

Лечебное голодание: вчера, сегодня... Быть может, и завтра? (опыт и возможные перспективы применения методики)

Солдаткин В.А., Бухановский А.О.

Лечебно-реабилитационный научный центр «Феникс», ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, кафедра психиатрии и наркологии ФПК г. Ростов-на-Дону

РЕЗЮМЕ: Статья посвящена разгрузочно-диетической терапии как методу преодоления фармакорезистентности депрессивных расстройств и шизофрении. Приводится классическое (по Ю.С. Николаеву) описание методики и авторская модификация; представлены результаты применения методики на клинической базе кафедры психиатрии и наркологии РостГМУ – в центре «Феникс». Авторы приходят к выводам о том, что разгрузочно-диетическая терапия является проверенным временем, достаточно эффективным методом биологической терапии, обладающим хорошим потенциалом преодоления фармакорезистентности. Отказ от этого метода выглядит преждевременным. Вместе с тем, метод, разработанный более полувека назад, нуждается в оценке при помощи современного клинического и параклинического инструментария и новом патогенетическом осмыслении.

«– Расскажите, как Вас лечили в России?
– Мой врач назначил мне палиперидон...
– Боже мой, как он рискует! Есть ли у него возможность ежедневно контролировать уровень Вашего холестерина?!
– Я сдавал анализ на холестерин полгода назад...
– А еще что Вам делали?
– Я прошел в Ростове курс лечебного голодания...
– Эти русские, наверное, никогда не перестанут морить голодом своих пациентов... Лучше бы холестерин проверяли!»

Из реальной беседы пациента
с американским психиатром
(Бостон, май 2012 г.).

Последние десятилетия доминирующее положение в лечении психических расстройств занимает психофармакотерапия. Однако, несмотря на появление большого количества новых препаратов и значительный прогресс в области понимания механизмов действия психотропных средств, число терапевтически резистентных (не чувствительных к проводимой лекарственной терапии) больных не уменьшается и стабильно составляет около 30% [5, 6]. По данным Brenner et al. (1990) [11], Cowen P.J. (2005) [12], среди больных шизофренией доля пациентов, не чувствительных к проводимому лечению, составляет 20–33%. Кроме того, у 60% больных уже через год после проведения курса активной терапии отмечается обострение заболевания. Не менее яркие показатели характеризуют положение дел в сфере лечения депрессии. В 30–40% случаев состояние заболевших через год по-прежнему отвечает критериям депрессии (Cowen P.J., 2005) [12], а в 17% случаев расстройство продолжается в течение всей жизни [10, 13]. Распространенность хронической депрессии, характеризующейся высоким риском суицидальных действий, значительным уровнем психосоциальных и соматических нарушений, коморбидных психических расстройств (в первую очередь тревожных, личностных расстройств и алкоголизма), составляет 3–5% населения [9].

Невозможно обойти вниманием остро стоящую проблему отрицательной резистентности: обилие

разнообразных нежелательных явлений весьма часто препятствует достижению адекватных доз, что не позволяет решить стоящие клинические задачи.

В целом, проблема резистентности стала повседневной реальностью врачебной практики; врачу приходится постоянно искать пути и способы ее преодоления [4].

Среди методов преодоления резистентности в нашей стране заслуженно высокую репутацию на протяжении многих десятилетий имела разгрузочно-диетическая терапия (термин Ю.С. Николаева, [7]), или лечебное голодание. Описание этого метода можно найти в руководстве, считающимся в России классическим – «Лечение психически больных» (Г.Я. Авруцкий, А.А. Недува, 1981, [1]). В последние годы интерес к этому виду терапии отчетливо снизился, ведущим методом противорезистентной терапии обозначена ЭСТ. Однако, в обеих частях последнего предложения кроются противоречия. Во-первых, снижение интереса можно констатировать по статьям в издающихся журналах (а в них львиная доля сообщений на тему лечения посвящена психофармакотерапии) и по выступлениям на конференциях и съездах; между тем, запрос в Яндексе на тему «лечебное голодание» дает 5 миллионов ответов, «лечебное голодание по Николаеву» – 725 тысяч, «лечебное голодание по Брэггу» – 172 тысячи, «разгрузочно-диетическая терапия» – 462 тысячи ответов. В России нет ни одного крупного города (во всяком случае, среди 12 городов с численностью жителей более миллиона человек), в котором не было бы специализированной клиники лечебного голодания (практически все они являются коммерческими и демонстрируют хорошие показатели рентабельности). С другой стороны, существует проблема с титулованным лидером противорезистентной терапии: проводить ЭСТ без наркоза с миорелаксантами считается как минимум некорректным, а позволить себе создание специализированного отделения

(палаты) со снабжением кислородом, введением в штат ставки реаниматолога, покупкой аппарата ИВЛ могут лишь крупные больницы и частные центры, да и то при высоких организаторских способностях руководства и при наличии у него яркой мотивации. По факту, ЭСТ в провинции проводится в немногих психиатрических больницах, зачастую на отживающих свой срок аппаратах периода СССР (их сертификация, как и оформление закупаемой новой техники – отдельная проблема), «по старинке». В этих условиях представляется непозволительной роскошью отказываться от старого, но проверенного метода, о котором пойдет речь.

Принципиальные научные основы «голодания ради здоровья» были заложены еще в начале прошлого столетия экспериментально-клиническими наблюдениями русских врачей: для объяснения лечебного действия голодания на организм много сделал известный отечественный физиолог профессор В.В. Пашутин и ученики его школы в Военно-медицинской академии Санкт-Петербурга (1900–1904 гг.) [3]. Интерес к лечебному голоданию в нашей стране в 50-е годы возвел на качественно новый уровень московский профессор, психиатр Юрий Сергеевич Николаев. Его имя хорошо известно в нашей стране; для ростовских психиатров оно насыщено и дополнительным значением: в 60-е годы Ю.С. Николаев заведовал кафедрой психиатрии Ростовского медицинского института. Он оставил после себя долгую и хорошую память – методику разгрузочно-диетической терапии (РДТ), которой владеют все, включая молодежь, сотрудники кафедры и клиники. Практическое овладение этим методом терапии и преодоления фармакорезистентности относится к обязательным требованиям учебных программ последипломной подготовки клинических ординаторов и интернов. Одна из учениц Юрия Сергеевича – врач высшей категории Л.А. Орлова – основала в психиатрической больнице одно из лучших отделений РДТ, слава о котором ушла далеко за границы Ростовской области. Недавно праздновавший 20-летие лечебно-реабилитационный научный центр «Феникс» также имеет богатый успешный опыт применения РДТ.

В 1963 году в Московском НИИ психиатрии МЗ РСФСР, благодаря поддержке директора, профессора Д.Д. Федотова, была организована клиника РДТ на 80 коек, где начала формироваться Московская Школа лечебного голодания. Это был своеобразный центр применения РДТ при психических и психосоматических заболеваниях, который в течение почти 20 лет своего существования под руководством Ю.С. Николаева проводил уникальные фундаментальные клинические, физиологические, биохимические научные исследования процессов, происходящих при голодании.

В итоге объемных научных исследований, выполненных на обширном клиническом материале, была кристаллизована методика РДТ, приведенная ниже, предложено патогенетическое обоснование ее применения. Так, исследования особенностей физиологических и биохимических процессов в период голодания показали, что в этот период происходит процесс адаптации к эндогенному питанию, характеризующийся в основном снижением интенсивности окислительных процессов и основного обмена, минимальной тратой белков и преимущественным ис-

пользованием собственных жировых запасов. Окисление жира при недостаточном количестве углеводов затруднено («жиры сгорают в пламени углеводов»), при этом образуются продукты неполного сгорания жира, так называемые кетоновые тела – ацетон, ацетоуксусная кислота и др., что способствует возникновению ацидоза. Благодаря ряду защитных механизмов, наличию буферных систем, ацидоз носит компенсированный характер. Однако при полном голодании ацидоз все же нарастает, достигая максимума на седьмой-девятый день голодания. Субъективно в этот период человек может испытывать плохое самочувствие, головную боль, тошноту, неприятные ощущения в теле. При продолжении голодания обычно довольно быстро, в один день или даже несколько часов, явления ацидоза резко падают, что получило название ацидотического криза. В основе последнего лежит один из главных механизмов приспособления организма к режиму полного голодания, или, иначе говоря, переключения на эндогенное питание. Сущность этой перестройки заключается в возникновении синтеза гликогена из жира, что при обычном смешанном питании не свойственно человеку, так как углеводы поступают с пищей в достаточном количестве. После такого приспособления к эндогенному питанию человек может воздерживаться от приема пищи и существовать без каких-либо вредных последствий для себя до тех пор, пока у него имеются энергетические ресурсы. Только после израсходования последних наступает истинное голодание, которое ведет к деструкции тканей. Имеются данные, указывающие, что при полном голодании осуществляется усиленное выделение продуктов метаболизма, тормозящих внутриклеточный обмен. После прекращения голодания наблюдается усиление самообновления тканей, выражающееся, в частности, в повышении регенеративной активности.

Клиническое (соматическое, неврологическое и психическое состояние) и лабораторное обследование больных в процессе РДТ позволило Ю.С. Николаеву в 1959 году выделить и описать 6 ее стадий: 3 стадии лечебного голодания («пищевого возбуждения», «ацидотического криза», «компенсации») и 3 стадии восстановительного диетического питания («астеническая», «интенсивного восстановления», «нормализации»).

Действие РДТ фазное. Оно проявляется, прежде всего, в адаптогенном, психостимулирующем, антидепрессивном и некотором седативном эффектах. Психостимулирующий и связанный с ним антидепрессивный эффекты выражены на первых двух стадиях лечебного голодания и стадии последующего восстановительного питания. Седативный эффект проявляется в III стадии лечебного голодания. Прежде всего подвергаются редукции неглубокие субдепрессивные, особенно вяло-апатические, астенические, гиподинамические расстройства, что отмечается обычно в конце II – в начале III стадий лечебного голодания. Вслед за депрессивными расстройствами или одновременно с ними редуцируются невротические и неврозоподобные нарушения. Ослабляются ипохондрические, obsessивно-фобические, дисморфоманические и иные патологические переживания. Небольшие сроки лечебного голодания оказывают стимулирующее действие, а при более продолжительных сроках достигается седативный эффект, ко-

торый в периоде восстановительного диетического питания сменяется стимулирующим действием [8].

РДТ показана при:

- депрессивных и субдепрессивных эпизодах в рамках аффективных и шизоаффективных расстройств;
- шизотипическом расстройстве (вялотекущей шизофрении) при многолетнем и малоэффективном применении психофармакологических препаратов;
- затяжных невротических (ипохондрических, истерических, дисморфоманических) реакциях;
- повышенной чувствительности к лекарственным веществам, при которой даже при небольших дозах возникают серьезные нежелательные явления;
- для преодоления терапевтической резистентности.

Противопоказания к применению РДТ:

Могут быть обусловлены как особенностями психического заболевания, так и сопутствующей соматической патологией.

Среди собственно психиатрических противопоказаний следует отметить:

- шизофрению с прогрессивным течением;
- тяжелые депрессии с выраженными состояниями тоски и тревоги, психотическими симптомами;
- эпилепсию и другие судорожные состояния;
- состояния психомоторного возбуждения;
- состояния нарушенного сознания;
- выраженный дефект личности.

Из соматических противопоказаний можно назвать: физическое истощение, активные формы туберкулеза и ревматизма, инфекционные заболевания, злокачественные новообразования, болезни крови, острый гепатит, цирроз печени, тиреотоксикоз, нефриты и нефрозы, беременность и лактацию, детский и старческий возраст.

РДТ может применяться в качестве самостоятельного терапевтического метода, а также в сочетании с медикаментозными средствами, что позволяет применять РДТ для усиления эффекта психофармакотерапии.

Методика лечения дозированным голоданием

До начала лечебного голодания проводятся общий анализ крови и мочи, определяется содержание сахара, билирубина, холестерина, мочевины, показатели свертывающей системы. При необходимости проводятся другие биохимические анализы крови и мочи. Обязательными являются флюорография органов грудной полости, ЭКГ, измерение артериального давления, пульса, температуры тела. Больные консультируются терапевтом, невропатологом, окулистом (глазное дно).

Категорически запрещается употребление каких-либо медикаментов без согласования с врачом. Следует сразу проинформировать пациента о сроках лечебного голодания, это создает необходимую психологическую настроенность на предстоящее лечение. Длительность воздержания от пищи дозируется индивидуально в зависимости от возраста, исходной массы тела, особенностей заболевания. В большинстве случаев разгрузочный период достигает 21 дня. Продолжительность периода восстановительного

диетического питания примерно равна длительности голодания. Затем больные переводятся на растительно-молочную диету в течение 3–6 месяцев.

Вечером перед началом голодания больному очищается кишечник путем дачи 40–60 г сернокислой магнезии на полстакана теплой воды.

Во время разгрузочного периода РДТ больные **не принимают абсолютно никакой пищи** и должны строго соблюдать питьевой режим. Количество выпиваемой в день жидкости должно быть не менее полутора и не более двух литров (следует упомянуть, что существует и другая методика, разработанная в Санкт-Петербурге, т.н. «сухое» голодание, при котором пациент жидкости не получает; продолжительность курса – 3 дня). Это может быть обычная или кипяченая вода, минеральная щелочная вода типа «Боржоми» без газа, отвар шиповника.

В течение всего периода лечебного голодания соблюдается следующий режим дня (быть может, мы приводим описание избыточно подробно, но его легко пропустит не заинтересованный в деталях читатель). Утром пациенту выполняется очистительная клизма из одного-полутора литров воды температуры тела с настоем ромашки или 1% раствора марганцовокислого калия. После клизмы больной получает общую гигиеническую ванну с температурой 35–37 градусов в течение 10–15 минут (или душ). После ванны проводится общий давящий массаж, при котором желательно достигнуть гиперемии кожных покровов, особенно в области шейного и грудного отдела позвоночника. После водных процедур и массажа больные отдыхают в постели в течение 20–30 минут, затем идут на прогулку. Рекомендуется умеренная физическая нагрузка, не вызывающая значительного утомления. Прогулка продолжается 2–3 часа, затем больные возвращаются в палату, когда уже закончилось время приема пищи больными, чтобы избежать пищевых раздражителей. Они снова отдыхают в течение 1,5–2 часов, а затем идут на прогулку, в летнее время продолжающуюся до 20–22 часов, в зимнее – до 16–18 часов. Желательно проходить в день около 8–10 км. Свободное от сна и прогулок время следует занять трудотерапией, чтением, настольными играми.

Ежедневно измеряют вес тела, артериальное давление, пульс, температуру тела. Эти данные фиксируются в листе РДТ. Туда же ежедневно заносятся сведения о наличии налета на языке, запаха изо рта, характере промывных вод.

После завершения лечебного голодания начинается второй этап лечения – восстановительное диетическое питание. Его продолжительность равна длительности разгрузочного этапа. Больным отменяют клизмы, ванны, массаж, на первые 2–3 дня назначают полупостельный режим. Питание начинают со свежеприготовленных овощных или несладких фруктовых соков (яблочный, тыквенный, морковный). В первый день соки разбавляются кипяченой водой: сначала в соотношении 1:3, больные пьют небольшими порциями – по 2–3 чайных ложки каждые 10–15 минут, подливая неразбавленный сок, что постепенно увеличивает его концентрацию. Общее количество сока составляет 1 литр. Со второго дня питания соки даются неразбавленными в количестве также 1 литра в день. Больные принимают сок по 200 мл каждые 2,5–3 часа. На третий день питания больные получают 500 мл кефира, 500 мл овощного или фруктового

сока и 500 г очищенных тертых яблок в смеси по 200 г 5 раз в день. На четвертый день к указанному рациону добавляется тертая сырая морковь (250 г в день), которая дается в смеси с тертыми яблоками и кефиром. Обычно к третьему–четвертому дню восстановительного питания у больных появляется самостоятельный стул. На пятый день к указанному рациону добавляется черствый хлеб из муки цельного помола в количестве 50 г в день или сухари. С шестого дня больные переходят на четырехразовое питание. На седьмой день к рациону добавляются каши (гречневая, овсяная) на молоке, без соли, в количестве 200 г, увеличивается количество хлеба до 100 г и добавляется винегрет (150 г), в состав которого входят: вареный картофель, вареная свекла, тертая сырая морковь, тертая сырая капуста, зеленый или репчатый лук, растительное масло. На 8–10 дни питания рацион в основном такой же. На 11 день добавляется 50 г сметаны с 50–75 г творога на завтрак, на обед дается овощной суп 400 г. С 12 по 15 дни питания в обед добавляется картофельное пюре на молоке без соли с добавлением сливочного масла, вегетарианский суп. С 16 дня до завершения курса восстановительного питания и в последующем (на протяжении 3–6 месяцев) рекомендуется придерживаться в основном гипонатриевой растительно-молочной диеты.

Мы привели методику, считающуюся классической. Существует немало ее модификаций; опишем разработанную (патент на изобретение «Способ лечения депрессии, резистентной к психофармакотерапии» № 2416397, учреждение-патентообладатель – ООО «Лечебно-реабилитационный научный центр «Феникс», авторы Бухановская О.А., Солдаткин В.А.) и применяемую нами.

Целью изобретения является индивидуализация терапии фармакорезистентной депрессии, повышение эффективности и безопасности лечебно-профилактических мероприятий.

Поставленная цель достигается тем, что в процессе разгрузочного периода ежедневно определяется содержание кетонов в моче больного, для чего используются тест-системы, позволяющие получить результат в течение 30–60 секунд. Составляется график изменений уровня кетонов в процессе РДТ. График имеет двухволновой характер; появление второго пика кетонов является показанием к завершению разгрузочного периода и переходу на восстановительный период.

Новизна изобретения заключается в предложении простой и четкой системы определения продолжительности разгрузочного периода РДТ, основанная на лабораторном определении уровня кетонов в моче больного. Предложенный метод позволяет индивидуализировать терапию, повысить ее эффективность и предотвратить осложнения.

«Способ лечения депрессии, резистентной к психофармакотерапии» выполняется следующим образом. При констатации резистентности к психофармакотерапии, а именно, после безуспешного проведения двух курсов терапии антидепрессантами в адекватной состоянию дозе, достаточной продолжительности, проводится беседа с больным о сути предлагаемого метода лечения – разгрузочно-диетической терапии. При получении добровольного информированного согласия начинается подготовительный этап РДТ. Проводятся необходимые дополнитель-

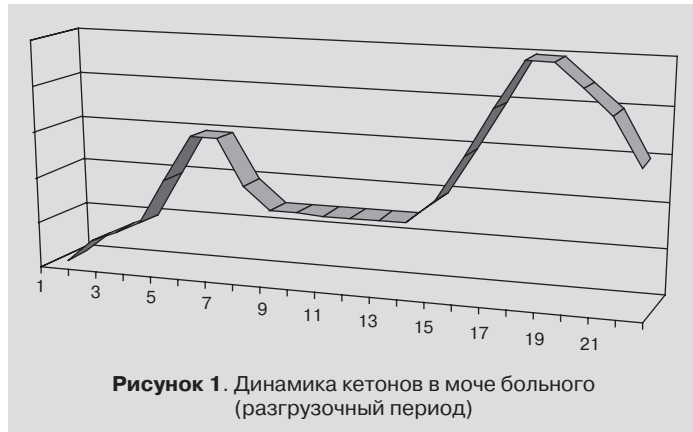


Рисунок 1. Динамика кетонов в моче больного (разгрузочный период)

ные исследования и консультации специалистов для выявления возможных противопоказаний к РДТ: к ним относятся активно текущие, в стадии декомпенсации, сомато-неврологические заболевания.

Во время разгрузочного периода РДТ составляется график изменения уровня кетонов. Он имеет двухволновой характер (рис. 1).

В начале лечения кетонов в моче больного нет. Они появляются на 1–2 день разгрузочного периода как следствие начала перехода на эндогенный тип питания, при котором происходит преимущественное использование жировых отложений. Через 3–4 дня голодания уровень кетонов в моче заметно возрастает (первый криз, соответствует первому пику на графике). Субъективно в этот период человек может испытывать плохое самочувствие, головную боль, тошноту, неприятные ощущения в теле. При продолжении голодания обычно довольно быстро, в один день или даже несколько часов, самочувствие заметно улучшается, а уровень кетонов в моче несколько снижается. В основе этого явления лежит один из главных механизмов приспособления организма к режиму полного голодания – полное переключение на эндогенное питание. Сущность этой перестройки заключается в возникновении синтеза гликогена из жира, что при обычном смешанном питании не свойственно человеку, так как углеводы поступают с пищей в достаточном количестве. После такого приспособления к эндогенному питанию человек может воздерживаться от приема пищи и существовать без каких-либо вредных последствий для себя до тех пор, пока у него имеются энергетические ресурсы (плато уровня кетонов). Только после израсходования последних наступает истинное голодание, которое ведет к деструкции тканей, чего допускать нельзя. Израсходование проявляется развитием второго заметного нарастания (пика) уровня кетонов в моче, вслед за которым происходит стремительное снижение их содержания. Развитие второго пика кетонов в моче является показанием для прекращения разгрузочного периода и перехода к восстановительному периоду. Его продолжительность равна длительности разгрузочного этапа. Больным отменяют клизмы, ванны, массаж, на первые 2–3 дня назначают полупостельный режим. Питание осуществляют по индивидуально (с учетом потери веса и продолжительности разгрузочного периода) разработанной диете.

Пример конкретного применения «Способа лечения депрессии, резистентной к психофармакотерапии» на больных.

Пациент И.Г.И. (история болезни ЛРНЦ «Феникс» 114/07), 40 лет, обратился за помощью 11.8.07.

Из анамнеза: наследственность психопатологически не отягощена. Родился 9.12.66 г. от первой беременности, первых родов. Семья жила в одной из республик СССР. Информации о беременности и родах недостаточно. Находился на домашнем воспитании. Рос неболезненным. В детстве был «шустрым, подвижным, любил спортивные игры».

В школу пошел в 7 лет (1974 г.). Адаптировался легко, учился хорошо. К старшим классам школы успеваемость стала еще лучше – «появилась цель, понял необходимость приобретения знаний». Приоритет отдавал точным предметам, в которых добивался ощутимых успехов, участвовал в олимпиадах. В старших школьных классах был энергичным, собранным, активным, общительным, отчетливо проявлял лидерские черты.

Пубертатный период – с 14 лет, протекал с неяркими реакциями хобби – много занимался физкультурой, «хотел быть сильным».

После окончания 8-го класса продолжил учебу в столичной физико-математической школе; был одним из лучших учеников. Успешно адаптировался и в классе, и в общежитии. Появилась подруга, с которой поддерживал устойчивые отношения.

Школу окончил в 1984 г., на вступительных экзаменах по баллам не прошел в тот ВУЗ, о котором мечтал, и был вынужден согласиться на продолжение учебы в другом институте, что было для пациента «ощутимым ударом». Приехал в Россию, практически не зная русского языка, учился и одновременно самостоятельно изучал язык. После окончания 1 курса (18 лет, 1985 г.) был призван в армию. Служба прошла гладко, без дисциплинарных взысканий, оставив в целом положительные воспоминания. После демобилизации (1987 г.) продолжил учебу в ВУЗе. Познакомился с будущей женой, произведя на нее положительное впечатление такими качествами, как «целеустремленность, активность, надежность».

Примерно в 1989–90 гг. (возраст 23 г.) у пациента впервые в жизни возникли проблемы со здоровьем – появился дискомфорт в области желудка. Проводимое терапевтами лечение было малоэффективно, назначена ФГДС, при выполнении которой была обнаружена язва двенадцатиперстной кишки. Обнаружение язвы оказало выраженное стрессорное влияние на пациента, был охвачен тревогой, «поражен нерешительными, неэффективными действиями врачей». Предлагаемое традиционное лечение пациенту казалось недостаточно эффективным. Активно занялся изучением литературы о самоисцелении. Наиболее положительный результат, по мнению пациента и его жены, оказало дробное голодание (1 раз в неделю по 36 часов). Строго соблюдал диету. Эпопея лечения язвы длилась примерно полгода, при достижении первых положительных результатов заметно успокоился, постепенно расширил диету, прекратил читать специальную литературу. Однако, в дальнейшем, до настоящего времени, сам пациент, его жена и дети раз в году планово стали проходить УЗИ внутренних органов; при этом каких-либо отклонений до настоящего времени не обнаруживалось.

В 1991 г. (24 года) с отличием окончил ВУЗ, поступил в аспирантуру на кафедру высшей математики. Женился в 1991 году, в 1992 г. родилась дочь.

Появление семьи, финансовые проблемы начала перестройки привели к тому, что в 1994 г. пациент отложил уже выполненную диссертацию и занялся предпринимательством. С того времени сферу деятельности не менял, работает с теми же компаньонами, характеризует бизнес как в целом успешный.

Со слов пациента, ему всегда была присуща мысль (план, программа), согласно которой он «должен все успеть в жизни к 40 годам, а затем отказаться от высоких нагрузок, работы, всего себя посвятить здоровью – в режиме дня, питания».

Имея уже налаженный бизнес, в 2000 г. вернулся к уже написанной диссертации и успешно ее защитил (ученая степень ему практически не нужна, но сам факт «недоделанного и брошенного дела» был пациенту крайне неприятен).

Период 2000–2005 г. пациент характеризует как «очень напряженный период». Объем работы заметно вырос, она чаще сопровождалась эмоциональным напряжением. При этом, со слов жены, пациент совершенно не отдыхал – «не имело значение, выходной ли это, праздник, день рождения детей; работа всегда была приоритетна. В отпуск вообще никогда не ходил». Сам пациент отмечает, что все чаще думал о необходимости «выполнить все намеченное к 40 годам, и уж тогда жить спокойно, занимаясь своим здоровьем, благотворительностью, проводить время на природе».

Примерно с 2003 г. (37 лет) у пациента начал нарушаться сон – затруднилось засыпание, сон стал поверхностным. Постепенно стала возрастать раздражительность, вспыльчивость. Отмечал «неспособность переключиться, забыть о проблемах на работе». Осенью 2006 г. на фоне выраженного эмоционального напряжения (его подвели партнеры) появился дискомфорт в области желудка, была обнаружена язва двенадцатиперстной кишки. Около месяца лечил язву, одновременно при дополнительных обследованиях выявлялись новые расстройства: хр. панкреатит, дисбактериоз. Пациент активно занимался устранением любого найденного отклонения от нормы (в основном эти отклонения касались ЖКТ; больного беспокоили вздутие, «распирание», расстройство стула). Случайной находкой при обследовании было некоторое повышение уровня глюкозы крови. Со слов жены, при этом известии «почернел, потерял себя, перестал всех замечать. Воспринял это как приговор». При обследовании диагноз «диабет» был отвергнут, установлен диагноз «нарушение толерантности к глюкозе». Пациента не удовлетворило объяснение многочисленных консультантов о том, что это предболезнь, которая будет нивелирована соблюдением диеты – пациент всегда был сторонником активных действий. Строго соблюдал диету, при этом вес начал быстро снижаться, что вначале радовало пациента, а затем стало вызывать тревогу (за полгода похудел на 22 кг). Количество обследований стремительно разрасталось, при этом обнаруживались невыраженные диффузные изменения внутренних органов. Пациент был охвачен тревогой (мысли о диабете были постоянными), заметно снизилось настроение (без суточной ритмики; снижение настроения временами достигало степени тоски), возросла раздражительность. Исчезла возможность получать удовольствие. Ухудшился ночной сон (спал с 1 часа до 4, затем с 6 до 7–30). Пациент все чаще чувствовал

нарушение дыхания («его сбивчатость»), «давление» в области солнечного сплетения. Все чаще консультантами рекомендовалось обращение к психоневрологу. За помощью обратился в ЛРНЦ «Феникс».

Соматический статус

Нормостеник, пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые обычного цвета. Периферические лимфоузлы не увеличены. Сердечные тоны – ясные, ритмичные. В легких при аускультации – везикулярное дыхание. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги безболезненна при пальпации. Край гладкий. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицателен с 2-х сторон.

Неврологический статус

В классической и сенсibilизированной пробе Ромберга устойчив. Пальценосовую пробу выполняет точно. Тромора нет. Сухожильные рефлексы живые, симметричны. Патологических рефлексов и нарушений чувствительности нет.

Психический статус

Сознание ясное, правильно ориентирован во всех видах. На беседы приходит охотно, вовремя. Сидит в напряженной позе, скован, на лице – застывшее тревожно-грустное выражение. Речь ускорена по темпу, голос эмоционален, хорошо модулирован. Внимательно следит за своими ответами (немного словными) и реакцией врача.

Жалобы предъявляет на нарушения сна (спит 3–4 ч в сутки), раздражительность, нервозность, потерю веса. Со слов пациента, «охвачен страхом в отношении диабета; мысли об этом заболевании присутствуют всегда, и лишь иногда переходят на второй план». Активно жалоб на снижение настроения не предъявляет, но при расспросе выявляется чувство тоски, «с ощущением камня на сердце», ангедония, чувство нехватки энергии, бессилие.

Считает, что все происходящее с ним – следствие переутомления, неправильного образа жизни.

Бред и галлюцинации не обнаруживаются.

Результаты дополнительных исследований

- МРТ ГМ 16.8.07. Признаки незначительной дилатации субарахноидальных пространств резидуального характера;
- РЭГ 10.8.07. В обоих бассейнах пульсовое кровенаполнение немного снижено, венозный отток в норме;
- ЭЭГ 10.8.07. Фоновая биоритмика в пределах нормы, однако нагрузка приводит к декомпенсации: появляются изменения в передних отделах мозга, характерные для органического процесса, проявляется фокус пароксизмальной активности в стволе;
- ВИЧ, КСР на сифилис 14.8.07 – отр.;
- ОАК, ОАМ 14.8.07. Без патологии;
- Маркеры вирусных гепатитов 14.8.07. Не обнаружены;
- Литий крови 25.8.07. Менее 0,2 мэкв/л;
- ЭКГ 24.8.07. Умеренные диффузные изменения в миокарде;
- Дексаметазоновый тест 14.8.07/15.8.07: 1153/97 (избыточная супрессия);

- Гормоны щитовидной железы 14.8.07 – в пределах нормы;
- Серотонин крови 14.8.07. Общий серотонин снижен за счет тромбоцитарного; свободный в норме;
- Суточная экскреция катехоламинов 20.8.07. Повышенное содержание дофамина, остальные показатели в пределах нормы;
- Глюкоза крови 14.8.07 и глюкозотолерантный тест 25.8.07 – в норме.

Консультации специалистов:

- Терапевт. 21.8.07. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в фазе ремиссии. Синдром раздраженного кишечника.
- Эндокринолог 27.8.07. Нарушение толерантности к глюкозе.

24.8.07. проведен консилиум в составе: проф., д.м.н. Бухановский А.О., лечащий врач к.м.н. Солдаткин В.А. Установлен диагноз (рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод), разработана стратегия и тактика терапии.

Проведено лечение:

Терапия антидепрессантами: проведено 2 последовательных курса терапии препаратами в адекватной дозе (Сертралин 200 мг/сут, Кломипрамин 275 мг/сут), достаточной продолжительности (по 6 нед), практически без эффекта. После установления факта резистентности к психофармакотерапии больному предложен курс разгрузочно-диетической терапии, получено согласие.

Курс РДТ составил 17 дней. Динамика уровня кетонов представлена на рисунке 2.

Разгрузочный период был завершен на 17-й день, при появлении 2-го пика уровня кетонов в моче.

После курса РДТ заметно улучшилось настроение, возросла активность больного, улучшился сон. Исчезли соматические жалобы. Для поддержки состояния назначен антидепрессант (Сертралин в дозе 50 мг/сут), с хорошим эффектом (что свидетельствует о преодолении резистентности к лекарственной терапии).

Катамнез составляет 5 лет. Сформировалась качественная ремиссия, самочувствие устойчиво хорошее.

Описанным способом в ЛРНЦ «Феникс» за последние 5 лет (2007–2012 гг.) пролечено 56 больных, страдающих депрессивными расстройствами (депрессивный эпизод и рекуррентное депрессивное расстройство), с признаками фармакорезистентности. Судить об эффективности можно по следующим данным: ремиссия сформировалась на фоне проведения РДТ у 12 (21,4%) больных. Заметная положительная динамика с преодолением фармакоре-



зистентности отмечалась у 23 (41,1%) пациентов. Не отреагировал на терапию (что потребовало поведенческой ЭСТ в качестве обрывающей и антирезистентной терапии) 21 (37,5%) пациент. Разумеется, эти данные следовало бы иллюстрировать показателями динамики по общепринятым шкалам, и дополнить результатами биохимических исследований (в том числе демонстрирующих состояние серотониновой и катехоламиновой систем), однако авторы рассматривали РДТ как эффективный рутинный способ терапии, не ассоциированный с научным интересом (поскольку еще сравнительно недавно трудно было предвидеть, что существенным доводом против применения ряда методов, например, инсулинотерапии шизофрении, будет «недоказанная эффективность»). Между тем, очевидно, что метод РДТ нуждается в оценке с точки зрения доказательной медицины, а с учетом накопленных в последние десятилетия знаний возможно проведение не просто «рестайлинга» этого метода, но и его качественное переосмысление. Полагаем, что это интересная задача для будущих исследований.

Катамнестическое наблюдение за пациентами, прошедшими курс РДТ, выполнено в сроках от 6 месяцев до 5 лет. Во всех случаях установлено отсутствие значимых нежелательных явлений, которые были бы связаны с методикой голодания. Отмечается тенденция к большей продолжительности ремиссии после проведенного курса, однако этот постулат нуждается в статистической верификации.

Выводы

Разгрузочно-диетическая терапия является проверенным временем, достаточно эффективным методом биологической терапии, обладающим хорошим потенциалом преодоления фармакорезистентности. Отказ от этого метода выглядит данью не столько стандартизированной, сколько шаблонной терапии.

Метод, разработанный более полувека назад, нуждается в оценке при помощи современного клинического и параклинического инструментария и новом патогенетическом осмыслении.

Литература

1. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных: Руководство для врачей. 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1988. – 528 с.
2. Бухановский А.О., Солдаткин В.А., Бухановская О.А., Косенко В.Г., Перехов А.Я., Мрыхин В.В., Ковалев А.И. Фармакорезистентность при лечении эндогенных психических расстройств и способы ее преодоления: Научно-методическое издание. – Ростов-на-Дону. Издательство лечебно-реабилитационного научного центра «Феникс», 2007. – 108 с.
3. Кокосов А.Н., Луфт В.М., Ткаченко Е.И., Хорошилов И.Е. Лечебное голодание при внутренних болезнях. Методическое пособие. – СПб.: Издательство «Лань», 1999. – 64 с.
4. Мазо Г.Э., Горбачев С.Е., Петрова Н.Н. Терапевтически резистентные депрессии: современные подходы к диагностике и лечению // Вестник Санкт-Петербургского университета. 2008. Вып. 2. С. 87–96.
5. Мосолов С.Н. Справочное руководство по психотропным и противосудорожным препаратам, разрешенным к применению в России. М., 2002. 172 с.
6. Мосолов С.Н. Современный этап развития психофармакотерапии // РМЖ. 2002. Т. 10 № 12–13. С. 21–34.
7. Николаев Ю.С., Нилов Е.И., Черкасов В.Г. Голодание ради здоровья. М., 1988. 131 с.
8. Полищук Ю.И., Рудаков Я.Я. Разгрузочно-диетическая терапия больных гипертонической болезнью с нервно-психическими нарушениями. Методические рекомендации МЗ РСФСР, М., 1981, 26 с.
9. Barbee J., Conrad E.J., Jamhour N.J. The effectiveness of olanzapine, risperidone, quetiapine, and ziprasidone as augmentation agents in treatment-resistant major depressive disorder // Ibid. 2004. Vol. 65. N 7.
10. Blier P., Szabo S.T. Potential mechanisms of action of atypical antipsychotic medications in treatment-resistant depression and anxiety // J. Clin. Psychiatry. 2005. Vol. 66. Suppl. 8.
11. Brenner H.D., Dencker S.J., Goldstein M. et al. Defining treatment refractoriness in schizophrenia // Schizophrenia Bulletin. – 1990. – № 16. – P. 551–561.
12. Cowen P.J. New drugs, old problems. Revisiting... Pharmacological management of treatment-resistant depression // Advances in Psychiatric Treatment. 2005. Vol. 11.
13. Fava M., Davidson K.G. Definition and epidemiology of treatment-resistant depression // Psychiatr. Clin. of New Amer. 1996. Vol. 19. N 2.
14. Thase M.E. Therapeutic alternative to difficult-to-treat depression: A narrative review of the state of the evidence // CNS Spectr. 2004. N 9.

Бланк бесплатной подписки на журнал «Современная терапия психических расстройств»					
Ф.И.О.					
Место работы					
Специальность					
Должность					
Телефон					
Почтовый адрес					
индекс		республика, край область			
город		улица			
дом №		корп.		кв. №	
Адрес электронной почты					
Заполненные бланки высылайте по адресу: 107076, Москва, ул. Потешная, д. 3, Московский НИИ Психиатрии, проф. Мосолову С.Н или по e-mail: ekostukova@gmail.com					

