



Лечение невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств в условиях санатория

Е.А. Мельникова ✉, С.Н. Смирнова

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»; Россия, г. Москва

РЕЗЮМЕ

Цель исследования: Оценить возможности санаторно-курортного лечения у пациентов с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами с позиций современных представлений о патогенезе этих состояний.

Основная часть. По данным различных источников, не менее 30% пациентов, обращающихся за амбулаторно-поликлинической помощью, имеют невротические и/или соматоформные расстройства. Учитывая сложность патогенеза подобных состояний, частоту обострений и рецидивов, таким пациентам показано длительное комплексное лечение, направленное на устранение этиологических и патогенетических факторов, с развитием адекватных приспособительных реакций, в том числе психогенных, повышением физической и умственной работоспособности, формированием здорового образа жизни. Потенциал для реализации поставленных целей существенно возрастает при применении санаторно-курортной терапии, к основным методам которой относятся: климатотерапия, гидробальнеотерапия, рефлексотерапия, физические факторы, технологии биологической обратной связи, психотерапия, лечебная физкультура.

Заключение. Эффективность комплексного лечения невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств с применением природных и искусственных лечебных факторов достигает 60%. Знание возможностей немедикаментозного лечения таких состояний необходимо не только для врачей санаторно-курортных организаций, но и для работающих в амбулаторно-поликлинических учреждениях, поскольку именно они чаще всего направляют пациентов на санаторно-курортное лечение.

Ключевые слова: невротические расстройства, санаторно-курортное лечение, бальнеотерапия, физическая активность.

Вклад авторов: Мельникова Е.А. — поиск материала, обработка данных, интерпретация результатов, написание, оформление, редактирование и утверждение рукописи; Смирнова С.Н. — интерпретация результатов, оформление и редактирование рукописи.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Мельникова Е.А., Смирнова С.Н. Лечение невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств в условиях санатория. Доктор.Ру. 2022; 21(8): 44–51. DOI: 10.31550/1727-2378-2022-21-8-44-51



Treatment of Neurotic, Stress-Related and Somatoform Disorders in Sanatoria

E.A. Melnikova ✉, S.N. Smirnova

M.F. Vladimirsky Moscow Regional Clinical Research Institute (a Government-funded Healthcare Institution); 61/2 Shchepkin St., Moscow, Russian Federation 129110

ABSTRACT

Study Objective: To assess the possibilities of sanatorium-and-spa treatment in patients with neurotic, stress-associated and somatoform disorders taking into account the modern idea of their pathogenesis.

Main part. According to various sources, at least 30% of patients who come to outpatient clinics have neurotic and/or somatoform disorders. Given the complex pathogenesis of these conditions, the rate of exacerbations and relapses, such patients should undergo a long-term comprehensive therapy aimed at elimination of etiological and pathogenic factors, together with the development of adequate adaptive reactions, including psychogenic reactions, increased physical and mental performance, and healthy lifestyle habits. The potential to reach the goal increases considerably with the use of sanatorium-and-spa treatment, the main methods of which include climatotherapy, hydrobalneotherapy, reflexotherapy, physical factors, biofeedback techniques, mental therapy, and exercise therapy.

Conclusion. The efficiency of the comprehensive treatment of neurotic, stress-related and somatoform disorders using natural and artificial therapeutic factors is 60%. The knowledge of non-drug treatments of such conditions is essential not only for medical staff in sanatoria and spas, but also for outpatient medical professionals, since they are the primary referring individuals.

Keywords: neurotic disorders, sanatorium-and-spa treatment, balneotherapy, physical activity.

Contributions: Melnikova, E.A. — material collection, data processing, interpretation of the results, writing, approved and editing of the article; Smirnova, S.N. — interpretation of the results, approved and editing of the article.

Conflict of interest: The authors declare that they do not have any conflict of interests.

For citation: Melnikova E.A., Smirnova S.N. Treatment of Neurotic, Stress-Related and Somatoform Disorders in Sanatoria. Doctor.Ru. 2022; 21(8): 44–51. (in Russian). DOI: 10.31550/1727-2378-2022-21-8-44-51

ВВЕДЕНИЕ

Точные данные о распространенности невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств, представляющих собой пограничную психическую патологию, т.е. патологию невротического уровня, отсутствуют во всех

странах. Это обусловлено различными взглядами на диагностическую классификацию и диагностические критерии таких расстройств. В среднем 15–30%, по некоторым данным — 26,2–34,8% пациентов, обращающихся за амбулаторно-поликлинической помощью, имеют соматоформные рас-

✉ Мельникова Екатерина Александровна / Melnikova, E.A. — E-mail: melkaterina3@yandex.ru

стройства. Чаще их диагностируют у женщин: 70,1% женщин и 53,3% мужчин имеют различные симптомы. Начинается заболевание, как правило, в возрасте 16–30 лет [1–3]. Отсутствие однозначного понимания причин и патогенеза соматоформных расстройств приводит к назначению необоснованно большого количества исследований пациентам и полипрагмазии при лечении, тем самым не улучшая, а ухудшая состояние пациентов [4]. Удельный вес невротических расстройств на территориальном участке, обслуживаемом одной поликлиникой, составляет в среднем 14,9% [5].

В России невротические расстройства занимают в структуре пограничных психических расстройств 12,9–69,9%, из них расстройства личности — 2,3–32,7%, психогенные расстройства — 14,1–64,3%, соматогенные расстройства — 9,1–37,9% [6].

Важное значение имеет понимание количества неманифестных «скрытых» случаев невротических и соматоформных расстройств, персистирующих в популяции. Эпидемиологические исследования методом случайной выборки выявили у лиц, никогда не обращавшихся за психиатрической помощью, высокий уровень распространенности тревожно-фобических расстройств: у 6,1% — генерализованное тревожное расстройство, у 4,5% — социальные фобии. Имеются данные о том, что уровень коморбидных личностных расстройств в виде акцентуаций характера у пациентов с патологией невротического уровня достигает 79,5% [5].

В МКБ-10 невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства описаны в рубриках F40–F48 (табл. 1) [7]. При направлении пациентов на санаторно-курортное лечение следует руководствоваться Приказом

Таблица 1 / Table 1

Описание структуры невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств, представленное в рубриках МКБ-10

Description of the structure of neurotic, stress-associated and somatoform disorders in ICD-10 sections

Код	Наименование	Описание
F40	Фобические тревожные расстройства	Преобладающим симптомом является боязнь определенных ситуаций, не представляющих текущей опасности
F41	Другие тревожные расстройства	Появление тревоги является основным симптомом и не ограничивается какой-либо конкретной внешней ситуацией
F42	Обсессивно-компульсивное расстройство	Наличие повторяющихся стереотипных навязчивых мыслей или вынужденных действий
F43	Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации	Расстройства, возникающие вследствие неблагоприятного события в жизни, вызвавшего стрессовую реакцию, или значительной перемены в жизни, ведущей к продолжительным неприятным обстоятельствам и обусловившей нарушения адаптации
F44	Диссоциативные (конверсионные) расстройства	Наличие полной или частичной потери нормальной интеграции между памятью на прошлые события, способностью осознавать себя как личность и непосредственными ощущениями, и способностью управлять движениями тела
F45	Соматоформные расстройства	Повторное предъявление соматической симптоматики одновременно с настойчивыми требованиями медицинских обследований, несмотря на повторные отрицательные их результаты и заключения врачей, что симптомы не имеют соматической природы. Симптомы обусловлены значительным психологическим дистрессом
F45.0	Соматизированное расстройство	Наличие многочисленных, повторных, часто меняющихся физических симптомов, имеющих место, по крайней мере, в течение 2 лет
F45.1	Недифференцированное соматоформное расстройство	Наличие многочисленных, переменных и устойчивых жалоб, не удовлетворяющих полной и типичной клинической картине соматизированного расстройства
F45.2	Ипохондрическое расстройство	Наличие устойчивой озабоченности пациента возможностью иметь у себя тяжелое, прогрессирующее заболевание или несколько заболеваний
F45.3	Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы	Симптоматика подобна той, которая возникает при повреждении органа или системы органов, преимущественно или полностью иннервируемых и контролируемых вегетативной нервной системой, т.е. сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной, дыхательной и мочеполовой систем
F45.4	Устойчивое соматоформное болевое расстройство	Наличие основной жалобы в виде устойчивой, резкой мучительной боли, которую нельзя полностью объяснить физиологическим нарушением или соматическим заболеванием и которая возникает в связи с эмоциональным конфликтом или психосоциальными проблемами
F45.8	Другие соматоформные расстройства	Наличие других расстройств чувствительности, функций или поведения, возникающих вследствие соматических нарушений: психогенные дисменорея, дисфагия, зуд, кривошея, скрежетание зубами
F48	Другие невротические расстройства (в том числе неврастения)	Наличие жалоб на повышенную утомляемость после умственной нагрузки, с которой часто связано некоторое снижение продуктивности производственных показателей или в повседневных делах, или ощущение физической слабости и изнеможения даже после минимальной нагрузки, сопровождающееся ощущением мышечных болей и невозможностью расслабиться

Минздрава РФ от 28.09.2020 №1029н «Об утверждении перечней медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения», где в качестве самостоятельных показаний перечислены следующие заболевания и состояния: F43.1 «Посттравматическое стрессовое расстройство», F45.3 «Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы», F48 «Другие невротические расстройства».

В настоящее время большое внимание уделяется изучению патоморфоза и соматизации невротических расстройств. Эти понятия напрямую касаются коморбидности пограничной психической патологии и особенностей внутриспиритической переработки значимой информации. При соматизации невротических расстройств большое значение придается некоторым физиологическим и личностным (нейротизм, истероидность, пассивность, алекситимия) особенностям. Имеются данные о том, что в формировании невротической патологии (особенно тревожно-фобической и соматоформной) ведущую роль играют дисгармоничные личностные особенности, механизмы соматизации (внушение и самовнушение, а также затруднения в осознании и словесном описании собственных чувств) и социальные стрессы [5].

В патофизиологическом звене патогенеза обусловленных стрессом заболеваний значимую роль отводят функциональному рассогласованию структур головного мозга, циркуляторной и гипоксической гипоксии (вследствие снижения функциональной реактивности сосудов головного мозга, вазоконстрикции, повышенной чувствительности к изменениям рН крови), нарушению микроциркуляции и усилению перекисного окисления липидов. Тревога сопровождается активацией неспецифических стресс-систем, при этом происходит выброс глюкокортикоидных гормонов и адреналина надпочечниками, а также активация симпатической нервной системы. Стойкое увеличение содержания катехоламинов в крови способствует интенсификации обменных процессов, повышению энергопродукции и потребности в кислороде. Кроме того, на фоне постоянной гиперadreналиемии повышается содержание лактата, который связывает ионы кальция на поверхности клеточных мембран нейронов центральной нервной системы (ЦНС). Все это приводит к развитию функциональных висцеральных симптомов, вегетативных кризов, нарушению регуляции дыхания [5].

Основной концепцией психосоматической медицины является тесное взаимодействие ментальных и соматических состояний и функций. Многие психические расстройства ассоциированы с гиперпродукцией кортикотропин-рилизинг-гормона — пептидного гормона, контролирующего активность гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы. Дисфункции этой системы часто выявляют при нарушениях пищевого поведения, аффективных психозах, зависимости, болезни Альцгеймера, большой депрессии, болезни Паркинсона, прогрессирующем надъядерном параличе. Кроме того, гиперпродукция кортикотропин-рилизинг-фактора и дисфункция гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы являются типичными состояниями для аутоиммунных, аллергических и хронических воспалительных заболеваний, сопровождающихся нарушением перцепции боли [8].

Эндогенные глюкокортикоиды активируют и глюкокортикоидные, и минералокортикоидные рецепторы в ЦНС, регулирующие ответ на стресс посредством быстрых негеномных и медленных геномных эффектов. Минералокортикоидные рецепторы первично экспрессируются в лимбических нейронах гипоталамуса, латеральной перегородке

и амигдале и связываются с различными стероидами: минералокортикоидами (альдостерон и 11-деоксикортикостерон), глюкокортикоидами (кортизол, кортикостерон) и прогестероном. Быстрый рецепторно-опосредованный ответ направлен на эмоциональное реагирование и формирование копинг-стратегии, а медленный рецепторно-опосредованный ответ — на контекстуализацию, рационализацию и запоминание стрессового опыта [8].

Активация минералокортикоидных рецепторов способствует гиппокампальной активности, активация глюкокортикоидных рецепторов имеет противоположный эффект. В норме минералокортикоидные рецепторы контролируют порог реактивности гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы во время стресса. Баланс между эффектами рецепторно-опосредованных стадий минерало- и глюкокортикоидов обусловлен U-образной концентрацией глюкокортикоидов. Дисбаланс между стадией быстрого ответа, связанной с минералокортикоидными эффектами, и стадией медленного ответа на стресс, опосредованной глюкокортикоидной активностью, приводит к неадекватным реакциям организма на стресс и создает предрасположенность к целому ряду заболеваний. С возрастом нарушается биологическая обратная связь между структурами гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, предотвращающая избыточную продукцию кортизола, снижается чувствительность рецепторов. Повышенный уровень кортизола часто ассоциирован с низким когнитивным статусом, тревожностью, депрессией, деменцией и нейродегенеративными заболеваниями. Более того, у пожилых людей при повышении уровня кортизола возрастает риск развития инсулинорезистентности. С одной стороны, повышение уровня кортизола приводит к риску депрессии. С другой стороны, нарушенный суточный ритм выделения кортизола с мочой встречается при психиатрических расстройствах, и незначительное повышение уровня кортизола на фоне лечения может быть признаком восстановления. Повышенная продукция метаболитов андрогена во время лечения может свидетельствовать о персистирующем стрессе и неэффективности терапии [8].

Лечение пациентов с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами должно быть комплексным и направленным на устранение этиологических факторов (в основном психогенных), патогенетических звеньев, усиление компенсаторных механизмов, способствующих формированию адекватных приспособительных реакций при хроническом течении патологического процесса [6].

Этиотропная терапия, кроме того, включает устранение и минимизацию влияния неврологических и соматических заболеваний, последствий инфекционных и травматических повреждений. К числу методов патогенетической терапии относят психофармакотерапию, методы психотерапии и социально-психологической коррекции [6].

При психических расстройствах усиление компенсаторных адаптивных механизмов часто связывают с применением различных фармакологических препаратов, обладающих ангиопротекторными, седативными и другими свойствами, а также с воздействием природных и искусственных лечебных физических факторов, социальными реабилитационными мероприятиями [6]. Санаторно-курортная терапия при невротических заболеваниях включает комплекс различных воздействий: климатотерапию, бальнеотерапию, пелоидотерапию, гелиотерапию, талассотерапию, аэро- и ароматерапию, гидротерапию, лечебную физическую культуру и т.д.

Основные компоненты терапии невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств в санаторно-курортных организациях можно описать следующим образом:

- климатотерапия [9, 10];
- санаторный режим [8, 11];
- гидробальнеотерапия (класс рекомендаций — IIa, уровень убедительности доказательств — В) [12, 13];
- психотерапия (в том числе музыка-, цвето-, арт-терапия, телесно-ориентированная и рациональная психотерапия, социально-психологический тренинг и т.д.). В базе данных Cochrane содержится систематический обзор 21 рандомизированного контролируемого исследования, содержащий анализ данных 2658 пациентов, подтверждающий эффективность когнитивной поведенческой терапии при соматоформных расстройствах [4, 14, 15];
- релаксационная терапия (медитация), в том числе ауто-тренинг, является эффективным дополнительным методом лечения депрессии с длительно сохраняющимися положительными эффектами. При тревожных расстройствах также имеется положительный эффект (уровень убедительности доказательств — В). Положительные эффекты релаксационных процедур сохраняются в среднем 12 нед. Имеются данные о том, что релаксационная терапия по эффективности сопоставима с когнитивной поведенческой терапией и фармакологическим лечением у пациентов с различными психологическими состояниями, особенно для снижения тревоги, депрессии и стресса [4, 12];
- физические упражнения, в том числе традиционная оздоровительная гимнастика (класс рекомендаций — IIa, уровень убедительности доказательств — В) [12, 16];
- респираторно-ориентированные техники: холотропное дыхание, ребефинг, свободное дыхание (класс рекомендаций — IIb, уровень убедительности доказательств — С) [4, 12, 14, 15];
- разгрузочно-диетическая терапия [5];
- технологии биологической обратной связи (класс рекомендаций — IIa, уровень убедительности доказательств — В) [12, 14];
- рефлексотерапия: иглорефлексотерапия, фармакопунктура, лазерная рефлексотерапия, электроакупунктура (класс рекомендаций — IIa, уровень убедительности доказательств — В), су-джок [12, 17];
- методы гипербарической оксигенации, прерывистой гипоксии, гипобарической гипоксической терапии, нормобарической гипоксической терапии способствуют редукции психопатологической симптоматики, купированию побочных эффектов лекарственных препаратов, обладают стресс-протективным и вегетостабилизирующим действием, снижают симпатикотонические влияния [5].

Задачи лечебных мероприятий у пациентов с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами в санаторно-курортных организациях: устранение (или уменьшение) эмоциональных нарушений, повышение физической и умственной работоспособности, коррекция личностных особенностей, коррекция проявлений астенического синдрома, вегетативных и соматических нарушений, формирование здорового образа жизни [14, 15, 18]. На нейрофизиологическом уровне задачи могут быть сформулированы следующим образом: нормализация функциональных взаимосвязей между корково-подкорковыми и сегментарно-органными структурами нервной системы, восстановление

функции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси. Наилучшие результаты при лечении данной категории пациентов достигаются при комплексном применении нескольких физических факторов, а также в сочетании с психотерапевтическим воздействием на пациента. Эффективность комплексного лечения невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств с применением природных и искусственных лечебных факторов достигает 60% [6, 8].

При лечении невротических расстройств применяют рациональный отдых, купание в море, аэро- и гелиотерапию. Данные факторы оказывают нормализующее влияние на системную и церебральную гемодинамику, процессы перекисного окисления липидов, состояние иммунного статуса [11]. Изучено влияние бальнеоароматерапии. Эффекты обусловлены непосредственным воздействием ароматических веществ на ЦНС. Хлоридные натриевые ванны в комплексной терапии усиливают эффекты различных эфирных масел, поскольку соль является природным эмульгатором [6, 13, 19]. Обосновано назначение озоновых, жемчужных и йодобромных ванн в комплексе с лазеротерапией на шейно-воротниковую зону. Имеются данные, свидетельствующие об эффективности комплексного назначения хвойных ванн и процедур электросна при преобладании тревожных расстройств, в то время как при преобладании депрессии эффективно назначение жемчужных ванн и электросна в комплексной терапии [6, 19].

Пациентам с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами показаны также кислородные, радоновые, углекислые, хлоридные натриевые ванны, гидротерапия (души). Выбор типа минеральных или пресных ванн определяется индивидуальными особенностями пациента, степенью его реактивности. В комплекс лечебных мероприятий включают лечебную физическую культуру, витаминотерапию, сон у моря, купание в море или в бассейне с морской водой. В силу нарушенной терморегуляции и адаптивной возможности пациентов они плохо реагируют как на охлаждение, так и на перегревание, не переносят сильных и длительных раздражений. Это обстоятельство следует учитывать при направлении на курорт и назначении терапии. Пациенты могут быть направлены на климатические и бальнеологические курорты. Воздушные ванны применяют с различной холодовой нагрузкой (слабой и средней) для закаливания и тренировки, снижения повышенной лабильности и дисфункции сердечно-сосудистой системы. Солнечные ванны назначают не в жаркое и не в холодное время года. Рекомендовано их проведение в комфортных условиях без охлаждения и перегревания [11, 20].

С целью повышения эффективности санаторно-курортного лечения обосновано назначение различных видов токов, электрических и магнитных полей. Патогенетической основой эффективности применения магнитных полей является доказанное регулирующее влияние на функции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы. Воздействие магнитного поля приводит к преобладанию тормозных процессов в коре головного мозга и снижению активности гиппокампа [6]. Назначение крайне высокочастотной терапии (КВЧ) в комплексной терапии показано при диагностированном психоорганическом синдроме (например, вследствие наличия черепно-мозговой травмы в анамнезе) [15].

При неврастении применяют гальванический воротник, с помощью которого вводят различные лекарственные средства. При гипотонии, аллергических реакциях показан гальванический воротник с хлоридом кальция (от 4–6 до 16 мА,

6–10 мин). При плохой переносимости гальванических воротников применяют массаж воротниковой зоны (12–15 процедур). При повышенном артериальном давлении показан электрофорез брома по общей и воротниковой методике. При цефалгическом синдроме назначают электрофорез магния на область каротидных сплетений. При диссомническом синдроме используют электрическое поле ультравысокочастотной терапии на область нижнестебельных и верхнегрудных сегментов в олиготермической дозировке (6–10 мин), а также импульсные токи по методике электросна (сила тока 0,1–0,3 мА, частота 18–20 Гц, длительность импульсов 1–2 мс, ежедневно, 20 процедур). При гипоталамическом синдроме и сердечно-сосудистых расстройствах применяют электросон с частотой импульсов 5–10 Гц с постепенным повышением до 20 Гц во второй половине курса. Длительность импульсов — 0,2–0,5 мс. Процедуры проводят 2 дня подряд с 1 днем перерыва, продолжительность 20–50 мин, 12–15 процедур на курс. При наличии вегетативных кризов частоту не следует увеличивать более 5–10 Гц и длительность свыше 40 мин [11].

В зависимости от формы неврастения применяют различные сочетания методик. При гиперстенической форме назначают электрофорез брома по воротниковой методике или по методике Вермея, циркулярный душ, влажные укутывания. При раздражительной слабости используют транс-орбитальный электрофорез брома или йода, электросон, франклинизацию, веерный душ. При этих формах неврастения лечение следует начинать с пресных ванн, переходя затем к применению радоновых и сульфидных ванн малой или средней концентрации [11].

При гипостенической форме неврастения применяют кальциевый воротник, дарсонвализацию, электрофорез новокаина, ультрафиолетовое облучение, дождевой душ, теплые ножные ванны, бромидные и азотно-термальные ванны. При этой форме неврастения лечение также следует начинать с пресных ванн, переходя затем к углекислым ваннам. Сульфидные и радоновые ванны можно применять только при малой концентрации сероводорода или радона [9, 11].

При нарушении половой функции используют местные процедуры в виде гальванических «трусов» с хлоридом кальция, теплые ванны, дарсонвализацию, фарадизацию внутренней поверхности бедер. При повышенной возбудимости назначают общий электрофорез брома, продольную гальванизацию позвоночника, веерный душ. При ускоренной эякуляции рекомендуют вибрационный массаж поясницы, электрофорез прозерина (0,1%) и дибазола (0,12%) (10–20 мА, 12–16 процедур) [11].

Доказана лечебная эффективность постоянной магнитотерапии (класс рекомендаций — IIb, уровень убедительности доказательств — C), массажа (класс рекомендаций — IIb, уровень убедительности доказательств — C), вибромассажной релаксации (класс рекомендаций — IIb, уровень убедительности доказательств — C), альфа-массажа (класс рекомендаций — IIb, уровень убедительности доказательств — C) [12].

Имеются данные об эффективности назначения пациентам с невротическими и соматоформными расстройствами аэроионо- и фотохромотерапии [6, 21]. Применение внутривенной озонотерапии повышает эффективность стандартных медикаментозных схем лечения пациентов с невротическими расстройствами. При нарушении ритмов сна и бодрствования, выраженных вегетативных расстройствах возможно назначение магнитолазеротерапии, транскраниальной маг-

нитотерапии или электростимуляции. При этом проявляются трофический, секреторный, спазмолитический, седативный, анальгезирующий, гормонорегулирующий, антидепрессивный лечебные эффекты [6, 22, 23].

Важное значение в практике санаторно-курортных организаций имеет применение «малой» психотерапии, психодиагностики, принципов психопрофилактики и психогигиены. Основные методы психотерапии на курорте: рациональная психотерапия, гипнотерапия, музыкальная терапия в сочетании с релаксацией, различные модификации и варианты аутогенной тренировки, терапия творческим самовыражением. Также применяют когнитивно-поведенческую психотерапию, трансперсональную психотерапию при невротических депрессиях, телесно-ориентированную психотерапию, гештальт-терапию, транзактный анализ, символдраму, элементы арт-терапии и нейролингвистического программирования, психотерапию с компьютерным биоуправлением [15].

Перед психотерапевтом в санаторно-курортном учреждении стоят следующие задачи: диагностика психологической дезадаптации пациента, коррекция его неадекватных личностных установок и, как следствие, создание предпосылок к преодолению различных психологических трудностей, помощь в нахождении новых эффективных стратегий поведения, оздоровление и активизация личности пациента и превращение его в непосредственного участника лечебно-оздоровительного процесса на фоне благоприятного воздействия курортных факторов [4, 15].

Проведение психотерапевтических вмешательств различного объема показано всем пациентам с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами. Объем и направленность психотерапевтического вмешательства зависят от тяжести и особенностей клинической симптоматики и жалоб пациента. В санаторно-курортной практике показано применение патогенетической и симптоматической психотерапии. Патогенетическая психотерапия представляет собой комплекс психотерапевтических воздействий, направленных на изменение главных жизненных отношений личности, обусловивших развитие неблагоприятных состояний. Симптоматическая психотерапия имеет целью коррекцию отдельных неблагоприятных симптомов или воздействие на другие психические компоненты [14].

На первом этапе патогенетической психотерапии происходит поиск неблагоприятных симптомов и их анонимное обсуждение, а также подбор в одну группу пациентов с аналогичной симптоматикой. На втором этапе проводят групповую психотерапию с внушением соответствующих установок пациентам в бодрствующем и расслабленном состоянии. Внушение направлено на те симптомы и состояния, которые можно купировать или ослабить (например, ипохондрический синдром). Третий этап включает коррекцию отдельных неблагоприятных или неразвитых качеств и свойств личности (тревожности, неустойчивости, чрезмерной эмоциональности, страха, отсутствия волевых качеств, пассивности, несостоятельности мотивов, низкой самооценки, социальной неуверенности и т.д.) [5, 14]. На четвертом этапе происходит психическая релаксация и реадaptация пациента за счет активного отдыха, прогулок и общения с окружающими, коллективных и групповых экскурсий, трудотерапии, арт-терапии. Приемы арт-терапии, спортивные или подвижные игры часто используют для реализации задач отвлекающей психотерапии по переключению внимания с негативных факторов и ослаблению фиксации на отрицательных состояниях.

Психологическая разрядка облегчает регуляцию общего психического темпа, способствует совершению спокойных и размеренных движений. Одна из задач психотерапевта — научить пациента не избегать разрядки, а направлять ее в социально обусловленные формы поведения [14].

Задачей симптоматической психотерапии (гипнотерапия, косвенная психотерапия и др.) является снижение нервно-психического напряжения и вегетативно-эмоциональных колебаний. Для этого одним из действенных приемов является музыка- и ритмотерапия. Композиционный состав подбирают в зависимости от особенностей психологического состояния пациента. В сочетании с психорегулирующим воздействием музыкотерапии целесообразно применять самовнушение. Для снятия напряжения и расслабления используют музыкальные произведения минорной тональности, для поднятия настроения, повышения жизненного тонуса — мажорной. Общее время музыкальной терапии в зависимости от задач психотерапии составляет 10–30 мин. Музыка рекомендуют менять после 5–8-кратного повторения для того, чтобы избежать привыкания и пресыщения [14]. Музыкотерапия направлена на повышение функциональной активности правого полушария головного мозга [5].

Одним из наиболее подходящих для санаторно-курортных организаций вариантов психотерапии является рациональная психотерапия. Формой проведения рациональной психотерапии могут быть групповые лекции, беседы, убеждения. Задачей рациональной психотерапии является разъяснение сущности проявления психических симптомов пациента: озабоченности, тревожности, напряженности, беспочвенности, т.е. объяснение причин их возникновения, физиологических основ, динамики проявления и возможности терапевтического вмешательства. Предлагаемая пациентам лекция должна быть проблемно-ориентированной, содержательной. Продолжительность лекции не должна превышать 35–45 мин. Основой убеждения являются логика, разъяснение, доказательство, система рассуждений, аргументов и фактов. Такие формы общения с пациентом ориентированы на его мышление и осознанную коррекцию модели поведения [14].

Активирующая психотерапия в санаторно-курортных организациях показана для купирования заторможенности и повышения психической и физической активности пациентов с депрессивным, ипохондрическим и астеническим синдромами. В качестве приемов активирующей психотерапии используют внушение в состоянии бодрствования, библиотерапию, музыкотерапию, арт-терапию, аутопсихотерапию [14].

Для коррекции и оптимизации межличностного общения применяют комплекс активных методов, составляющих со-

циально-психологический тренинг. Этот вариант психотерапии реализуют посредством групповых дискуссий и ситуационно-ролевых игр [14].

Применение компьютерных технологий с биологической обратной связью, в том числе при проведении психотерапии, направлено не только на развитие и совершенствование механизмов саморегуляции физиологических функций, но и на повышение мотивации и непосредственное обучение управлению вегетативными проявлениями [5].

Средняя продолжительность одного сеанса (занятия) психотерапии составляет 1 час. На курс санаторно-курортного лечения показано проведение 6–18 занятий в зависимости от выраженности проблем пациента и его мотивированности. В одном занятии допустимо сочетание не более 3–4 методов психотерапии. При проведении активных методов психотерапии важно контролировать у пациентов частоту сердечных сокращений (ЧСС). При повышении ЧСС более чем на 30% по сравнению с фоновым рекомендовано снизить нагрузку [14]. Методы психотерапии при правильном выборе расцениваются как эффективные в 60–76% случаев [5, 15].

Эффективность применения телесно-ориентированных методов психотерапии в комплексном лечении невротических расстройств, в том числе затяжных форм, показана в 55–75% случаев. В настоящее время когнитивно-поведенческая психотерапия является неотъемлемой частью лечения тревожно-фобических симптомов и соматоформных расстройств. В лечении невротических расстройств широко используют также респираторно-ориентированные методы: холотропное дыхание, ребефинг, свободное дыхание [5].

Физическая активность в санаторно-курортных условиях обладает разносторонними эффектами на функциональное состояние пациентов с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами [4, 16]. Данные, представленные в базе Cochrane, показывают, что при депрессивном расстройстве физическая активность имеет умеренный положительный эффект [16, 24] (табл. 2). Физические упражнения при депрессивных синдромах способствуют снижению перцепции и повышению порога болевой чувствительности, нарушенному вследствие биохимических изменений в ЦНС [25]. Гидробальнеотерапия и физическая активность способствуют восстановлению баланса между минералокортикоидной и глюкокортикоидной активностью рецепторов в ЦНС [4, 8, 26].

Для оценки состояния пациентов с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами до начала терапии и в процессе лечения целесообразно применять клинические метрические опросники [4] (табл. 3).

Таблица 2 / Table 2

Уровень убедительности доказательств применения физической активности при депрессивных и тревожных проявлениях

The evidence level of the use of physical activity in signs of depression and anxiety

Описание	Уровень убедительности доказательств
Упражнения (аэробные) могут быть умеренно эффективным дополнительным методом лечения при депрессивных и тревожных расстройствах, особенно фармакорезистентных депрессиях, униполярной депрессии и посттравматическом стрессовом расстройстве	B
Йога обладает терапевтическим эффектом при депрессии и при тревожных расстройствах, особенно при панических атаках	B

Примеры опросников, применяемых для оценки спектра и тяжести симптомов у пациентов с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами

Sample questionnaires used to assess the spectrum and severity of symptoms in patients with neurotic, stress-associated and somatoform disorders

Опросник	Описание
PHQ-15 (Patient health questionnaire 15) Опросник здоровья пациента 15	Опросник состоит из 15 пунктов, описывающих соматические симптомы. Каждый симптом оценивается от 0 до 2 баллов
SSS-8 (Somatic Symptom Scale 8) Шкала соматических симптомов 8	Самоопросник состоит из 8 пунктов. Каждый симптом оценивается от 0 до 4 баллов. Общее количество баллов: 0–32. Симптомы оцениваются как минимальные — 0–3 балла, слабо выраженные — 4–7 баллов, средне выраженные — 8–11 баллов, выраженные — 12–15 баллов, очень выраженные — 16–32 балла
SASS (Scale for the Assessment of Somatic Symptoms) Шкала для оценки соматических симптомов	Шкала состоит из 4 субшкал: 1. Симптомы, связанные с болью. 2. Сенсорные соматические симптомы. 3. Неспецифические соматические симптомы. 4. Симптомы, связанные с биологическими функциями. Тяжесть симптомов оценивается от 0 до 3 баллов. Оценивают симптомы в течение последних 2 нед
SSI (Swartz Somatization Index) Индекс соматизации Шварц	Шкала содержит 11 симптомов, используемых для скрининга наличия соматоформного расстройства. При наличии 5 и более симптомов вероятен диагноз соматоформного расстройства
BSI (Bradford Somatic Inventory) Соматический опросник Брэдфорд	Шкала содержит 46 пунктов и включает оценку депрессивных и тревожных симптомов
WI (Whitley Index) Индекс Уитни	Шкала содержит 14 пунктов для оценки 3 подразделов: 1. Убежденности в наличии заболевания. 2. Озабоченности соматическим здоровьем. 3. Страх болезни

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Лечебные факторы бальнеологических и климатических курортов потенцируют действие других методов лечения и оказывают самостоятельное влияние на основные звенья патогенеза рассматриваемых заболеваний и состояний. Понимание значения немедикаментозных методов в лечении пациентов

существенно расширяет терапевтические возможности врачей различных специальностей. Комплексное лечение пациентов с умеренно выраженными невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами в условиях санатория имеет высокую клиническую эффективность и способствует восстановлению здоровья и работоспособности.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

- Лаукс Г., Меллер Х.Ю. в сотрудничестве с М. Фрик. Психиатрия и психотерапия. Справочник. М.; 2010. [Laux G., Möller H.-Ju. in the collaboration with M. Frick. *Memoria Psychiatrie und Psychotherapie*. Stuttgart-N.Y., 2010]
- Haller H., Cramer H., Lauche R., Dobos G. Somatoform disorders and medically unexplained symptoms in primary care: a systematic review and meta-analysis of prevalence. *Dtsch. Arztebl. Int.* 2015. 112(16): 279–287. DOI: 10.3238/arztebl.2015.0279
- Leutgeb R., Berger S., Szecsenyi J., Laux G. Patients with somatoform disorders: more frequent attendance and higher utilization in primary Out-of-Hours care? *PLoS One.* 2018; 13(8): e0202546. DOI: 10.1371/journal.pone.0202546
- Agarwal V., Nischal A., Samir Kumar et al. Clinical practice guideline: psychotherapies for somatoform disorders. *Ind. J. Psychiatry.* 2020; 62(Suppl 2): S263–S271. DOI: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_775_19
- Шилова О.В. Вопросы патогенеза и лечения невротических расстройств (обзор литературы). *Журнал Гродненского государственного медицинского университета.* 2006. (1): 14–19. [Shilova O.V. Questions of pathogenesis and treatment of neurotic disorders (literature review). *Journal of Grodno State Medical University.* 2006. (1): 14–19. (in Russian)].
- Крадинова Е.А., Кулик Е.И., Назарова Е.В. Физические факторы в комплексном лечении пограничных психических расстройств. *Вестник физиотерапии и курортологии.* 2018; (2): 77–82. [Kradinova E.A., Kulik E.I., Nazarova E.V. Physical factors in complex treatment of borderline mental disorders. *Bulletin of physiotherapy and balneology.* 2018; (2): 77–82. (in Russian)]
- Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). Версия: 2019. [International classification of diseases of the 10th revision (ICD-10). Version: 2019]. URL: mkb-10.com/index.php
- Honcú P., Hill M., Bičková M. et al. Activation of adrenal steroidogenesis and an improvement of mood balance in postmenopausal females after spa treatment based on physical activity. *Int. J. Mol. Sci.* 2019; 20(15): 3687. DOI: 10.3390/ijms20153687
- Новикова Е.А. Бальнеотерапия в комплексном лечении головной боли напряжения: дис. ... канд. мед. наук. Пермь; 2009. [Novikova E.A. Balneotherapy in the complex treatment of tension headache: dis. ... Cand. Sci. (Med.). Perm; 2009. (in Russian)]
- Eröksüz R., Forestier F.B.E., Karaaslan F. et al. Comparison of intermittent and consecutive balneological outpatient treatment (hydrotherapy and peloidotherapy) in fibromyalgia syndrome: a randomized, single-blind, pilot study. *Int. J. Biometeorol.* 2020; 64(3): 513–520. DOI: 10.1007/s00484-019-01838-3
- Стрелкова Н.И. Физические факторы в лечении и реабилитации заболеваний нервной системы. В кн.: Боголюбов В.М. (ред.) *Курортология и физиотерапия.* М.; 1985; 2: 341–358. [Strelkova N.I. Physical factors in the treatment and rehabilitation of diseases of the nervous system. In: Bogolyubov V.M. (ed.) *Balneology and physiotherapy.* Moscow; 1985; 2: 341–358. (in Russian)]

12. Пономаренко Г.Н. (ред.) *Физическая и реабилитационная медицина. Национальное руководство*. М.; 2020. [Ponomarenko G.N. (ed.) *Physical and rehabilitation medicine. National guideline*. Moscow; 2020. (in Russian)]
13. Пономаренко Г.Н. *Физическая и реабилитационная медицина: фундаментальные основы и клиническая практика. Физиотерапия, бальнеология и реабилитация*. 2016. 15(6): 284–289. [Ponomarenko G.N. *Physical and rehabilitative medicine: fundamental principles and clinical practice*. Russian journal of the physical therapy, balneotherapy and rehabilitation. 2016. 15(6): 284–289. (in Russian)]
14. Юрова К.И., Юров И.А. *Психотерапевтическое сопровождение курортно-рекреационной терапии. Гуманизация образования*. 2016. (5): 69–75. [Yurova K.I., Yurov I.A. *Psychotherapeutic support of resort and recreational therapy. Humanization of education*. 2016. (5): 69–75. (in Russian)]
15. Суховершин А.В., Залевский Г.В. *Курортная психотерапия: история, проблемы и перспективы развития (на материале курорта Белокуриха)*. Сибирский психологический журнал. 2007. (26): 161–165. [Sukhovershin A.V., Zalevsky G.V. *The history of formation of psychotherapy on Belokurikha's resort*. Siberian psychological journal. 2007. (26): 161–165. (in Russian)]
16. Sy Atezaz, Cunningham K., Bloch Richard M. *Depression and anxiety disorders: benefits of exercise, yoga, and meditation*. Am. Fam. Physician. 2019. 99(10): 620–627.
17. Саакова Л.М. *Комбинированное использование акупунктуры и бальнеотерапии у больных с вертеброгенным синдромом позвоночной артерии: дис. ... канд. мед. наук*. Пятигорск; 2008. [Saakova L.M. *Combined use of acupuncture and balneotherapy in patients with vertebrogenic syndrome of the vertebral artery: dis. ... Cand. Sci. (Med.)*. Pyatigorsk; 2008. (in Russian)]
18. Мельникова Е.А., Разумов А.Н. *Охрана психического здоровья человека как важнейшая медико-социальная проблема XXI века. В кн.: Разумов А.Н. и др. (ред.) Здоровье здорового человека. Научные основы организации здравоохранения, восстановительной и экологической медицины*. М.; 2016: 310–318. [Melnikova E.A., Razumov A.N. *Protection of human mental health as the most important medical and social problem of the XXI century*. In: Razumov A.N. et al. (eds.) *Health of a healthy person. Scientific bases of the organization of health care, restorative and ecological medicine*. Moscow; 2016: 310–318. (in Russian)]
19. Бабурин И.Н. *Применение физических факторов в лечении и реабилитации больных с тревожно-депрессивными невротическими расстройствами: Методические рекомендации*. СПб.; 2012. 21 с. [Baburin I.N. *The use of physical factors in the treatment and rehabilitation of patients with anxiety-depressive neurotic disorders: Guidelines*. St. Petersburg; 2012. 21 p. (in Russian)]
20. Орехова Е.Г. *Современные методические и методологические подходы к восстановительному лечению в здравницах Сочи больных, страдающих соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы или неврастений: автореф. дис. ... канд. мед. наук*. Сочи; 2004. [Orekhova E.G. *Modern methodological and methodological approaches to restorative treatment in health resorts of Sochi for patients suffering from somatoform dysfunction of the autonomic nervous system or neurasthenia: Thesis Cand. Sci. (Med.)*. Sochi; 2004. (in Russian)]
21. Кирьянова В.В., Бабурин И.Н., Гончарова В.Г., Веселовский А.Б. *Фототерапия и фотохромотерапия в комплексном лечении больных с астенодепрессивным синдромом при невротических расстройствах. Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры*. 2012. 89(1): 3–6. [Kir'yanova V.V., Baburin I.N., Goncharova V.G., Veselovskii A.B. *The use of phototherapy and photochromotherapy in the combined treatment of the patients presenting with asth enodepressive syndrome and neurotic disorders*. Issues of balneology, physiotherapy and therapeutic physical culture. 2012. 89(1): 3–6. (in Russian)]
22. Самосюк И.З., Самосюк Н.И., Федоров С. Н. *Транскраниальные методы физиотерапии в медреабилитации постинсультных больных. Практична ангиология*. 2010. (5–6): 3–11. [Samosyuk I.Z., Samosyuk N.I., Fedorov S.N. *Transcranial methods of physiotherapy in medical rehabilitation of post-stroke patients*. Practical angiology. 2010. (5–6): 3–11. (in Russian)]
23. Куликов А.Г., Воронина Д.Д. *Возможности общей магнитотерапии в лечении и реабилитации (обзор). Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры*. 2016; (2): 48–52. [Kulikov A.G., Voronina D.D. *The potential of general magnetic therapy for the treatment and rehabilitation (a review)*. Issues of balneology, physiotherapy and exercise therapy. 2016; (2): 48–52. (in Russian)]. DOI: 10.17116/kurort2016248-52
24. Cramer H., Anheyer D., Saha J.F. *Yoga for posttraumatic stress disorder — a systematic review and meta-analysis*. BMC Psychiatry. 2018; (18): 72. DOI: 10.1186/s12888-018-1650-x
25. Hennings A., Schwarz J.M., Riemer S. et al. *The influence of physical activity on pain thresholds in patients with depression and multiple somatoform symptoms*. Clin. J. Pain. 2012; 28(9): 782–789. DOI: 10.1097/AJP.0b013e318243e2d1
26. Bagdy G., Juhasz G. *Biomarkers for personalized treatment in psychiatric diseases*. Exp. Opin. Med. Diagn. 2013; 7(5): 417–422. DOI: 10.1517/17530059.2013.821979 

Поступила / Received: 08.02.2022

Принята к публикации / Accepted: 09.08.2022

Об авторах / About the authors

Мельникова Екатерина Александровна / Melnikova, E.A. — д. м. н., руководитель отделения физиотерапии и реабилитации ГБУЗ МО МНИКИ им. М.Ф. Владимирского. 129110, Россия, г. Москва, ул. Щепкина, д. 61/2. eLIBRARY.RU SPIN: 8558-0908. <https://orcid.org/0000-0002-7498-1871>. E-mail: melkaterina3@yandex.ru

Смирнова Светлана Николаевна / Smirnova, S.N. — к. м. н., заведующая отделением физиотерапии и лечебной физкультуры ГБУЗ МО МНИКИ им. М.Ф. Владимирского. 129110, Россия, г. Москва, ул. Щепкина, д. 61/2. eLIBRARY.RU SPIN: 6510-2385. <https://orcid.org/0000-0002-4754-9784>. E-mail: svetlanasmirnova_1@mail.ru