

Психосоматические расстройства в гастроэнтерологической практике: особенности клинического течения и медикаментозной терапии

Авторы: И.Г. ПАЛИЙ, д.м.н., проф.; И.Г. РЕЗНИЧЕНКО, к.м.н.; Н.М. СЕВАК, Винницкий национальный медицинский университет им. М.И. Пирогова

Рубрики: Гастроэнтерология, Неврология

Разделы: Справочник специалиста



И.Г. ПАЛИЙ

Проблема соотношения «психического» и «соматического» с давних пор является одной из ключевых в медицинской науке. Функционирование системы органов желудочно-кишечного тракта тесно связано с психическим состоянием человека. Психосоматические расстройства являются причиной жалоб 36–71 % больных, которые обращаются к врачам в связи с нарушениями со стороны органов пищеварения. Однако медицинская помощь этому контингенту больных в данное время часто оказывается в недостаточном объеме.

Психосоматические состояния, встречающиеся в гастроэнтерологической клинике, являются актуальной проблемой современности. При заболеваниях органов пищеварения вторичные психопатологические проявления отсутствуют лишь у 10,3 % больных. Отдельные, фрагментарные астенические нарушения отмечаются у 22,1 % больных, а у 67,3 % — более сложные психопатологические состояния.

Наиболее распространенным вариантом психосоматических желудочных расстройств является гастралгия. Боль может иметь множественный характер. Существует обязательная тесная зависимость между эмоциональным напряжением, переутомлением и появлением желудочных симптомов (ощущение тяжести и распирания в эпигастральной области, боли и др.), в то же время характерно отсутствие связи между жалобами и характером питания, нарушением диеты.

Проявлениями невротической симптоматики могут быть тошнота и рвота. Невротическая рвота может возникать по механизму имитации (например, в результате длительного контакта с родственниками, которые страдают рвотой). Истерическая рвота сопровождается стремлением быть в центре внимания, потому всегда имеет демонстративный оттенок. Психогенная рвота обычно происходит легко, без натуживания и предшествующей тошноты.

У некоторых больных могут наблюдаться затруднения (дисфагия) и боли при глотании. Больные чувствуют затруднения при глотании на разных уровнях пищевода, причем жидкую пищу пациентам употреблять тяжелее, чем твердую. В основе этого симптома лежит эзофагоспазм, который часто впервые возникает после сильного психического потрясения во время еды и потом повторяется почти при каждом употреблении пищи. Спазмы пищевода, не связанные с едой, проявляются болью или ощущением сжатия за грудиной, в связи с чем иногда требуется проведение дифференциальной диагностики со стенокардией. При эзофагоспазме наблюдаются аффективные расстройства, постоянная тревога и ужас перед употреблением пищи.

Классическим невротическим синдромом является *globus hystericus*, который чаще всего встречается у женщин молодого возраста. При этом больных беспокоит ощущение инородного тела (комка) в горле, чувство давления в области шеи, обычно ослабевающее во время еды. Считают, что это связано с невротическими чувствительными и двигательными нарушениями функции пищевода.

Частыми и клинически многообразными являются невротические расстройства кишечника, описываемые в литературе как синдром раздраженного кишечника (СРК). Неврогенные кишечные боли, многообразные по характеру, обычно усиливаются на фоне эмоционального напряжения и стрессовых ситуаций. Иногда возникают кишечные кризы, которые проявляются острой болью в животе, метеоризмом, громким урчанием, позывами на отхождение газов и дефекацию. Пациенты с СРК фиксируют внимание на частоте, количестве и качестве опорожнений кишечника, что способствует формированию тяжелого ипохондрического синдрома. Императивные позывы на дефекацию у таких пациентов нередко возникают в наиболее несоответствующей ситуации, что отрицательно сказывается на психологическом состоянии больных.

Нозогении — психогенные реакции, обусловленные психотравмирующим влиянием соматического заболевания. Патопсихологические реакции на развитие болезни со временем могут становиться обычной формой реагирования, устойчивой особенностью поведения больных. Основой для нарастающей психопатизации личности является затяжное течение болезни. Возможно появление в структуре личности астенических черт. Картина соматических проявлений обогащается симптоматикой астении, которая является неотъемлемой частью клинического течения заболевания и проявляется повышенной утомляемостью, сонливостью на протяжении дня, адинамией, аффективной лабильностью, гиперестезией, ослаблением внимания и памяти. Эти расстройства нередко сочетаются с головной болью, головокружением, вазовегетативными расстройствами (тахикардией, усиленной потливостью, колебаниями артериального давления, вегетососудистыми пароксизмами).

Одним из частых клинических симптомов у пациентов с патологией ЖКТ является депрессия. Традиционно считается, что она манифестирует стойким снижением настроения, заторможенностью. Дополнительные симптомы в диагностике депрессии:

- снижение концентрации внимания или снижение способности к обдумыванию;
- снижение самооценки и чувства уверенности в себе;
- самообвинение без причины или необъяснимое чувство вины;
- мрачное и пессимистическое виденье будущего;

- мысли о смерти или самоубийстве или суицидальное поведение;
- любые расстройства сна;
- изменения аппетита (снижение или повышение) с соответствующими изменениями веса тела.

Эти симптомы часто можно заметить во время целенаправленного расспрашивания больного. Нужно отметить, что о депрессии можно говорить, если соответствующая симптоматика наблюдается не менее двух недель.

Соматические депрессии встречаются в гастроэнтерологической практике при многих заболеваниях. Например, существуют данные научных исследований, которые подтверждают наличие депрессивных реакций у 90 % больных хроническим панкреатитом (ХП). При ХП наблюдаются депрессивные реакции легкой и средней степени тяжести. Депрессивные реакции, как правило, длительные и сопровождаются соматическими эквивалентами. Динамическое наблюдение за состоянием больных показывает, что депрессивные реакции легкой степени уменьшаются по мере улучшения соматического состояния больных и практически не нуждаются в назначении специального лечения. При депрессивных реакциях умеренной степени отмечается замедление терапевтического эффекта от назначенного лечения, сохранение пониженного настроения даже при стабилизации соматического состояния.

Депрессивная астения отличается устойчивостью и отсутствием связи с физической или психической нагрузкой. Преобладает пессимизм и ощущение бесперспективности. Проявления депрессии формируются в тесной зависимости от динамики соматической патологии: проявления аффективных расстройств манифестируют при нарастании тяжести и уменьшаются по мере обратного развития симптомов соматического заболевания.

Оказание помощи при психосоматических расстройствах включает в себя широкий перечень профилактических и лечебных мероприятий, требующих комплексного подхода. Длительный опыт комплексной терапии психосоматических расстройств убедительно доказывает, что среди способов лечения этих состояний ведущим является психофармакотерапия. Благодаря простоте использования, скорости и выраженности лечебного эффекта при психосоматических расстройствах и сравнительной безопасности использования современных психотропных средств расширилась возможность как стационарного, так и амбулаторного лечения этих состояний.

Фармакотерапия психосоматических расстройств должна решать следующие задачи:

- 1) устранение эмоциональных расстройств, типичных для невротического расстройства (эмоциональной лабильности, «раздражительной слабости», тревожности, обеспокоенности, напряженности и других);
- 2) лечение астенических проявлений, преодоление физического и умственного истощения;
- 3) регуляцию вегетативных расстройств;
- 4) лечение навязчивых состояний и фобий, если они есть;

- 5) коррекцию особенностей личности;
- 6) устранение негативных факторов;
- 7) выявление и устранение соматических расстройств.

На протяжении последних десятилетий в современной психофармакологии сформировалось несколько важнейших классов психотропных средств: нейролептики, антидепрессанты, транквилизаторы, ноотропы.

В настоящее время в арсенале врача насчитывается более чем 500 психотропных препаратов. Для успешной терапии психосоматических расстройств лекарственное средство должно отвечать следующим требованиям:

- обладать широким спектром психотропной активности, эффективно влиять на тревожные, фобические, аффективные (депрессивные), ипохондрические, соматовегетативные симптомы;
- обладать ограниченным количеством побочных эффектов с минимальным негативным влиянием на психическую деятельность и соматические функции;
- вызывать положительные соматотропные эффекты (терапевтическое влияние на сопутствующую соматическую патологию);
- иметь минимальную поведенческую токсичность (незначительную выраженность или отсутствие седативного эффекта — сонливости на протяжении дня, нарушения концентрации и внимания и т.д.);

минимально взаимодействовать с препаратами соматотропного действия.

Исходя из вышеперечисленного, становится понятно, что фармакотерапия психосоматических заболеваний должна быть комплексной, совмещать психотропные и соматотропные влияния, учитывать необходимость влияния на преобладающую в каждом конкретном случае симптоматику.

Целесообразность использования в лечебном арсенале антидепрессантов, нейролептиков, транквилизаторов, ноотропов подтверждается наличием у подавляющего большинства больных гастроэнтерологического профиля психовегетативных, тревожных, навязчивых и соматоформных расстройств, а также психопатических проявлений. Использование психотропных средств основано на характеристике ведущих психопатологических синдромов с учетом психологического состояния больного, особенностей его личности.

Астенический синдром всегда нуждается в лечении независимо от его этиологии и стадии развития. Для терапии астенических расстройств используются различные препараты: ноотропы, адаптогены растительного происхождения, некоторые антидепрессанты, а также нейролептики. Но стимулирующие свойства некоторых из перечисленных препаратов способны усиливать присущие астении раздражительность, нарушения сна, вегетативные расстройства, а седативные эффекты других — вялость и дневную сонливость. В связи с этим актуальной проблемой является проблема выбора оптимального препарата. На современном этапе таким препаратом является малат цитруллина — Стимол.

А.Р. Срефф объясняет высокую клиническую эффективность Стимола его влиянием на клеточный метаболизм. Автор считает, что метаболическое лечение Стимолом включает два момента:

— введение вещества, способного выступать в роли метаболического посредника, что позволяет обойти амилазный блок окислительного пути и ограничить накопление молочной кислоты с помощью переориентации в сторону глюконеогенеза (таким веществом является малат цитруллина);

— назначение промежуточных продуктов цикла мочевины (цитруллин), что способствует ускорению этого цикла и выведению аммиака.

Эффективность применения Стимола для коррекции астенических проявлений у пациентов с патологией желудочно-кишечного тракта изучалась коллективом исследователей на базе Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова и Винницкого городского гастроэнтерологического центра.

Больных опрашивали с помощью трех анкет с целью изучения самочувствия, активности и настроения (опросник САН), определения наличия признаков вегетативных изменений (тест А.М. Вейна), определения тревоги и депрессии (Госпитальная шкала тревоги и депрессии).

Пациентам, у которых были обнаружены наиболее выраженные нарушения самочувствия, активности и настроения, признаки вегетативных изменений, тревоги и депрессии, наряду со стандартным лечением назначался Стимол. После завершения терапии больные повторно проходили тестирование с целью оценки результатов лечения.

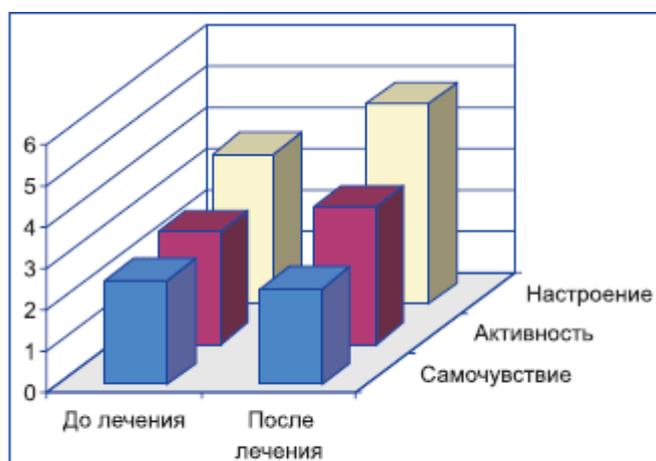


Рисунок 1. Динамика оценки самочувствия, активности и настроения пациентами с патологией толстого кишечника после окончания лечения Стимолом

По данным опросника САН, полученным после проведения лечения, отмечено достоверное увеличение балльной оценки пациентами своего самочувствия, активности и настроения ($p < 0,05$). Согласно опроснику Вейна, у больных с заболеваниями толстого кишечника наблюдалось изменение состояния вегетативной нервной системы в виде достоверного уменьшения ($p < 0,05$) количества баллов (с $37,1 \pm 1,2$ до $21 \pm 3,7$ после лечения с использованием Стимола). В ходе контрольного опроса пациентов по Госпитальной шкале тревоги и депрессии после курса лечения Стимолом было установлено достоверное уменьшение ($p < 0,05$) количества баллов, которые характеризуют выраженность тревоги: с $8,1 \pm 0,87$ до $6,2 \pm 0,36$ после лечения. В то же

время количество баллов, которые характеризуют выраженность депрессии, до и после лечения Стимолом достоверно не отличалось.

Авторами установлено, что у пациентов с патологией толстого кишечника достоверно чаще наблюдаются нарушения самочувствия, активности, настроения, вегетативные расстройства, симптомы тревоги и депрессии. Однако своевременное применение Стимолола в комплексной терапии больных с патологией желудочно-кишечного тракта способствует улучшению самочувствия, уменьшению проявлений тревоги и вегетативной дисфункции, что нужно учесть при лечении этой категории больных.

При тревожно-депрессивных расстройствах у больных гастроэнтерологического профиля основным патогенетически обусловленным инструментом фармакотерапии является назначение соответствующего анксиолитика. Стрезам — оригинальный препарат, действующим веществом которого является этифоксин (производное бензоксазина), который имеет уникальный механизм действия, что выделяет его среди других анксиолитиков. Действие этифоксина на ГАМКергическую медиацию характеризуется:

- 1) максимальной физиологичностью, а именно стимуляцией естественных механизмов (медиаторных и модуляторных) ГАМКергической передачи;
- 2) селективностью влияния на конкретные звенья ГАМКергической передачи.

В рамках многочисленных клинических испытаний, выполненных в различных форматах (мультицентровых, рандомизированных, двойных слепых, плацебо-контролируемых, сравнительных исследований) обнаружена высокая анксиолитическая активность Стрезама при оценке по шкалам Гамильтона и MADRS, показателям клинической глобальной импресии тяжести состояния больных. При этом этифоксин, в отличие от лоразепама (одного из эталонных бензодиазепинов), не осуществляет негативного влияния на психомоторные и когнитивные функции, не вызывает вялости, сонливости, миорелаксации, не влияет на восприятие информации, в том числе и у пожилых больных.

Кроме того, Стрезам улучшает качество сна и нормализует типичную для неврозов и психосоматической патологии психовегетативную симптоматику. Под воздействием Стрезама ослабевают усиленная моторика желудочно-кишечного тракта и ощущение дискомфорта в животе, стабилизируется артериальное давление, что в целом не характерно для бензодиазепинов.

При приеме Стрезама наблюдается минимальный риск развития побочных эффектов. Этифоксин не вызывает развития привыкания, толерантности и синдрома отмены. Передозировка отмечается только в дозах, которые во много раз превышают терапевтические. Противопоказаниями являются индивидуальная гиперчувствительность, шоковое состояние, миастении, печеночная и почечная недостаточность. В связи с наличием в препарате лактозы его прием противопоказан при галактоземии.

Преимущества Стрезама как анксиолитика нового поколения можно определить следующим образом:

- 1) выраженная специфическая анксиолитическая активность при тревожно-невротичных расстройствах и психосоматической патологии;
- 2) улучшение сна;

- 3) вегетостабилизирующее действие;
- 4) отсутствие влияния на психомоторные и когнитивные функции, мышечный тонус;
- 5) отсутствие развития толерантности, привыкания и синдрома отмены;
- 6) возможность применения в рамках обычного образа жизни;
- 7) стандартная рецептурная форма.

Рекомендуемый курс лечения этифоксином составляет от 2 недель до 3 месяцев при дозе 1 капсула 2–3 раза в сутки.

Таким образом, в настоящее время Стрезам может рассматриваться как препарат выбора в терапии психосоматической патологии у больных гастроэнтерологического профиля. Особенно важно подчеркнуть необходимость своевременного приема препарата, а именно на максимально ранних стадиях заболевания, когда патогенетическая терапия может быть наиболее эффективной.

Таким образом, у больных с патологией ЖКТ встречаются разнообразные психосоматические проявления, что свидетельствует о необходимости тщательного подхода к их диагностике и лечению. Это позволит значительно улучшить качество жизни этой категории пациентов.