

ПРОБЛЕМА КОМПЛЕКСНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

С.Г.Бурчинский

ГУ «Институт геронтологии им. Д.Ф.Чеботарева НАМН Украины», Киев

Одним из важнейших направлений реформирования отечественной медицины, приближения ее к европейским стандартам, совершенствования системы взаимоотношений «врач-больной» на уровне первичной медико-санитарной помощи в настоящее время является развитие института семейных врачей. Перспективы организации и внедрения системы семейной медицины основаны, прежде всего, на ее базовых, концептуальных принципах [6, 7] :

- ориентация на семью;
- обеспечение постоянной медицинской помощи;
- профилактическая направленность;
- выявление и учет влияния на здоровье конкретного пациента социально-экономических, экологических, наследственных, психологических и др. факторов.

Отмеченные принципы определяют специфику деятельности семейного врача, ее фундаментальное отличие от работы «классического» участкового терапевта или педиатра. Основу данной деятельности составляет тесный контакт с пациентами на уровне семьи, перманентный контроль за состоянием здоровья ее членов, профилактика и максимально раннее выявление различных форм патологии и, наконец, обеспечение адекватного первичного лечения.

Таким образом, в сферу подготовки и практической деятельности семейного врача входит:

- 1) Знание основных симптомов и факторов риска наиболее распространенных заболеваний, владение их дифференциальной диагностикой;
- 2) Знание современного арсенала и ведущих групп фармакологических средств, особенностей отдельных препаратов, целесообразности их применения при различных заболеваниях, схем и курсов лечения;
- 3) Знание основ профилактики основных форм патологии.

Одно из ведущих мест в структуре современной заболеваемости занимает нервная и психическая патология. Особенно стремительными темпами в течение последних лет прогрессируют различные психические расстройства, из которых в Украине 71,3 % приходится на непсихотические формы, в значительной степени формирующие

контингент пациентов неврологов и терапевтов – невротическую и психосоматическую патологию. Учитывая тот факт, что терапевты в целом выявляют до 80 % всех заболеваний [5], отмеченное обстоятельство налагает особую ответственность на семейных врачей в плане ранней диагностики и своевременного лечения таких больных. Эта категория пациентов зачастую вообще не считает себя больными, либо предпочитает лечиться самостоятельно, что во многих случаях способствует или прогрессированию заболевания до клинически выраженной формы, или постепенной хронизации процесса, что в итоге приводит к снижению или даже утрате трудоспособности, проблемам в социальной и психологической адаптации и т.д. Особенна характерна подобная ситуация для руководителей высшего и среднего звена, вынужденных значительное время работать в условиях хронического психо-эмоционального стресса, что приводит к развитию своеобразного симптомокомплекса, получившего название «синдром менеджера» и характеризующегося повышенной слабостью, утомляемостью, ослаблением памяти и внимания, способности к концентрации, раздражительностью, инсомнией, а также обширным спектром нейро-вегетативных нарушений. Поэтому именно семейный врач является основным звеном в системе раннего выявления отмеченной категории лиц и профилактики развития у них на этой почве таких грозных осложнений как ишемическая болезнь сердца, инсульт, гипертоническая и язвенная болезни, депрессии и т.д.

Еще одной важнейшей составной частью контингента больных в практике семейного врача являются лица пожилого и старческого возраста. По числу людей в возрасте старше 65 лет (13,9 %) Украина существенно опережает не только все другие государства СНГ, но и страны Восточной Европы в целом, являясь, таким образом, одной из наиболее «старых» стран в Европе [13].

Среди различных систем организма особое место в процессах старения принадлежит возрастным изменениям мозга, служащим в значительной степени «пусковыми» механизмами для широкого спектра нарушений нейрогуморальной регуляции и развития разнообразных форм возраст-зависимой патологии [12]. При этом чрезвычайно актуальным для семейного врача является умение дифференцировать собственно возрастные изменения регуляторных процессов и высшей нервной деятельности от начальных проявлений таких распространенных и значимых в плане инвалидизации населения заболеваний, как старческие деменции, болезнь Паркинсона, депрессии, цереброваскулярная патология. В данном случае своевременная диагностика и адекватное лечение служат краеугольным камнем успешного предотвращения или торможения дальнейшего прогрессирования конкретного заболевания.

Особое место в практике семейного врача занимают психоэмоциональные расстройства и, в первую очередь, депрессивные состояния.

Проблема депрессивных расстройств является в настоящее время одной из ведущих медико-социальных проблем современного общества. По различным данным в мире насчитывается от 100 млн. до 200 млн. больных депрессиями [9], а хотя бы один депрессивный эпизод в своей жизни переживают 20-25 % женщин и 7-12 % мужчин. Особенно важно подчеркнуть стремительное нарастание депрессий в пожилом и старческом возрасте, где они поражают 13-15 % всей популяции [15]. Депрессии являются одной из ведущих причин инвалидности населения - наиболее значимой из всех форм психиатрической патологии [19]. Так, если доля депрессий в структуре инвалидности в 2000 г. составляла более 12 %, то к 2020 г. ожидается рост этого показателя до 15 %, и тогда депрессия займет второе место после ишемической болезни сердца (ИБС) среди всех причин инвалидности в связи с заболеваниями [11].

Важнейшей отличительной чертой депрессивных состояний на современном этапе является их выход за пределы психиатрической патологии. Так, в настоящее время доля непсихотических форм в общей структуре депрессивной патологии превышает 60 % [4]. Именно этим обусловлен тот факт, что в последние годы все большее число таких больных обращаются не к психиатру, а к врачу первичного звена - участковому терапевту, а в последнее время - к семейному врачу.

Необходимо подчеркнуть, что психоэмоциональные расстройства и, в частности, депрессии являются одним из наиболее частых патологических синдромов (до 50-60 %) в рамках психосоматической патологии (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, синдром раздраженного толстого кишечника, бронхиальная астма) и особенно при вегето-сосудистой дистонии, т.е. при заболеваниях, являющихся основой повседневной практики семейного врача [11]. Депрессия существенно снижает качество жизни пациентов, эффективность проводимой фармакотерапии, и ухудшает прогноз заболевания.

Также у значительного числа пациентов с психосоматической патологией и невротами отмечается так называемая гипотимия, для которой характерны неустойчивость настроения либо преобладание сниженного психоэмоционального фона, чувство угнетенности, безразличия, но которое, однако, не является стабильным, и периодически сменяется «нормальным» восприятием себя и окружения. Гипотимия может характеризоваться как достаточно стабильным состоянием в течение длительного времени, так и постепенно трансформироваться в типичное депрессивное расстройство. Поэтому задача своевременной фармакологической коррекции упомянутого состояния,

т.е. по сути фармакопрофилактика депрессий является важным направлением деятельности семейного врача.

Оптимальными инструментами коррекции депрессивных (преимущественно легкой степени) и гипотимических состояний являются средства, сочетающие свойства антидепрессантов и тимостабилизаторов (или корректоров настроения). Учитывая потенциальные риски, связанные с развитием побочных эффектов у трициклических антидепрессантов (ТЦА) и в меньшей степени – у препаратов – селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), наиболее целесообразным в общей медицинской практике следует считать препараты *зверобоя*.

Сегодня в Европе эти средства выписываются примерно вдвое чаще, чем препараты классических антидепрессантов [16]. Это определяется наличием у них оптимального сочетания – высокой эффективности, сопоставимой с «классическими» антидепрессантами при лечении депрессий легкой и средней тяжести (а именно такие формы чаще всего наблюдаются у пациентов с психосоматикой) при гораздо более благоприятных характеристиках безопасности. Входящие в состав зверобоя многочисленные биологически активные вещества (гиперицин, гиперфорин, флавоноиды, ксантоны и др.) обеспечивают наличие у зверобоя эффектов, характерных для всех основных групп антидепрессантов (ТЦА, СИОЗС, ингибиторов моноаминоксидазы – ИМАО), а именно:

- 1) собственно антидепрессивный (тимоаналептический);
- 2) тимостабилизирующий;
- 3) психоэнергизирующий;
- 4) анксиолитический;
- 5) антиастенический;
- 6) вегетостабилизирующий.

Препараты зверобоя оптимально подходят для терапии и профилактики депрессивных и гипотимических состояний в рамках психосоматики, неврозов, «синдрома менеджера» и других форм патологии, связанных с воздействием хронического стресса [20, 21]. Их положительные эффекты начинают проявляться достаточно рано - уже к концу 2-ой недели приема, а через 3 недели отмечается их выраженное клиническое действие [17]. Важно также отметить наличие долгосрочного клинического эффекта у препаратов зверобоя - до 6 месяцев после окончания курса лечения.

При этом препараты зверобоя обладают минимальным из всех антидепрессантов риском развития побочных эффектов. Изредка могут отмечаться только диспепсические проявления, сухость во рту, снижение аппетита, кожные аллергические реакции, чувство

утомления или беспокойства. Очень редко могут отмечаться реакции фотосенсибилизации кожных покровов в связи с чем пациентам, принимающим препараты зверобоя, не рекомендуется длительно находиться под прямыми солнечными лучами или посещать солярий. Все вышесказанное позволяет безопасно применять данные средства у пациентов с кардиологической, гастроэнтерологической, неврологической и другой сопутствующей патологией, а также у лиц пожилого и старческого возраста.

В дополнение к препаратам антидепрессантов и тимостабилизаторов у пациентов с явлениями сочетания подавленного настроения с выраженным беспокойством, плаксивостью, чувством напряжения показан прием седативных препаратов (но не анксиолитиков, показаниями для назначения которых служит клинически выраженный синдром тревоги). С этой целью, учитывая значительное число случаев клинической толерантности к наиболее популярному седативу – валериане, возможен прием других растительных средств, в частности, *пустырника* и *пиона*, обладающих мощным седативным эффектом в сочетании с вегетостабилизирующими свойствами [18].

Еще одним существенным с клинической точки зрения синдромом, проявляющимся у подавляющего большинства пациентов с депрессивными и дистимическими расстройствами, следует назвать астенический синдром, проявляющийся повышенной утомляемостью, ослаблением или утратой способности к продолжительному физическому или умственному напряжению. Состояние клинически выраженной астении не только серьезно влияет на качество жизни пациентов, но и снижает эффективность любой фармакотерапии основного заболевания. Поэтому астенический синдром всегда требует специфического лечения, направленного на коррекцию механизмов его развития на уровне ЦНС. Оптимальным подходом к лечению астенического синдрома, сочетающим эффективность и безопасность, также следует считать использование фитопрепаратов.

Одним из наиболее мощных и популярных антиастенических средств является *женьшень*. Его можно рассматривать как один из наиболее мощных природных адаптогенов, значимость которых в современных условиях распространения стресс-зависимой патологии приобретает особое значение [10, 14]. Женьшень активирует процессы обмена катехоламинов в головном мозге, с ослаблением которых во многом связано развитие астенических проявлений, а также улучшает когнитивные функции – память, внимание, способности к обучению и т.д. Дополняют и расширяют когнитивные эффекты женьшеня препараты *гинкго* – еще одного лекарственного растения, широко известные как мощные активаторы когнитивной сферы и средства, улучшающие кровоснабжение мозга, т.е. обладающие ноотропными и вазотропными эффектами [1, 2]. Относительно новым направлением в фитотерапии астенических состояний

является расширение спектра применения препаратов *черной смородины* как лекарственных средств, прежде всего как источника природных антоцианидов, обладающих мощными антиоксидантными свойствами и способствующими активации биоэнергетических процессов в нейронах [8]. Наконец, также новым подходом в лечении астении следует назвать обоснование применения с данной целью *коэнзима Q10* (убихинона), являющегося важнейшим компонентом природных физиологических реакций в организме и, в частности, в ЦНС, и обладающим антиоксидантными и биоэнергетическими свойствами [3].

В связи с вышеизложенным особый интерес представляет появление на отечественном фармацевтическом рынке новых комплексных фитотерапевтических средств – **Стрессофита** и **Лангены**, направленно влияющих на весь комплекс описанных выше патологических состояний и оптимально сочетающих эффективность и безопасность при своем применении.

Состав **Стрессофита** включает сочетание в 1 капсуле сухих экстрактов цветов зверобоя обыкновенного (300 мг), стеблей и листьев пустырника сердечного (100 мг) и корней пиона молочноцветкового (100 мг). Средство с подобным составом является инновационным в отечественной медицинской практике и открывает новые возможности комплексной коррекции широкого спектра расстройств психоэмоциональной сферы, в частности, депрессивных и дистимических проявлений. Стрессофит производится в Болгарии и потому полностью отвечает всем стандартам качества ЕС для растительных средств, сочетающими максимальную степень очистки растительного сырья и современные технологии производства.

Стрессофит рекомендуется применять взрослым и детям старше 12 лет по 1 капсуле в сутки перед сном. Длительность курса приема определяется индивидуально, однако для достижения стойкого клинического эффекта необходимо продолжение приема как правило в течение не менее 1-2 месяцев.

С целью комплексной коррекции астенического синдрома и связанных с ним когнитивных расстройств целесообразно применять еще одно новое комбинированное фитотерапевтическое средство – **Лангену**, также произведенное в Болгарии.

Главной отличительной особенностью Лангены следует назвать сочетание в одной лекарственной форме (капсуле) 4-х компонентов природного происхождения: 3-х растительных экстрактов (корня женьшеня – 40 мг, листьев гинкго билоба – 40 мг и плодов черной смородины – 30 мг) и 1-го ферментного (коэнзим Q10 - 50 мг). Все отмеченные компоненты впервые сведены воедино в рамках одного комбинированного средства. Оптимально дополняя друг друга, перечисленные компоненты позволяют

обеспечить реализацию исключительно многообразных и разносторонних клинико-фармакологических эффектов, необходимых при лечении и профилактике астенических состояний в рамках психосоматики и неврозов. При этом необходимо подчеркнуть, что основным преимуществом Лангены является не только целесообразность сочетания ее компонентов с фармакологической точки зрения, но и их оптимальная сочетаемость именно с точки зрения достижения разностороннего клинического эффекта.

Таким образом, применение двух растительных средств - **Стрессофита** и **Лангены** – позволяет решить важнейшую клиническую задачу сокращения полипрагмазии и повышения безопасности лечения при сохранении высоких стандартов эффективности. При этом отпадает необходимость одновременного назначения антидепрессантов, седатиков, антиастенических средств химической природы, психостимуляторов, адаптогенов и т.д., что значительно повышает приверженность пациентов к лечению и делает его максимально доступным в экономическом плане.

В заключение, следует отметить, что фитотерапия является одним из наиболее перспективных направлений в клинической медицине в целом, а тем более, учитывая ее упомянутые преимущества – в практике семейного врача. С помощью растительных лекарственных средств сегодня появляется реальная альтернатива многим дорогостоящим и потенциально небезопасным препаратам химической природы и расширяются возможности и перспективы амбулаторного лечения широкого круга расстройств функций ЦНС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аведисова А.С. Антиастенические препараты как средства первого выбора при астенических расстройствах // Міжнар. Неврол. Журн. – 2007. - № 1. – С. 101-104.
2. Бурчинский С.Г. Препараты гинкго в современной стратегии нейропротекции: возможности и перспективы // Нов. Мед. Фарм. – 2011. - № 360. – С. 5-10.
3. Гринио Л.Н. Коэнзим Q10 (убихинон) в клинической практике. – М.: Медицина, 2006. – 186 с.
4. Дубницкая Э.Б. Значимость правильной диагностики и лечения депрессий в общемедицинской практике // Тер. Архив. – 1997. – т.69, № 5. – С. 84-85.
5. Коваленко В.М., Криштопа Б.П., Корнацький В.М. Проблема здоров'я та оптимізації медичної допомоги населенню України. – К., 2002. – 202 с.
6. Концептуальні основи розвитку та впровадження сімейної медицини в Україні // Журн. Практ. Лікаря. – 2001. - № 6. – С. 2-11.
7. Купраш Л.П., Набухотний Т.К., Латишев Е.Е. та ін. Довідник сімейного лікаря. – К., 2003. – 92 с.
8. Лікарські Рослини. Енциклопед. Довідник. – К. : УРЕ, 1989. – 543 с.
9. Марута Н.А. Современные депрессивные расстройства (клинико-психопатологические особенности, диагностика, терапия) // Укр. Вісник Психоневрол. – 2001. – т.9, вип.4. – С. 79-82.
10. Попов А.М. Механизмы биологической активности гликозидов женьшеня: сравнение с гликозидами голотурий // Вестник ДВО РАН. – 2006. - № 6. – С. 92-104.
11. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. – М.: МИА, 2007. – 425 с.
12. Старение мозга / Под ред. В.В.Фролькиса. – Л. : Наука, 1991. – 277 с.
13. Фойгт Н.А. Тривалість життя в похилому віці. – К., 2002. – 299 с.
14. Attele A.S., Wu J.A., Yuan C.-S. Ginseng pharmacology // Biochem. Pharmacol. – 1999. – v.58. – P. 1685-1693.
15. Cohn C.K. 5-HT-antidepressants in the elderly: a 10-year experience // Psychopharmacology for the Elderly. – Springer Publ. Co. : N.Y., 1993. – P. 328-343.

16. Josey E.S., Tackett R.L. St. John's wort: a new alternative for depression ? // *Int. J. Clin. Pharmacol. Ther.* – 1999. – v. 37. – P. 111-119.
17. Linde K., Mulrow C.D. St. John's wort for depression (Cochrane Review) // *The Cochrane Library.* - 2001. - Issue 1. – Oxford : Update Software.
18. McCabe S. Complimentary herbal and alternative drugs in clinical practice // *Perspect. Psychiat. Care.* – 2002. – v.38. – P. 98-107.
19. Murdoch D., McTavish D. Sertraline: a review of its pharmacodynamic and pharmacokinetic properties, and therapeutic potential in depression and obsessive-compulsive disorder // *Drugs.* – 1992. – v.44. – P. 604-624.
20. Schenwick J.P. Phytoantioxidants in clinical practice // *Drugs Clin. Ther.* – 2008. – v.14. – P. 46-59.
21. Williams N., Wilkinson C., Stott N. et al. Functional illness in primary care: dysfunction versus disability // *BMC Fam. Pract.* – 2008. – v.9. – P. 30-41.