Новое в психиатрии

Рубрику ведет
Станислав Иванович Костюченко –
заведующий отделением
медико-социальной реабилитации
ТМО «ПСИХИАТРИЯ», г. Киев

Адрес для корреспонденции:
stask@i.kiev.ua

В ранее опубликованных выпусках журнала уже упоминалось о нововведениях, предлагаемых для новых версий классификаций DSM-5 и МКБ-11. Ниже рассматривается редакционная статья W. Rief и M. Isaac «The future of somatoform disorders: somatic symptom disorder, bodily distress disorder or functional syndromes?», в которой обсуждаются изменения раздела, называвшегося в предыдущих классификациях «Соматоформные расстройства» (*Current Opinion in Psychiatry* 2014; 27 (5): 315-319). В DSM-5 этот раздел претерпел существенные изменения, а в МКБ-11 нововведения до сих пор являются предметом дискуссии.

Раздел под названием «Соматоформные расстройства» впервые появился в классификации DSM-III в 1980 г. Тогда американские психиатры приветствовали и новое название, и новую терминологию, практически не подвергая их критике, поскольку исчезли такие стигматизирующие понятия, как «невроз», «неврастения», «истерия» и т. п. В DSM-IV (1994) название раздела не изменилось, но в описаниях диагностических критериев расстройств присутствовало выражение «симптомы, необъяснимые с медицинской точки зрения», ставшее в последующем предметом серьезных споров. Во-первых, статистические данные свидетельствовали о том, что психиатры в США пренебрежимо редко диагностировали соматоформные расстройства, а врачи общей практики диагнозы этого раздела ставили до 20% своих пациентов. Во-вторых, возникала путаница с тем, какие соматические жалобы пациента считать «объяснимыми» или «необъяснимыми» с медицинской точки зрения, и существуют ли вообще симптомы, медицинские причины которых нельзя установить. Кроме того, такие симптомы могли отмечаться и при других психических заболеваниях, например паническом и генерализованном тревожном расстройствах. И последнее, пациентам с «необъяснимыми» соматическими симптомами устанавливался диагноз психического расстройства, что само по себе являлось стигматизирующим.

В DSM-5 раздел стал называться «Расстройства с соматическими симптомами». К нему отнесены собственно расстройство с соматическими симптомами, расстройство с тревогой заболеть, конверсионное расстройство (с функциональными неврологическими симптомами), психологические факторы, влияющие на другие соматические состояния, и симуляция расстройства. В описаниях диагностических критериев большое значение уделено формулировкам – они несложные, а диагностический алгоритм, в отличие от такового в DSM-IV, также предельно прост. Такой подход к классификации среди американских врачей не вызвал критики, а проведенные пилотные исследования классификации и использование DSM-5 на протяжении года показали приемлемость предложенного подхода для американской системы здравоохранения.

Окончательный вид этого раздела в МКБ-11 к настоящему времени не определен. Обсуждаются две концепции: расстройства с телесным дискомфортом (дистрессом) и функциональные соматические синдромы. По мнению авторов, у первой концепции сторонников больше. В ней четко и просто сформулированы критерии для определенных соматических, общих симптомов и их тяжести, то есть, как и в DSM-5, значительное внимание уделено формулировкам. Эксперты отмечают, что эта концепция позволяет дифференцировать пациентов с другими соматическими симптомами при хронических соматических заболеваниях. Концепция функциональных соматических синдромов ранее уже использовалась в МКБ-10 и находит поддержку среди врачей общей практики, но не психиатров. Согласно данной концепции, функциональные нарушения классифицируются в зависимости от локализации (желудочно-кишечные, сердечно-легочные и т. п.), то есть каждое нарушение является самостоятельным диагнозом или отдельным психическим расстройством.

Авторы статьи считают маловероятным, что МКБ-11 полностью позаимствует раздел расстройств с соматическими симптомами из DSM-5. По их мнению, будет критически рассмотрен и существенно доработан подход с новым и ранее неиспользовавшимся названием «Расстройства с телесным дискомфортом (дистрессом)».

♦♦♦

Концепция усиления холинергической нейротрансмиссии для симптоматического лечения когнитивных нарушений при болезни Альцгеймера (БА) обосновывает использование ингибиторов ацетилхолинэстеразы (АхЭ), которые обеспечивают доступность ацетилхолина в синаптической щели путем уменьшения его энзиматического распада. Крупные исследования эффективности ингибиторов АхЭ указывают, что препараты этой группы оказывают положительное действие на когнитивные и поведенческие симптомы, а также функционирование лиц с БА, однако проблема более действенного влияния на прогрессирование этого заболевания остается неразрешенной. Другим подходом к усилению холинергической нейротрансмиссии является использование прекурсоров

холина или ацетилхолина. Первым препаратом, который рассматривался в качестве возможного средства для симптоматического лечения БА, был лецитин, но в клинических испытаниях не удалось показать его эффективность, хотя попытки поиска других действенных средств в рамках такого подхода не прекратились.

В этом году в *Journal of Alzheimer's Disease* были опубликованы промежуточные результаты двойного слепого испытания, проводимого группой итальянских ученых Amenta et al., которые изучали эффективность комбинации ингибитора АхЭ донепезила с холинергическим прекурсором холина альфосцератом (2014; 42 (Suppl 3): S281-8).

Экспериментальные и доклинические исследования продемонстрировали, что холина альфосцерат обладает нейропротективным действием, а в комбинации с ингибиторами АхЭ усиливает холинергическую нейротрансмиссию. В данное испытание были включены пациенты с БА и сопутствующими ишемическими цереброваскулярными нарушениями (n = 210) в возрасте от 59 до 93 лет. Участников рандомизировали для приема донепезила (10 мг/сут) плюс холина альфосцерат (1200 мг/сут) или донепезила (10 мг/сут) плюс плацебо. Методики определения результатов включали краткую шкалу оценки психического статуса (MMSE), шкалу оценки когнитивных функций при болезни Альцгеймера (ADAS-cog), бристольскую шкалу активности в повседневной жизни (BADL) и шкалу инструментальной активности в повседневной жизни (IADL). Помимо этого, выполняли оценку нейропсихиатрических симптомов и бремени для лиц, оказывающих уход.

Более 50% пациентов (n = 113) продолжали лечение на протяжении двух лет катамнестического наблюдения. Показатели когнитивных функций у пациентов обеих групп в течение этого времени снижались, однако спустя 12 месяцев величина такого снижения значимо отличалась и была меньшей в группе комбинированного лечения. Кроме того, отмечалось улучшение повседневного функционирования пациентов обеих групп, но после 12 месяцев терапии показатели повседневной активности больных были лучшими в основной группе. Значимые различия имели место также при оценке бремени для лиц, оказывающих уход. Наиболее выраженные отличия наблюдались в подгруппах пациентов с легкими и умеренными когнитивными нарушениями в начале исследования. Переносимость лечения в обеих группах значимо не отличалась.

По мнению авторов публикации, полученные результаты продемонстрировали эффективность комбинированного использования ингибитора АхЭ с холинергическим прекурсором. Таким образом, изучавшийся подход можно рассматривать как эффективный для оптимизации лечения пациентов с БА. Также следует отметить, что на протяжении испытания дозу донепезила не повышали, что обычно ассоциируется с худшей переносимостью и побочными реакциями у пожилых пациентов с сопутствующими заболеваниями. Еще одной особенностью данного исследования было сочетание у больных нейродегенеративной и цереброваскулярной патологии, которое в последние годы активно обсуждается в литературе, поскольку, вероятно, часто встречается у пожилых лиц с деменцией. В рассматриваемой статье речь идет о промежуточных результатах испытания, то есть в дальнейшем еще будут представлены новые данные об эффективности изучавшегося терапевтического подхода.

♦♦♦

Когнитивно-поведенческая терапия для лечения психотических расстройств (КПТп) стала использоваться с начала 90-х гг. XX ст. Изначально задачи КПТп ограничивались уменьшением у пациентов дистресса в связи с психотическими симптомами и мобилизацией их способности ставить под сомнения свои бредовые убеждения. В дальнейшем КПТп развивалась и стала включать помощь больным в решении таких вопросов, как применение поддерживающей медикаментозной терапии, преодоление социальной изоляции, переосмысление психотических переживаний, построение концепций восприятия себя, своих эмоциональных процессов и реакций.

На сегодняшний день практика КПТп изложена в структурированных руководствах, определены продолжительность терапии, а также процедуры подготовки терапевтов. В журнале *Evidence Based Mental Health* опубликован обзор, в котором профессор Института психиатрии Лондона T. Wykes рассмотрела доказательства метаанализов клинических испытаний, посвященных использованию КПТп в лечении больных шизофренией (2014; 17 (3): 67-68).

Первые метаанализы, посвященные КПТп, были проведены, когда метод находился в стадии разработки и становления. Они показывали, что целью испытаний чаще всего являлась оценка влияния КПТп на позитивные симптомы, и обнаруживался небольшой, но значимый положительный эффект. По мере совершенствования как самой КПТп, так и методов проведения клинических испытаний и метаанализов, КПТп демонстрировала эффективность в лечении психотических симптомов, резистентных к медикаментозным вмешательствам. При сравнении КПТп с другими психосоциальными интервенциями (психообучение, когнитивное восстановление и поддерживающая терапия) КПТп превосходила их в своем влиянии на позитивные симптомы.

В ходе исследований КПТп последних нескольких лет чаще всего сообщали об успешности применения данного метода для предупреждения развития психоза у пациентов с высоким риском, то есть была определена новая группа пациентов, у которых КПТп продемонстрировала свою эффективность. В своем обзоре автор сделала вывод, что на сегодняшний день существует ряд моделей КПТп и определено несколько целевых групп больных, у которых она может эффективно использоваться.

Помимо этого, теперь более ясно обозначены цели применения метода у пациентов, например, влияние на позитивные симптомы, продромальные или резидуальные проявления психотического расстройства, способствование выздоровлению, интеграции психотических переживаний в жизненный опыт пациента и др., что помогает клиницисту более осознанно выбирать и предлагать КПТп лицам, страдающим психотическими расстройствами.