

УДК: 616.8-005-08 : 615.272

С.Г. БУРЧИНСКИЙ, д. мед. н., профессор

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

Астенический синдром и психосоматическая патология: от патофизиологии – к фармакотерапии

Резюме

Одной из ведущих проблем современной медицинской практики является психосоматическая патология. В статье идет речь о лечении психосоматических заболеваний с помощью комбинированного фитотерапевтического средства (Лангена). Сочетание высокой безопасности и эффективности позволяет применять данное средство в лечении психосоматических заболеваний, оказывая клинически значимое воздействие на все звенья патогенеза астенического синдрома. В настоящее время следует признать особо перспективными комбинированные фитосредства, которые позволяют решить важнейшую клиническую задачу сокращения полипрагмазии и повышения безопасности лечения при сохранении высоких стандартов эффективности.

Ключевые слова: психосоматические заболевания, астенический синдром, комбинированные фитотерапевтические средства

Одной из ведущих проблем современной медицинской практики является психосоматическая патология. Чрезвычайно широкое распространение нозологических форм, относящихся к данной группе заболеваний (по различным данным от 15% до 50%, а среди пациентов первичной медицинской помощи – от 30% до 57% [10]), их значительный вклад в инвалидизацию населения развитых стран обуславливает несомненную актуальность проблемы психосоматики в сегодняшней медицине.

Учитывая то обстоятельство, что психосоматические заболевания составляют основу повседневной практики каждого врача-терапевта и узких специалистов терапевтического профиля (кардиологов, гастроэнтерологов и др.), а также семейных врачей, знание основных механизмов их развития и особенностей фармакотерапии ведущих клинических синдромов в рамках упомянутых форм патологии является неотъемлемым компонентом общемедицинского кругозора каждого клинициста, независимо от его специализации.

Понятие «психосоматическая патология» до настоящего времени еще не получило четкой и общепринятой классификации. Наиболее приемлемой является классификация А.Б. Смулевича [9], согласно которой выделяют собственно психосоматические расстройства и психореактивные состояния.

Собственно психосоматические расстройства:

- соматическая патология, усиленная тревожными, тревожно-фобическими, депрессивными и другими психическими расстройствами; либо дублированная атрибутивными соматоформными расстройствами. К этой подгруппе относятся традиционные для терапевтической

практики психосоматические заболевания, т.е. те формы патологии, где важнейшую патогенетическую роль играют такие факторы, как психологический профиль личности, психотравмирующие события и т.д. (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, эссенциальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, бронхиальная астма, гипертиреоз, сахарный диабет, нейродермит и др.);

- так называемые «органные неврозы». При этой форме на первое место выдвигается психическая патология, редуцированная до уровня соматоформных расстройств. Ранее все многообразие патологических проявлений, формирующих данную подгруппу, объединялось терминами «вегетоневроз», «вегетососудистая» или «нейроциркуляторная дистония». В эту подгруппу включаются также сенестопатии и хронические болевые синдромы психогенного характера.

«Психореактивные состояния» включают:

- психогенные реакции, или нозогении;
- экзогенные реакции, или соматогении, где психические факторы уже играют не просто существенную, а определяющую роль в формировании психопатологического восприятия имеющейся у больного соматической патологии вплоть до развития клинической картины симптоматических психозов.

Следует подчеркнуть исключительно важную роль хронического стресса в развитии психосоматической патологии. Именно пролонгированные ситуации стойкого нервно-психи-

ческого перенапряжения запускают «порочный круг» нарушения когнитивной и психоэмоциональной сферы, нейроэндокринных и висцеральных механизмов, формирующих, в зависимости от генетических, личностных, конституциональных, экологических и других факторов, ту или иную патологию у конкретного больного. На доклинической стадии подобные сдвиги могут проявляться в виде жалоб на ухудшение памяти, концентрации, сосредоточенности, ослабление физической и психической работоспособности, преходящую головную боль и головокружение, эмоциональную подавленность, неустойчивость настроения и т.д. При игнорировании упомянутых жалоб и дальнейшем развитии процессов дисрегуляции и дезадаптации они могут манифестировать уже в виде конкретной нозологической формы психосоматики – ишемической болезни сердца (ИБС), артериальной гипертензии (АГ), язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, нейроциркуляторной дистонии (НЦД) и др. [7].

Из всего вышесказанного вытекает очень важный вывод: первичные механизмы развития психосоматики связаны с дисфункцией деятельности центральной нервной системы (ЦНС) – нейрометаболическими и сосудистыми нарушениями, приводящими к ишемии и гипоксии мозга, энергодефициту нейронов, нейромедиаторным изменениям и т.д., определяющими, в свою очередь, формирование уже соматической симптоматики.

Поэтому одной из основных аксиом для практического врача любой специальности должно стать понимание того обстоятельства, что адекватное лечение всех форм психосоматики возможно только при применении наряду с традиционной соматической терапией (антигипертензивные средства, коронаролитики, блокаторы β -адренорецепторов, ингибиторы протонной помпы и др.) соответствующих нейрофармакологических средств, влияющих не только на фундаментальные механизмы развития данной группы патологии, но и на динамику ведущих в клиническом плане синдромов, непосредственно связанных с центральными механизмами дисрегуляции. Одним из таких синдромов, наиболее часто встречающимся в общей медицинской практике, является астенический синдром.

Распространенность астенического синдрома в популяции чрезвычайно высока. До 60% всех жалоб больных, предъявляемых при первичном обращении, связаны с теми или иными проявлениями астении [17], что подтверждает универсальный характер данного синдрома как проявления механизмов дисрегуляции и «срыва» адаптационно-компенсаторных реакций в ЦНС [7]. Критериями диагностики астении служат постоянные (на протяжении не менее 2 месяцев) жалобы на повышенную утомляемость, слабость, истощение после минимальных усилий в сочетании как минимум с двумя из следующих симптомов: мышечная боль, головокружение, головная боль напряжения, нарушения сна, неспособность расслабиться, раздражительность, диспепсия. В рамках психосоматической патологии упомянутые нарушения нередко сочетаются с когнитивной дисфункцией (жалобы на ухудшение памяти, внимания, концентрации и т.д.) [1].

Таким образом, астенический синдром можно рассматривать как патологически измененную реакцию адаптации нервной системы в ответ на физические и психические перегрузки, интоксикации, травмы и т.д. [3]. В связи с последним особую роль приобретает выяснение механизмов нарушений функций ЦНС при астеническом синдроме как объекта направленного фармакотерапевтического воздействия.

В целом, основными компонентами патогенеза астении являются:

- нейрометаболические нарушения;
- нейромедиаторные нарушения;
- сосудистые нарушения.

Ведущим **нейрометаболическим** механизмом развития астении является гипоксия, приводящая к энергодефициту нейрональных структур, ослаблению биосинтеза макроэргических соединений, нарушению тканевого дыхания и, наконец, к активации процессов свободнорадикального окисления с последующим повреждением нейрональных и митохондриальных мембран. Важно отметить, что в данном случае гипоксия является следствием как нарушения регуляции процессов окислительного фосфорилирования и аэробного гликолиза в результате воздействия хронического стресса [1, 18], так и результатом **сосудистых нарушений** – уменьшения притока крови к мозгу в результате спастических реакций церебральных сосудов либо вследствие церебрального атеросклероза, что имеет место при формировании астенического синдрома у лиц старших возрастных групп [12].

Основную роль в патогенезе астенического синдрома играют **нейромедиаторные** нарушения, в первую очередь – на уровне ретикулярной активирующей системы (РАС) и тесно с ней связанных структур лимбической системы мозга. В состав РАС входят различные звенья центральной регуляции функций организма – от нейронов спинного мозга и ствола до подкорковых ядер и коры больших полушарий.

По современным представлениям РАС является ведущим компонентом, своеобразным «дирижером» регуляции энергетического потенциала организма [13]. При этом важную функциональную роль играют также взаимосвязи ретикулярной и лимбической систем, прежде всего с гиппокампом – ключевым центром регуляции когнитивных процессов и эмоциональных реакций, что может объяснять тесную взаимосвязь астенического синдрома с когнитивными и психоэмоциональными расстройствами. Таким образом, РАС в самом широком смысле этого понятия координирует процессы нейрогуморальной и психической регуляции. Ведущим нейромедиаторным механизмом деятельности РАС служит баланс катехоламин-, серотонин- и холинергических процессов. Нарушение баланса нейромедиаторных систем в пределах РАС и, в первую очередь, ослабление активирующего влияния на высшие корковые центры приводит к развитию соответствующего симптомокомплекса, связанного с нарушением центральной регуляции энергообеспечения нейронов различных структур мозга, в том числе формирующих РАС. Особую роль в патогенезе астении в последнее время придается ослаблению процессов адренергической нейромедиации в рамках РАС как ведущего

звена нейромедиаторного дисбаланса при астеническом синдроме [12].

Таким образом, фармакотерапия астенического синдрома должна строиться, прежде всего, с учетом влияния на центральные механизмы его патогенеза и обеспечивать:

- 1) специфическое антигипоксическое действие;
- 2) коррекцию нейромедиаторного дисбаланса;
- 3) специфическое антиастеническое действие;
- 4) коррекцию когнитивной и психоэмоциональной сфер;
- 5) высокую степень безопасности;
- 6) минимальный потенциал межлекарственного взаимодействия.

Совершенно очевидно, что ни одно монокомпонентное лекарственное средство не способно в полной мере соответствовать всем вышеупомянутым критериям и, соответственно, оказывать клинически значимое действие на все звенья патогенеза астенического синдрома. Поэтому особое внимание в качестве инструмента терапии астении привлекают комбинированные средства, среди которых заметное место занимают фитопрепараты.

Сегодня растительные лекарственные средства широко используют в клинической практике, учитывая их максимальную физиологичность действия на организм и высокую в целом степень безопасности. Многие из них обладают ценными в клиническом плане разнонаправленными эффектами в отношении ЦНС. Однако подавляющее большинство из них – это различные седативные средства. Поэтому перспективы применения в терапии и профилактике астенического синдрома средств с принципиально иными фармакологическими свойствами и клиническими возможностями представляют значительный интерес.

Одним из наиболее популярных и широко известных антиастенических средств является **женьшень**. Это растение на протяжении веков применяется в восточной медицине, однако научные исследования химического состава и фармакологических свойств корня женьшеня начались лишь во второй половине XX века и ознаменовались раскрытием обширного спектра разнообразных биологически активных веществ, каждое из которых обладает специфическими механизмами действия, в том числе многие из них – направленными антиастеническими эффектами; и более того, непосредственно влияют на ведущие звенья патогенеза астенического синдрома – нейромедиаторные и нейрометаболические. Важнейшие биологически активные компоненты женьшеня – тритерпеновые гликозиды (гинсенозиды) – обладают способностью стимулировать основные активирующие нейромедиаторные системы мозга – адрено-, дофамино- и глутаматергические – путем модулирующего воздействия на биосинтез и рецепторное связывание данных нейромедиаторов [6, 11]. Так, различные гинсенозиды активируют основные ферменты биосинтеза катехоламинов – тирозингидроксилазу и дофамин-бета-гидроксилазу, стимулируют биосинтез глицин-зависимых NMDA-рецепторов и т.д. Весьма важной также представляется способность гинсенозидов повышать рецепторное связывание ацетилхолина – основного нейромедиатора когнитивной сферы – в различных

регионах ЦНС [11], с чем может быть связано улучшение когнитивных функций – памяти, внимания, способности к обучению при приеме препаратов женьшеня. Алкалоиды и флавоноиды, входящие в состав женьшеня, также обладают антигипоксическим эффектом, способностью повышать биосинтез АТФ и тормозить развитие свободнорадикальных реакций, ведущих к повреждению нейронов [16].

В итоге, женьшень является не только мощным стимулятором физической и умственной работоспособности, скорости реакций, концентрации внимания и т.д., но может также рассматриваться как уникальный природный адаптоген, поскольку его действие на ЦНС проявляется наиболее выражено именно при ослаблении упомянутых реакций, т.е. при развитии астенического синдрома. И сегодня ни одно из синтетических антиастенических средств не может быть сопоставлено с женьшенем по широте и мощности антиастенического действия, что делает его незаменимым компонентом терапии данного синдрома.

Как уже упоминалось, почти постоянным спутником астении являются различная степени выраженности нарушения когнитивной сферы – от жалоб на ухудшение памяти до клинически значимого синдрома умеренных когнитивных расстройств, которые нередко психологически тяжело переносят больные и существенно ухудшают качество их жизни. Одним из наиболее известных природных активаторов когнитивных функций следует назвать экстракт листьев **гинкго билоба**.

Препараты гинкго известны в народной восточной медицине с древнейших времен, но в качестве официально утвержденных лекарственных средств стали применяться только с 1960-х годов. За это время в результате значительного количества исследований было выявлено разностороннее влияние экстракта гинкго на процессы памяти, ориентации, способности к обучению, мозговую микроциркуляцию [1, 2, 4, 11]. Особо ценными свойствами данного экстракта с точки зрения фармакотерапии астенического синдрома является влияние его биологически активных компонентов на фундаментальные механизмы развития последнего – нейрометаболические (блокада образования свободных радикалов – антиоксидантный эффект) и нейромедиаторные (активация процессов холинергической передачи на пре- и постсинаптическом уровнях) [2, 11]. В итоге, ценность экстракта гинкго заключается именно в его направленном воздействии на когнитивные нарушения в рамках астенического синдрома, что в сочетании с высокой степенью безопасности данного экстракта (в отличие от многих ноотропных средств химической природы) позволяет говорить о нем как об инструменте выбора в комплексной фармакотерапии астенического синдрома. Наличие у экстракта гинкго мягкого гипотензивного, венотонического и антиагрегантного действия еще более повышает его ценность при психосоматической патологии кардиологического профиля (АГ, ИБС, НЦД).

Сравнительно малоизвестным с точки зрения фармакотерапии астении, но весьма перспективным фитосредством является экстракт плодов **черной смородины**. Ценность данного средства в разрезе астении заключается в наличии у черной

смородины мощного антиоксидантного и адаптогенного потенциала, способности к активации тканевого дыхания и проведения нервного импульса за счет высокой концентрации таких биологически активных веществ, как витамин С, антоцианиды, флавоноиды, эфирные масла, органические кислоты и др., оказывающие мембраностабилизирующее и нейрометаболическое действие [8]. Важно подчеркнуть, что механизм действия экстракта черной смородины существенно дополняет и усиливает эффект препаратов женьшеня и гинкго, обеспечивая выраженное синергическое действие на базовые патофизиологические пути развития астенического синдрома.

Следует также упомянуть о набирающем популярность в последнее время направлении в фармакологии и фармакотерапии – включении в состав комбинированных лекарственных средств, в частности фитопрепаратов, различных коферментов, нормализующих природные биохимические процессы в организме, ослабленные в результате действия хронического стресса и/или различных форм психосоматической патологии. Одним из таких коферментов является **коэнзим Q10 (убихинон)**, обладающий заметным активирующим действием в отношении процессов энергообеспечения нейронов, а также способностью к защите митохондрий от повреждающего действия свободных радикалов [5, 14].

В итоге, следует отметить, что вышеперечисленные природные средства с успехом используются в различных областях медицины, однако возможности их комплексного, сочетанного применения в рамках фармакотерапии и фармакопрофилактики астенического синдрома до последнего времени оставались нереализованными. И в этом плане особого внимания заслуживает новое комбинированное фитотерапевтическое средство – **Лангена**.

В состав Лангены входят: экстракт корня женьшеня – 40 мг; экстракт листьев гинкго билоба – 40 мг; экстракт плодов черной смородины – 30 мг; коэнзим Q10 – 50 мг. Все отмеченные компоненты впервые сведены воедино в рамках одного комбинированного средства. Оптимально дополняя друг друга, перечисленные компоненты позволяют обеспечить реализацию исключительно многообразных и разносторонних клинико-фармакологических эффектов, необходимых для лечения и профилактики астенических состояний в рамках психосоматики. При этом все компоненты в составе средства Лангена жестко стандартизованы – содержание гинсенозидов женьшеня (не менее 4,5 мг в 1 капсуле), флавоноидов гинкго (не менее 9,6 мг в 1 капсуле) и антоцианидов черной смородины (не менее 1,5 мг в 1 капсуле) позволяет гарантировать необходимую дозовую нагрузку и поддержание ее стабильности в процессе лечения. При этом в отличие от антиастенических средств химической природы (психостимуляторы, ноотропы, различные нейропротекторы) применение Лангены позволяет обеспечить высокую степень безопасности фармакотерапии. Противопоказания к приему Лангены минимальны и касаются только индивидуальной непереносимости ее компонентов, периода беременности и лактации. Следует добавить, что Лангена производится в Болгарии, потому полностью соответствует всем стандартам качества ЕС для растительных средств, сочетающих максимальную степень очистки растительного

сырья и современные технологии производства. Дозовый режим при применении Лангены является максимально простым и удобным (1 капсула в день курсом от 2 недель до 2 месяцев), что обеспечивает достижение оптимального комплаенса в процессе лечения.

В целом, важно подчеркнуть, что сегодня клинические возможности растительных лекарственных средств неуклонно расширяются. Сочетание высокой безопасности и эффективности позволяет применять упомянутые средства в лечении серьезных и социально значимых форм патологии, к которым относятся психосоматические заболевания. При этом особо перспективными следует признать комбинированные фитосредства, позволяющие решить важнейшую клиническую задачу сокращения полипрагмазии и повышения безопасности лечения при сохранении высоких стандартов эффективности. Именно в этом сегодня видятся новые возможности фитофармакологии и фитотерапии в клинической практике.

Додаткова інформація. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Список использованной литературы

1. Аведисова А.С. Антиастенические препараты как средства первого выбора при астенических расстройствах // Міжнар. неврол. журн. – 2007. – №1. – С. 101–104.
2. Арушанян Э.Б., Бейер Э.В. Ноотропные свойства препаратов гинкго билоба // Эксп. клин. фармакол. – 2008. – Т. 71, №4. – С. 57–63.
3. Бурчинский С.Г. Астенический синдром в ангионеврологии: возможности направленной фармакотерапии // Рац. фармакотер. – 2009. – №2. – С. 33–36.
4. Бурчинский С.Г. Препараты гинкго в современной стратегии нейропротекции: возможности и перспективы // Нов. мед. фарм. – 2011. – №360. – С. 5–10.
5. Гринио Л.Н. Коэнзим Q10 (убихинон) в клинической практике. – М.: Медицина, 2006. – 186 с.
6. Журавлев Ю.Н., Коляда А.С. Araliaceae: женьшень и другие. – Владивосток: Дальнаука, 1996. – 280 с.
7. Крыжановский Г.Н. Дисрегуляторная патология // Дисрегуляторная патология. – М.: Медицина, 2002. – С. 18–78.
8. Лікарські рослини. Енциклопед. довідник. – К.: УРЕ, 1989. – 543 с.
9. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи) // Психиат. психофармакотер. – 2000. – Т. 2, №2. – С. 35–51.
10. Смулевич А.Б., Иванов С.В. Терапия психосоматических расстройств // Психиат. и психофармакотер. – 2000. – Т. 2, №3 (прилож.). – С. 6–8.
11. Bridi R., Crossetti F.P., Steffen V.M. et al. The antioxidant activity of standardized extract of Ginkgo biloba (Egb 761) in rats // Phytother. Res. – 2001. – Vol. 15. – P. 449–451.
12. Chambers F.J. Pathophysiology of brain: neurotransmitter – vascular interactions // Brain: from pathophysiology – to pathology. – Washington: Univ. Press, 2006. – P. 263–283.
13. Feuerstein C. Donnees neurophysiologiques de la fatigue. Role du systeme reticulaire activateur // Entr. Bichat. Ther. – 1992. – Vol. 1. – P. 11–19.
14. Gold D.R., Cohen B.H. Treatment of mitochondrial cytopathies // Sem. Neurol. – 2001. – Vol. 21. – P. 309–325.
15. Lee E., Kim S., Chung K., Choo M. et al. 20 S-ginsenoside Rh2 a newly identified active ingredient of ginseng inhibits NMDA receptors in cultured rat hippocampal neurons // Eur. J. Pharmacol. – 2006. – Vol. 536. – P. 69–77.
16. Lin W.M., Zhang Y.M., Moldzio R. et al. Ginsenoside Rd attenuates neuroinflammation of dopaminergic cells in culture // J. Neural. Transm. – 2007. – Vol. 72 (suppl.). – P. 105–112.
17. Marks I.E. Cure and care of neurosis. – N.Y.: J.V. Scott Med. Found., 2001. – 429 p.
18. Wurtman N.J. Brain biochemical markers of neurotic disorders // Appl. Biol. Chem. & Cytochem. – 2000. – Vol. 4. – P. 198–204.

Резюме

Астенічний синдром і психосоматична патологія: від патофізіології – до фармакотерапії

С.Г. Бурчинський

ДУ «Інститут геронтології імені Д.Ф. Чеботарьова НАМН України», Київ

Однією з основних проблем сучасної медичної практики є психосоматична патологія. В статті йдеться про лікування психосоматичних захворювань шляхом застосування комбінованого фітотерапевтичного засобу (Лангена). Поєднання високої безпеки та ефективності дозволяє застосування даного засобу в лікуванні психосоматичних захворювань. Складові даного фітопрепарату чинять значну дію на всі ланки патогенезу астенічного синдрому. На даний час слід визнати особливу перспективність комбінованих фітотерапевтичних засобів, застосування яких дає можливість вирішити важливу клінічну задачу поліпрагмазії та підвищення безпеки лікування при дотриманні високих стандартів ефективності

Ключові слова: психосоматичні захворювання, астенічний синдром, комбіновані фітотерапевтичні засоби

Summary

Asthenic syndrome and psychosomatic diseases: from pathophysiology to pharmacotherapy

S.H. Burchynskyi

D.F. Chebotarev State Institute of Gerontology NAMS of Ukraine, Kyiv

One of the main problems of modern medical practice is psychosomatic pathology. The article deals with the treatment of psychosomatic diseases by use of Langena, combination phytotherapeutic drug. The combination of high safety and efficiency allows application of Langena in treatment of psychosomatic diseases. The components of the plant-based preparation exert significant effects on pathogenesis of all asthenic syndromes. At this time, we should recognize the perspective of combination phytotherapeutic drugs, the use of which makes it possible to solve important clinical problem of polypragmasy and improving of treatment safety along with the high standards of efficiency

Key words: psychosomatic diseases, asthenic syndrome, combination of phytotherapeutic agents