

*І.Г. Палій, С.В. Заїка,
Н.М. Миршук, І.В. Чернова*

*Вінницький національний
медичний університет
ім. М.І. Пирогова*

ПСИХОСОМАТИЧНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ ШЛУНКОВО- КИШКОВОГО ТРАКТУ: ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА ПІДХОДІВ ДО ЛІКУВАННЯ

Резюме

У статті наведено результати вивчення ефективності та безпечності інгібітора зворотного захоплення серотоніну - сертраліну (Емотон) під час лікування психосоматичних розладів у пацієнтів із патологією органів травлення.

Ключові слова

Патологія органів травлення, ефективність, безпечність, інгібітор зворотного захоплення серотоніну, сертралін (Емотон), лікування.

Важливість поєднання психічного, соматичного та соціального здоров'я людини наголошується у визначенні Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я, що отримало підтвердження в багатьох наукових дослідженнях [39, 72, 104]. Принцип єдності тілесного та психічного є основоположним у сучасній медичній науці та практиці, який забезпечує комплексний підхід до клінічного обстеження та лікування пацієнта [3, 45, 72].

Термін «психосоматичні хвороби» в міжнародній класифікації хвороб десятого перегляду (МКХ-10) не використовується з огляду на його різне значення в різних мовах та різні медичні традиції, а також для того, щоб не виникало думки, нібито при інших захворюваннях психологічні фактори не мають значення в їх виникненні та перебігу. Розлади, що були визначені як психосоматичні в інших класифікаціях, у МКХ-10 знаходяться в рубриках: соматоформні розлади (F45); розлади прийняття їжі (F50); психологічні та поведінкові фактори, пов'язані з розладами або захворюваннями, що класифіковані в інших рубриках (F54) [23; 27, 37, 44, 68, 103]. Спільною ознакою для цієї групи розладів є поява соматичних скарг і функціональних порушень, що виникають на тлі психосоціального стресу та перебігають за відсутності морфологічних змін відповідних органах і тканинах. Такі пацієнти становлять до 25% усіх хворих на прийомі в лікарів загальної практики, на лікування яких витрачається близько 20% усіх коштів, виділених на

охорону здоров'я [18, 52].

Частота психосоматичних порушень досить висока й коливається в популяції від 15 до 50%, а в загальномедичній практиці – від 30 до 57% [42; 56; 61]. На сьогодні психосоматичні порушення є причиною скарг 36-71% хворих, що звертаються до лікаря у зв'язку із порушеннями органів травлення [48, 54, 62].

Тривога – відчуття неспокою, нервозності, відчуття очікування біди, внутрішньої напруги без об'єктивних на то причин. Типовими симптомами стану тривоги є відчуття постійного неспокою, нервозності, дратівливості, роздратування звичайними побутовими подразниками (голосною мовою, шумом) [44, 50, 66].

Тривожно-фобічні розлади є досить розповсюдженими варіантами граничної психічної патології, розповсюдженість якої серед населення за даними різних авторів становить від 0,6 до 2,7% [1, 20, 50, 64, 66]. Актуальність питань, пов'язаних із діагностикою та лікуванням тривоги викликана широким розповсюдженням даного патологічного стану як коморбідного симптомокомплексу більшості соматичних захворювань.

Так, за даними академіка В.Т. Івашкіна, від 40 до 60% хворих, яких госпіталізують в гастроентерологічні відділення, мають ті чи інші тривожні розлади. При цьому, не зважаючи на значну дезадаптуючу дію тривоги, більшість хворих не отримує відповідної допомоги або ж лікується не правильно [2, 19, 31, 66].

Депресія поряд із тривогою також є однією з

найбільш розповсюджених форм психічної патології, яка діагностується у хворих із соматичними захворюваннями.

Депресія – це патологічний розлад, який характеризується пригніченим настроєм і негативною, песимістичною оцінкою себе, власного положення в оточуючому середовищі, минулого та майбутнього, зниженим бажанням до діяльності [44, 50]. Слід зазначити, що поряд із психічними порушеннями і навіть у першу чергу, при депресії страждають загальносоматичні, фізіологічні функції: апетит, сон, життєвий тонус [44, 50, 93].

За даними Hirschfeld R.M.A. та Licht-Strunk E., розповсюдженість у популяції депресії складає на момент обстеження 2,7%-4,5%, протягом року – 9,6%, впродовж життя – 8-12% [87, 96, 97]. При цьому в первинній загальномедичній мережі відсоток діагностованої депресії збільшується і відповідно становить 8,9-16,8%, протягом року до 20,5%, впродовж життя – 23,3-36,1% [81, 90].

Ще більший відсоток виявлення депресії спостерігається в соматичних стаціонарах, який досягає 20,7-30%, 23,2% та 36,1% відповідно [25, 31, 78, 90]. У цілому сумарний відсоток афективних захворювань від всіх психосоматичних порушень, які спостерігаються в загальномедичній практиці, наближається до 50% [84, 88].

Слід підкреслити, що виявлення депресій в умовах загальномедичної мережі пов'язане із значними складнощами. Серед них – небезпека як гіпер- (ризик гіпердіагностики складає 1,5-8%), так і гіподіагностики (що відбувається значно частіше) [83, 99, 93]. Так, за даними російських епідеміологічних досліджень, 62% осіб, що страждають на депресію, пов'язують погіршення стану не з психічним розладом, а з порушенням функцій внутрішніх органів і систем організму [35, 59, 62].

Внаслідок гіподіагностики тільки 1 із 10 пацієнтів отримує необхідну спеціалізовану допомогу. Більшості проводяться недостатньо обґрунтовані повторні обстеження, а лікування стає неадекватним і неефективним.

Депресивні розлади сприяють дезадаптації хворих на хронічні соматичні захворювання, погіршують суб'єктивну реакцію на прояви патології внутрішніх органів, негативно впливають на здатність до боротьби із соматичним захворюванням за рахунок апатії, зниження мотивації до одужання, а також значно погіршують комплайєнс під час лікування [21, 50].

Прояви тривожних і депресивних розладів у багатьох випадках є досить схожими. За деякими даними перехрест тривожної та депресивної симптоматики доходять до 60-70%. Виходячи з цього, у одного і того ж самого хворого можуть бути наявні симптоми як депресії, так і тривоги. У таких випадках говорять про змішані тривожно-депресивні розлади. У значній частини хворих три-

вога виникає першою, а в подальшому приєднуються симптоми депресії. Доведено, що генералізований тривожний розлад збільшує ризик виникнення першого депресивного епізоду в 4-9 разів. Тому необхідно проводити одночасне виявлення як симптомів тривоги, так і симптомів депресії у хворих із соматичною патологією і, зокрема, із патологією органів травлення [6, 28, 44, 60, 79].

У сучасних умовах у наукових колах ведеться широка дискусія щодо вибору методик для виявлення тривоги та депресії. Зокрема, в роботах, основаних на самооцінці хворими власних симптомів, кількість позитивних відповідей суттєво вища ніж при використанні стандартизованих дослідницьких опитувальників. Так, у популяційних вибірках хворих із соматичною патологією така різниця між результатами різних опитувальників становила десятки відсотків, тому, власне, вибір опитувальників і став предметом дискусії [22, 29, 49, 50, 80].

У центрі обговорення стоїть проблема «забруднення критеріїв», яка пов'язана із кваліфікацією загальних симптомів (астенія із втратою енергії, розлади сну, втрати апетиту і маси тіла, різноманітні алгії), які з одного боку належать до проявів патології внутрішніх органів, а з іншого – виступають як депресивні феномени.

У зв'язку з цим, більшість дослідників схильються до думки, що для уникнення від хибнопозитивних відповідей під час опитування хворих із соматичною патологією, необхідно використовувати опитувальники, в яких би не висвітлювались вищезгадані питання [85, 94, 101].

Враховуючи вищенаведені дані, при опитуванні хворих із соматичною патологією на предмет виявлення депресії доречним є використання опитувальників «Шкала для виявлення тривожних та панічних розладів в первинній медичній допомозі» та «Шкала для виявлення депресії в первинній медичній допомозі» [5, 32, 79, 105]. Ці опитувальники є зручними у використанні з метою виявлення рівня тривоги та депресії саме в амбулаторних умовах тому, що вони містять по 7 запитань і заповнюються самим хворим. Це дозволяє швидко провести інтерпретацію відповідей на запитання опитувальників і вчасно провести корекцію лікування. Опитувальники мають високий ступінь дискримінантної валідності по відношенню саме до тривоги та депресії.

Крім того, вони не містять запитань, які б стосувались загальних симптомів (астенія із втратою енергії, розлади сну, втрати апетиту і маси тіла, різноманітні алгії), які на сьогодні відносять до «критеріїв забруднення».

Слід зазначити, що опитувальники «Шкала для виявлення тривожних та панічних розладів в первинній медичній допомозі» та «Шкала для виявлення депресії в первинній медичній допомозі» були адаптовані до використання в Російській Федерації [5, 32].

Прояви тривоги найчастіше зустрічаються у хворих із функціональною патологією органів травлення [66]. Зокрема, гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ) відносять до захворювань, у патогенезі яких важливу роль відіграють психогенні фактори, особливо якщо це функціональна печія або ендоскопічно негативна форма ГЕРХ без аксіальної киля стравоходу [10]. Так, за даними Fass R., Malagon I., Naliboff B., стрес посилює сприйняття симптомів та призводить до зниження порогу чутливості і відповідно збільшує інтенсивність сприйняття інфузії хлористоводневої кислоти у стравохід не залежно від ступеню пошкодження слизової оболонки. Як результат, у частини хворих навіть слабкі подразнюючі стимули викликають печію та біль за грудиною [89].

Депресивні та тривожні розлади в таких хворих, за даними В.Б. Гриневич зустрічаються в 64,6% випадків і є факторами, що провокують захворювання [24]. У ряді досліджень було показано, що частота гастроєзофагеальних рефлюксів, загальний час із внутрішньоштравохідним рН<4 од, тривалість найбільшого епізоду кислотного рефлюксу, а також скарги хворих корелюють із рівнем тривожно-депресивних розладів [38]. При цьому такі показники не співпадають із ендоскопічними проявами ГЕРХ. Так, у 85% хворих на ендоскопічно негативну ГЕРХ спостерігається підвищений рівень тривоги, а сама тривога розглядається як один із основних психологічних механізмів хронізації ГЕРХ [38].

У гастроентерологічній практиці давно відоме поєднання пептичної виразки шлунка та дванадцятипалої кишки (ПВДПК) із підвищеним рівнем тривоги. У Національному дослідженні коморбідності (обстежено 8000 хворих), проведеному Mayer E.A., Craske M. і Naliboff B.D., було показано, що наявність тривоги підвищувало ризик ПВДПК в 2,2 рази. Крім того, у даному дослідженні був виявлений зворотний зв'язок між соматичним захворюванням і рівнем тривоги, а саме: ПВДПК у 2,8 рази підвищувала ризик виникнення тривожно-депресивних розладів [6, 40, 64, 95]. У роботах Л.Д. Фірсової відзначалось, що тривожно-фобічні реакції частіше виявляються при маніфестації захворювання і розвиваються на фоні іпохондричного стану, тоді як частота депресивних розладів збільшується по мірі збільшення тривалості ПВДПК [28, 67]. Характерний для хворих на ПВДПК високий рівень внутрішньої напруги, неспокою, підвищеної дратівливості супроводжується порушенням міжособових відношень, зниженням соціальної адаптації і якості життя [33, 34, 41, 51].

Вважається, що в патогенезі синдрому подразненого кишечника (СПК) значну роль відіграють особливості хворого. До таких особливостей відносять неможливість відрізнати фізичний біль та емоційне переживання, важкість у вербальному

формулюванні власних відчуттів, високий рівень тривоги та депресії, схильності до переносу емоційного стресу в соматичні симптоми. Так, за даними Drossman D.A. та Creed F.H. відхилення в психічній сфері спостерігаються в 54-100% хворих на СПК і є причиною загострення даного захворювання [47, 86, 98]. У дослідженнях відзначається, що в 50% хворих на СПК психічні порушення виникають до появи абдомінальних симптомів, а в решти хворих тривога і депресія виникають одночасно із дебютом кишкової симптоматики [86]. За даними Е.Г. Старостіної, на ранніх стадіях захворювання СПК превалюють симптоми тривоги, а в подальшому приєднуються ознаки депресії [60, 69].

Крім того, у дослідженнях О.В. Самаріної, було доведено, що при підвищеному тонусі симпатичного відділу вегетативної нервової системи спостерігається недостатність функції сфінктерного апарату із подальшим розвитком різноманітних рефлюксів. Також встановлено, що посилене кислотоутворення і протеолітична активність шлункового соку та зниження вмісту глюкотеїдів у шлунковому слизу має місце при ваготонії. Водночас, при поверхневих атрофічних змінах слизової оболонки шлунка та кишечника превалює недостатність вегетативних функцій [57].

Оскільки в структурі тривоги, особливо у хворих на СПК, ПВДПК та ГЕРХ, превалює астеничний компонент, то актуальним є вивчення у хворих із патологією органів травлення самопочуття, активності та настрою [15, 43, 58, 69].

Розглядаючи проблему фармакологічної корекції психосоматичних порушень у хворих із патологією органів травлення слід розглянути медіаторні системи регуляції роботи головного мозку. Дисбаланс ланок вегетативної нервової системи з підвищенням активності симпатичної та пригніченням парасимпатичної частини є закономірною реакцією на стрес та одним із патогенетичних механізмів виникнення захворювань органів травлення [75, 91, 92].

До основних нейромедіаторів головного мозку відносять дофамін, норадреналін, серотонін, ацетилхолін та гамма-аміномасляну кислоту (ГАМК) [16, 52, 53, 59, 75].

Дофамін відноситься до основних нейромедіаторів із збуджуючим ефектом. За його допомогою відбувається контроль рухової активності, мислення, емоцій, вживання їди, ендокринних функцій [16, 53, 75, 88].

Серотонін локалізується в ядрах шва, у ролі частині мосту мозку. Він відіграє важливу роль у регуляції емоційної поведінки (включаючи паніку і тривогу), рухової активності, сну, терморегуляції, приймає участь у регуляції роботи нейроендокринної системи [2, 13, 75, 91, 96].

Ацетилхолін локалізується в основному в медіальному ядрі перетинки, базальному гіганто-

клітинному ядрі. Холінергічна система приймає участь у таких функціях як пам'ять, регуляція рухів [3, 16, 52, 75].

Норадреналін поряд із адреналіном і дофаміном відносяться до катехоламінів. Норадреналін відноситься до гальмуючого медіатора.

ГАМК синтезується переважно в нервовій системі із глютамінової кислоти за допомогою глютаматдекарбоксилази і зустрічається практично у всіх відділах головного та спинного мозку. Не менше 1/3 (до 50%) синапсів нейронів головного мозку використовують як медіатори ГАМК. ГАМК є головним гальмівним медіатором головного мозку [12, 15, 75].

Нейролептики – клас психотропних фармакопрепаратів, які мають здатність знімати психомоторне збудження різноманітного ґенезу та послаблювати розлади сприйняття, мислення і соціальної поведінки при психозах [53, 75, 76, 88].

Фармакопрепарати даної групи діють переважно на рівні лімбічної системи мозку, гіпокампу, ретикулярної формації стовбура мозку. Фармакологічні ефекти нейролептиків реалізуються за рахунок блокування постсинаптичних рецепторів дофаміну, α -адренорецепторів, М-холінорецепторів. Крім того, нейролептики гальмують звільнення медіаторів у синаптичну щілину і сповільнюють активне їх захоплення пресинаптичними волокнами. Препарати даної групи активують обмін медіаторів за рахунок посилення продукції основних ферментів синтезу (тирозингідроксилази, триптофангідроксилази) при одночасному блокуванні постсинаптичних рецепторів [17, 73, 74, 75, 76, 100].

Однак, ці препарати мають низку побічних дій та ускладнень, що можуть виникати під час проведення фармакотерапії [7, 9].

Крім того, під час лікування нейролептиками протипоказана робота, яка вимагає швидкої реакції від виконавця (водії, льотчики, висотники та ін.) [53, 75].

Транквілізатори – ліки, які вибірково впливають на емоційну лабільність, напруження, тривогу, страх, при невротичних порушеннях. Вони мають специфічні властивості, які характерні тільки для даної групи препаратів, а саме: протитривожну, психоседуючу та активуючу дію, снодійний ефект, міорелаксуючу, протисудомну та амнестичну дію [49, 75, 91].

Показання до використання [7, 59, 65, 75]:

Пограничні стани у формі неврозів, психопатій, невротичних реакцій.

Психосоматичні захворювання: стенокардія, кардіалгії, бронхіальна астма, перенесений інфаркт міокарда та інші.

У хірургії в складі премедикації.

Слід пам'ятати, що транквілізатори знижують увагу та точність виконання роботи і тому їх не можна використовувати при лікуванні в амбулаторних

умовах водіїв, льотчиків, висотників [49, 75].

Більшість побічних реакцій бензодіазепінів пов'язують із їх стимулюючою дією на ГАМК-опосередковані бензодіазепінові рецептори 2 та 3 типів [15, 59, 65]. Так, при тривалій дії на бензодіазепінові рецептори 2 типу спостерігається погіршення пам'яті та виникає порушення координації рухів. Слід зазначити, що бензодіазепінові рецептори 3 типу розташовані в спинному мозку. Саме з цим пов'язана міорелаксуюча дія транквілізаторів [15, 59, 65].

Антидепресанти – клас психотропних препаратів, які здатні усувати хворобливо пригнічений настрій та загальмованість психічної діяльності, повертати цікавість до життя, активність та оптимізм [4, 7, 53, 59, 75].

В основі дії антидепресантів лежить декілька універсальних механізмів, загальним для яких є посилення моноамінергічної передачі імпульсів. До таких механізмів належать:

- блокада моноаміноксидази, яка інактивує біогенні аміни (характерно для інгібіторів моноаміноксидази);
- гальмування зворотного захоплення норадреналіну пресинаптичною мембраною, підвищення чутливості адренорецепторів до медіатора (характерно для трициклічних антидепресантів);
- блокування зворотного захоплення серотоніну та стимуляція вивільнення серотоніну (селективні блокатори захоплення серотоніну);
- блокування зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну. Вони мають такі ефекти [4, 7, 59, 75]:
- *тімолептичний ефект* – здатність підвищувати та відновлювати пригнічений настрій;
- *тімоеректична дія* – активація психічної та моторної діяльності. У хворих відновлюється мотивація, ініціатива, зникає втомлюваність та інші прояви астенії;
- *седативний ефект* – зникнення негативних емоцій, тривоги, страхів.
- *знеболююча дія та здатність до посилення аналгезії* – за силою ця дія поступається нейролептикам.

Показання до використання [4, 7, 49, 52, 75]:

1. Реактивні та посттравматичні депресії, депресії після перенесеної нейроінфекції.
2. Неврологічні реакції з елементами депресії, астенії, порушень сну на ґрунті депресії, невроз нав'язливих станів, іпохондрія, астено-депресивні стани у хворих похилого віку.
3. Депресії у хворих із соматичними захворюваннями, які погано піддаються лікуванню (замасковані депресії).
4. Хронічні больові синдроми з елементами депресії.

Слід зазначити, антидепресанти перших двох фармакологічних груп (інгібіторів моноамінокси-

дази та трициклічні антидепресанти) мають ряд побічних дій та ускладнень під час проведення фармакотерапії [4, 7, 59, 75]:

- *серцево-судинні* – проявляються у формі ортостатичних колапсів, аритмій, порушень провідності, тахікардії;
- *психічне збудження* – безсоння, загострення страху, галюцинозу, тривоги, перехід депресії в маніакальний стан;
- *оксико-алергічні реакції* – холестатичний та токсичний гепатити із жовтяницею;
- *холінолітичний ефект* – сухість у роті, загострення глаукоми, закрепи, затримка сечовипускання.

Крім того слід пам'ятати, що під час лікування інгібіторами моноаміноксидази слід уникати прийому харчових продуктів, які містять тирамін або його попередник – тирозин (тверді сири, вершки, томати, бобові, пиво). У випадку їх одночасного прийому можливо виникнення «сирного ефекту», який проявиться гіпертензією, гіпертермією, судомами і інколи може призводити до летального кінця [53, 56, 75].

Останнім часом для лікування психосоматичних розладів в амбулаторних пацієнтів широко використовуються антидепресанти в основі механізму дії яких лежить блокування зворотного захоплення серотоніну та стимуляція вивільнення серотоніну (селективні блокатори захоплення серотоніну). Їх відносять до препаратів першого ряду, які можуть використовуватись в амбулаторній практиці.

Селективні блокатори зворотного захоплення серотоніну отримали свою популярність через м'яку тимоаналептичну дію, яка поєднується з малою кількістю побічних ефектів та мінімум терапевтично значимих небажаних взаємодій із фармакопрепаратами, які використовуються в загально-соматичній практиці.

Це дозволяє використовувати препарати даної групи у хворих із серцево-судинною патологією, захворюваннями легень, крові, сечо-статевої системи, а також при хворобах ендокринних органів.

Блокатори зворотного захоплення серотоніну покращують якість життя пацієнтів, їх самооцінку, не збільшують масу тіла та мають мінімальний ризик розвитку тератогенних ускладнень під час вагітності.

Серед представників блокаторів зворотного захоплення серотоніну привертає свою увагу сертралін (Емотон). Особливості фармакокінетики та фармакодинаміки даного препарату дозволяє його використання один раз на добу в дозі 50-200 мг.

Сертралін зменшує прояви як позитивної, так і негативної афективності. Він є ефективним при тривожних депресіях, які супроводжуються неспокоєм та порушеннями сну, а також при депресіях із переважанням рухового гальмування.

Крім того, сертралін відрізняється доброю переносимістю та малою кількістю побічних ефектів.

Цей фармакопрепарат на відміну від інших блокаторів зворотного захоплення серотоніну не викликає порушень з боку сексуальної сфери (зниження ерекції, відставленної еякуляції, часткової або повної аноргазмії), не призводить до екстрапірамідних розладів у вигляді тремору, а також відсутні нейротоксичні (дизартрія, м'язовий гіпертонус, гіперрефлексія) та гастралгічні (коліки в животі, метеоризм, рідкий стул, блювання) реакції.

Таким чином, вивчення психосоматичних порушень у хворих із патологією органів травлення є актуальною проблемою сучасної гастроентерології. Враховуючи побічні дії нейролептиків, ця група фармакопрепаратів знаходить обмежене використання у фармакотерапії психосоматичних порушень саме в амбулаторних пацієнтів із патологією органів травлення. Використання бензодіазепінових транквілізаторів під час фармакотерапії психосоматичних порушень повинно відповідати критерію «користь – небезпека побічних дій» і використовувати ці препарати слід протягом мінімально можливого терміну, щоб не призводити до виникнення побічних дій.

Характеристика антидепресантів із групи зворотного захоплення серотоніну робить їх привабливим для лікування психосоматичних розладів у гастроентерологічних хворих.

Мета роботи - вивчити ефективність та безпечність інгібітора зворотного захоплення серотоніну сертраліну (Емотон) під час лікування психосоматичних розладів у пацієнтів із патологією органів травлення.

Матеріали та методи

Для вирішення поставленої мети, нами було обстежено і проліковано 34 пацієнти (14 чоловіків та 20 жінок) із патологією органів травлення. Середній вік пацієнтів становив $36,2 \pm 2,6$ років. Структура гастроентерологічної патології була наступною (рис. 1): синдром подразненої товстої кишки (СПК) діагностовано у 8 (23,5%) хворих, гепатобілярна патологія виявлена у 4 (11,8%) пацієнтів, функціональна шлункова диспепсія (ФШД) – 14 (41,2%) хворих, інша патологія у 8 (23,5%).

Для діагностики психосоматичних розладів нами проводилось опитування хворих за допомогою опитувальників: опитувальника «САН», із метою вивчення самопочуття, активності, настрою пацієнтів, тесту Вейна А.М. для виявлення наявності ознак вегетативних змін та «Оцінка ризику тривожних розладів у пацієнтів в первинній медицині» та «Оцінка ризику депресивних розладів у пацієнтів в первинній медицині», для виявлення ознак тривоги та депресії [16, 32].

Опитувальник «САН» застосовували для оцінки самопочуття, активності та настрою обстежених хворих. Суть оцінювання полягала в тому, що пацієнт самостійно визначав свій стан по ряду ознак

у багаторівневій шкалі. При обробці результатів, отримані цифри перекодується так: індекс 3, що відповідає незадовільному самопочуттю, низькій активності та поганому настрою, приймається за один бал; наступний індекс 2 – за 2; індекс 1 – за 3 бали і так до індексу 3 з протилежного боку шкали, який відповідно приймається за 7 балів. Так, позитивні стани завжди отримують високі бали, а негативні низькі. За цими «наведеними» балами розраховується середнє арифметичне як у цілому, так і окремо по активності, самопочуттю, настрою. Наприклад, середні оцінки для вибірки самопочуття – 5,4; активність – 5,0; настрої – 5,1. Перевагою цієї методики є можливість її повторного використання з метою оцінки ефективності проведеної фармакотерапії.

При аналізі функціонального стану важливі не тільки значення окремих його показників, але й їх співвідношення. Річ у тім, що в людини, яка відпочила, оцінка активності, настрою, самопочуття приблизно рівні. А по мірі наростання втоми співвідношення між ними змінюється за рахунок відносного зниження самопочуття та активності порівняно з настроєм.

Код опитувальника:

- запитання, що характеризують самопочуття – 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26;
- запитання, що характеризують активність – 3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28;
- запитання, що характеризують настрої – 5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30.

Опитувальник для виявлення ознак вегетативних змін (тест Вейна А.М.) складався з 11 запитань, на які хворі давали відповіді, оцінюючи свій стан, у балах шляхом підкреслювання. Якщо сума балів була менша за 15, це розцінювалось нами як відсутність у пацієнта ознак вегетативних змін [16, 32].

«Шкала для виявлення депресивних розладів у пацієнтів в первинній медичній допомозі» призначена для первинного виявлення депресії у хворих соматичного стаціонару. Опитувальник складається із 7 запитань які відображають рівень депресії. Відмічені хворим відповіді переводились нами в бальну шкалу. Результати оцінювались наступним чином: показники від 0 до 3 балів включно вважались нормальними, від 4 до 6 балів вказували на депресивні розлади легкого ступеню, при яких необхідне лікування; 7-9 балів – депресивні розлади середньої важкості; 10-21 – важка депресія.

«Шкала оцінки ризику тривожних та панічних розладів у пацієнтів в первинній медицині» призначена для первинного виявлення тривожних та панічних розладів. Опитувальник складається з 7 запитань, відмічені відповіді переводились у бальну шкалу, сума балів 8 та більше свідчила про наявність тривожних або панічних розладів. Пацієнти, у яких за результатом опитування показник тривоги або ж депресії становив 9 і більше балів,

із дослідження виключались.

Всім хворим, які ввійшли в дослідження, призначали базисну терапію згідно протоколів надання медичної допомоги рекомендованих МОЗ України щодо лікування патології органів травлення з урахуванням нозології, яка була діагностована в пацієнта.

Для корекції психосоматичних розладів обстеженим хворим призначався сертралін (Емотон) у дозі 0,05 г 1 раз на добу незалежно від прийому їжі. Курс лікування препаратом тривав 30 днів.

Для оцінки впливу сертраліну на психосоматичні розлади контрольне опитування проводилось на 30 добу лікування сертраліном.

При статистичній обробці отриманих результатів нами застосовані загальноприйняті формули: середньоарифметична та стандартна похибка середньоарифметичної. Розрахунок статистичної вірогідності різниці між двома вибірками середньої арифметичної та її стандартної похибки виконували за t-критерієм Стьюдента з використанням спеціальних таблиць.

Результати та їх обговорення

Проведені нами дослідження свідчать, що для всіх 34 (100%) проанкетованих хворих із патологією органів травлення, були притаманні порушення самопочуття, активності, настрою, спостерігались ознаки вегетативної дисфункції, тривоги та депресії.

При детальному аналізі результатів отриманих за допомогою опитувальника «САН» нами встановлено, що рівень зниження свого самопочуття було виявлено в 31 (91,8%) хворого, знижений рівень активності у 20 (58,8%) пацієнтів, а рівень зниженого настрою – у 22 (68,7%) пацієнтів.

Вегетативні порушення, які виявлялися за допомогою опитувальника для визначення ознак вегетативних порушень (тест Вейна), діагностовані в 34 (100%) хворих.

Тривога була діагностована у 26 (76,4%) хворих, а депресивні розлади виявлені у 29 (85,3%) обстежених.

Аналізуючи психічний статус пацієнтів у динаміці лікування сертраліном, нами встановлена позитивна динаміка симптомів психосоматичних розладів у пацієнтів із патологією органів травлення.

Якщо під час первинного опитування хворих безпосередньо при зверненні, ми встановили, що за показниками опитувальника «САН» було відмічено зниження самопочуття, активності та настрою пацієнтів і бали оцінки самопочуття склали $4,5 \pm 0,1$; активності – $4,8 \pm 0,1$; а настрою – $4,9 \pm 0,06$, то за результатами проведеного лікування препаратом сертралін нами встановлено, що оцінка самопочуття вірогідно ($p < 0,001$) підвищилась і становить – $5,4 \pm 0,08$ бал. Подібна динаміка спостерігалась і при оцінці активності, яка при повторному опитуванні склала $5,5 \pm 0,09$ бали ($p < 0,001$). При оцінці настрою після прийому сертраліну було відмічено, що на-

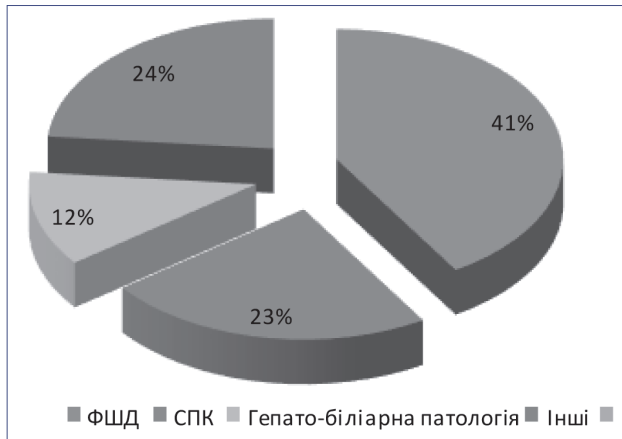
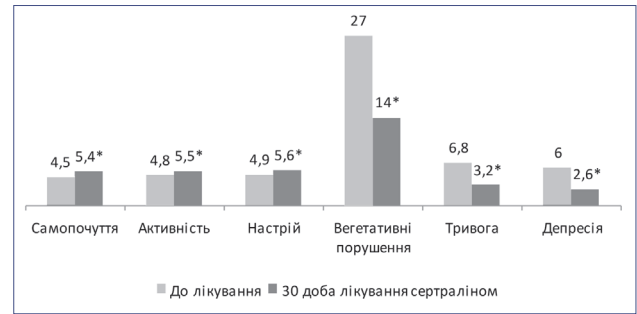


Рис. 1. Розподіл обстежених хворих за нозологіями (n=34)

стрій у пацієнтів вірогідно покращився ($p < 0,001$) та його рівень становить $5,6 \pm 0,06$ бали (рис. 2).

За результатами аналізу відповідей пацієнтів на питання опитувальників «Шкала для виявлення тривожних та панічних розладів в первинній медичній допомозі» та «Шкала для виявлення депресії в первинній медичній допомозі» до початку лікування нами виявлено, що середній бал тривоги становив $6,8 \pm 0,4$, середній бал депресії – $6,0 \pm 0,5$, то на 30 добу прийому сертраліну, ми змогли констатувати, що ознаки тривоги вірогідно ($p < 0,001$) були менш вираженими і становили $3,2 \pm 0,2$. Прояви депресії у хворих після прийому препарату також вірогідно ($p < 0,001$) зменшились – $2,6 \pm 0,2$ (рис. 2).

Аналіз результатів відповідей обстежених хворих на питання опитувальника для виявлення ознак вегетативних порушень (тест Вейна А.М.) продемонстрував, що у всіх 34 пацієнтів до початку лікування сумарний бал оцінки вегетативних порушень становив $27,0 \pm 2,0$, тоді як на 30 добу лікування сертраліном вегетативні розлади стали вірогідно менш вираженими ($p < 0,001$) і їх рівень склав $14,0 \pm 0,7$ балів (рис. 2).



Примітка: * – $p < 0,001$

Рис. 2. Динаміка оцінки самопочуття, активності, настрою, вегетативних порушень, тривоги та депресії у хворих під час лікування сертраліном

При більш детальному аналізі опитувальника (тест Вейна А.М.) до початку лікування (табл.), ми виявили, що схильність до почервоніння чи поблідніння обличчя (при будь-якому хвилюванні) спостерігалось у 28 (82,4%); зміна забарвлення пальців кистей або стоп наявне в 14 (41,2%); відчуття серцебиття, «замирання», «зупинки серця» в 9 (26,5%); оніміння чи похолодання пальців кистей та стоп було наявне в 15 (44,1%) хворих; підвищена пітливість у 18 (53%) пацієнтів; порушення функції травної системи в 31 (91,2%) пацієнта; відчуття утруднення дихання («нестачі повітря», прискорене дихання) в 15 (44,1%); відчуття млості (випадки непритомності або відчуття, що можете знепритомніти) в 6 (17,6%); напади головного болю фіксували 15 (44,1%) опитаних; знижена працездатність та швидка втомлюваність відмічалась у 19 (55,9%) хворих; а порушення сну у 26 (76,5%) осіб.

На 30 добу лікування сертраліном (табл. 1), ми виявили, що схильність до почервоніння чи поблідніння обличчя (при будь-якому хвилюванні) спостерігалось у 17 (50%) хворих; оніміння чи похолодання пальців кистей, стоп наявні лише в 7 (20,5%)

Таблиця. Динаміка клінічних проявів вегетативної дисфункції під час лікування препаратом сертралін

№ п/п	Клінічні ознаки	Опитані хворі n (%)		P
		До лікування	30 доба лікування	
1.	Схильність до почервоніння чи поблідніння обличчя (при будь-якому хвилюванні)	28 (82,4%)	17 (50%)	<0,01
2.	Оніміння чи похолодання пальців кистей, стоп	15 (44,1%)	7 (20,5%)	<0,01
3.	Чи буває зміна забарвлення пальців кистей, стоп	14 (41,2%)	7 (20,5%)	<0,01
4.	Відчуття серцебиття, «замирання», «зупинки серця»	9 (26,5%)	3 (8,8%)	<0,01
5.	Підвищена пітливість («постійна» чи «при хвилюванні»)	18 (53%)	10 (29,4%)	<0,01
6.	Відчуття утруднення дихання («нестачі повітря», прискорене дихання)	15 (44,1%)	8 (23,5%)	<0,01
7.	Порушення функції травної системи (схильність до запорів, проносів, здуття живота, біль)	31 (91,2%)	6 (17,6%)	<0,01
8.	Відчуття млості (випадки непритомності або відчуття, що можете знепритомніти)	6 (17,6%)	1 (3%)	<0,01
9.	Напади головного болю (дифузний головний біль або «половина» голови, «вся голова», біль стискаючого або пульсуючого характеру)	15 (44,1%)	6 (17,6%)	<0,01
10.	Зниження працездатності, швидка втомлюваність	19 (55,9%)	8 (23,5%)	<0,01
11.	Порушення сну (труднощі засинання, поверхневий сон із частинами пробудження, відчуття «нестачі сну», втома при пробудженні ранком)	26 (76,5%)	5 (14,7%)	<0,01

хворих; підвищена пітливість у 10 (29,4%) пацієнтів; зміна забарвлення пальців кистей або стоп у 7 (20,5%) хворих; відчуття серцебиття, «замирання», «зупинки серця» в 3 (8,8%); порушення функції травної системи в 6 (17,6%) пацієнтів; напади головного болю фіксували лише 6 (17,6%) опитаних; знижена працездатність та швидка втомлюваність відмічалась у 8 (23,5%) хворих; а порушення сну спостерігалось тільки в 5 (14,7%) осіб.

Таким чином, аналізуючи динаміку симптомів вегетативних порушень під час лікування сертраліном, слід відзначити, що даний препарат призвів до вірогідного ($p < 0,01$) зменшення всіх симптомів, які входять в опитувальник Вейна (табл.).

Також ми констатували, що на тлі прийому сертраліну в жодного з пацієнтів не було відмічено небажаних реакцій на препарат і ні один із включених у дослідження пацієнтів від проведення лікування не відмовився.

Висновки та перспективи досліджень

1. Проблема психосоматичних розладів у хворих із патологією органів травлення є актуальною для сучасної гастроентерології.
2. У гастроентерологічних пацієнтів тривога спостерігається в 75% хворих, а депресивні розлади діагностуються у 84,4% обстежених, що потребує відповідної корекції.
3. Призначення блокатора зворотного захоплення серотоніну сертраліну (Емотон) у дозі 0,05 г 1 раз на добу ефективно корегує психосоматичні розлади у хворих із патологією органів травлення та добре переноситься.
4. Перспективним є вивчення впливу сертраліну на віддалені результати лікування хворих із патологією органів травлення.

Список використаної літератури

1. Аведисова А.С. Контролирование симптомов тревоги и лечение тревожно-фобических расстройств - альтернатива или нет? / А.С. Аведисова // *Нейро News*. – 2007. – № 3. – С. 34-38.
2. Акарачкова Е.С. Тревога в неврологической и общесоматической практике. Современные аспекты терапии / Е.С. Акарачкова // *Рус. мед. журнал*. – 2007. – Т. 15, № 5. – С. 440-444.
3. Александер Ф. Психосоматическая медицина: принципы и применение / Ф. Александер. – пер. с англ. – М.: Ин-т общегуманитарных исслед., 2006. – 333 с.
4. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства при соматических заболеваниях / Ю.А. Александровский // *Психиатрия и психофармакотерапия*. – 2002. – № 1. – С. 4-7.
5. Андрищенко А.В. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS(d) в диагностике депрессий в общемедицинской практике / А.В. Андрищенко, М.Ю. Дробижев, А.В. Добровольский // *Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. – 2003. – № 5. – С. 11–18.
6. Бабак О.Я. Психосоматические нарушения при язвенной болезни и способ их коррекции / О.Я. Бабак // *Сучас. гастроентерологія*. – 2003. – № 2. – С. 65-67.
7. Бажин А.А. Справочник по психофармакологии / А.А. Бажин. – СПб.: СпецЛит, 2009. – 62 с.
8. Бельмер С.В. Панкреатиты у детей / С.В. Бельмер, Т.В. Гасилина // *Лечащий врач*. – 2009. – № 1. – С. 22-26.
9. Белялов Ф.И. Психические расстройства в практике терапевта / Ф.И. Белялов. – изд. 4-е, перераб. и доп. – Иркутск: ГОУ ДПО ИГИУВа, 2010. – 275 с.
10. Бениашвили А.Г. Соматоформные расстройства с преобладанием в клинической картине абдоминалгий: (психосоматические, патопсихологические, психофармакологические аспекты): автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.00.18 / А.Г. Бениашвили. – М., 2003. – 24 с.
11. Бурлачук Л.Ф. Словарь-справочник по психодиагностике / Л.Ф. Бурлачук. – 3-е изд., перераб. и доп. – СПб. [и др.]: Питер, 2007. – 685 с.
12. Бурчинский С.Г. Перспективи застосування нейротропних засобів як стрес- та геропротекторів: препарат Ноофен / С.Г. Бурчинський // *Ліки*. – 2004. – № 3-4. – С. 7-12.
13. Бурчинский С.Г. Анксиолитики в кардиологической практике / С.Г. Бурчинский // *Здоров'я України XXI сторіччя*. – 2008. – № 11-1. – С. 30-31.
14. Бурчинский С.Г. Современные подходы к фармакотерапии негативной симптоматики в рамках депрессивных расстройств / С.Г. Бурчинский // *Нейро News*. – 2007. – № 3. – С. 14-17.

(Повний список літератури – у редакції)

Надійшла до редакції 13.05.2014

PSYCHOSOMATIC DISORDERS IN PATIENTS WITH GASTROINTESTINAL TRACT PATHOLOGY: CLINICAL COURSE AND TREATMENT APPROACHES

I.H. Paliy, S.V. Zaika, N.M. Myrshuk, I.V. Chernova

Summary

The article presents the results of study of the efficacy and safety of serotonin reuptake inhibitor - sertraline (Emoton) in the treatment of psychosomatic disorders in patients with pathology of the digestive system.

Keywords: pathology of the digestive system, efficiency, safety, serotonin reuptake inhibitor, sertraline (Emoton), treatment.