



Проф. Л.Я. Васильева – Линецкая

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Кафедра физиотерапии, курортологии и восстановительной медицины

Соматоформная вегетативная дисфункция: эволюция диагноза и подходов к лечению, традиционная и современная физиотерапия

В последние десятилетия в мире во всех возрастных группах наблюдается увеличение заболеваемости расстройствами психики и поведения за счет непсихотических, так называемых пограничных расстройств, в клинической картине которых отмечается значительное увеличение соматовегетативных и неврологических компонентов при одновременном уменьшении собственно психической симптоматики [1, 2]. Эти заболевания названы соматоформными расстройствами, и отнесены в МКБ-10 [3] к разделу F 45, в котором они объединяются в одну группу с невротическими и стрессовыми расстройствами, исходя из общей «психогенной» этиологии.

Соматоформные расстройства (СР)

Сегодня СР — это группа психических расстройств невротической природы, отличительным признаком которых является появление разнообразных симптомов, встречающихся при различных соматических заболеваниях, наличие которых не подтверждаются объективными клиническими исследованиями. Таким образом, на первый план выступают «соматические», «висцеральные» жалобы, а собственно психические нарушения скрываются за «соматическими» проявлениями и долгое время не замечаются ни больными, ни врачами. Специалисты сравнивают иногда СР с хамелеоном, т.к. они скрываются под маской кардиологических, неврологических, гастроэнтерологических, урологических или иных заболеваний, что представляет большие сложности в дифференциальной диагностике. Главным признаком СР является «повторяющееся возникновение физических симптомов наряду с постоянными требованиями

ми больных повторных медицинских обследований вопреки отрицательным результатам и заверениям врачей об отсутствии физической основы». Если физические расстройства и имеют место, то они не объясняют природу и выраженность симптоматики и не соответствуют страхам и озабоченности больных. При этом вопреки очевидной психической природе симптомов пациенты продолжают упорно посещать врачей-интернистов, сопротивляясь психиатрическому и психотерапевтическому вмешательству.

По данным Американской психиатрической ассоциации СР наблюдаются примерно у 1% населения, женщины болеют значительно чаще мужчин, заболевание более распространено среди бедных и малообразованных слоев населения. Согласно ВОЗ не менее чем у 25% пациентов общесоматических клиник выявляются СР. Начало болезни приходится, как правило, на молодой возраст (между 15 и 25 годами), однако болеют люди всех возрастов, включая маленьких детей и лиц пожилого и старческого возраста [4].

В связи с большой распространенностью и относительно недавним выделением в группу психогенных расстройств, больные СР наблюдаются не только врачами-психиатрами, но и составляют значительную часть контингента больных у врачей общей практики, интернистов, неврологов, а также являются частыми пациентами на приеме врачей-реабилитологов, курортологов, физиотерапевтов. Высокий уровень медицинской, социальной и экономической значимости СР определяет необходимость повышения знаний врачей разного профиля о дифференциальной диагностике СР, особенностях

их клинического течения и возможностях эффективной терапии. В число СР в МКБ-10 включаются соматизированное расстройство (F 45.0), недифференцированное соматоформное расстройство (F 45.1), ипохондрическое (небредовое) расстройство (F 45.2), соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы («органные неврозы») (F 45.3), устойчивое соматоформное болевое расстройство (F 45.4), другие соматоформные расстройства (F 45.8) и соматоформное расстройство неуточненное (F 45.9).

Соматоформная вегетативная дисфункция (СВД) — классификация, этиопатогенез, клиника, особенности течения

Наиболее частой формой СР является СВД, которая объединяет группу состояний, прежде называемых термином «органные неврозы». Согласно МКБ-10 клиническая картина СВД складывается из отчетливого вовлечения вегетативной нервной системы (ВНС), дополнительных неспецифических субъективных жалоб и постоянных ссылок больного на определенный орган или систему в качестве причины своего расстройства. Для достоверного диагноза СВД требуются все следующие признаки:

а) симптомы вегетативного возбуждения, такие, как сердцебиение, повышенная потливость, интенционный тремор пальцев рук, яркий дермографизм, которые имеют хронический характер и причиняют беспокойство;

б) дополнительные субъективные симптомы, относящиеся к определенному органу или системе;

в) озабоченность и огорчения по поводу возможного серьезного (но часто неопределенного) заболевания этого органа или системы, причем повторные объяснения и разуверения на этот счет врачей остаются бесплодными;

г) отсутствие данных о существенном структурном или функциональном нарушении данного органа или системы.

СВД имеет длительную историю изучения, а также большое количество предшествующих названий. Так, история диагноза, связанная преимущественно с преобладанием симптомов со стороны сердечно-сосудистой системы, началась в конце 19-го века во время Гражданской войны в США, когда врач Да Коста впервые описал у солдат-новобранцев жалобы на боли в сердце и одышку (отсюда и названия «солдатское сердце», «окопное сердце», «снарядный шок»), слабость, усталость, однако объективных изменений со стороны внутренних органов не определялось. Так появился синдром Да Коста.

Немецкий врач Б. Оппенгеймер в 1918 г. ввел понятие «нейроциркуляторная астения», выдвинув на первый план симптомы похудания, слабости, ипохондрии. Г.Ф. Ланг в 1950-х гг. назвал заболевание «нейроциркуляторной дистонией», отдав приоритет регуляторным расстройствам сердечно-сосудистой системы, Н.Н. Савицкий разделил патологию в зависимости от вида нарушений на три типа: гипотонический, кардиальный и гипертонический. А. М. Вейн предложил термин «синдром вегетативной дистонии», подчеркивая, что недуг определяется типом вегетативного тонуса.

В настоящее время на смену всем предшествующим диагнозам в МКБ-10 внесен диагноз «соматоформная вегетативная дисфункция», которая рассматривается как самостоятельное заболевание и относится к классу СР.

Единой этиопатогенетической концепции СВД в настоящее время нет. Это связано, с одной стороны, с отсутствием строгих научных концепций, описывающих процесс соматизации, т.е. «процесс вовлечения соматических (вегетативных, обменных, нейроэндокринных, иммунных, трофических) функций (дисфункций) в ту или иную психическую патологию и в психические реакции на грани нормы и патологии» [5]. С другой стороны, большое значение имеет клиническая неоднородность СВД. Поэтому сегодня рассматриваются различные факторы, могущие играть важную роль в развитии СВД. Так, пристально изучается роль генетических факторов в развитии заболевания, однако в большинстве случаев исследователи сходятся во мнении, что существуют только косвенные свидетельства влияния генетических механизмов и выражены они в значительно меньшей степени, чем у других психических расстройств, в частности, у шизофрении.

Рассматривается роль физиологических особенностей больных и, по общему мнению, можно предположительно говорить о повышенном психофизиологическом уровне активности, что определяет искаженную интерпретацию мозгом нормальных соматических сигналов и их ошибочную идентификацию в качестве болезненных, однако конкретные механизмы этого процесса неизвестны. Существенная роль отводится средовым факторам, т.к. описаны семейные случаи СВД, а родители детей с явлениями соматизации сами часто сверх меры озабочены здоровьем.

Большое значение придается личностным особенностям, т.к. пациенты с СВД демонстрируют особый склад личности, склонной даже в минимальных недомоганиях видеть признаки грозной болезни. Они считают себя физически ослабленными, «берегут силы» и здоровье, очень тяжело (в эмоциональном плане) переносят боль и усталость. Получено много данных, подтверждающих большое значение стрессовых факторов для формирования соматизации.

При наличии множества концепций и теорий оправданным является стремление объединить их в рамках одного направления. Таковым является «патогенетический круг» В. Рифа [6], предполагающего, что в основе СР лежит усиленное восприятие неприятных физических ощущений, что ведет к фокусированию на них внимания и повышению возбуждения, а это позволяет субъективно оценивать ощущения как болезненные и определяет щадящее и уклоняющееся поведение, снова стимулирующее восприятие негативных ощущений (эффект маховика). Наиболее детально проработанной универсальной интегративной концепцией невротических расстройств является гипотеза Ю. А. Александровского [1] о «ба-

рьере психической адаптации» как о балансе психопротективных и психотравмирующих факторов.

В патогенезе СВД ведущая роль придается дезинтеграции деятельности надсегментарных вегетативных структур, в первую очередь, лимбико-ретикулярной и гипоталамо-гипофизарной систем, дисфункция которых проявляется комплексом вегетативных, эмоциональных, эндокринно-висцеральных, сенсорно-моторных и др. расстройств.

В зависимости от характера преобладающих жалоб выделяют различные варианты СВД, наиболее частым из которых является вегетативная дисфункция сердечно-сосудистой системы (подраздел F 45.30). Ведущим в ее клинической картине выступает кардиалгический синдром. Он характеризуется определенной полиморфностью симптомов, их изменчивостью и непостоянством. Как правило, боли в сердце возникают в покое после перенесенного психоэмоционального напряжения или стресса, по длительности могут продолжаться от нескольких часов до суток, физическая нагрузка не провоцирует возникновение кардиалгии, а, наоборот, способствует ее уменьшению или исчезновению. Боли в области сердца могут сопровождаться общим возбуждением, возникновением тахикардии в покое и повышением артериального давления. Однако органические изменения со стороны сердечно-сосудистой системы по данным физикальных, электрокардиографических и ультразвуковых исследований отсутствуют или не соответствуют клинической картине.

При нарушениях со стороны дыхательной системы (подраздел F 45.33 МКБ 10) наиболее частым и клинически значимым проявлением вегетативной дисфункции является гипервентиляционный синдром. Он характеризуется наличием дыхательного дискомфорта как ощущения нехватки воздуха и «неполноты» вдоха. Могут также наблюдаться симптомы ларингоспазма и поперхивания, а также кашель нейрогенного характера, который усиливается при эмоциональном напряжении, имеет сухой и навязчивый характер. Гиперреактивность бронхов приводит к возникновению приступов удушья, которые связаны с изменением настроения или атмосферными факторами. Физикальные и рентгенологические признаки поражения органов грудной клетки отсутствуют. Медикаментозное лечение, назначаемое по поводу ошибочно диагностированных заболеваний дыхательной системы (бронхиальной астмы, хронического бронхита и т.п.), как правило, оказывается неэффективным.

Вегетативная дисфункция пищеварительной системы характеризуется диспепсическими и дискинетическими нарушениями органов пищеварения без признаков органической патологии. В МКБ-10 выделяют подразделы F 45.31 (верхние отделы желудочно-кишечного тракта) и F 45.32 (нижний отдел желудочно-кишечного тракта). Дисфункция вегетативной нервной системы верхнего отдела желудочно-кишечного тракта проявляется в виде дисфагии, желудочного невроза, пилороспазма или рефлюкс-синдрома. Симптомы гастралгии могут возникать в

покое, они не связаны с приемом пищи или жидкости. Проявлением СВД нижних отделов желудочно-кишечного тракта являются синдром раздраженного кишечника, метеоризм, психогенная диарея («медвежья болезнь») и др.

СВД мочеполовой системы (подраздел F 45.34) характеризуется появлением поллакиурии (повышения частоты мочеиспускания) и дизурических явлений. Иногда может возникнуть задержка мочеиспускания («мочевое заикание») в присутствии незнакомых людей или после психотравмирующей ситуации. Однако при объективном обследовании урологическая патология не выявляется.

Нарушения терморегуляции у больных СВД могут проявляться в виде длительного (более 2—3 недель) повышения температуры до субфебрильных цифр, не связанного с инфекционными заболеваниями или наличием хронических очагов инфекции. У пациентов возникают периодические «ознобы», диффузный или дистальный гипергидроз. Во время клинического, биохимического, иммунологического исследования крови патологические изменения не обнаруживаются, больные, как правило, удовлетворительно переносят свое состояние и отмечают повышение температуры тела во время эмоционального напряжения.

Хронический болевой синдром, в настоящее время, является одним из часто встречающихся в клинической картине СВД. Он проявляется головными болями напряжения, характеризующимися ощущением сдавливания головы, тесного головного убора, болезненностью кожи головы и усиливается при эмоциональном напряжении, а также частыми болями в области позвоночника и конечностей.

С учетом особенностей клинических проявлений выделяют пароксизмальный и перманентный типы течения СВД. Пароксизмальные состояния протекают преимущественно по типу симпатoadренальных, вагоинсулярных или, реже, смешанных пароксизмов.

При симпатoadренальных кризах в структуре пароксизма преобладает симптоматика дисфункции симпатической нервной системы, которая включает кардиалгию и цефалгию, тахикардию и тахикардию, артериальную гипертензию, а также психогенную одышку, симптомы общего возбуждения, озноб, учащенный диурез.

Вагоинсулярные кризы возникают при повышении тонуса парасимпатической нервной системы и проявляются снижением артериального давления, брадисистолией или брадиаритмией, брадипноэ, бледностью кожных покровов и разлитым красным дермографизмом, общей слабостью, желудочно-кишечными дискинезиями. Иногда при выраженной ваготонии развиваются синкопальные состояния, которые характеризуются кратковременной (до 1 мин) потерей сознания с нарушением постурального тонуса, дыхательной и сердечно-сосудистой деятельности.

Смешанные вегетативные пароксизмы либо сочетают в себе симпатoadренальные и вагоинсулярные симптомы, либо протекают с их чередованием.

Перманентний тип течения характеризується постійним или частим наличием вегетативных проявлений со стороны тех органов и систем, которые составляют основу заболевания.

Мультидисциплинарное лечение и реабилитация больных СВД

Начало эффективного лечения СВД возможно только при полной уверенности в отсутствии реального соматического заболевания, что подтверждается данными специалистов-интернистов, квалифицированно обследовавших больного с применением всех необходимых методов верификации. Современные технологии терапии СВД предусматривают использование многопрофессиональных групп специалистов, осуществляющих индивидуальный подход к больному с учетом данных об этиопатогенезе и клинических особенностях заболевания. Лечение должно носить комплексный характер, включать медикаментозные и немедикаментозные методы, позволяющие воздействовать на патогенетические механизмы развития заболевания, а также на коморбидные психические, неврологические и соматические расстройства. Кроме того, существенное значение придается стимуляции личностных, психологических ресурсов больных.

Необходимо учитывать негативно-оппозиционное отношение больных к попыткам обсуждения возможности психогенной обусловленности симптомов даже при наличии выраженных пароксизмальных соматовегетативных проявлений, в том числе и с депрессивными или тревожными проявлениями. Вследствие этого базисным направлением в лечении больных СВД в настоящее время является психотерапия [7].

Психотерапия. У больных СВД используется практически весь спектр современных форм и методов психотерапии. Широко применяется рациональная психотерапия, аутогенная тренировка, гипнотерапия, групповая, аналитическая, бихевиоральная, позитивная, клиент-центрированная терапия и др. Ведущим методом психотерапии у больных СВД на начальном этапе является когнитивно-поведенческая психотерапия (когнитивно-бихевиоральная терапия), направленная на разъяснение механизмов имеющихся нарушений, способствующая модификации характера восприятия больным своих телесных ощущений и совместную выработку тактики преодоления психотравмирующей ситуации. Успех данной методики определяется воздействием на основной, по мнению авторов, механизм формирования соматоформных расстройств — повышенную возбудимость вегетативной нервной системы с избирательным вниманием к телесным функциям и избегающим поведением.

В обязательном порядке с больными отрабатываются приемы, восстанавливающие нормальный соматосенсорный чувственный спектр. Для этого проводится концентрация внимания на спокойных, желательно статичных, эмоционально позитивных представлениях (любимая картина, фотография

и т.д.). Эффект в отношении редукции вегетативно-висцеральной симптоматики достигается при аутогенной тренировке, в различных модификациях используется также групповая психотерапия с обязательным включением семейной психотерапии.

Однако, несмотря на приоритетность психотерапевтической коррекции, совокупность в клинической картине СВД психоэмоциональных, вегетативных и вегетативно-висцеральных компонентов обуславливает необходимость проведения базисной медикаментозной терапии.

Фармакотерапия. При выборе медикаментозных препаратов следует ориентироваться на длительность и выраженность СВД, результаты предшествующего лечения, личностные особенности пациента, его общественный, социальный, культурный и профессиональный статус, характер и степень дезадаптации.

Фармакотерапия больных направлена на основные группы симптомов-мишеней: аффективные и соматовегетативные. Это определяет выбор препаратов соответствующих фармакологических групп и предполагает использование широкого спектра психотропных препаратов — анксиолитиков, антидепрессантов, атипичных нейролептиков, антипароксизмальных и тимолептических препаратов. Однако применение психотропных средств у больных СВД имеет свои особенности. Так, наиболее эффективна монотерапия с использованием комфортных в употреблении для больных лекарственных препаратов. Кроме того, учитывая возможность повышенной чувствительности и наличие побочных эффектов, психотропные средства назначаются в малых и средних дозировках. К требованиям относятся также минимальное влияние на соматические функции и массу тела, низкая поведенческая токсичность и минимальный тератогенный эффект, малая вероятность взаимодействия с соматотропными препаратами [8, 9].

В современных клинических руководствах по фармакотерапии СР рекомендуется использовать анксиолитики — кратковременными или прерывистыми курсами (алпразолам в средних суточных дозах 1—2 мг, буспирон в средних суточных дозах 20—30 мг, феназепам в дозе 2—3 мг в сутки, реже — клоназепам по 4—8 мг в сутки). Существенная роль в лечении принадлежит антидепрессантам, при этом особое место отводится применению **селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС)** (флувоксамин, суточная доза 100—200 мг, тразодон, суточная доза 150 мг) — в комбинации с анксиолитиками, аденоблокаторами или в качестве монотерапии. Преимуществами длительного применения СИОЗС является их хорошая переносимость и отсутствие противопоказаний для лиц старшего возраста с множественной соматической патологией.

В ряде случаев целесообразным является применение нейролептиков, особенно при тревоге с ажитацией или при неэффективности анксиолитиков — тиоридазин, суточные дозы 75—200 мг, хлорпротиксен, как правило, перед сном, 100—200 мг, сульпирид —

суточная доза 100—200 мг. При хроническом и рецидивирующем течении рекомендуют использовать карбамазепин. При выраженной депрессии и отсутствии эффекта предыдущей терапии назначают трициклические (амитриптилин) или четырехциклические (ремерон) антидепрессанты.

При назначении психотропных препаратов выбор их во многом зависит от выраженности психоэмоциональных нарушений. В случае их нестойкости, незавершенности (субсиндромальные состояния), как правило, достаточным оказывается назначение фитотерапии (трава пустырника, корневища валерианы, листья мяты перечной, корни солодки и др.) или комбинированных препаратов (персен, белозен, новопассит и др.). Следует учитывать, что, согласно данным ВОЗ, предпочтение лекарственным средствам растительного происхождения отдают до 80% населения планеты.

Нередко назначаются транквилизаторы бензодиазепиновой группы (диазепам, сибазон). В то же время, длительный их прием ведет к развитию синдрома привыкания, в привычных дозировках они перестают действовать, отмена их может приводить к феномену отдачи и, соответственно, прогрессированию заболевания. В связи с этим, в настоящее время в литературе имеются данные о целесообразности применения транквилизаторов бензодиазепиновой группы преимущественно для купирования вегетативных пароксизмов. При необходимости пролонгированного применения транквилизаторов предпочтение отдается стрезаму и афобазолу, как правило, не вызывающим привыкания и синдрома отмены даже в случае длительного использования.

Помимо этого, механизм действия бензодиазепинов, связанный с потенцированием системы главного медиатора торможения — ГАМК, наряду с терапевтическим эффектом в виде уменьшения тревожно-фобических проявлений, нередко вызывает развитие побочных эффектов, таких, как седация, снижение внимания, мнестических способностей и обучаемости. Для купирования подобных побочных эффектов препаратов и при преобладании в структуре психоэмоциональных нарушений астенических расстройств показано назначение препаратов ноотропного действия в средних терапевтических дозах (ноотропил, пикамилон, энцефабол и др.). Комбинации препаратов и дозировка подбираются индивидуально с учетом коморбидной симптоматики.

Среди средств соматотропной терапии ведущее место принадлежит адреноблокаторам и гипотензивным препаратам (пропранололу, атенололу, нифедипину, верапамилу и др.), способствующим нормализации деятельности сердечно-сосудистой системы и уменьшению выраженности вегетативных расстройств.

Физиотерапия и санаторно-курортная реабилитация. К большому сожалению, врачи-психиатры и интернисты в качестве немедикаментозных методов рассматривают только методы психотерапии, либо сомневаясь в эффективности применения у больных СВД методов физиотерапии, либо полно-

стью отрицая их целесообразность, в связи, с якобы, абсолютной недоказанностью их лечебного влияния. И действительно, многие методы классической физиотерапии недостаточно исследованы с использованием современных протоколов доказательной физиотерапии, что вполне объяснимо их возникновением и доскональным изучением в то время, когда доказательной медицины просто не существовало. Тем не менее, **принципы доказательной медицины внедряются в физиотерапию все шире. Сегодня среди более 5 тысяч рандомизированных контролируемых исследований и более 400 мета-анализов по физиотерапии наибольший удельный вес занимают испытания наиболее распространенных методов — магнито-, ультразвуковой и лазеротерапии, электростимуляции, массажа, акупунктуры, тепло — и бальнеолечения. Преобладающая часть исследований проведена у больных психо-неврологического, травматологического, дерматологического и гинекологического профилей [10].**

Более того, в последние десятилетия отмечается бурное развитие за рубежом инновационных физиотерапевтических технологий, включающих высокоинтенсивную магнитотерапию, сверхнизкотемпературную воздушную криотерапию, высокоинтенсивную лазеротерапию и светодиодную хромотерапию, а также аудио-визуальную стимуляцию и др. Характерно, что внедрение этих методов в клиническую практику осуществляется с использованием всех постулатов доказательной медицины. Это позволяет создавать четкие рекомендации (guideline) к применению современных методов физиотерапии для лечения и реабилитации разных категорий пациентов.

В связи с этим, учитывая большой объем знаний, накопленных зарубежными и отечественными физиотерапевтами и курортологами, представляется абсолютно необходимым включение методов физиотерапии в практику лечения и реабилитации больных СВД с целью достижения более высоких результатов.

Важное основание для этого дают результаты экспериментальных и клинических исследований, в которых установлено, что при совместном применении с лекарственными препаратами лечебные физические факторы (ЛФФ) усиливают эффект влияния большинства из них, в частности, антидепрессантов и ненаркотических анальгетиков. Кроме того, ЛФФ улучшают переносимость медикаментозной терапии, снижая вероятность развития аллергических реакций, токсического действия препаратов, метаболических нарушений и др. [11].

Назначение физиотерапии осуществляется с учетом степени вегетативных расстройств и психоэмоциональных нарушений, т.е. чем больше их выраженность, тем более взвешенным и дифференцированным должен быть выбор ЛФФ и их сочетаний, меньшими — дозы. Значительно более эффективным является комплексное применение физиотерапевтических методов в сравнении с монотерапией. В то же время, количество методов в комплексе не должно превышать двух-трех процедур местного и

одной-двух — генерализованного влияния, чтобы не вызвать перенапряжения ВНС [12].

В 80-х гг. 20-го века было установлено, что яркий полихромный видимый свет у человека подавляет секрецию мелатонина, ведущим механизмом действия которого является снотворный («сопорифический») эффект. Позже исследованиями Lambert G.W. et al [13], было определено, что под влиянием солнечного света значительно увеличивается синтез и метаболизм серотонина. Эти данные послужили основой для использования светотерапии для лечения зимней депрессии [14]. Сегодня применение яркого полихромного видимого света у таких больных признано методом выбора с позиций доказательной медицины, т.к. приводит к быстрому и значительному улучшению состояния с минимумом побочных эффектов.

Более того, проведены методологически корректные клинические исследования эффективности применения полихромного видимого света у больных с депрессиями, в рамках которых из числа участников исследования были специально исключены больные с любой степенью сезонности депрессии. Убедительно показано, что неселективная хромотерапия эффективна и у больных с несезонными депрессиями и биполярными аффективными расстройствами, что связано с усилением синтеза дофамина и снижением уровня мелатонина у больных при его воздействии. Сегодня неселективная хромотерапия является признанным и обладающим доказанной эффективностью (IA) методом лечения любых видов депрессий, независимо от наличия или отсутствия сезонного компонента. Установлено, что для получения терапевтического эффекта при использовании светового потока 2 500 лк ежедневно требуется 2 часа облучения, при 5 000 лк — 1 час, при 10 000 лк — 30 минут.

Одним из важных преимуществ метода является то, что его антидепрессивный эффект наступает значительно быстрее, чем эффект лекарственных препаратов. Эффективность комплексного применения видимого полихромного света и фармакотерапии значительно выше по сравнению с их изолированным назначением.

В настоящее время многие производители предлагают очень компактные лампы (размером со смартфон) для домашнего применения, которые одобрены FDA именно в качестве медицинских, а не бытовых устройств и имеют доказанную эффективность в терапии депрессий, сравнимую с эффективностью фототерапии в световых кабинках в клиниках. Эти лампы обычно имеют несколько режимов облучения, и способны генерировать световой поток полного спектра видимого излучения 10 000, 5 000 или 2 500 лк.

Наряду с полихромным видимым светом у больных СВД используется селективная монохроматическая светотерапия, в которой объединяются окулярные и экстраокулярные методы. При назначении экстраокулярных методов наиболее изучено применение красного, зеленого и синего цветов, каждый из которых обладает специфичностью воздействия.

Это позволяет использовать синий цвет преимущественно при лечении болевых синдромов, зеленый — для оказания гармонизирующего влияния на процессы возбуждения и торможения в ЦНС, красный и оранжевый — для активизации нервной системы и ускорения репаративной регенерации.

В создании экстраокулярной селективной хромотерапии заметную роль сыграл украинский ученый-психиатр А. Чуприков, которым было зарегистрировано новое направление, объединяющее методы физиотерапевтического воздействия с учетом межполушарных различий в развитии патологических состояний — физиотерапия латеральная (ФИЛАТ) [15]. В 1987 г. им были созданы очки «ФИЛАТ», в которых в качестве латерализованного агента используется свет с различной длиной волны — длинноволновый (красный, оранжевый, желтый цвета) и коротковолновый (зеленый, синий, фиолетовый цвета). В настоящее время многие известные в мире фирмы выпускают очки, в которых предусмотрена возможность выбора стекол 20 различных цветов, в том числе разных для каждого глаза. Кроме того, во многих странах производятся аппараты аудиовизуальной стимуляции (АВС), в которых используется сочетание световой стимуляции со звуковыми ритмами. При их назначении отмечается значительное восстановление функционального состояния ЦНС и вегетокорректирующий эффект [16].

В качестве примера, подтверждающего эффективность АВС, считаю нужным привести слова не совсем обычного пациента: «В силу своей профессии (работаю психотерапевтом в одной ведомственной организации), давно интересуюсь возможностью изменения сознания с помощью света и звука. Где-то полгода назад один мой коллега дал мне на 2 недели пользоваться американским прибором NovaPro 100 с цветными очками. Возможно впервые в жизни я достиг состояния очень глубокой релаксации, абсолютно не чувствовал своего тела, хотя находился в полном сознании, изменился сон в лучшую сторону, за 6 дней я отдохнул настолько, что даже засомневался, удавалось ли ТАК мне себя чувствовать за последние лет эдак 15».

С конца XX века для лечения депрессии используется трансцеребральная магнитная стимуляция с индукцией высокоинтенсивного импульсного магнитного поля 1,5—2,5 Тл и длительностью импульсов от 100 до 500 мкс. Метод был разработан в Великобритании и сегодня используется во многих странах. Он относится к методам с доказанной эффективностью при лечении больных с различными депрессивными расстройствами, в том числе резистентными к антидепрессантам [17, 18, 19, 20]. Более того, сегодня получены хорошие результаты при использовании транскраниальной магнитной стимуляции для лечения не только депрессивных расстройств, но и цереброваскулярной патологии, паркинсонизма, эпилепсии и др. Эффективность локальных воздействий высокоинтенсивным магнитным полем с индукцией 1,0—1,5 Тл на рефлексогенные и болевые зоны по степени выраженности болеутоляющего, противо-

воспалительного и миостимулирующего влияния существенно превосходит результаты всех известных методов низкочастотной магнитотерапии.

В 80-ых гг. XX века исследованиями японского ревматолога Т. Yamauchi была открыта эра высокоэффективных криомедицинских технологий с использованием сверхнизких температур (до минус 180°C). Воздействие общей низкотемпературной криотерапии основано на восстановлении гомеостатических возможностей организма за счет мощной стимуляции нервной, эндокринной и иммунной системы, что способствует повышению устойчивости организма к стрессам и перегрузкам, нормализации вегетативного тонуса и уменьшению невротических расстройств [21].

Наряду с названными инновационными методами для коррекции психоэмоциональных нарушений у больных СВД используются методы классической физиотерапии, эффективность которых доказана многолетней клинической практикой. К их числу относится транскраниальная микрополяризация (ТКМП) (Transcranial Direct Current Stimulation) — в которой используется ток малой силы (не более 1 мА), при этом электроды располагаются на голове в проекциях корковых зон, отвечающих за определенные функции. ТКМП позволяет не только направленно воздействовать на корковые структуры в подэлектродном пространстве, но и через систему кортикофугальных и трансинаптических связей влиять на состояние глубоко расположенных структур [22, 23, 24, 25].

К классическим методам центральной электроаналгезии относится метод электросонтерапии, в котором по глазнично-сосцевидной или лобно-сосцевидной методике проводится воздействие прямоугольным импульсным током частотой 1—150 Гц, что способствует усилению процессов торможения в коре головного мозга, вызывает усиление синтеза опиатоподобных нейромедиаторов (эндорфинов и энкефалинов), оказывает выраженный седативный и даже снотворный эффект. Более того, метод вызывает очень важное для больных СВД вегетокорригирующее влияние за счет воздействия как на симпатический, так и на парасимпатический отделы, при этом больным с преобладанием эрготропных тенденций целесообразно использовать частоту импульсов тока 90—120 Гц, тропотропных — 10—20 Гц [26].

Не потерял своего значения в реабилитации больных СВД и метод лекарственного электрофореза, основные достоинства которых установлены многочисленными клиническими и экспериментальными исследованиями. Наиболее значимыми преимуществами лекарственного электрофореза с практической точки зрения являются следующие: 1) пролонгированный эффект лекарства за счет его депонирования в коже; 2) возможность доставки лекарственного вещества в нужную область организма, где достигается концентрация препарата в 3—10 раз большая, чем после введения его пероральным или парентеральным путем; 3) медленное высвобождение лекарственного средства из кожного депо

в кровотока; 4) низкий риск развития побочных эффектов; 5) доставка лекарственного препарата в активированной форме.

Сегодня у больных СВД изучена возможность применения для электрофореза 1% раствора аминазина, 0,5% раствора диазепама, 0,5% раствора седуксена, 1% раствора элениума, 5% раствора пирасетама, 1% раствора фенибута, 0,5% раствора анаприлина, 1—2% раствора кофеина, 1—2% раствора мезатона, 2% раствора трентала, 0,5% раствора кавинтона, 1—2% раствора но-шпы. Все эти препараты вводятся с анода, тогда как с катода проводится электрофорез 2% раствора пикамилона, 2—5% раствора бромистого калия или натрия. С обоих полюсов назначается электрофорез 2—5% раствора природного бишофита, при этом с анода вводится преимущественно магний, с катода — бром.

Для лекарственного электрофореза у больных СВД, как правило, используются глазнично-затылочная, лобно-затылочная или воротниковая методики. В то же время для ряда лекарственных средств несомненно более эффективным является применение эндоназального электрофореза, при котором лекарственное вещество вводится через слизистую носа в значительно большем количестве, чем через кожу, и, минуя гематоэнцефалический барьер, поступает непосредственно в ликвор и доставляется, прежде всего, к близко расположенным структурам гипоталамо-гипофизарной зоны и лимбико-ретикулярной системы. Следует отметить, что при эндоназальном электрофорезе на процедуру требуется всего 1—2 мл препарата, что особенно важно при назначении дорогостоящих медикаментов. Именно эндоназально вводятся с анода 0,5% нейромидин, кортексин (1 ампула препарата разводится в 10 мл дистиллированной воды, на процедуру достаточно — 1—2 мл).

Исследованиями В.С. Улащика [27] научно обоснован метод внутритканевого (внутриорганного) электрофореза, базирующийся на электролиминации (выведении) введенных обычным путем (внутривенно, перорально и др.) лекарств из кровотока в ткани патологического очага или какого-либо органа. Высокая клиническая эффективность внутритканевого электрофореза антибиотиков была впервые установлена при лечении абсцесса легких и позже стала использоваться при лечении различных заболеваний. Для ее осуществления у больных СВД на пике концентрации принимаемых, как правило, перорально психотропных и ноотропных препаратов ежедневно проводятся 10—15 процедур гальванизации по глазнично-затылочной методике, что позволяет концентрировать и накапливать лекарственное вещество в межэлектродной зоне, т.е. в структурах головного мозга.

Важным направлением восстановительного лечения пациентов с СВД является воздействие на основные механизмы формирования заболевания — дезинтеграцию деятельности надсегментарных вегетативных структур, ведущую к дизрегуляции эффекторных систем (сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной и др.). Терапевтические

мероприяття у данного контингенту больных повинні бути направлені в першу чергу на відновлення нормального функціонування регуляторних систем, що приводить до зникненню псевдосимптомів.

Для корекції вегетативних розладів застосовують ЛФФ частіше проводиться на певні структури ВНС або рефлексогенні зони. Вибір методу фізіотерапії та параметрів його впливу залежить від початкового тону симпатического та парасимпатического відділів ВНС. Так, імпульсні токи низької частоти за методикою електросна, надають нормалізуюче діє на ВНС за рахунок впливу як на симпатический, так і на парасимпатический відділи, цілесобразно використовувати індивідуальним підбором найбільш ефективною частоти. Як правило, у больных симпатикотонією вона знаходиться в діапазоні 90—120 Гц, парасимпатикотонією — 10—20 Гц.

Виразне вегетомодулююче вплив надають також акупунктурна терапія та пунктурна фізіотерапія. Для проведення останньої найбільш часто використовують токи (постійні та імпульсні), ультразвук, низькоінтенсивне лазерне випромінювання. Пунктурні впливи дозволяють підвищувати або знижувати тону як симпатического, так і парасимпатического відділів ВНС, при цьому ефект впливу пов'язаний переважно з рецептурою використовуваних точок акупунктури.

Больним з підвищенням тону симпатического звена ВНС, наявністю симпат-адреналових пароксизмів надають вплив на воротникову зону мікрохвильової сантиметрової та дециметрового діапазонів, змінних низькоінтенсивних магнітних полів, які застосовують також для магнітофорезу бішофита (10% розв'язок) або брома (5% розв'язок броміду калію або натрію) [28]. Зниження високого тону симпатического звена, отчетливий гіпотензивний ефект досягається також при призначенні магнітолазеротерапії, яка представляє поєднання в одному методі постійного магнітного поля з низькоінтенсивним лазерним випромінюванням. Не втратили свого значення застосування ампліпульстерапії на воротникову зону та область проекції нирок, анодної гальванізації по воротниковій методиці Щербаків або електрофорезу дібазолу або магнезій сульфату.

Учитуючи, що головний біль у пацієнтів з СВД, як правило, пов'язаний з порушеннями судинного тону, для її зменшення цілесобразним є включення в комплекс лікування фізических методів, надають вазоактивним діє. При переважанні явищ ангіоспазму, наявності артеріальної гіпертензії надають ультратерапію волосистої частини голови або воротникової зони. У пацієнтів з ускладненим венозним відтоком, ликворно-венозною дистензією використовують дарсонвізацію, яка сприяє не тільки зниженню підвищеного тону артерій, але і покращенню венозного відтоку, особливо при використанні в поєднанні з низькоінтенсивною магнітотера-

пией або магнітофорезом 10% розв'язку бішофита або 5% розв'язку брома.

Пацієнтам з болівим синдромом в області живота, який при СВД пов'язаний, як правило, спастическими явищами з боку гладкої мускулатури органів черевної порожнини, надають фізіотерапевтическі методи, надають антиспастическим діє: електрофорез папаверину або дібазолу, ультратерапію, апплікації парафіну або озокериту на область проекції шлунка або кишечника.

При симпаталгіях цілесобразним є застосування на боліву область або рефлексогенну зону ампліпульстерапії або короткоімпульсної електроаналгезії. Слід відзначити, що створення короткоімпульсної електроаналгезії, інакше званою в Україні «черескожної електронейростимуляцією» (ЧЕНС), а в країнах Західної Європи та Америки «transcutaneous electrical nerve stimulation» (TENS), проводилося з використанням принципів доказальної медицини та ґрунтується на блокуванні входного контролю болів та стимуляції синтезу опіоїдних нейромедіаторів [29].

Учитуючи важливу роль гострого та хронического стресу в виникненні та підтриманні СВД, а також її розвиток як захворювання-дезадаптації, цілесобразно призначення больним методів антистресорного, адаптогенного, антиоксидантного впливу. В зв'язі з цим застосовують аеріонотерапію, яка надає виражений антистресорний діє. Встановлено, що негативні іони не тільки стабілізують процеси вегетативної регуляції, підвищують рівень адаптаційних реакцій організму, але і надають антидепресивне вплив за рахунок підвищення рівня серотоніну. В чергу, застосування різних методів газової терапії у больних СВД — нормобарическої гіпоксическої терапії, озонотерапії, гіперкапітотерапії — сприятливо впливає на різні механізми перекисного окислення ліпідів та стимулюють різні звеня антиоксидантної системи. Стимуляція антиоксидантної системи лежить в ґрунті застосування та синглетно-кислородної терапії.

В наше час в світовій практиці широко використовується ароматотерапія, в якій застосовують велику кількість ефірних масел, надають складний склад та надають до 500 компонентів, що визначає багатогранність її впливу. В те же час, всі ефірні масла систематизують за механізмами основного впливу в кілька груп, дозволяють використовувати ароматерапію з лікувальними, реабілітаційними та профілактическими цілями. Найбільш часто для ароматерапії використовують ефірні масла м'ят, ромашки, бергамота для надавання анальгезуючого діє. Седативний ефект надає ароматерапія ефірними маслами бергамота, мандарина, лаванди, кипарісу, герані, тонізуючий — лимона, сандала, мелиси. Спазмолітическе вплив досягається при використанні ефірних масел ромашки, апельсина, каюпути, гіпертензивне — розмарина,

гипотензивное-мелиссы, герани, лаванды. При этом выделяют естественную (природную) и искусственную аэрофитотерапию, проводимую с использованием специальных аэрофитогенераторов, в которых используется принудительное испарение летучих компонентов эфирных масел без нагрева, вызывающего их разрушение.

Высокоэффективными методами тренинга физиологических резервов организма являются сауны, в том числе инфракрасные, а также лечебные ванны. Больным с наличием астенических, астено-ипохондрических, депрессивных проявлений показаны жемчужные, вихревые и вибрационные ванны, возбуждающие механорецепторы кожи, восходящие афферентные потоки с которых способствуют активации подкорковых центров ВНС и коры головного мозга. Тонизирующим эффектом обладают также некоторые ароматические ванны (цитрусовые, базиликовые, розмариновые, рябиновые, тополевы и др.). В свою очередь, некоторые ароматические (хвойные, гераниевые, лавандовые, пустырниковые, ромашковые, хмелевые, розовые и др.) ванны ведут к ограничению потока афферентной импульсации в стволовые центры головного мозга и способствуют снижению выраженности эмоционально-аффективных реакций.

В стадии ремиссии больным СВД показана санаторно-курортная реабилитация, основой которой являются отдых, лечебное питание, климатические и ландшафтные воздействия, психотерапия, терренкур и лечебная физкультура, минеральные воды, морские купания, а также бальнео- и физиолечение.

Заклучение

Развитие СВД в подавляющем большинстве случаев не вызывает угрозы для жизни пациентов, однако в значительной мере ухудшает ее качество и осложняет жизнь окружающих, а также приводит к существенным экономическим потерям. Современные представления об СВД как психогенном расстройстве с комплексом невротической, вегетативной и соматоформной симптоматики определяет ее важное мультидисциплинарное значение и делает необходимым участие врачей разного профиля в лечении и реабилитации больных. Сегодня эффективная терапия СВД включает комплексное применение медикаментозных и немедикаментозных методов, среди которых важную роль играют хорошо зарекомендовавшие себя методы классической и современной физиотерапии, многие из которых имеют доказательную базу успешного использования у больных СВД.

Список использованной литературы

1. Александровский Ю. А. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства // Психиатрия: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — С. 525—554.
2. LaFrance W.C. Somatoform Disorders // *Semin Neurol* — 2009. — Vol. 29. No.3. — P. 234—246.
3. МКБ-10. Международная классификация болезней, травм и причин смерти 10 пересмотра. Психические расстройства и расстройства поведения.
4. Oyama O, Paltoo C, Greengold J. Somatoform Disorders // *Am Fam Physician*. — 2007. — Vol.76 No. 9. — P.1333—1338.
5. Пережогин Л. О. Соматоформные расстройства. Диагностика, лечение, профилактика. Клинически рекомендации. М.:ФГБУ. — 2015. — 22 с.
6. Rief W. Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general population // *Psychosomatic medicine*, 2001, vol. 63, pp. 595—602. .
7. Witthöft M, Hiller W. Psychological approaches to origins and treatments of somatoform disorders // *Annu Rev Clin Psychol* . — 2010. — No.6. — P.257—283.
8. Краснов В. Н. Расстройства аффективного спектра. М.: Практическая медицина, 2011 — 432 с.
9. Михайлов Б. В. Клиника и принципы терапии пароксизмальных состояний в структуре невротических соматоформных расстройств//Межд. невр. журнал. — 2012. — Т. 52. — № 6. — С. 157—161.
10. Пономаренко Г.Н. Основы доказательной физиотерапии. Изд.2-е. — К: Куприянова. — 2005. — 336 с.
11. Улащик В.С. Физические факторы как модуляторы действия лекарственных средств//Наука и инновации. — 2008. — №1. — С. 35—41.
12. Васильева-Линецкая Л.Я., Земляная О.В. Восстановительное лечение больных соматоформной вегетативной дисфункцией// Вестник физиотерапии и курортологии. — 2009. — Том 15 № 4. — С. 69—72.
13. Lambert G.W., Reid C., Kaye D.M., Jennings G.L., Esler M.D. Effect of sunlight and season on serotonin turnover in the brain. // *Lancet*. — 2002. — №7: — P.1840 — 1842.
14. Lewy A.J., Lefler B.J., Emens J.S., Bauer V.K. The circadian basis of winter depression.// *Proc Natl Acad Sci USA*. — 2006. — Vol.103. — P.7414—7419.
15. Чуприков А.П. Применение в комплексной терапии больных приступообразной прогрессивной шизофренией методов латеральной физиотерапии // Неврология и психиатрия. — 1984. — Вып. 13. — с. 76—80.
16. Стеблюк В.В., Подольский О.В. Дослідження ефективності аудіо-візуальної стимуляції в лікуванні хворих на артеріальну гіпертензію на фоні синдрому психоемоційного напруження//Вестн. физиотерапии и курортологии. — 2012. — №1. — С. 66—67.
17. Eranti S, Mogg A, Pluck G, Landau S, Purvis R, Brown RG, Howard R, Knapp M, Philpot M, Rabe-Hesketh S, Romeo R, Rothwell J, Edwards D, McLoughlin DM. A randomized, controlled trial with 6-month follow-up of repetitive transcranial magnetic stimulation and electroconvulsive therapy for severe depression // *Am J Psychiatry*. — 2007. — Vol.164. — No.1.- P.73-81.
18. George MS, Lisanby SH, Avery D, McDonald WM, Durkalski V, Pavlicova M, Anderson B, Nahas Z, Bulow P, Zarkowski P, Holtzheimer PE 3rd, Schwartz T, Sackeim HA. Daily left prefrontal transcranial magnetic stimulation therapy for major depressive disorder: a sham-controlled randomized trial // *Arch Gen Psychiatry*. — 2010. — Vol. 67. No. 5. — P. 507—516.

19. Marange L. B., Martinez M., Jurdi R. A., Zboyan H. Neurostimulation therapies in depression: a review of new modalities // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. - 2007. - Vol. 116. No. 3. — P. 174—181.
20. Sackeim H. A. Daily left prefrontal transcranial magnetic stimulation therapy for major depressive disorder: a sham-controlled randomized trial // *Arch Gen Psychiatry*. — 2010 — Vol. 67. № 5. — P. 507—516.
21. Rymaszewska J., Ramsey D., Chładzińska-Kiejna S. Whole-body cryotherapy as adjunct treatment of depressive and anxiety disorders // *Archivum Immunologiae et Therapiae Experimentalis*. — 2008. — Vol. 56, No. 1. — P. 63—68.
22. Шелякин А. М., Пономаренко Г. Н. Микрополяризация мозга. Теоретические и практические аспекты. СПб., 2006. 224 с.
23. Илюхина В. А., Матвеев Ю. К., Чернышева Е. М. Транскраниальная микрополяризация в физиологии и клинике. СПб., 2006. 192 с.
24. Пинчук Д. Ю. Транскраниальные микрополяризации головного мозга: клиника, физиология (20-летний опыт клинического применения). СПб., 2007. 496 с.
25. Шестакова М. В., Веревка Н. Б. Перспективы и возможности применения метода транскраниальной микрополяризации в комплексном лечении различных речевых расстройств у детей дошкольного возраста в детской психиатрической практике // *Український вісник психоневрології*. Том 24, вип. 4 (89). — 2016. — С. 90—92.
26. Гурленя А. М., Багель Г. Е., Смычек В. Б. Физиотерапия в неврологии. — М: Мед. Лит. 2008. — 296 с.
27. Улащик В. С. Основы общей физиотерапии. / В. С. Улащик, И. В. Лукомский. — Минск; Витебск, 2015. — 312 с.
28. Васильева-Линецкая Л. Я., Земляная О. В., Маркова Т. В., Малышева И. В. Сравнительная эффективность применения электро- и магнитофореза бишофита для коррекции нарушений церебрального кровообращения в комплексном лечении больных соматоформной вегетативной дисфункцией // *Вестник физиотерапии и курортологии*. — 2008. — 14, № 3. — С. 20—22.
29. Ng M. M., Leung M. C., Poon D. M. The effects of electroacupuncture and transcutaneous electrical nerve stimulation on patients with painful osteoarthritic knees: a randomized controlled trial with follow-up evaluation // *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2003. — Vol. 116. No. 3. — P. 641—649.

Соматоформна вегетативна дисфункція: еволюція діагнозу та підходів до лікування, традиційна і сучасна фізіотерапія

Проф. Л. Я. Васильєва-Лінецька

Харківська медична академія післядипломної освіти

У статті надана сучасна класифікація соматоформних розладів, а також основні клінічні варіанти соматоформної вегетативної дисфункції, її етіопатогенез і типи перебігу. Обґрунтовано значення мультидисциплінарного лікування і реабілітації, викладені основні принципи психотерапії та фармакотерапії. Проведено аналіз диференційованого впливу основних методів класичної і сучасної фізіотерапії, показана висока ефективність застосування сучасної фізіотерапії для лікування та реабілітації хворих з соматоформною вегетативною дисфункцією з позицій доказової медицини. Викладено диференційовані покази для використання методів класичної фізіотерапії при реабілітації хворих.

Ключові слова: соматоформні розлади, соматоформна вегетативна дисфункція, психотерапія, медикаментозна терапія, класична та сучасна фізіотерапія.

Somatic autonomic disorder: evolution of diagnosis and treatment approach, traditional and contemporary physical medicine

Prof. L. Ya. Vasilyeva — Linetska

Kharkiv Academy of Postgraduate Education

Up-to-date classification of somatic symptom disorders as well as basic clinical variants of somatic autonomic disorder, its aetiopathogenesis and treatment methods are listed. Importance of multidisciplinary treatment and rehabilitation is proved, basic principles of psychotherapy and medication therapy are described. Differential influence of basic modalities of conventional and contemporary physical medicine is analyzed, high efficiency of contemporary physical therapy in treatment and rehabilitation of patients with somatic autonomic disorder from the viewpoint of evidence-based medicine is discussed. Differential indications for conventional physical medicine methods application in patient rehabilitation are listed.

Key Words: somatic symptom disorder, somatic autonomic disorder, psychotherapy, medication therapy, physical medicine.

Контактна інформація: Васильєва—Лінецька Лариса Яківна, професор, доктор медичних наук, професор кафедри фізіотерапії, курортології та відновлювальної медицини Харківської медичної академії післядипломної освіти Харків, вул. Амосова, 56 моб. 093 476 45 94, email:larisa.linetska@gmail.com