

Антидепрессанты-стимуляторы (бупропион, имипрамин, флуоксетин) назначают при состояниях с психомоторной заторможенностью. Антидепрессантами сбалансированного действия являются кломипрамин, мапротилин, сертралин и тианептин.

НЕЙРОЛЕПТИКИ

Известен многолетний и весьма успешный анамнез применения сульпирида (эглонила) в гастроэнтерологии.

АНКСИОЛИТИКИ

Учитывая, что при всех видах соматоформных расстройств, присутствует тревожно-фобические симптомы, применение анксиолитиков имеет особую значимость. Классическими анксиолитиками являются производные 1,4-бензодиазепина: диазепам, клоназепам, флуразепам, лоразепам, альпразолам, оксазепам, медазепам, нитразепам, флунитразепам. Они эффективно устраняют страх, тревогу, панику, нервное напряжение. Наряду с несомненными достоинствами бензодиазепины имеют и серьезные недостатки. При их приеме может развиваться мышечная слабость и дневная сонливость, так называемая поведенческая токсичность, что значительно затрудняет умственную и физическую работоспособность. Выраженность анксиолитического эффекта бензодиазепинов зависит от индивидуально-типологических особенностей личности [4]. Немаловажно, что они вызывают лекарственную зависимость. Применение этих препаратов рекомендуют ограничивать коротким курсом (не более 7-14 дней). Однако соматоформные расстройства - многомесячные страдания, требующие длительной терапии, поэтому очень актуален поиск более безопасных и менее токсичных средств. В этом плане особый интерес вызывает анксиолитик АДАПТОЛ. Препарат обладает своеобразными фармакологическими свойствами, ингибируя активные формы кислорода, он тормозит перекисное окисление липидов и белков при оксидантном стрессе, и оказывает мембраностабилизирующее действие. Клинико-экспериментальными исследованиями установлено, что АДАПТОЛ уменьшает в мозге количество норадреналина и глутамата, вызванное стрессом и увеличивает содержание серотонина и ГАМК, то есть медиаторов тормозной системы мозга. Именно этим обусловлено стресспротективное и вегетостабилизирующее действие препарата. И при этом он не токсичен, являясь бициклическим производным мочевины, АДАПТОЛ близок к естественным метаболитам и может применяться на протяжении длительного времени, не вызывая побочных действий.

ПСИХОТЕРАПИЯ

- важное дополнение к фармакотерапии соматоформных расстройств, она помогает больным приобрести навыки эмоциональной саморегуляции и более эффективно справляться с кризисными ситуациями. В идеале ее должен

проводить психиатр хорошо знающий особенности гастроэнтерологической патологии. Наиболее научно обоснованы три вида психотерапии: психодинамическая, поведенческая и когнитивная. Основой психодинамической терапии является врачебная помощь больному в самоанализе и осознании внутреннего бессознательного конфликта и пути к его конструктивному разрешению. Поведенческая терапия направлена на разрешение и выявление текущих проблем пациента и определенных поведенческих симптомов (пассивность, отказ от удовольствия, монотонный образ жизни, изоляция от окружающих, невозможность планирования и осуществления целенаправленной деятельности), устранения их путем «переучивания». Цель когнитивной психотерапии - борьба с «негативным мышлением» и формирование реалистичного и оптимистичного взгляда на мир и свое место в этом мире.

В заключение, следует еще раз обратить внимание на важность правильного выбора врачами-интернистами тактики оказания помощи больным с соматоформными расстройствами и их гастроэнтерологическими проявлениями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Березин Ф.Б., Безносюк Е.В., Соколова Е.Д. Психологические механизмы психосоматических заболеваний // *Российский медицинский журнал*.-1998.- №2.-С.43-49.
2. *Вегетативные расстройства: Клиника, диагностика, лечение.* / Под. ред. А.М. Вейна. - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2003. - 752 с.
3. Громов Л., Дудко Е. «Типичные и «атипичные» транквилизаторы//*Вестник фармакологии та фармацевції*.-2003.-№10.-С. 11-17
4. Середенни С.Б. Фармакологическая регуляция эмоционально-стрессовых реакций// *Вестн.Росс. Академии мед. наук*.-2003.-№12.-С.35-37
5. Черненко В.В. Синдром раздраженного кишечника: современные аспекты диагностики, клиники и лечения//*Doctor* 2002.-№2.-С.15-19
6. Шептулин А.А. Современный алгоритм диагностики и лечения синдрома раздраженного кишечника//*МРЖ*.-2003.-Т.11.-№14
7. Clouse R.E., Lustman P.E. Antidepressants for IBS // *Irritable bowel syndrome (ed M. Camilleri, R.C. Spiller)*.- London, 2002.-P151-160
8. Clouse R.E., Richter J.E., Heading R.C. et al. Eds. *Rome II: The functional gastrointestinal disorders/ Drossman D.A., Corazzari E.C., Talley N.Y. et al.-2 nd ed. McLean VA: Degnon Associates.-2000*
9. Drossman D.A. *The functional gastrointestinal disorders and the Rome II process. Rom II: a multinational consensus on functional gastrointestinal disorders//Gut*.-1999.-Vol.-45.-suppl.II.-P1-5
10. Garakani A., Win T., Virk S. Comorbidity of irritable bowel syndrome in psychiatric patients: a review//*Am.J.Ther*.-2003.-v.10(1).-P61-67.

УДК 616.839 + 616.89 - 008.454 + 616.89 - 008.441+ 616.34

Соматоформные расстройства в практике гастроэнтеролога

Т. Н. Мудрицкая, А.Н. Мальченко

Крымский государственный медицинский институт имени С.И. Георгиевского

Ключевые слова: соматоформное расстройство, депрессия, тревога, вегетативная дисфункция, синдром неязвенной диспепсии, синдром раздраженного кишечника

В практической деятельности врача общесоматической сети в последнее время увеличилось количество больных предъявляющих множество сбивчивых, размытых жалоб, которые не укладываются в четкую картину определенного заболевания. По данным американских авторов у 15 - 42% больных, обращающихся к гастроэнтерологу при тщательном клиническом обследовании, включающем самые современные методы эндоскопической и компьютерной визуализации внутренних органов, не находят физической основы заболевания. При этом у большинства пациентов фиксируют наличие общих черт: множественные, повторяющиеся жалобы в драматическом изложении, относительно молодой возраст, поиск помощи у врачей разных специальностей, настойчивое стремление к обследованиям, длительность - несколько месяцев или лет, неверие в медицину, социальная и семейная дезадаптация.

Характер симптомов и особенности поведения этих пациентов позволяют предполагать психогенную природу заболевания.

А.М. Вейн с соавт. [2] рассматривает патогенез психосоматических расстройств исходя из следующих позиций. Жизнь человека подчиняется потребностям, преобладание той или иной потребности определяет мотивацию поведения. Психическое состояние, возникающее при блокаде удовлетворения значимых потребностей и проявляющееся чувством неудовлетворенности и психическим напряжением, может рассматриваться в качестве первичного звена развития заболевания. Субъективной оценкой поведения выступает эмоция, которая появляется при несоответствии между актуальными потребностями и возможностью их реализации и может быть положительной или отрицательной. Эмоция - корковая функция, но выражение она находит в вегетативных проявлениях (сердцебиение, дрожь, повышенная потливость). Установлено, что практически все влияния со стороны нейронов коры на функции внутренних органов опосредованы через сложно взаимосвязанные образования гипоталамус и ретикулярную формацию среднего мозга. Осуществляется регуляция гипоталамусом многих функций сердечно-сосудистых, дыхательных, мочевыделительных и пищеварительных органов через медиаторы вегетативной и эндокринной систем.

Кратковременные психотравмирующие ситуации вызывают активацию лимбико-ретикулярного комплекса и соответствующий вегетативно-эндокринный ответ. При хронизации ситуации активация оси кора-гипоталамус-орган имеет свойство застревать и закрепляться, что и является причиной формирования вегетативных дисфункций, которые могут рассматриваться в качестве функциональных психовегетативных заболеваний.

В современных классификациях и МКБ 10 психовегетативные расстройства обозначаются как соматоформные. Включенные в рубрику соматоформных расстройств депрессии, тревожно-фобическое, соматизированное и ипохондрическое расстройства имеют определенную связь с гастроэнтерологической патологией.

ТРЕВОГА

Тревога - центральный элемент в механизме формирования психосоматического нарушения. Выделяют генерализованное тревожное расстройство, пароксизмальную тревогу и тревожно-фобическое расстройство [1]. При генерализованном тревожном расстройстве тревога не фиксируется на каких-либо определенных обстоятельствах и выражается ощущением внутреннего напряжения, раздражительности, неопределенными тревожными опасениями, неоправданными волнениями, ожиданием неприятных событий. Эпизодически возникающую интенсивную тревогу с тяжелыми элементами страха, ощущением неотвратимости надвигающейся катастрофы и резко выраженными вегетативными проявлениями называют панической атакой. При ассоциации тревоги с конкретной ситуацией (поездка на транспорте, подъем на высоту и др.) диагностируют тревожно-фобическое расстройство. У таких больных наблюдается страх тяжелого заболевания или смерти и часто фобии проявляются соматическими симптомами, именно эти пациенты чаще других попадают в поле зрения врачей-интернистов. У 50-60% больных тревоге сопутствует депрессия, иногда приступы панической тревоги являются манифестом депрессии.

ДЕПРЕССИЯ

Депрессия, пожалуй, наиболее часто протекает под маской желудочно-кишечного заболевания.

Данные эпидемиологических исследований свидетельствуют, что до 60-80% больных с депрессией обращаются за помощью к врачам-интернистам и практически не попадают в поле зрения психиатров. Ситуация осложняется значительным ростом этого заболевания в последние годы. Специалисты из Гарвардской школы предполагают, что к 20-му году нашего столетия депрессия выйдет на 2-е место по смертности и инвалидизации населения, пропустив вперед лишь сердечно-сосудистые заболевания. В нашу задачу не входит полная характеристика этого страдания, но на общих признаках необходимо остановиться.

Основные признаки депрессии:

- гипотимия - подавленное, угнетенное, тоскливое настроение, сопровождающееся чувством тревоги, беспокойством, раздражительностью, апатией, плаксивостью, наблюдаемое более 2-х недель.
- ангедония - утрата интереса к окружающему и утрата способности получать удовольствие.
- психомоторная заторможенность - снижение психической и физической активности (потеря энергии, бодрости, снижение двигательной активности, работоспособности и уровня общения, неспособность к конструктивной и целенаправленной деятельности).

Дополнительные признаки:

- Рассеянность внимания
- Снижение самооценки и уверенности в себе
- Суицидальные фантазии, мысли, намерения
- Расстройство сна (раннее пробуждение, плохое засыпание)
- Пессимистическое видение будущего
- Снижение или повышение аппетита, потеря или прибавление веса (иногда больные едят без остановки).

СОМАТИЗИРОВАННОЕ РАССТРОЙСТВО

Основные признаки - множественные, повторяющиеся, видоизменяющиеся жалобы, с которыми пациенты обращаются на протяжении многих лет к разным специалистам. Патологические проявления могут наблюдаться со стороны разных систем, но наиболее часто встречаются желудочно-кишечные симптомы (боль, тошнота, отрыжка, рвота). У таких пациентов можно наблюдать выраженную тревогу, мнительность, элементы депрессии. Они, как правило, настаивают на проведении многочисленных обследований, злоупотребляют лекарственными препаратами и находят «своих» врачей, которые им проводят практически бесполезные операции.

ИПОХОНДРИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО

Наиболее тяжелым и практически incurable состоянием является ипохондрическое расстройство. Больные создают свою концепцию якобы имеющегося у них тяжелого и инвалидизирующего заболевания, и проявляют недюжинные способности и настойчивость в проведении множества обследований для признания их теории. Пациенты

активно ищут врачебную помощь, имеют «богатый опыт» общения с врачами разных специальностей, подвергаются обследованиям и нередко оперативным вмешательствам, могут успешно манипулировать близкими людьми, врачами.

Соматические симптомы соматоформных расстройств могут быть чрезвычайно разнообразными, и являются проявлениями вегетативных дисфункций со стороны разных висцеральных органов. Это кардиальные - нарушения ритма, кардиалгии, то есть те симптомы, которые мы ошибочно называем нейроциркулярной дистонией, сосудистые - зябкость пальцев, головокружение, пульмональные - гипервентиляционный синдром, урогенитальные - дизурия и синдром раздраженного мочевого пузыря, наконец, это гастроэнтерологические симптомы.

Клинические формы желудочно-кишечных вегетативных дисфункций:

- Кардиоспазм
- Синдром билиарной дисфункции
- Синдром неязвенной диспепсии
- Синдром раздраженного кишечника

СИНДРОМ НЕЯЗВЕННОЙ ДИСПЕПСИИ

проявляется периодически возникающими болями в животе, не связанными с физической нагрузкой и не купирующимися в течении 5 минут, дискомфортом и тошнотой [6]. Симптомы сочетаются с чувством тяжести, давления, переполнения после еды, отрыжкой, металлическим вкусом во рту, снижением аппетита. Больных также беспокоит усиленная перистальтика кишечника, склонность к диарее. Очень характерная деталь - несмотря на то, что заболевание значительно снижает качество жизни пациентов, их социальная активность не нарушается. Более чем у половины больных находят признаки тревожно-депрессивного расстройства [10]. Выделяют несколько вариантов неязвенной диспепсии: язвенноподобный, рефлюксоподобный и диспептический. Язвенноподобный имитирует симптомы язвенной болезни, для рефлюксоподобного характерны частые изжоги и боли, локализирующиеся в эпигастриальной области и за грудиной. Диспептический вариант проявляется тошнотой, отрыжкой, метеоризмом, непереносимостью некоторых видов пищи.

СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА (СРК)

СРК является наиболее частой гастроэнтерологической маской депрессии [5,6]. Синдром раздраженного кишечника характеризуется болями в животе и расстройством функции кишечника без снижения аппетита и массы тела. У значительного числа больных помимо депрессии находят и симптомы тревожно-фобического расстройства. Для диагностики синдрома раздраженного кишечника разработаны международные критерии, так называемые Римские критерии II [8,9].

РИМСКИЕ КРИТЕРИИ II

В течение 12 недель в году:

1. Абдоминальная боль (или дискосфорт), которая имеет две из трех особенностей:

- уменьшается после дефекации
- ассоциирует с изменением частоты актов дефекации
- ассоциируется с изменением консистенции кала

2. Симптомы, длящиеся более 25% времени суток:

- изменение частоты актов дефекации (более 3-х раз в день или менее 3 раз в неделю)
- изменение консистенции кала (твердый, «овечий» или жидкий, водянистый)
- нарушение акта дефекации (напряжение при дефекации, императивные позывы к дефекации, чувство неполного опорожнения кишечника)
- выделение слизи с калом
- вздутие или чувство распирания в животе

Выделяют три варианта синдрома раздраженного кишечника: с преобладанием диареи, с преобладанием запоров и преобладанием болей и метеоризма (алгическая форма). Перечисленные критерии не являются строго специфичными. Необходимо отметить ряд клинических особенностей, которые делают диагноз синдрома раздраженного кишечника весьма вероятным:

- Длительное течение заболевания без заметного прогрессирования
- Сочетание жалоб с головными болями, нарушением сна, ощущением кома при глотании и другими вегетативными нарушениями
- Изменчивый характер жалоб
- Отсутствие болей и кишечных расстройств в ночное время
- Отсутствие серьезных симптомов (лихорадка, примеси крови в стуле, анемии, повышения СОЭ)

Синдром раздраженного кишечника - это диагноз исключения подразумевающий тщательное обследование больного с выполнением клинического и биохимического анализов крови, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, колоноскопию, при необходимости прицельную биопсию, компьютерную томографию.

В целом следует отметить, что установление диагноза соматоформного расстройства представляет непростую задачу, и требует от врача терпения, умения и знания определенной техники проведения анализа. Помимо обнаружения симптомов, необходимо выяснить представление больного о своем заболевании и осторожно, но настойчиво уточнить подробности анамнеза. Провести тщательный анализ полученных данных и ориентироваться на следующие признаки:

- Множественные симптомы не похожие на известные соматические заболевания
- Несколько необычно поведение пациента, то есть, возможно, что диагноз дает ему какие-то привилегии или позволяет манипулировать родственниками, или получить группу

инвалидности

■ Наличие желудочно-кишечных симптомов, как правило, сочетается с другими вегетативными дисфункциями, кардио-респираторным синдромом или дизурическим

■ Наблюдается диссоциация между выраженностью симптомов и общим хорошим самочувствием.

ЛЕЧЕНИЕ

Согласно «Руководству по психическим расстройствам в медицинской практике» (ВОЗ), лечение большинства соматоформных расстройств должно осуществляться врачами первичной медицинской сети, то есть в территориальных поликлиниках. Это подразумевает своевременность оказания помощи и связано с тем, что большинство больных имеют предубеждения для обращения к специалистам психиатрам. Фармакотерапия соматоформных расстройств должна включать комплексное назначение препаратов, влияющих на функцию кишечника и психофармакологических средств, в частности антидепрессантов, анксиолитиков, нейрорептиков и ноотропов.

АНТИДЕПРЕССАНТЫ

Мета-анализ, проведенный английскими исследователями показал, что применение антидепрессантов наряду со снижением уровня депрессии и тревоги уменьшает выраженность кишечных симптомов [7]. Учитывая необходимость длительной многомесячной терапии и достаточно высокую частоту побочных эффектов, препараты рекомендуют назначать в более низких дозировках, чем обычно применяют в психиатрии и это относится не только к антидепрессантам. Применяют классические антидепрессанты - необратимые ингибиторы МАО и трициклические антидепрессанты (амитриптилин, портриптилин, имипрамин, кломипрамин и др.). Трициклические антидепрессанты рассматриваются как наиболее изученные и надежные средства, хотя в ряде случаев их применение сопровождается побочными эффектами. Они могут вызывать гипотензию, тахикардию, нарушения сердечного ритма, головокружения, седацию, запоры, тошноту, рвоту, кожный зуд, крапивницу, увеличение массы тела, сексуальную дисфункцию. Этих побочных действий лишены препараты 2-го поколения - селективные и обратимые ингибиторы норадреналина (мапротилин, миансерин) и серотонина (флуоксетин, циталопрам, сертралин, флувоксамин). Спектр терапевтической активности каждого препарата включает тимоаналептическое (антидепрессивное), седативное и стимулирующее действие. В зависимости от преобладания того или иного влияния выделяют антидепрессанты - седатики, антидепрессанты-стимуляторы и антидепрессанты сбалансированного действия. Антидепрессанты-седатики показаны при лечении депрессий, сопровождающихся тревогой, страхом, возбуждением. К ним относятся: альпразол, амитриптилин, миансерин, флувоксамин.