ZU_2012_17.qxd 27.09.2012 16:42 Page 14

Л.В. Журавлева, д.м.н., профессор, **О.В. Лахно**, к.м.н., **О.И. Цивенко**, к.м.н., кафедра внутренней медицины № 3 Харьковского национального медицинского университета

Коррекция психосоматических состояний у пациентов с синдромом раздраженного кишечника

В повседневной практике часто приходится сталкиваться с психосоматическими заболеваниями – расстройствами, которые не поддаются обычному, привычному для терапевта лечению.

Психосоматические заболевания (греч. psyche – душа, сознание, soma – тело) – психогенно либо преимущественно психогенно обусловленные нарушения функций внутренних органов или физиологических систем (кровообращения, дыхания, пищеварения, мочевыделения и т. д.). Приведем еще одно определение этого непростого феномена. Психосоматические расстройства (ПР) – болезненные состояния, проявляющиеся обострением соматической патологии, формированием общих, возникающих при взаимодействии соматических и психических факторов симптомокомплексов – соматизированных психических нарушений, психических расстройств, – отражающих реакцию организма на соматическое заболевание.

Согласно современным представлениям синдром раздраженного кишечника (СРК) является биопсихосоциальным функциональным расстройством, в основе которого лежит взаимодействие двух основных механизмов: психосоциального воздействия и сенсорно-моторной дисфункции, т. е. нарушения висцеральной чувствительности и двигательной активности кишечника. Распространенность СРК в большинстве стран мира велика и составляет 15-20%; кроме того, предполагают, что 2/3 лиц с симптомами данного заболевания к врачам не обращаются.

СРК – устойчивая совокупность функциональных расстройств продолжительностью не менее 12 нед на протяжении последних 6 мес, проявляющаяся болью и/или дискомфортом в животе, которые проходят после дефекации, сопровождаются кишечной диспепсией и сочетаются на протяжении 25% времени заболевания не менее чем с 2 стойкими симптомами нарушения функции кишечника: изменениями частоты стула, консистенции кала, самого акта дефекации (императивные позывы, тенезмы, чувство неполного опорожнения кишечника, дополнительные усилия при дефекации), выделением слизи с калом, метеоризмом (Римские критерии III).

Результатом многолетнего изучения патогенеза СРК стало признание важной роли личностных особенностей пациентов. К таким особенностям относят неспособность различать физическую боль и эмоциональные переживания, трудности в словесной формулировке своих ощущений, высокий уровень тревоги и страха, тенденцию к переносу эмоционального стресса в соматические симптомы. По данным литературы, отклонения в психической сфере регистрируются у 54-100% обратившихся за медицинской помощью пациентов с СРК. Личностные особенности являются причиной обострений СРК и неблагоприятно влияют на прогноз заболевания. Около половины пациентов с СРК отмечают появление психических расстройств до начала абдоминальных симптомов, у остальных больных начало тревожных и депрессивных расстройств совпадает с дебютом кишечной симптоматики. Психические расстройства оказывают влияние на тяжесть клинических проявлений СРК, таких как абдоминальная боль, диарея и вздутие живота. Патогенетические связи между повышенной тревогой и измененной моторикой кишечника многочисленны; очевидную роль играют центральные норадренергические системы и кортиколиберин. Признаки тревожного расстройства выявляются у 19-61% больных СРК. До 40% пациентов с СРК имеют генерализованное тревожное расстройство (ГТР), около 50-88% больных ГТР страдают СРК. Наличие ГТР значительно ухудшает результаты лечения СРК. По некоторым данным, на ранних стадиях СРК доминирует тревога, а на более поздних – депрессия. Наиболее выраженный комплекс психических расстройств имеют больные СРК с преобладанием запоров, наименее выраженный – с алгическим вариантом, промежуточный – с преобладанием диареи.

В ряде исследований представлено, что показатели личностной тревожности доминируют у пациентов с СРК с преобладанием диареи, причем структура тревожности в этом случае формируется в основном за счет таких компонентов, как эмоциональный дискомфорт, социальные реакции защиты; при преобладании запоров и болевом варианте заболевания встречаются преимущественно астенический, фобический компоненты и тревожная оценка перспективы. Показатели ситуационной тревожности у всех пациентов с СРК относятся к умеренному уровню при всех клинических вариантах заболевания. В структуре тревожности во всех трех группах преобладает астенический компонент.

Таким образом, не вызывает сомнений целесообразность включения психотропных препаратов и психотерапевтических методик в схему лечения пациентов с СРК.

В настоящее время у лиц с СРК подтверждена эффективность трициклических антидепрессантов, селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и нейролептиков. В литературе также появляются данные об эффективности применения при СРК транквилизатора небензодиазепинового ряда афобазола.

Целью исследования было определить возможные корреляции между длительностью обострения и тяжестью проявлений заболевания, наличием клинически значимого уровня тревоги и депрессии у больных СРК, а также оценить эффективность и безопасность применения препарата афобазол в комплексном лечении указанной категории пациентов.

Материалы и методы

В гастроэнтерологическом центре КУОЗ «ОКБ-ЦЭМП и МК» г. Харькова были обследованы 43 пациента с подтвержденным диагнозом СРК. В качестве диагностических использовались Римские критерии III (2006).

Согласно Римским критериям III, основанием для диагностики СРК являлось наличие в течение 3 мес на протяжении последних 6 мес абдоминальной боли или дискомфорта, которые исчезали или уменьшались после дефекации и сопровождались изменением частоты дефекации и/или консистенции каловых масс, и выявление изменений частоты дефекации (более 3 раз в день или менее 3 раз в неделю), изменений консистенции каловых масс, нарушений пассажа каловых масс (напряжения, ощущения неполного опорожнения кишечника), выделений с калом слизи, флатуленции и ощущения раздутого кишечника в течение 25% и более времени суток. Помимо вышеперечисленных, у некоторых пациентов наблюдался ряд других симптомов.

Общий осмотр был направлен на обнаружение признаков, исключающих диагноз СРК, таких как гепатомегалия, спленомегалия, увеличение щитовидной железы, опухолевидные образования толстой кишки. У всех больных обязательным считалось проведение общеклинических, биохимических исследований, определение уровня гормонов щитовидной железы, ультразвукового исследования (УЗИ) брюшной полости. При проведении УЗИ оценивалось состояние желчного пузыря (наличие конкрементов, толщина стенок, размеры), поджелудочной железы (наличие кальцинатов в паренхиме, камней в протоках, изменение диаметра панкреатического протока, наличие псевдокист, увеличение размеров железы, выраженность гипоэхогенности паренхимы), размеры селезенки, печени, вне- и внутрипеченочных желчных протоков, диаметр воротной вены. Всем больным была проведена эзофагогастродуоденоскопия. В процессе эндоскопического исследования оценивались состояние слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, наличие или отсутствие язвенного дефекта, характер и выраженность гастритических изменений, нарушения моторики желудка и двенадцатиперстной кишки, сопутствующие изменения пищевода;

ZU_2012_17.qxd 27.09.2012 16:42 Page 15

при проведении колоноскопии – состояние слизистой оболочки толстой кишки.

Все больные с установленным диагнозом СРК в соответствии с преобладающими на данный момент симптомами получали лечение спазмолитиками, противодиарейными или слабительными препаратами на протяжении 1 мес. По завершении курса лечения у части пациентов (n=6) самочувствие значительно улучшилось, что позволило расценить их состояние как ремиссию; у 37 больных существенной динамики не отмечалось.

Для оценки факторов, которые предположительно могли способствовать или препятствовать достижению ремиссии, все пациенты были протестированы по шкалам оценки уровня тревоги (шкала Гамильтона для оценки тревоги – ШГТ), депрессии (шкала Гамильтона для оценки депрессии – ШГД), а также по 5-балльной визуально-аналоговой шкале (ВАШ) для субъективной оценки восприятия абдоминальной боли.

ШГД включает перечень симптомов для дифференцировки депрессивных состояний: до 7 баллов – депрессия отсутствует; 7-13 баллов – пограничное состояние, не требующее медикаментозной коррекции; 13-18 баллов – легкая депрессия; 18-24 балла – депрессия средней степени выраженности; >25 баллов – тяжелая депрессия.

ШГТ представляет собой личностный опросник, направленный на выявление конституциональной тревожности и ситуационной тревоги; содержит перечень из 14 групп симптомов, касающихся психических и соматических аспектов тревоги: <17 баллов – слабовыраженная тревога, 18-24 балла – субклинически выраженная тревога, >25 баллов – клинически выраженная тревога.

При тестировании по ВАШ на отрезке необходимо было отметить цифры от 1 до 5, где 5 баллов – максимальное страдание, обусловленное болевым ощущением, из когда-либо испытанных, 1 балл – отсутствие страданий, вызванных болью. Дополнительно был введен показатель 0 баллов для тех пациентов, которые отмечали полное исчезновение боли.

Критериями эффективности лечения было исчезновение или уменьшение клинических симптомов. При этом эффективность оценивалась как хорошая, если исчезали или уменьшались ≥75% симптомов, имевшихся у пациентов до лечения; удовлетворительная – ≥30%; неудовлетворительная – <30%.

После завершения обследования 20 пациентам с высоким уровнем тревоги по ШГТ (>18 баллов) на протяжении 4 нед был назначен небензодиазепиновый транквилизатор афобазол в дозе 10 мг 3 р/сут на протяжении 30 дней; в случае необходимости продолжалось лечение гастроэнтерологическими препаратами.

Афобазол – производное 2-меркаптобензимидазола, селективный анксиолитик, не относящийся к классу агонистов бензодиазепиновых рецепторов, – обладает анксиолитическим действием с активирующим компонентом, не сопровождающимся гипноседативными эффектами. У препарата отсутствуют миорелаксантные свойства, негативное влияние на показатели памяти и внимания; при его применении не формируется лекарственная зависимость и не развивается синдром отмены. Действие препарата реализуется преимущественно в виде сочетания анксиолитического (противотревожного) и легкого стимулирующего (активирующего) эффектов.

Статистическая обработка проводилась при помощи программы STATISTICA 6.0. Статистическая значимость различий между двумя связанными группами определялась с помощью критерия Вилкоксона. Уровень достоверности считался достаточным при $p<0,05$.

Результаты и обсуждение

После завершения курса симптоматической терапии в обследованной группе больных уровень тревоги (ШГТ) составил 18 баллов, уровень депрессии (ШГД) – 19 баллов; уровень боли (ВАШ) – 2 балла.

Четырехнедельный курс лечения небензодиазепиновым транквилизатором афобазолом позволил прервать длительно текущее обострение у 15 больных (75% случаев).

У 15 из 20 пациентов уровень боли по ВАШ достоверно уменьшился: до лечения – 2,4 балла, после лечения – 0,8 балла; также была достигнута положительная динамика показателей по ШГТ (включая положительную динамику гастроэнтерологических симптомов): до лечения – 29 баллов, после лечения – 11 баллов. По результатам расчетов интегральный показатель выраженности тревоги по шкале Гамильтона до лечения составил 27% (минимальное значение – 0, максимальное – 100%), после лечения – 5%. Таким образом, выраженность тревоги снизилась в 5,4 раза.

В целом включение в схему лечения афобазола позволило достичь значительного улучшения самочувствия, расцененного как ремиссия, у большинства больных.

Несмотря на большое количество проведенных исследований, трудно сделать однозначное заключение о наличии психологических нарушений, патогномоничных для СРК. По современным представлениям, среди больных СРК встречаются лица как без каких-либо психических нарушений, так и с явной патологией. Тем не менее в исследованиях, проведенных в последние 10 лет, убедительно доказано, что больные СРК достоверно чаще имеют психопатологические нарушения по сравнению с соответствующим показателем в общей популяции.

Можно предположить, что наличие у больного определенных личностных особенностей приводит в большинстве случаев к формированию тревожного или депрессивного расстройства, проявлением и следствием которых оказываются соматические симптомы, в т. ч. боль в животе и диспептические расстройства, обусловливающие, в свою очередь, длительность обострений заболевания. В таком случае можно предположить, что при редукции психоэмоциональной патологии на фоне лечения психотропными препаратами или психотерапии будет отмечаться уменьшение выраженности гастроэнтерологических симптомов, в т. ч. и абдоминальной боли, – наступление ремиссии заболевания. Проведенное нами исследование в целом подтверждает правомочность данного предположения.

Дальнейшее изучение факторов, влияющих на длительность обострений и, соответственно, на количество дней нетрудоспособности, а также поиск возможных способов влияния на них является перспективным направлением в изучении функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта.

Выводы

1. У больных СРК существует прямая зависимость между интенсивностью клинического проявления заболевания, уровнем тревоги, депрессии и длительностью обострений.

2. Уменьшение выраженности тревоги и депрессии приводит к снижению интенсивности абдоминальной боли и достижению ремиссии заболевания.

3. При выявлении у пациента с СРК клинически значимой тревоги и/или депрессии целесообразно назначение афобазола.

Наш сайт www.health-ua.com В среднем более 8000 посещений в день* • Архив «Медичної газети «Здоров'я України» с 2003 года *http://top.bigmir.net/report/58476