

С.Г. Хомко, В.И. Шамигулова

## ПРИМЕНЕНИЕ АДАПТОЛА В ЛЕЧЕНИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

ГУ «1134 военный медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь», г.Гродно

Психосоматические заболевания возникают во второй половине жизни чаще, чем в первой. Это происходит по разным причинам. С одной стороны, в старости увеличивается психическая нагрузка с одновременным снижением способности компенсировать внутренний стресс повышением продуктивности и другими формами защиты. С другой стороны, пожилые больные склонны к тому, чтобы вместо невротических симптомов или функциональных синдромов манифестировать психосоматическими заболеваниями.

Mueller (1967) объясняет это тем, что "в распоряжении пожилого человека, как правило, имеется обусловленная износом организма соматическая патология, в которую может укладываться психическая проблематика", благодаря этому в старости психосоматические заболевания теряют свою относительную специфичность, здесь не приходится создавать типичный психосоматический синдром как бы из ничего.

Есть сведения о росте дерматозов в старости. У пожилых часто можно наблюдать рост случаев хронического гастрита, спастического колита и запоров. Они также субъективно более озабочены функциям своего пищеварения. Busse обозначает этот типично возрастной феномен как "орально-анальную регрессию".

Часты жалобы на боли в области головы и позвоночника. В особенности характерным является вовлечение верхнего, психосоматического отдела позвоночника. Этим больным по большей части трудно справиться со своими внутренними проблемами. Перед лицом фрустрирующих ситуаций и нарциссических обид они реагируют направленной внутрь агрессией, которая может иметь соматические последствия.

Мужчины сильно страдают, в особенности в больших городах, от функциональных сердечных заболеваний. Многие говорят в пользу того, что часто наблюдаемая у пожилых людей гипертония и ревматическая патология обусловлена не только износом организма, но и направленной вовнутрь агрессией.

Переядание – с возможной связью с возрастным диабетом – и злоупотребление алкоголем относятся к саморазрушающим действиям и привычкам перед острым изломом жизненной линии.

Такая, преимущественно психически обусловленная, симптоматика в пожилом возрасте значимо коррелирует со скрытым чувством страха при трудностях адаптации. Часто органичные нарушения являются выражением ларвированной депрессии. Депрессивный климактерический синдром проявляется по Bierkmeyer также в основном ларвированной форме.

Появившиеся ещё до начала старости симптомы решающим образом усиливаются перед обратным развитием жизни. Это в особенности относится к кризисным ситуациям.

Симптомы тревоги у пожилых нередко связаны с употреблением лекарственных препаратов (особенно кортико-

стероидов и противоастматических средств), тяжёлым курением, пьянством, а также рядом серьёзных телесных заболеваний – стенокардией, инфарктом миокарда, сахарным диабетом, бронхиальной астмой, инсультом и др. Тревога у пожилых может быть чертой характера, которая к старости или под влиянием жизненных условий усилилась, либо проявлением расстройств адаптации, тем более что в пожилом возрасте, действительно, возрастает число реальных жизненных обстоятельств и конфликтов, которые вызывают у человека тревогу (трудности, связанные со взрослыми детьми, финансовые затруднения, проблемы в связи с телесными болезнями, страх потери супруга и т.д.).

При лечении состояний тревоги у пожилых необходимо, по возможности, избегать или максимально сокращать приём транквилизаторов-бензодиазепинов – диазепам (седуксена, реланиума), феназепам, радедорма, альпразолама и др. В связи с тем, что период их полувыведения из организма у пожилых людей существенно увеличивается, они способны накапливаться и оказывать токсическое действие. Кроме того, у пожилых людей они нередко вызывают ухудшение и без того ослабленных когнитивных функций. Если они всё же используются, то лучше применять препараты с коротким периодом полувыведения, например медазепам, лоразепам, тазепам, хальцион, и в более низкой (обычно половинной) дозе. Ещё лучше для лечения тревоги у пожилых использовать небензодиазепиновые противотревожные препараты – атакс, грандаксин, бушпирон, а также различные растительные препараты с седативным и противотревожным эффектом – чай и отвары из валерианы, хмеля, пустырника, мелиссы, зверобоя и т.д., хотя их противотревожный эффект слабее, чем у транквилизаторов.

Наконец, хороший противотревожный эффект может быть получен при использовании некоторых антидепрессантов в невысоких дозах – герфонала, доксепина, коаксила, миансерина, пароксетина и др., а также некоторых нейролептиков, например соннапакса и хлорпротиксена.

Для снятия тревоги пожилых людей нередко принимают валокордин или корвалол, причём часто в больших дозах, не считая количества капель. Делать этого не следует, поскольку содержащийся в препарате фенобарбитал обладает не столько противотревожным, сколько снотворным действием, довольно токсичен и при постоянном приёме способен существенно ухудшать когнитивные функции.

В связи с появлением на фармацевтическом рынке большого количества новых препаратов транквилизирующего действия, обозначены основные требования к этим средствам: безопасность и хорошая переносимость, наличие широкого спектра фармакологического действия, наличие профилактического действия, комплексный механизм действия (сочетание адаптогенных, вегетостабилизирующих, стресс-протективных и ноотропных средств), последнее особенно важно при лечении психосоматических пациентов пожилого и старческого возраста. Одним из наиболее из-

вестных и, в то же время, наиболее полно соответствующим средствам, применяемым у людей пожилого и старческого возраста, является препарат адаптол.

По химическому строению он близок к метаболитам организма – его молекула состоит из двух алкилированных (метилированных) фрагментов мочевины, включённых в бициклическое кольцо.

Химическое название – 2,4,6,8-тетраазабицикло[3.3.0]октандион-3,7. молекулярная масса – 198. Это химически чистый порошок белого цвета, без запаха, горького вкуса, быстро и хорошо растворимый в воде. Стоек при хранении в кристаллическом растворённом виде, выдерживает стерилизацию любыми способами. Адаптол химически инертен – не взаимодействует с кислотами, щелочами, какими-либо лекарствами и компонентами пищи. Поэтому препарат можно принимать независимо от времени приёма и состава пищи и сочетать с любыми другими лекарствами.

Адаптол является малотоксичным веществом. Не обнаружено у препарата канцерогенного, тератогенного и мутагенного действия. При изучении канцерогенности проф. И.М.Яровой отмечен интересный факт: крысы, получавшие в ходе эксперимента Адаптол в течение всей жизни, прожили на 2 – 3 месяца дольше животных контрольной группы, не получавших никаких препаратов и содержащихся в одинаковых условиях с теми, которым вводился Адаптол.

Авторам известны 2 случая приёма Адаптола суицидентами в очень больших дозах – до 100 таблеток (30 граммов) на один приём в сочетании с алкоголем. Эти попытки отравиться не причинили существенного вреда здоровью людей.

При пероральном и внутримышечном путях введения пациентам он быстро и полностью всасывается. Максимальные концентрации препарата в крови создаются через 40 – 90 минут, сохраняются в течение 3 – 4 часов, затем постепенно снижаются. Адаптол проходит через гематоэнцефалический барьер и определяется в тканях мозга. Препарат не связывается с белками плазмы.

Адаптол не метаболизируется в печени и полностью выводится из организма в химически неизменном виде в течение суток, преимущественно с мочой (на 95%).

Явлений кумуляции, привыкания и пристрастия не отмечено.

По силе транквилизирующего действия и эффективности лечения больных с пограничным уровнем психических расстройств Адаптол равен седуксену. Спектр психотропной активности Адаптола как транквилизатора включает терапевтические эффекты при симптомах преимущественно гипостенического круга – повышенной утомляемости и раздражительности, эмоциональной и вегетативной лабильностью, при нарушениях сна. Прямого снотворного действия, сонливости и вялости Адаптол не вызывает, но снижает препятствующие засыпанию тревогу и страх, способствует восстановлению нормальной регуляции сна, которое происходит через 5 – 6 дней при регулярном приёме препарата. У Адаптола отсутствует свойственная бензодиазепиновым транквилизаторам способность вызывать кишечную расслабленность, ухудшать координацию движений, снижать психическую и физическую работоспособность. Адаптол повышает психическую устойчивость и физическую выносливость, особенно в стрессовых ситуациях.

Характер клинического действия Адаптола как транквилизатора является нормализующим, так как введение его в организм не вызывает никаких клинически ощутимых симптомов, возникающих в связи с приёмом препарата,

Адаптол либо устраняет психические расстройства, либо не оказывает на них действия, но не изменяет показателей нормального состояния.

При комплексном приёме Адаптола с другими психотропными препаратами в процессе лечения больных различными заболеваниями и психопатологическими состояниями у транквилизатора Адаптола обнаружены эффекты, характерные для ноотропных средств.

Адаптол уменьшает выраженность повышенной психической и физической утомляемости, слабости, истощаемости, рассеянности внимания, несобранности, аффективной лабильности, раздражительности, ослабления способности к запоминанию и воспроизведению информации, нарушений сна у больных с сосудистыми и травматическими поражениями головного мозга.

По характеру ноотропного действия Адаптол отличается от ноотропила (пирацетама) тем, что не вызывает «количественной» недифференцированной психической стимуляции, распространяющейся на продуктивные психопатологические расстройства и усиление бреда, эмоциональной и моторной активности. Адаптол способствует восстановлению нормального состояния процессов мышления и усилению вербально-логических функций (левополушарных), в то время как ноотропил усиливает «эмоционально-образные» (правополушарные) функции мозга.

Экспериментально-психологические исследования показали, что Адаптол улучшает концентрацию внимания, запоминания, умственную работоспособность, особенно у больных с исходно сниженными показателями перечисленных функций, а также уменьшает время реакции выбора у испытуемых.

Терапевтическое действие Адаптола имеет ряд характерных только для этого препарата особенностей, которые необходимо подчеркнуть, чтобы более точно определить место Адаптола в ряду других транквилизаторов.

### **1. Комплексность терапевтических эффектов**

Адаптол проявляет психотропные (транквилизирующее, антипсихотическое, ноотропное, корректирующее), антиангинальные, вегетотропные, анальгезирующие, противошоковые, адаптогенные эффекты, развивающиеся на различных уровнях и имеющие разные механизмы.

### **2. Физиологичность действия**

Приём Адаптола, присутствие его в организме не сопровождается какими-либо нарушениями, характерными для действия других транквилизаторов (вялость, сонливость, мышечная релаксация и др.). Явлений привыкания, пристрастия, осложнений во время лечения Адаптолом не отмечено. Побочные действия встречаются в единичных случаях, не представляют опасности для больных и исчезают сразу после отмены препарата.

### **3. Широта клинического применения**

Для применения Адаптола отсутствуют ограничения, имеющиеся для назначения бензодиазепиновых транквилизаторов, нейролептиков, ноотропов, корректоров, антиангинальных и анальгезирующих средств, которые используются по тем же показаниям что и Адаптол. Адаптол можно применять в широком диапазоне доз лицам пожилого и старческого возраста и соматически ослабленным.

Адаптол применяют внутрь в таблетках по 0,3.

Дозы Адаптола зависят от индивидуальных особенностей людей, а также от цели назначения и могут варьировать: разовая доза от 0,3 до 1,8, суточная – 0,9 до 10 г в сутки.

Адаптол принимается 2 – 3 раза в день независимо от приёма пищи.

Длительность лечения индивидуальна – от однократного профилактического приёма Адаптола до многомесячного при лечении психических заболеваний с хроническим течением. Возможны комбинации Адаптола с другими препаратами разных химических групп и типов действия. Опасных комбинаций не выявлено.

Побочные эффекты при лечении Адаптолом крайне редки, единичны, возникают при назначении высоких доз препарата, проявляются кожным зудом. С отменой Адаптола эти явления быстро и бесследно проходят. Привыкания и пристрастия к Адаптолу не установлено. Синдром отмены отсутствует. Каких-либо осложнений лечения не установлено. Противопоказаний к применению не имеется.

### Литература

1. *Евсегнеев, Р. А.* Психиатрия для всех. Минск, «Беларусь», 2006. С. 276 – 316.
2. *Любан-Плоцца, Б., Пельдингер, В., Крегер, Ф.* Психосоматический больной на приеме у врача. Санкт-петербург, 1996, пер с немецкого проф. В.Д. Вида, Психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева, С. 166 – 177.
3. *Несукай, Е. Г., Несукай, В. Г.* Лекция «Применение адаптола при сердечно-сосудистой патологии», Институт кардиологии им. академика Н.Д. Стражеско, украинский кардиологический журнал. 2002. № 2 С. 15 – 17.
4. *Свиницкий, А. С., Воронков, Л. Г.* Новая группа психотропных средств – транквилизаторы с ноотропным компонентом и их место в повседневной врачебной практике. Сер.: «В помощь практическому врачу». Вып.1. К., 2000. 10 с.

РЕПОЗИТОРИЙ БГМУ