# Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи)

Психосоматические расстройства - группа болезненных состояний, проявляющихся экзацербацией соматической патологии, формированием общих, возникающих при взаимодействии соматических и психических факторов симптомокомплексов - соматизированных психических нарушений, психических расстройств, отражающих реакцию на соматическое заболевание.   
   В современной медицине раздел психосоматики представляют исследования (клинические, психологические, эпидемиологические, лабораторные), освещающие роль стресса в патогенезе соматических заболеваний, связь патохарактерологических и поведенческих особенностей с чувствительностью или устойчивостью к определенным соматическим заболеваниям, зависимость реакции на болезнь ("поведения" в болезни) от типа личностного склада, влияние некоторых методов лечения (хирургические вмешательства, гемодиализ и т. п.) на психическое состояние.  
   Расстройства, относимые к психосоматическим, включают не только психосоматические заболевания в традиционном, узком понимании этого термина, но значительно более широкий круг нарушений: соматизированные расстройства, патологические психогенные реакции на соматическое заболевание. К этому ряду относятся также психические расстройства, часто осложняющиеся соматической патологией (нервная анорексия, булимия, алкоголизм и др.), нарушения, осложняющие некоторые методы лечения, например, депрессии и мнестические расстройства, развивающиеся после операции аортокоронарного шунтирования (В.П. Зайцев и соавт., 1990; Н.И. Скачкова, 1996; С.В. Прохорова, 1996), аффективные тревожные и астенические состояния у больных, получающих гемодиализ (М.В. Коркина, В.В. Марилов, 1995). В ряде исследований (А.Б. Смулевич, 2000; B. Tuk и соавт., 1997) в рамках психосоматических расстройств рассматриваются состояния, связанные с генеративным циклом женщин (синдром "предменструального напряжения" и "предменструальное дисфорическое расстройство"; депрессии беременных и послеродовые депрессии, включающие синдром "грусти рожениц"; инволюционная истерия и др.). К психосоматическим расстройствам причисляют также соматогенные (симптоматические) психозы - делирий, аменцию, галлюциноз и др. Экзогенные психические расстройства, представляющие собой самостоятельный раздел клинической психиатрии, здесь не обсуждаются.  
     МКБ-10 психосоматические расстройства2 могут классифицироваться в следующих разделах: "Органические, включая симптоматические, психические расстройства" (рубрики F04-F07, соответствующие реакциям экзогенного типа К. Bonhoffer), "Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства" (рубрики F44.4-F44.7, соответствующие психогениям, и F45 - соматоформные расстройства), а также "Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами" (рубрики F50-F53).   
   О распространенности психосоматических расстройств с точностью судить трудно (показатели болезненности обычно занижены), поскольку эти больные нередко выпадают из поля зрения врачей (обращаются к знахарям, целителям). Тем не менее частота психосоматических расстройств достаточно высока и колеблется в населении от 15 до 50%, а в общемедицинской практике - от 30 до 57%.   
   Многообразные психосоматические расстройства объединяет общий признак - сочетание нарушений психической и соматической сферы и связанные с этим особенности медицинского обслуживания больных, которое предполагает тесное взаимодействие психиатров и врачей общего профиля, осуществляемое обычно либо в медицинских учреждениях общего типа, либо в специализированных психосоматических клиниках.  
   Несмотря на полиморфизм проявлений, могут быть выделены две группы психосоматических расстройств, отражающих разные уровни коморбидности соматической и психической патологии: психосоматические состояния (перекрывание на уровне соматизированных, соответствующих соматическим симптомам расстройств); психореактивные состояния (взаимодействие с выявлением психопатологических расстройств).

**1. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ  
   1.1. Соматическая патология, амплифицированная (усиленная) конверсионными, тревожно-фобическими и другими психическими расстройствами.  
   1.2. Соматическая патология, дублированная атрибутивными (ситуационно возникающими) соматоформными расстройствами.  
   1.3. Психическая патология, редуцированная до уровня соматоформных расстройств (органные неврозы).  
   2. ПСИХОРЕАКТИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ  
   2.1. Психогенные реакции (нозогении).  
   2.2. Экзогенные реакции (соматогении)3.**

**ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ**

    В соответствии со структурой психосоматических соотношений в рамках психосоматических расстройств выделяется континуум патологических состояний (М.Ю. Дробижев, Э.Н. Ищенко, К.А. Батурин, 2000). На одном из полюсов этого континуума находится соматическая патология, амплифицированная (усиленная) расстройствами соматопсихической сферы: приступы нестабильной стенокардии, острый инфаркт миокарда, гипертонический криз, тяжелый приступ бронхиальной астмы, астматический статус, обострение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, протекающие с витальным страхом, тревогой, конверсионными проявлениями. Центральное положение занимают коморбидные (на уровне общих симптомов) соматические и психические расстройства. Общие симптомы - проявления соматической патологии, воспроизводимые (дублируемые) по механизму атрибутивных атак (например, условно-рефлекторное воспроизведение пароксизма кардиалгий, сжатия в грудной клетке, диспноэ, ощущения преграды в дыхательных путях, болей в межреберных мышцах вне объективного приступа стенокардии или бронхиальной астмы, но в ситуации, в которой возник первый приступ). На другом полюсе континуума психосоматических состояний - психическая патология, редуцированная до соматоформных расстройств.  
   Психосоматические соотношения, отнесенные к первому и второму вариантам **(соматическая патология, амплифицированная конверсионными и другими психическими расстройствами; соматическая патология, дублированная атрибутивными соматоформными расстройствами)**, чаще всего наблюдаются при патологии внутренних органов, определяемой как психосоматические заболевания в традиционном "узком" понимании этого термина - ишемическая болезнь сердца, эссенциальная гипертония, бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, некоторые эндокринные заболевания (гипертиреоз, диабет), нейродермит и ряд других (в том числе аллергических) заболеваний. В ряду обстоятельств, способствующих манифестации психосоматических расстройств, в качестве наиболее значимых рассматриваются психотравмирующие события.  
    Влияние стрессов на деятельность внутренних органов, в том числе на иммунные и обменные процессы, подтверждено данными многочисленных клинических и экспериментальных исследований4. Однако травмирующие события являются лишь одной из составляющих патогенеза психосоматических расстройств. Значимая роль в формировании психосоматических заболеваний принадлежит личностным свойствам. Выделяется ряд личностных профилей, предрасполагающих к возникновению конкретного психосоматического заболевания. Личностям типа А, относящимся к группе риска по коронарной болезни ("коронарная личность"), свойственны нетерпеливость, беспокойство, агрессивность, стремление к успеху, ускоренному темпу жизни и работы, сдержанность при внешних проявлениях эмоций. Преобладание компульсивных свойств (педантизм, мелочность, стремление к порядку, эмоциональная холодность, застенчивость и одновременно амбициозность) рассматривается в аспекте склонности к язвенной болезни ("язвенная личность"). Выделяется также "артритическая личность" и т. д.   
   Выдвигается и точка зрения, в соответствии с которой предрасположение к психосоматической патологии носит более универсальный характер. Склонность к психосоматическим расстройствам определяется целостными патохарактерологическими свойствами: хронической тревожностью, склонностью к фрустрации, истерическими и нарциссическими чертами. Часто такая подверженность формируется у лиц с чертами алекситимии (дефицит вербального выражения эмоциональной жизни с бедностью воображения и затруднениями в осознании собственных чувств, препятствующими отреагированию негативных эмоций вне тенденции к соматизации).   
   **Психическая патология, редуцированная до уровня соматизированных расстройств (органные неврозы)**5. Со времени выделения W. Cullen в 1776 г. неврозов эти расстройства описывались в рамках психических нарушений, протекающих с преобладанием вегетативных проявлений. Позднее была выделена группа неврозов, обозначаемых терминами: "вегетативные", "висцеровегетативные", "системные" или "нейроциркуляторная", "вегетососудистая дистония", "соматоформные расстройства". Психопатологические проявления соматоформных расстройств чаще всего образуют симптомокомплексы, обозначаемые как конверсионное, соматизированное, хроническое соматоформное болевое расстройство.  
   Для *конверсионного расстройства* характерны разнообразные патологические телесные сенсации, имитирующие топографически ограниченные нарушения чувствительности (кожные анестезии и/или гиперестезии, частичная или полная потеря зрения, слуха или обоняния), нередко сопряженные с нарушениями моторики или координации (парезы, параличи, явления астазии-абазии), психалгиями и телесными фантазиями. Конверсионное расстройство характеризуют демонстративная выразительность и наглядность проявлений с оттенком утрированности, нарочитости.  
   Соматизированное расстройство отличается полиморфизмом патологических телесных ощущений. Последние представлены алгиями, варьирующими по интенсивности от субъективно незначимых, не приводящих к обращению за медицинской помощью, до выраженных, острых алгопатических феноменов. Наряду с этим при соматизированном расстройстве наблюдаются вегетативные проявления, имитирующие ургентные соматические заболевания (симпатоадреналовые, вагоинсулярные, смешанные кризы), и функциональные нарушения со стороны внутренних органов и систем (тахикардия, дискинезии желчных путей и др.).   
   *Хроническое соматоформное болевое расстройство* определяют стойкие мономорфные патологические телесные сенсации - идиопатические алгии (А.Б. Cмулевич и соавт., 1992), которые уже изначально неизменны по локализации, интенсивности и не сопровождаются психовегетативной симптоматикой. Типичен мучительный ("изнуряющий", "непереносимый") оттенок болей, отражающий особую, не свойственную конверсионным и другим психалгическим феноменам чувственную насыщенность ощущений; характерна также четкая проекция по отношению к отдельным органам и анатомическим образованиям.   
   Если конверсионное и соматизированное расстройства возникают в связи с психогенными воздействиями, то формирование хронического соматоформного болевого расстройства носит спонтанный характер, а его длительность (от 6 мес до нескольких лет) существенно превышает продолжительность конверсионных и соматизированных реакций.  
   В пределах соматизированных расстройств выделяются относительно изолированные функциональные нарушения отдельных органов ("функциональные синдромы" по T. Uexkull) - органные неврозы. Различают кардио- и ангионеврозы, синдром гипервентиляции (психогенная одышка), ахалазия (кардиоспазм), синдром "раздраженного" желудка, "раздраженной" или "возбудимой" толстой кишки, "раздраженного" мочевого пузыря и пр. Психопатологические проявления таких неврозов чаще всего исчерпываются сочетанием конверсионных и соматизированных симптомокомплексов с тревожно-фобическими расстройствами и, в частности, с фобиями ипохондрического содержания (А.Б. Смулевич и соавт., 1992; J. Wickramasekera, 1995). При этом коморбидные связи во многом определяются "выбором органа". Так, при кардионеврозе наряду с кардиалгиями, нарушениями сердечного ритма и явлениями гипервентиляции выступают кардиофобии (страх остановки сердца, инфаркта миокарда), а также более генерализованные тревожные расстройства, сопровождающиеся паническими атаками и страхом смерти. Функциональные нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта (эзофагоспазм, "синдром раздраженного желудка", функциональный копростаз) сочетаются с канцерофобией, страхом кровотечения; абдоминальным алгиям сопутствуют связанные с опасениями возобновления болей фобии приема пищи; диффузный метеоризм с усиленной перистальтикой или гипергидроз нередко сочетаются с социофобиями (страх недержания газов, испускания неприятного для окружающих запаха). Невроз мочевого пузыря протекает со страхом недержания мочи и явлениями агорафобии (опасения удалиться от дома и оказаться в ситуации, в которой невозможно воспользоваться туалетом).

**ПСИХОРЕАКТИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ**

**Психогенные реакции (нозогении).** Обозначаемые этим термином (А.Б. Cмулевич, А.О. Фильц, И.Г. Гусейнов и соавт., 1992; А.Б. Смулевич, 1994) психогенные расстройства обусловлены влиянием психотравмирующих событий, связанных с соматическим заболеванием. Структура нозогений детерминируется психологическими, социальными, конституциональными (характерологический склад) и биологическими (объективные параметры соматического заболевания) факторами.  
   Среди психологических и социальных влияний первостепенную роль играет отношение пациента к собственному заболеванию, которое в соответствии с концепцией внутренней картины болезни (А.Р. Лурия, 1977) может быть сведено к двум полярным позициям: гипернозогнозия (высокая субъективная значимость переживания телесного неблагополучия) и гипонозогнозия (низкая значимость соответствующих переживаний). Определенную роль в формировании нозогений играют и такие факторы, как формулировка диагноза (опасность для жизни, с которой он ассоциируется)6, возможность влиять на проявления болезни ("контролируемость" симптомов), ограничения, налагаемые соматическим страданием на бытовую и профессиональную деятельность. Среди клинических проявлений, влияющих на образование нозогенных реакций, необходимо выделить особенности динамики соматического заболевания с острыми нарушениями жизненно важных функций (ишемия миокарда, явления бронхоспазма и др.), которые сопровождаются витальным страхом и паническими атаками. Немаловажную роль в формировании картины болезни играют и частые обострения основного заболевания, особенно в тех случаях, когда эти обострения связываются в сознании больных с неблагоприятными внешними (и в том числе эмоциональными) воздействиями. При совокупном воздействии ряда неблагоприятных факторов реакция на болезнь может приобретать столь выраженный характер, что ее купирование на первых этапах терапии представляется не менее важной задачей, чем непосредственное лечение соматического страдания.  
   Типология нозогений предполагает выделение синдромов, клинические проявления которых связаны с преобладанием гипер- либо гипонозогнозии.  
   *Невротические синдромы (тревожно-фобические и "невротического отрицания").*   
   **Гипернозогнозический вариант** проявляется страхом и тревожными опасениями, связанными с телесным недугом, гипертрофированной оценкой его последствий, угрожающих здоровью, невозможностью полной социальной реабилитации. В клинической картине могут доминировать истерические проявления (демонстративность поведения, яркость и образность жалоб, конверсионные симптомокомплексы). При затяжных реакциях формируются явления ригидной ипохондрии (тщательная регистрация малейших признаков телесного неблагополучия, "щадящий" режим - диета, главенство отдыха над работой, жесткая регламентация физических нагрузок, приема медикаментов и пр.).  
   **Гипонозогнозический вариант.** В психологических и психодинамических исследованиях такие реакции рассматриваются как проявления "невротического отрицания". В клинической картине на первом плане синдром "прекрасного равнодушия" с диссоциацией между проявлениями соматизированной тревоги (тахикардия, дрожь, потливость) и демонстративно-пренебрежительным отношением к болезни. Однако за фасадом наигранного оптимизма выступает страх нарушения жизненно важных функций организма.   
   *Аффективные реакции (реактивные депрессии, гипомании)*  
   **Гипернозогнозический вариант** - синдром ипохондрической депрессии определяется гипотимией с тревогой и чувством безнадежности, сочетающихся с астенией, снижением физической активности, алгиями и другими патологическими телесными сенсациями. Содержание реакции определяется пессимистическим восприятием болезни, тревожными опасениями и страхами, тесно связанными с актуальным соматическим состоянием. Представления об опасности болезни, ее неизлечимости, неблагоприятном исходе, негативных социальных последствиях обычно преувеличены.   
   **Гипонозогнозический вариант** - синдром "эйфорической псевдодеменции" (А.Б. Cмулевич, А.О. Фильц, М.О. Лебедева, 1992) характеризуется повышенным аффектом с преобладанием благодушия, неадекватно-оптимистической оценкой как настоящего состояния, так и последствий болезни.7 Пациенты мало озабочены объективно тяжелыми, подчас угрожающими жизни нарушениями деятельности организма, строят радужные планы на будущее, игнорируют лечебный режим, "забывают" о необходимости приема лекарств.   
   *Патохарактерологические реакции (параноические, шизоидные, истерические)* с выявлением сверхценных идей (ипохондрия здоровья, синдром "патологического отрицания болезни").  
   **Гипернозогнозический вариант** - "синдром ипохондрии здоровья" (W. Jahrreis). Осознание связанных с соматической болезнью патологических изменений деятельности организма сопровождается стремлением к преодолению недуга. Доминируют идеи "полного восстановления любой ценой". Больные ощущают в себе потенциальные возможности усилием воли "переломить" ход событий, положительно повлиять на течение и исход соматического страдания, вопреки медицинским рекомендациям "модернизировать" лечебный процесс нарастающими нагрузками или физическими упражнениями - "преодолевающий стиль поведения" (A. Barsky, G. Klerman, 1983).   
   Гипонозогнозический вариант - синдром патологического отрицания болезни. Формируется обычно у больных с аномальными чертами, определяемыми психологическим термином "упругость" ("resilience"). Речь идет о лицах параноического или шизоидного склада, лишенных ощущения страха, фаталистах, привносящих в реакцию на болезнь не тревожные опасения или идеи ущербности, но элементы риска, игры с опасностью. При возникновении угрожающей жизни патологии (злокачественные новообразования, острый инфаркт миокарда, туберкулез с выраженной интоксикацией и пр.) для них предпочтительно отрицание тяжести болезни, ее угрожающего смысла. Зная, что при недуге, которым он страдает, возможен смертельный исход, пациент убежден, что благодаря чуду, волшебному воздействию неизвестного ранее средства он непременно исцелится. Основной темой становится здоровье ("полет в здоровье" по A. Bessier). Будучи месяцами прикованными к постели, пациенты говорят, что готовы заняться спортом, начать "новую жизнь".

**ЛЕЧЕНИЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ**

   Помощь при психосоматических расстройствах включает широкий круг профилактических и лечебных мероприятий, требующих комплексного подхода. Лечение (особенно в выраженных случаях) проводится не только интернистом, но нередко требует участия психиатра и психотерапевта.   
   Важным методом лечебного воздействия является психотерапия, включающая элементы психокоррекции. Проводимая параллельно с лекарственным лечением симптоматическая психотерапия помогает снизить тревожность, отвлечь внимание больного от ипохондрических опасений, придать личностный смысл лечебному процессу. При соучастии в генезе наблюдаемых расстройств неразрешенных интрапсихических конфликтов психотерапия используется как патогенетический метод лечения.  
   Основное место в арсенале лечебных воздействий при психосоматических расстройствах принадлежит медикаментозной терапии. Фармакотерапия психосоматических расстройств, учитывая их многообразие и наличие в ряде случаев коморбидной патологии внутренних органов, строго индивидуальна и не может проводиться по шаблону.   
   При определении метода терапии учитывается клиническая характеристика психосоматических расстройств. Психотропные средства показаны в первую очередь при преобладании в клинической картине тревожно-фобических расстройств, ипохондрических фобий. Выбор психотропных средств во многом определяется выраженностью психопатологических проявлений. В случаях психопатологической незавершенности клинических расстройств (субсиндромальные состояния), их нестойкости и эпизодической манифестации, как правило, достаточным оказывается назначение препаратов класса транквилизаторов. Наряду с этим могут использоваться медикаменты, традиционно рассматриваемые как соматотропные, но обладающие и нерезко выраженным психотропным эффектом (препараты группы b-блокаторов, обнаруживающие анксиолитический эффект, нифедипин и верапамил, обладающие нормотимическими свойствами).   
   При психопатологически завершенных формах выбор психотропных средств определяется структурой синдрома.  
   Необходимо использовать медикаменты, в наибольшей мере соответствующие требованиям, предъявляемым к лекарственным средствам, применяющимся в общемедицинской сети. К ним относятся: минимальная выраженность нежелательных нейротропных и соматотропных эффектов, которые могли бы нарушить функции внутренних органов и/или привести к усугублению соматической патологии, ограниченность признаков поведенческой токсичности; а в условиях акушерской практики - минимальный тератогенный эффект, не препятствующий проведению психофармакотерапии в период беременности; низкая вероятность нежелательных взаимодействий с соматотропными препаратами; безопасность при передозировке; простота использования (возможность назначения фиксированной дозы препарата или минимальная потребность в ее титрации).  
   Важным с точки зрения использования в общемедицинской практике качеством этих средств является также минимум терапевтически значимых нежелательных взаимодействий с соматотропными медикаментами. Соответственно они безопасны для пациентов с сердечно-сосудистой патологией (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, кардиомиопатии, миокардиты, приобретенные пороки сердца и др.), с легочными заболеваниями (острый и хронический бронхиты, пневмонии), с заболеваниями крови (анемии различного генеза), их можно применять при мочекаменной болезни, гломерулонефритах, в том числе осложненных почечной недостаточностью, сахарном диабете, заболеваниях щитовидной железы, глаукоме, аденоме предстательной железы, а также у физически ослабленных и лиц пожилого возраста.  
   Из числа ***нейролептиков*** к таким средствам относятся некоторые производные фенотиазина (алимемазин-терален, перфеназин-этаперазин, тиоридазин-сонапакс), тиоксантена (хлорпротиксен), а также бензамиды (сульпирид-эглонил) и некоторые другие атипичные нейролептики (рисперидон-рисполепт) при условии использования в малых дозах. Некоторые из перечисленных нейролептиков находят применение в системе терапии соматической патологии. Сульпирид (эглонил) используется при патологии желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, болезнь Крона и "оперированного желудка") [А.А. Шатенштейн, 1994], лечение ИБС [Говорин Н.В., 1997], кожных заболеваний [Черкасова Н.В., Сергеев Ю.В., 1995]; перфеназин (этаперазин) обладает антиэметическими свойствами; алимемазин (терален) оказывает выраженное гипотензивное действие (В.А. Райский, 1988).   
   Нейролептики показаны в первую очередь при лечении нозогенных параноических реакций (бред "приписанной болезни", сутяжные и сенситивные реакции), а также при нозогениях с явлениями "эйфорической псевдодеменции". Чаще всего применяются рисперидон (рисполепт), трифлуоперазин (стелазин, трифтазин), а также оланзапин (зипрекса).   
   Нейролептики показаны также при лечении хронического соматоформного болевого расстройства (стойкие мономорфные патологические телесные сенсации - идиопатические алгии). При терапии органных неврозов (синдром "раздраженной толстой кишки") одним из препаратов выбора является сульпирид (эглонил), действующий не только на психическое, но и на соматическое состояние.  
   ***Антидепрессанты*** последних генераций, сочетающие мягкий тимоаналептический эффект с хорошей переносимостью, принадлежат к препаратам, рекомендуемым к применению при психосоматической патологии. К их числу относятся селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС): флуоксетин-прозак, сертралин-золофт, пароксетин-паксил, флувоксамин-феварин, циталопрам-ципрамил; селективные стимуляторы обратного захвата серотонина (ССОЗС): тианептин-коаксил; некоторые представители селективных ингибиторов обратного захвата норадреналина (СИОЗН): миансерин-леривон; обратимые ингибиторы моноаминоксидазы типа А (ОИМАО-А): перлиндол-пиразидол, моклобемид-аурорикс.  
   При лечении депрессий у больных с тяжелой соматической патологией (цирроз печени, печеночная недостаточность), а также при явлениях непереносимости антидепрессантов последних генераций могут использоваться препараты, не только не нарушающие функции внутренних органов, но и оказывающие синергичное психо- и соматотропное действие. Среди таких средств - адеметионин (гептрал), в клинической активности которого сочетается тимолептическое и гепатотропное действие (показан при явлениях холестаза, циррозах печени, хроническом активном гепатите, муковисцидозе).  
   Большинство представителей класса ***транквилизаторов*** относится к психотропным средствам, которые в связи с большим разрывом между терапевтическими и летальными дозами, отсутствием неблагоприятных влияний на деятельность основных функциональных систем организма и интеракции с соматотропными препаратами могут с успехом применяться при терапии психосоматических расстройств. Нежелательные эффекты транквилизаторов (чаще это явления поведенческой токсичности - сонливость в дневные часы, нарушения внимания и др.) легко устранимы (перераспределение или снижение суточной дозы препарата). Препараты этого класса обнаруживают положительные соматотропные эффекты. Некоторые из производных бензодиазепина уменьшают риск возникновения тяжелых желудочковых аритмий и фибрилляции желудочков как при острой ишемии, так и при реперфузии миокарда (В.И. Маколкин, С.А. Аббакумов, 1985; Н.А. Новикова, А.Л. Сыркин, 1994). Многие транквилизаторы, включая гидроксизин (атаракс), обладают выраженным антиэметическим эффектом, распространяющимся даже на тяжелые, вызванные радиационной терапией или химиотерапией диспепсические явления (P. Triozzi, D. Goldstein, J. Laszio, 1988). Производные бензодиазепина уменьшают желудочную секрецию, а также снижают содержание в желудочном соке пепсина и соляной кислоты как за счет прямого антихолинергического, так и центрального седативного и вегетостабилизирующего эффекта (М.Ю. Дробижев и соавт., 1998; T.A. Ban, 1980). Средства этого класса (производные бензодиазепина) входят в число немногочисленных медикаментов, которые могут применяться при беременности и грудном вскармливании.   
   Транквилизаторы (анксиолитики) показаны при широком спектре психосоматических расстройств. Среди них - органные неврозы, нозогенные реакции, протекающие с преобладанием невротических (тревожно-фобических и соматизированных) расстройств, явлениями истероипохондрии (конверсии) и нарушениями сна. Назначение транквилизаторов показано в сочетании с соматотропными средствами при лечении психосоматических состояний (психогенно провоцированные приступы стенокардии, бронхиальной астмы), при ургентных состояниях, часто сопровождающихся витальным страхом, тревогой, паническими атаками (инфаркт миокарда, астматический статус, гипертонический криз и др.).  
   Как и транквилизаторы, препараты класса ***ноотропов*** относятся к предпочтительным при лечении психосоматических расстройств средствам. Ноотропы не оказывают негативного влияния на функции внутренних органов, не обнаруживают признаков поведенческой токсичности, не вступают во взаимодействие с соматотропными препаратами, безопасны при передозировке; их применение может сопровождаться лишь незначительным снижением порога судорожной готовности и транзиторными нарушениями сна. Ноотропы обнаруживают ряд положительных нейротропных и соматотропных эффектов. Используются в реанимационной практике, при острой церебральной патологии (инсульты, коматозные состояния), лечении мигрени и других алгических синдромов, эффективны при купировании ряда побочных эффектов психофармакотерапии и осложнений, возникающих в процессе проведения электросудорожной терапии.  
   Ноотропы показаны при нозогенных реакциях, протекающих с преобладанием астенических расстройств. Наиболее широко используются ноотропил (пирацетам), пикамилон, церебролизин, энцефабол, тиролиберин и др.   
   Самочувствие больных с психосоматической патологией значительно улучшается при купировании расстройств сна. Возможна как симптоматическая бессонница, провоцированная проявлениями соматического заболевания (не дающие уснуть приступы стенокардии или бронхиальной астмы, дизурия, метеоризм, боли), так и инсомния, сопряженная с нарастающей к вечеру тревогой (страх повторного ночного приступа, смерти во сне). Целесообразно по возможности устранить болезненные проявления, препятствующие засыпанию и провоцирующие частые пробуждения, отменить вечерний прием соматотропных средств, применение которых может повлечь бессонницу (эфедринсодержащие бронходилататоры, диуретики, стимуляторы), а также b-адреноблокаторов, провоцирующих в некоторых случаях сновидения и ночные кошмары. Медикаментозное лечение бессонницы чаще всего проводится производными бензодиазепина (нитразепам, феназепам, флунитразепам, бромазепам, алпразолам и др.). В последнее десятилетие появились гипнотики других химических групп: производное циклопирронов зопиклон (имован), новый препарат из группы имидазопиридонов - золпидем (ивадал), практически не вызывающий привыкания и утреннего последействия.  
   Медицинская помощь при психосоматических расстройствах осуществляется в рамках так называемой взаимодействующей психиатрии - модель интегрированной медицины по В.Н. Козыреву (2000). Предполагается тесное сотрудничество психиатра-консультанта и врача общей практики. Консультант-психиатр участвует в диагностике психических нарушений, решает сложные дифференциально-диагностические проблемы и определяет совместно с лечащим врачом тактику лечения, а в дальнейшем при необходимости повторных консультаций осуществляет контроль за терапией. В отдельных случаях может возникнуть необходимость в динамическом наблюдении, когда психиатр осуществляет совместное с врачом общей практики лечение больного, используя психофармако- или психотерапию. Психиатр, работающий в больницах общего типа, не должен подменять врача другого профиля и становиться лечащим врачом. Такая замещающая модель неэкономична и непрактична, так как потребовала бы нерационального увеличения числа участвующих в процессе терапии психиатров.  
   Чаще всего лечение пациентов с психосоматическими расстройствами проводится в условиях соматического стационара. При тяжелых психических нарушениях наблюдение и терапию целесообразно осуществлять в психосоматических отделениях, входящих в состав многопрофильных больниц, либо (если позволяет соматическое состояние) в психиатрической клинике.  
   Пациентам с психосоматическими расстройствами, не нуждающимся в стационарном лечении, специализированную помощь оказывают в территориальной поликлинике. Психиатр, работающий в поликлинике, выступает как в роли консультанта (постоянное наблюдение и терапию осуществляют врачи широкого профиля), так и в качестве лечащего врача, оказывающего весь объем необходимой помощи, включающей биологическую и психотерапию. В этом случае лечение проводится в условиях психиатрического кабинета (кабинет неврозов) территориальной поликлиники.

2 Термин, впервые примененный в начале XIX в. J. Heinroth (1818), был введен во врачебный лексикон столетие спустя [F. Deutsch, 1922]. Первоначально понятием "психосоматические" объединялись заболевания, в патогенезе которых существенную роль играют неблагоприятные психотравмирующие воздействия (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма и др.).

3 Рассматриваются в рамках симптоматических психозов.

4 Роль стресса в комплексе факторов, участвующих в развитии психосоматического страдания, неоднозначна. Можно, с одной стороны, выделить формы соматической патологии, развитие которой в значительной мере детерминировано генетическими, патофизиологическими и др. факторами (например, инфекционно-аллергическая бронхиальная астма, стабильная стенокардия напряжения, недостаточность кровообращения), а с другой - психосоматические заболевания, обнаруживающие значительную лабильность по отношению к психогенным и социальным вредностям.

5 В настоящее время термин "органный невроз" используется с известной условностью, так как, естественно, не предполагается, что "невротизируется" тот или иной орган, а нарушается психика в целом.

6 Особой значимостью обладают заболевания, представляющие непосредственную угрозу жизни (инфаркт миокарда, инсульт и др.), либо патологические процессы с хроническим течением и неблагоприятным прогнозом (злокачественные новообразования, туберкулез и пр.).

7 Явления эйфорической псевдодеменции нередко наблюдаются при туберкулезе и рассеянном склерозе.

Статья А.Б. Смулевича " Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи)"