

Коморбидность психических и болевых расстройств

Карпухин Иван Борисович,
к.м.н., доцент кафедры
психиатрии ФГБОУ ВО
«ПИМУ»

- I. Актуальность изучения коморбидности болевого синдрома и психических расстройств;
- II. Болевой синдром при расстройствах психики:
 - a) Депрессивные расстройства;
 - b) Тревожные расстройства;
 - c) Злоупотребление психоактивными веществами;
- III. Неврологическая причина болевых расстройств.
 - a) Мигрень
- IV. Психосоматические расстройства

Актуальность

- Болевой синдром может быть коморбиден с многими психическими расстройствами, входя в состав клинических проявлений аффективных расстройств (депрессивного и тревожного спектров), фибромиалгий, энцефалгий.
- Из 18 980 обследованных в странах Европы у **4%** обнаружены симптомы, отвечающие критериям DSM-IV БДР (большого депрессивного расстройства), среди них **43,3%** больных указывали на наличие, по крайней мере, одного симптома боли, тогда как среди не имевших признаков БДР на боль жаловались только **16,1%**.



Депрессивные расстройства

- Боль может являться одним из наиболее субъективно значимых для пациентов симптомов при депрессии, в том числе, так называемой, маскированной.
- Исследования, проведенные в специализированных клиниках боли, показывают, что распространенность БДР у пациентов с хронической болью составляет в среднем **52%**, а распространенность хронической боли среди пациентов с депрессией – примерно **65%**.



Особенности депрессий у неврологических и соматических больных

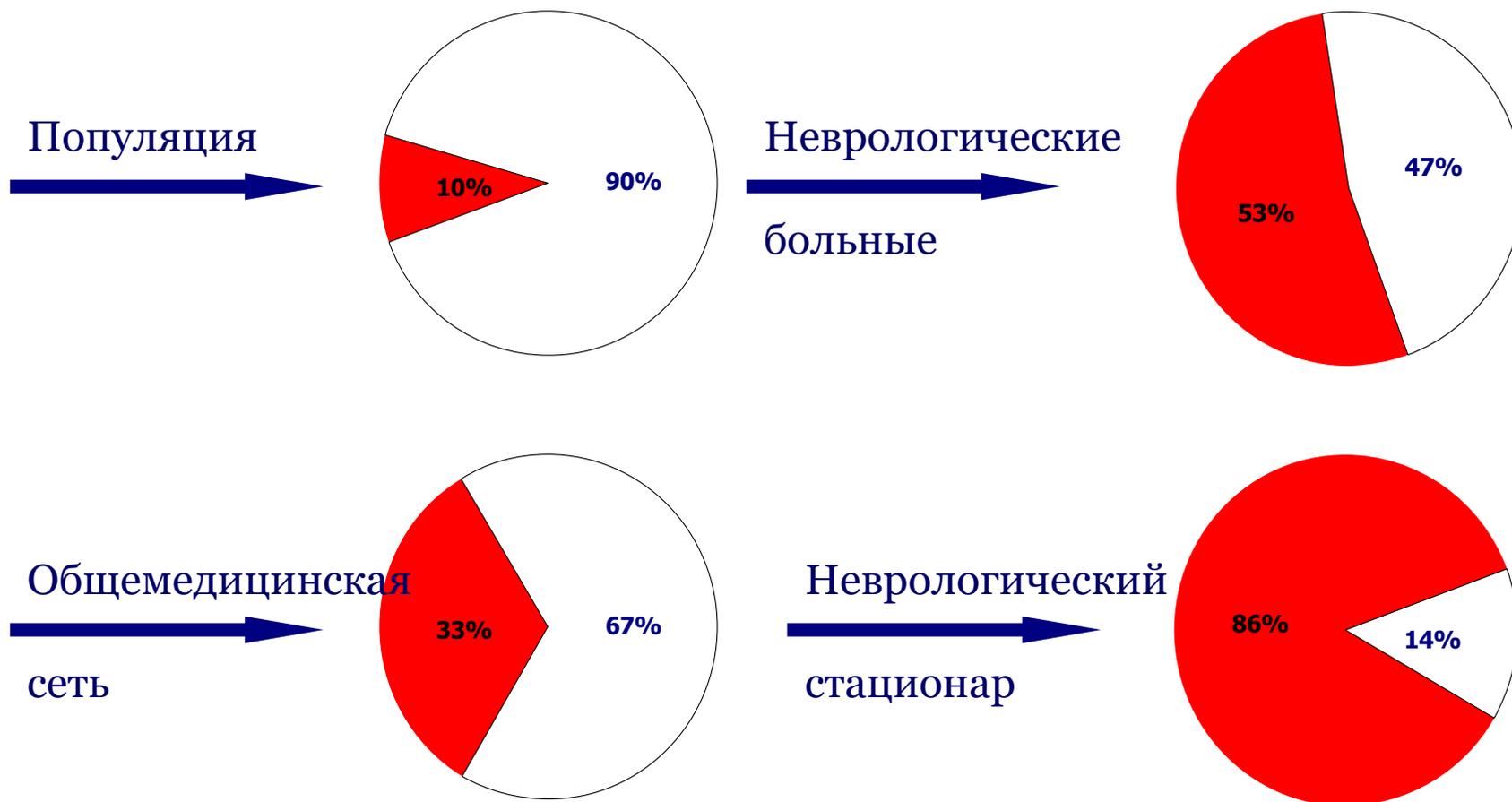


Соматические заболевания, сопровождающиеся депрессией (нозогенные депрессии)

- ❖ **Ревматология:** системная красная волчанка, ревматоидный артрит;
- ❖ **Кардиология 30-60%:** инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь, ИБС, инсульт ;
- ❖ **Эндокринология 10-30%:** гипотиреоз или гипертиреоз, сахарный диабет синдром Иценко-Кушинга, гиперкальциемия, состояние после родов, ожирение;
- ❖ **Гастроэнтерология:** цирроз печени, панкреатит, колиты, язвенная болезнь, синдром раздраженной толстой кишки;
- ❖ **ХОБЛ 20-40%;**
- ❖ **ВИЧ 20-35%.**



Эпидемиология депрессии в неврологии

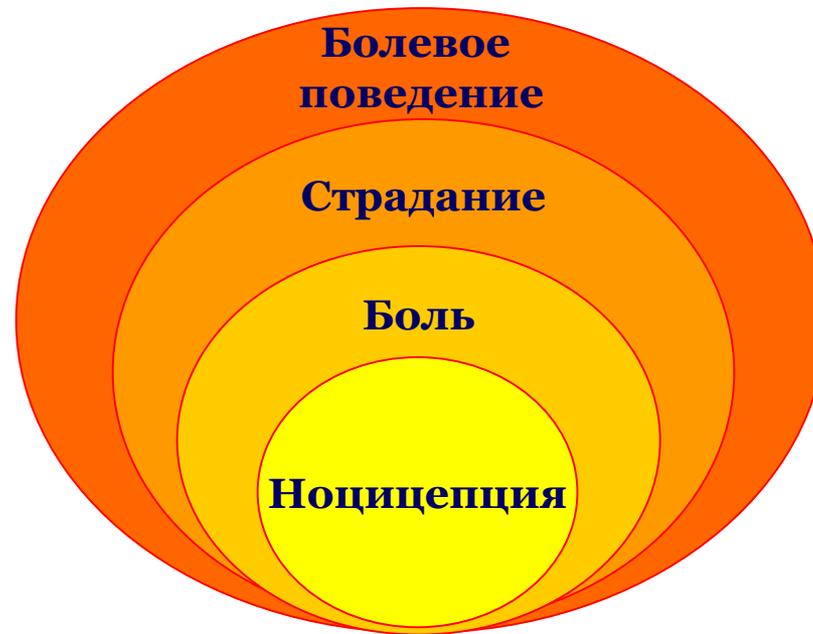


Нейроэндокринные заболевания и депрессия



Боль и депрессия

Многофакторная концептуальная модель боли (Loeser J.D., 1982).



«Порочный» круг

Неврологическое заболевание

Функциональный или органический дефицит моноаминов

Депрессия

Хронический дефицит серотонина и норадреналина в ЦНС

Заболевание

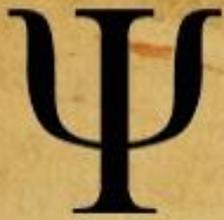
Депрессия



Маскированная депрессия

- **Маскированная депрессия (скрытая, соматизированная, «депрессия без депрессии»)** — это депрессия, при которой собственно симптомы сниженного настроения скрываются (маскируются) какими-либо соматическими симптомами или другими психическими расстройствами.





Кафедра психиатрии и
медицинской психологии

Соматизированная депрессия



Приволжский исследовательский
медицинский университет

Депрессивное настроение выражено неотчетливо

Депрессивное настроение перекрывается или полностью маскируется соматическими симптомами:

- психалгиями (болями) различной локализации
- вегетативными дисфункциями (тахикардия, экстрасистолия, лабильность АД, диспноэ, функциональные головокружения, желудочно-кишечные расстройства и пр.)
- конверсионными симптомами (функциональные нарушения двигательных функций и чувствительности)
- нарушениями сна (ранняя, средняя и поздняя бессонница)
- нарушениями аппетита (снижение аппетита - депрессивная анорексия, реже - повышение аппетита - крейвинг)
- астенией (чувство слабости, утрата энергичности, повышенная утомляемость)

Клинические «маски» депрессий

Алгии:

**Цефалгии кардиалгии
абдоминалгии невралгии
дорсалгии фибромиалгия и
т.д.**

Психопатологи-
ческие расстройства:
ГТР, ПА, СФ, ОКР, НА

Нарушение
биологического
ритма:
**-бессонница
-гиперсомния**

Патохарактерил
огические
расстройства:
**наркомания,
антисоц. повед.**

«МАСКИ»

Вегетативные,
соматизированные,
эндокринные
расстройства:
**-СВД,
-астения
-головокружение
-нейродермит,
кожный зуд
-анорексия,
булимия
-импотенция
-нарушения
менструального
цикла**

Боль и депрессия

Клинические критерии хронической боли:

- ✓ Длительность – не менее 3-6 месяцев
- ✓ Продолжительность боли (дни в месяц)
- ✓ Характер боли
- ✓ Синестопатическая окраска боли
- ✓ Локализация боли
- ✓ Болевое поведение
- ✓ Болевой анамнез
- ✓ Проторенный путь
- ✓ Характерное синдромальное окружение



Общие симптомы тревоги и депрессии

Тревога

Депрессия

Агорафобия
Гипербдительность
Компульсии

Страх
Опасения
Хроническая боль
Гастроинтестинальн. жалобы
Чрезмерное беспокойство
Ажитация
Трудности концентрации
Расстройства сна
Снижение энергии
Усталость

Подавленность
Ангедония
Повышение или
снижение веса
Снижение
интересов
Суицидальные
мысли

Тревожные расстройства

Спутником хронической боли являются тревожные расстройства. По результатам исследования, проведённого D. A. Fishbain, у пациентов с хронической болью были отмечены:

- ✓ паническое расстройство – в **11%** случаев,
- ✓ агорафобия с паническими атаками – в **2,1%**,
- ✓ генерализованное тревожное расстройство – в **20%**,
- ✓ обсессивно-компульсивное расстройство – в **1,1%**,
- ✓ посттравматическое стрессовое расстройство – в **1,1%**,
- ✓ адаптивное расстройство с тревожным настроением – в **42,8%**,
- ✓ фобическое расстройство – в **9%**.

В то же время боль часто наблюдается у пациентов с тревожными расстройствами. Так, по данным W. Katon, **81%** пациентов с паническим расстройством жаловались на боль.

[Fishbain DA, Cutler RB, Rosomoff H, Steele-Rosomoff R. Comorbidity between psychiatric disorders and chronic pain. *Curr Rev Pain.* 1998;2(1):1–10. DOI: 10.1007%2Fs11916-998-0057-7.]

[Katon W. Panic disorder and somatization. Review of 55 cases. *Am J Med.* 1984;77:101–6.]



Злоупотребление психоактивными веществами

- Злоупотребление психоактивными веществами является вторым по частоте встречаемости психическим расстройством у пациентов с хронической болью и наблюдается у **3,2–18,9%** случаев.
- Болевой синдром и употребление психоактивных веществ взаимодействуют в порочном круге, который в конечном итоге может усугубить и поддерживать как хронические болевые ощущения, так и аддиктивные нарушения.



Неврологические причины боли

Помимо психосоматических расстройств, связанных, в первую очередь, с аффективными нарушениями, болевой синдром является одним из основных в неврологической патологии.

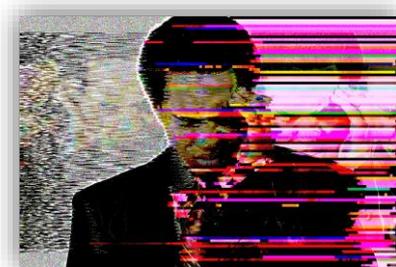
- **Фибромиалгия** — это хронический болевой синдром, возникающий в результате генетически детерминированного феномена центральной сенситизации.
- **Мигрень** - хроническое пароксизмальное неврологическое расстройство, характеризующееся многофазными приступами головной боли и множеством неврологических симптомов.



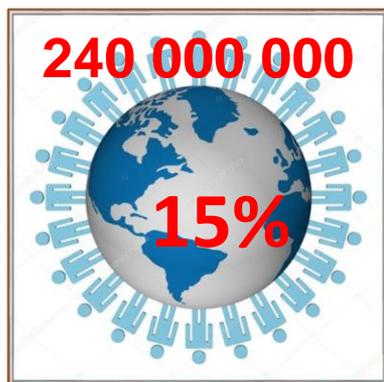
Что такое мигрень?

Это хроническое заболевание нервной системы:

- мигрень лат. hēmicrania, головная боль, охватывающая половину головы
- периодическая, приступообразная, интенсивная головная боль
- от 2 до 72 часов, в одной половине головы, пульсирующий характер, усиливается при физической активности
- сопровождается тошнотой, рвотой
- гиперчувствительность к свету, звукам и запахам
- у трети пациентов наблюдается аура - кратковременное нарушение зрения, сигнализирующего о приближающемся приступе
- человек описывает свое состояние, как желание “забиться в темный угол под одеяло в тихой комнате”



Почему мигрень заслуживает ОСОБОГО ВНИМАНИЯ?



Распространённость мигрени в мире 15%
это 240 000 000 человек
и 1,5 млрд. приступов мигрени в год

В России - у 14 млн. человек мигрень
Это 100 млн. приступов мигрени в
год



Более 8 млн. ничего не знают о своем заболевании,
никогда не консультировались с врачом,
считают эти приступы просто головной болью
и тщетно пытаются лечить себя
при помощи анальгетиков



жен/муж
2,5:1



Почему мигрень заслуживает ОСОБОГО ВНИМАНИЯ?



- За последние 20 лет рост заболеваемости - 60%
- 68% случаев мигрени встречается в 30-40 лет
- Серьёзно снижает качество жизни пациента и его окружения
- Лишь 1/6 часть больных мигренью обращается за помощью к специалистам
- Правильный диагноз ставят только 48%
- Менее 30% из них удовлетворены получаемым лечением



**современные методы лечения
эффективны в 90% случаев**



**существуют лекарственные средства,
специально разработанные для
лечения мигрени триптаны**
Золмитриптан-СЗ

**Северная
ЗВЕЗДА**
фармацевтическая компания

Триггеры мигрени

trigger (англ.) - спусковой крючок провоцирующий фактор

Эмоциональное напряжение один из самых частых триггеров

Пациентов с мигренью отличают эмоциональная лабильность, высокая чувствительность к стрессовым факторам. Повышение норадреналина является запускающим фактором для синтеза серотонина, простагландинов и других вазоактивных и провоспалительных веществ. Их выделение запускает периферические сосудистые, невральные и центральные механизмы, участвующие в патогенезе мигрени

Повышенная чувствительность к определенным веществам, лекарствам, и пищевым консервантам продукты и напитки содержащие тирамин (твердые сорта сыра, шоколад, орехи, красное вино, пиво), нитриты, нитраты, глутамат Е621



Триггеры мигрени

Изменение погодных условий

- Штормовые (ливневые) фронты, изменения в атмосферном давлении, сильные ветры, или условия высокогорья могут спровоцировать мигрень

Физическое переутомление

- Чрезмерные занятия фитнесом, тяжелая физическая работа влияют на состояние симпатической и парасимпатической нервной системы, регуляцию сосудистого тонуса и могут провоцировать мигрень

Длительные перерывы в приеме пищи

- Гипогликемические состояния нарушают деятельность периферической вегетативной и центральной нервной систем, вызывая головную боль

Нарушения режима сна

- Как недостаточный, так и избыточный сон

Снижение качества жизни



Идеальный препарат для лечения мигрени



- Препарат оказывающий специфическое действие



- Оказывающий сильное антимигренозное действие



- Быстрота и длительность действия



- Эффективный на любой стадии мигрени



- Удобный в применении и доступный по цене



- Помогающий с 1-й таблетки

Новый Золмитриптан-СЗ для лечения мигрени



Показания к применению:

Купирование приступов мигрени с аурой или без ауры

Противопоказания к применению:

Гиперчувствительность к компонентам

До 18 лет и старше 65 лет

Период беременности

Гемиплегическая, базилярная и офтальмоплегическая мигрень

Неконтролируемая артериальная гипертензия

Ишемическая болезнь сердца

Заболевания периферических артерий

С осторожностью:

Кормящим матерям - прекращение грудного вскармливания на 24 ч после приема препарата.

Тяжелые нарушения функции почек

Золмитриптан-СЗ способ применения и дозы

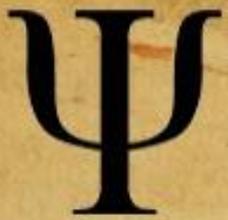


- Таблетки для приема внутрь
- **Рекомендуемая доза** препарата для снятия приступа мигрени **2,5 мг (1 таблетка)**
- Рекомендуется принимать препарат **как можно раньше с момента начала головной боли**
- Препарат эффективен и при приеме в более поздние сроки после начала приступа
- Если симптомы мигрени возникают вновь в течение 24 ч можно принять повторную дозу Золмитриптана-СЗ

Золмитриптан-СЗ способ применения и дозы



- Не следует принимать повторную дозу ранее, чем через 2 часа после приема первой дозы
- Если после приема первой дозы не отмечено клинического эффекта, маловероятна польза от повторного приема препарата во время того же приступа
- Если у пациента не был достигнут терапевтический эффект после приема **1 таблетки 2,5 мг**, для снятия последующих приступов мигрени можно применять **Золмитриптан-СЗ в дозе 5 мг (2 таб.)**
- Не следует принимать более 2 доз препарата в сутки
- **Суммарная доза - не более 10 мг в сутки (4 таблетки)**



Симптомокомплексы соматоформных расстройств:

Кафедра психиатрии и
медицинской психологии



Приволжский исследовательский
медицинский университет

➤ конверсионное расстройство

➤ соматизированное расстройство

➤ хроническое соматоформное болевое
расстройство

➤ ипохондрическое расстройство



Кафедра психиатрии и
медицинской психологии

Общие характеристики соматоформных расстройств



Приволжский исследовательский
медицинский университет

Для ***соматоформных (соматизированных) расстройств*** характерны:

- ▶ повторные соматические симптомы
- ▶ постоянное требование медицинских обследований
- ▶ несоответствие жалоб данным соматического и неврологического обследования
- ▶ исключение пациентом возможности психологической обусловленности симптоматики, даже при очевидной связи ее возникновения с стрессами и конфликтами



Кафедра психиатрии и
медицинской психологии

Конверсионное расстройство (диссоциативное)



Приволжский исследовательский
медицинский университет

«Конверсия» – трансформированный в симптомы неприятный аффект, порожденный конфликтной ситуацией или иными проблемами, которые пациент не в состоянии разрешить



Кафедра психиатрии и
медицинской психологии

Конверсионное расстройство (1)



Приволжский исследовательский
медицинский университет

Выражается психогенно спровоцированными:

- Частичной или полной дезинтеграцией памяти на прошлое, осознания собственной личности и собственных ощущений
- Потерей контроля над двигательной сферой с нарушениями моторики или координации (парезы, параличи, явления астазии-абазии)
- Психалгиями



Кафедра психиатрии и
медицинской психологии

Конверсионное расстройство (2)



Приволжский исследовательский
медицинский университет

- Разнообразными нарушениями чувствительности (кожные анестезии или гиперестезии, частичная или полная потеря зрения, слуха или обоняния)
- Сенестопатиями (ощущения надувающегося шара в животе, обруча, охватывающего лоб в виде болевого пояса или вбитого гвоздя (clavus hystericus), кома в горле (globus hystericus), воспринимаемого как объемное образование и пр.)
- Телесными фантазиями



Кафедра психиатрии и
медицинской психологии

Конверсионное расстройство (3)



Приволжский исследовательский
медицинский университет

Манифестация конверсионных расстройств провоцируется психологическим стрессом и реализуется по механизмам "преципитации" симптомов.

Течение характеризуется чаще всего кратковременными (длительностью не более 2-4 мес.) реакциями.

Некоторые симптомы (параличи, анестезии) развиваются постепенно и сохраняются длительно.



Кафедра психиатрии и
медицинской психологии

Конверсионное расстройство (4)



Приволжский исследовательский
медицинский университет

Облигатный признак конверсионного
расстройства - демонстративная
выразительность и наглядность симптомов
с оттенком утрированности и нарочитости.



Кафедра психиатрии и
медицинской психологии

Соматизированное расстройство



Приволжский исследовательский
медицинский университет

Проявляется:

- возникновением у пациента соматических СИМПТОМОВ
 - ▶ 4 болевых симптомов
 - ▶ 2 гастроинтестинальных симптома,
 - ▶ 1 нарушение сексуальной сферы,
 - ▶ 1 псевдоневрологический симптом
- в сочетании с его требованиями медицинского обследования, несмотря на наличие объективных доказательств отсутствия соматической болезни



Кафедра психиатрии и
медицинской психологии

Соматизированное расстройство (2)



Приволжский исследовательский
медицинский университет

Возникновение соматизированных расстройств, как правило, связано с психогенными факторами и реализуется по механизмам реактивной лабильности.

Расстройство вызывает нарушение социальной адаптации.

Нередко сопровождается вторичными тревожными и депрессивными нарушениями.



Кафедра психиатрии и
медицинской психологии

Соматизированное расстройство (3)



Приволжский исследовательский
медицинский университет

Длительность расстройства не менее 2-х лет, на протяжении которых не было выявлено сколько-нибудь значительной физической причины.

Длительность периодов ухудшения обычно не более 6 мес.

Распространенность: 16 – 84% [*Adams H., Sutker P., 2004; Waal M. et al, 2006*]



Кафедра психиатрии и
медицинской психологии

Ипохондрическое расстройство



Приволжский исследовательский
медицинский университет

- Постоянная озабоченность возможностью или наличием тяжелого прогрессирующего заболевания физической природы или уродства.
- Нормальные ощущения чаще интерпретируются больным как признаки заболевания
- Внимание сконцентрировано на одном или двух органах или системах
- Нередко попытки манипулировать в семье и др. социальных сферах, используя симптомы
- В ряде случаев, стремление к преодолению недуга путем подбора оздоровительных мероприятий, щадящего режима и самолечения («сверхценная ипохондрия»)



Кафедра психиатрии и
медицинской психологии

Соматоформное болевое расстройство (1)



Приволжский исследовательский
медицинский университет

Хроническое соматоформное болевое расстройство характеризуется стойкими неизменными по локализации и интенсивности идиопатическими алгиями, которые не сопровождаются выраженной неврологической и психовегетативной симптоматикой.

Типичен мучительный ("изнуряющий", "непереносимый") оттенок болей, не свойственный конверсионным и другим психалгическим феноменам.

Симптомы связаны с конфликтами и психосоциальными проблемами.

Нет других первичных психических расстройств, вызывающих боли (в первую очередь депрессии)



Кафедра психиатрии и
медицинской психологии

Соматоформное болевое расстройство (2)



Приволжский исследовательский
медицинский университет

Характерна четкая проекция по отношению к отдельным органам и анатомическим образованиям.

В ряде случаев возникает стремление к преодолению болевых расстройств путем разработки вычурных методов лечения с возможной аутоагрессией.

Появляется чаще всего спонтанно, стойкие, длится от нескольких месяцев (свыше 6) до нескольких лет.



Кафедра психиатрии и
медицинской психологии



Приволжский исследовательский
медицинский университет

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ



Кафедра психиатрии и
медицинской психологии

Дифференциальная диагностика (1)



Приволжский исследовательский
медицинский университет

Проводится в двух направлениях:

- ✓ дифференциация от соматической патологии
- ✓ исключение эндогенных психических заболеваний, маскирующихся соматизированными и ипохондрическими проявлениями



Кафедра психиатрии и
медицинской психологии

Дифференциальная диагностика (2)



Приволжский исследовательский
медицинский университет

Наибольшие диагностические трудности вызывают соматические и неврологические заболевания, сопровождающиеся (особенно на начальных этапах) стертыми проявлениями:

- ✓ рассеянный склероз
- ✓ хронические системные инфекции
- ✓ системные болезни соединительной ткани
- ✓ альвеолиты и т.д.



Кафедра психиатрии и
медицинской психологии

Дифференциальная диагностика (3)



Приволжский исследовательский
медицинский университет

Исключить соматическое заболевание позволяют такие характерные для соматизированных и конверсионных расстройств признаки, как:

- чрезмерность, экспрессивность, полиморфизм клинических проявлений
- отсутствие признаков топической локализации
- сочетание различных симптомокомплексов, никогда не встречающихся при одном и том же заболевании
- особая динамика (изменчивость, подвижность, внезапность появления и исчезновения), видоизменение и нарастание симптомов под влиянием ситуационной и стрессовой информации



Кафедра психиатрии и
медицинской психологии

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ



Приволжский исследовательский
медицинский университет

1. Консультации соответствующих врачей-специалистов (гастроэнтеролога, уролога, кардиолога, невролога, онколога и т.д.) с проведением необходимого обследования для исключения соматической патологии

2. Купирование психических нарушений проводится с помощью:
- ✓ психотерапии
 - ✓ фармакотерапии



Кафедра психиатрии и
медицинской психологии

Психотерапия



Приволжский исследовательский
медицинский университет

Симптоматическая - помогает снизить тревожность, отвлечь внимание от ипохондрических переживаний, придать личностный смысл лечебному процессу

Патогенетическая - работа над неразрешенными интрапсихическими конфликтами и недостаточностью и/или неадекватностью психологических средств их переработки



Кафедра психиатрии
и медицинской психологии

Цели фармакотерапии



ельский
ситет

Цели

Устранение или
редукция проявлений
патологии внутренних
органов:

- ✓ соматотропные препараты

Купирование
психических нарушений:

- ✓ антидепрессанты
- ✓ анксиолитики
- ✓ нейролептики
- ✓ стабилизаторы настроения
- ✓ ноотропы
- ✓ корректоры мозгового кровообращения

Спасибо за внимание!

