с соматическими болезнями.

Большое число пациентов соматических стационарных и амбулаторных учреждений с коморбидными психическими расстройствами не позволяет охватить всех специализированной психиатрической и психотерапевтической помощью. Нельзя также игнорировать существующее предубеждение многих пациентов против общения с психиатрами и психотерапевтами. По данным международного исследования ВОЗ, лишь каждый пятый человек, страдающий выраженным психическим расстройством, получает соответствующее лечение (Wang P.S., et al., 2007).

Подготовленные врачи–интернисты могут достаточно эффективно лечить нетяжелые психические расстройства (Arroll B., et al., 2009). Например, в канадском исследовании не было найдено различий в результатах лечения психических расстройств, проводимого врачами общей практики и специалистами в области душевных заболеваний (Wang J., et al., 2007).

Нередко за проявлениями тревоги, депрессии, соматоформного расстройства скрывается соматическое заболевание.

Для скрининга можно использовать стандартизированные опросники, позволяющие при небольших временных затратах в 5–15 мин выявить пациентов с возможным психическим расстройством (Albus C., et al., 2004). При положительных результатах тестов выявляемость психического расстройства повышается почти в два раза.

С целью помощи интернистам разработаны специальные вопросы, которые следует задать пациенту для уточнения диагноза. Вместе с тем, одни опросники не могут использоваться для диагностики депрессии и требуют собеседования с целью уточнения природы симптомов.

Важно при организации лечения психических заболеваний наладить тесное сотрудничество врачей соматического профиля и психиатров консультантов (consultation–liaison psychiatry), совершенствовать организационные формы совместной работы.

14. Для эффективного ведения пациентов в клинике внутренних болезней необходимо существенно улучшить обучение интернистов и разработать рекомендации по диагностике и лечению психических расстройств у пациентов с соматическими заболеваниями.

Диагностика и лечение психических расстройств представляет большие проблемы для интернистов, которые получают крайне недостаточную подготовку в период до- и последипломого обучения. Не случайно, лишь в 47% случаев врачи общей практики диагностировали депрессию, а сделали запись об этом только в 34% случаев (Mitchell A.J., et al., 2009).

Несмотря на большое число рекомендаций по диагностике и лечению психических расстройств в соматической практике за рубежом, такие важные документы, согласованные между ведущими экспертами, отсутствуют в России. Такое положение сдерживает активность интернистов, частично связанную с недостаточной урегулированностью медицинских и правовых аспектов в ведении больных с психическими расстройствами. В частности, много негативных последствий имеет жесткое ограничение лечения заболеваний строго по профилю койки.

В этой связи, разработка национальных и региональных рекомендаций по ведению психических расстройств интернистами приобретает важнейшее значение. Целесообразно также включать соответствующие разделы в медицинские рекомендации по соматическим болезням, как это делается рядом ведущих зарубежных медицинских организаций.