

РАЗЛИЧНЫЕ ВИДЫ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ И ПУТИ ИХ КОРРЕКЦИИ

Ю.А. Гарипова, В.Л. Юлдашев, Ф.А. Зарудий, А.С. Рахматуллин*
Башкирский государственный медицинский университет;
**Республиканская клиническая больница № 2, г. Уфа*

Обзор посвящен анализу результатов исследования структуры психосоматических расстройств у пациентов с хроническим панкреатитом, изучению их взаимосвязей с клиническими особенностями течения хронического панкреатита и личностными характеристиками больных, и поиску путей коррекции психосоматических расстройств с помощью препаратов из группы антидепрессантов. Добавление в стандартную схему терапии пациентов с хроническим панкреатитом препаратов из группы антидепрессантов по данным ряда исследований позволяет значительно улучшить клинические показатели течения заболевания.

Ключевые слова: хронический панкреатит, пограничные психические расстройства, антидепрессанты.

За последние 30 лет отмечена общемировая тенденция к увеличению заболеваемости острым и хроническим панкреатитом (ХП) более чем в 2 раза [6, 7, 9, 16, 21, 23]. В практике врача-гастроэнтеролога часто встречается определенная когорта больных, у которых прослеживается четкая взаимосвязь между генезом, давностью дебюта патологии, фазы заболевания и особенностями преморбида личности [4, 5, 8, 10, 11, 20, 22, 24].

Ф. Александр (1998) выделяет два периода трансформации функциональных психических расстройств в органические: функциональный и органический. Согласно теории В.В. Марилова [15], по мере соматизации аффекта происходит постепенное снижение роли психической составляющей, превращение ее в органическую (соматизация аффекта). По мнению Ф.Б. Березина, основным звеном развития психического стресса является фрустрация – психическое состояние, возникающее при блокаде удовлетворения значимых потребностей. Наиболее часто встречаются невротические состояния, сопряженные с явлениями соматизированной тревоги [3]. Эти состояния, часто проявляющиеся в виде вегетативных нарушений, приводят данную категорию больных к врачам общего профиля и остаются недиагностированными, скрываясь под соматическими масками. В качестве одного из наиболее вероятных механизмов психосоматических превращений автор рассматривает церебральные сдвиги, связанные с возрастанием активности лимбико-гипоталамо-ретикулярного и симпатико-адреналовой системы, которое неизбежно отражается на состоянии желудочно-кишечного тракта. Возникающие при этом вегетативные симптомы часто сочетаются с преходящими боля-

ми и невротическими расстройствами. Л.В. Ромасенко выдвигает теорию о так называемых соматических масках депрессии и рассматривает проблему поиска соматических заболеваний у больных соматизированными депрессиями. По его мнению, в случаях маскированной депрессии состояние пациентов характеризуется соматовегетативным комплексом, имитирующим соматическую патологию и укладывающимся в определенный диагностический комплекс. Поэтому для адекватной оценки состояния больного следует обращать внимание на депрессогенные факторы [19]. Л.В. Ромасенко и соавторы сформулировали основной набор клинических фактов, позволяющих дифференцировать тревожно-депрессивное состояние от соматической патологии. В данной ситуации важно правильно проводить оценку степени компенсации заболевания и наиболее целесообразна совместная курация пациентов со специалистом-психиатром [19].

Проблемы междисциплинарного сотрудничества в лечении психосоматических расстройств проанализированы в работе В.И. Маколкина [14]. Особый акцент автор делает на зависимости течения психосоматического заболевания от выраженности личностных характеристик пациентов и типичных форм их психического реагирования на заболевание. Анализ структуры этих реакций показал, что среди больных с заболеваниями ЖКТ наиболее типичны расстройства фобического характера (страх запоров, поносов, снижение массы тела, болей, как состояний трансформирующихся в канцерофобию) [14].

По мнению Ю.А. Александровского, вегетативная патология до манифестации заболевания

носит скрытый характер и часто актуализируется психогенной ситуацией с формированием развернутых соматических состояний с тревожно-фобическим компонентом [1].

Вопросы психотропного лекарственного воздействия в гастроэнтерологии освещены в рекомендациях М.Ф. Осипенко [18]. В своих работах он рассматривает возможности применения препаратов из группы транквилизаторов, нейролептиков (Осипенко М.Ф., 2000). В мета-анализе J.L. Jackson [25] доказана эффективность антидепрессантов в лечении функциональных заболеваний ЖКТ, в том числе и для купирования болевых синдромов [25]. По мнению А.Б. Смулевича, психомодулирующий эффект более выражен у больных с патологией ЖКТ при применении более низких доз психотропных препаратов, чем те дозировки, которые применяются в лечении в несоматизированных депрессиях. Так, автор рекомендует для купирования явлений соматизации тревоги ИОЗС (цитоплапрам, сертралин, пароксетин), они действуют как нейромоделюляторы и обладают анальгетическим эффектом [20]. Эффективность ИОЗС несколько выше трициклических антидепрессантов, а количество негативных эффектов терапии значительно меньше [24]. В работах А.Г. Бенишвили, М.А. Морозова показана необходимость введения в практику врачей-интернистов применения и подбора индивидуальных доз антидепрессантов, которые позволят оптимизировать лечение амбулаторных пациентов [2]. При выборе психотропных средств рекомендовано учитывать выраженность аффективных нарушений, стойкость эффекта психотерапии и побочные эффекты препарата, в первую очередь на ЖКТ. Наиболее актуально добавление к стандартной терапии антидепрессантов при рефрактерном течении болезни и отсутствии эффекта от стандартной терапии.

В терапии пограничных психосоматических расстройств применяются препараты практически всех классов психотропных средств, в основном транквилизаторы и все чаще в последнее время антидепрессанты. Применение транквилизаторов, по мнению некоторых авторов [3], позволяет добиться быстрого, но непродолжительного анксиолитического эффекта, однако сопряжено с угрозой развития зависимости и неблагоприятных побочных эффектов, связанных с сопутствующей соматической патологией. Более того, эпизодический прием транквилизаторов не дает ожидаемого эффекта и формирует убеждение в неизлечимости заболевания. Назначение антидепрессантов обеспечивает достижение стойкого положительного результата, как правило, без возникновения привыкания, выраженных побочных реакций, в связи с чем, представляется большинству авторов более перспективными.

Наибольшее количество публикаций в области фармакокоррекции психосоматических рас-

стройств принадлежит А.Б. Смулевичу. В число препаратов первого ряда этим автором определены антидепрессанты последних генераций. К ним относятся такие группы препаратов, как селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), обратимые ингибиторы моноаминоксидазы типа А (ОИМАО-А), селективные блокаторы обратного захвата норадреналина (СБОЗН), препараты двойного действия (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина – СИОЗСиН, норадренергические и специфические серотонинергические антидепрессанты – НССА), селективные стимуляторы обратного захвата серотонина – ССОЗС. Данные группы препаратов, по мнению автора, в наибольшей степени соответствуют требованиям общемедицинской сети: минимальная выраженность нежелательных соматотропных эффектов, простота применения, возможность назначения фиксированной дозы препарата или минимальная потребность в ее титрации, минимум нежелательных взаимодействий с соматотропными препаратами. В качестве препаратов второго ряда рассматриваются традиционные тимоаналептики – ингибиторы моноаминоксидазы (ИМАО) и трициклические антидепрессанты (ТЦА). Представители данной группы препаратов (амитриптилин, имипрамин, кломипрамин) у пациентов с выраженной соматической патологией должны применяться с большой осторожностью, особенно у лиц пожилого возраста ввиду высокой вероятности развития таких неблагоприятных последствий, как делириозные состояния, расстройства внимания и памяти, иллюзорно-галлюцинаторные феномены. Необходимо помнить, что нейрхимические мишени воздействия антидепрессантов обладают определенной инертностью, в связи с чем тимоаналептический эффект их развивается постепенно. Данное обстоятельство нельзя упускать из поля зрения и не прерывать терапию при отсутствии быстрого эффекта, а при его достижении постепенно снижать дозу препарата [20].

Отказ от фармакотерапии и соблюдение лечебных мероприятий является одной из актуальных проблем современной медицины. По данным В.Д. Менделеевича, частота несоблюдения лечебных рекомендаций и отказов от терапии может достигать 30 %. В качестве неблагоприятных в плане отказа от лечения механизмов у пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами рассматривается активация защитных механизмов, таких как «вытеснение», «компенсация», «гиперкомпенсация», «фантазирование» и «проекция» [17].

В исследованиях Г. Гардленера, среди депрессивных больных, отказавшихся от лечения, 13–25 % составляли лица с повышенным уровнем тревожности. Авторы различают отказы «полные» – когда больные отказываются от всего объема лекарственной терапии и «частичные» – когда больные

отказываются от приема конкретных лекарственных препаратов [24].

Основные мотивы отказа от лекарственной терапии продемонстрированы А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым. Среди них рассматриваются тип реагирования к данному заболеванию (13 типов), тип личности, природы самого заболевания [12]. Так, по мнению J.L. Jackson [25], пациенты с тревожно-депрессивными расстройствами, даже при наличии положительных эффектов от терапии, склонны расценивать неблагоприятные для себя последствия лечения как наиболее значимые. В итоге пациенты самостоятельно прерывают проводимый курс терапии и в перспективе отказываются от лечения [25].

По мнению ряда авторов [12, 24], успех проводимой терапии, появление негативных эффектов, степень их проявления значимо коррелирует с исходным типом реагирования на данное заболевание, степенью его информированности о механизмах действия и его побочных эффектах, неадекватной оценкой собственного состояния.

Таким образом, единого взгляда на механизмы формирования и оптимального подхода к коррекции пограничных психосоматических расстройств, специфическими лекарственными препаратами, в частности антидепрессантами, у больных хроническим панкреатитом не сформулировано. Данные о способах психогенной коррекции у данной категории больных очень скудны, однако совершенно ясно, что во многих случаях комплексное лечение больных хроническими панкреатитами требует совместных усилий гастроэнтеролога и психиатра.

Литература

1. Александровский, Ю.А. Психические расстройства в общемедицинской практике и их лечение / Ю.А. Александровский. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – С. 240.

2. Бениашвили, А.Г. Исследование особенностей ответа на антидепрессивную терапию у больных с соматоформными абдоминалгиями / А.Г. Бениашвили // Клиническая фармакология и терапия. – 2007. – № 16. – С. 90–94.

3. Березин, Ф.Б. Психологические механизмы психосоматических заболеваний / Ф.Б. Березин, Е.В. Безносюк, Е.Д. Соколова // Российский медицинский журнал. – 1998. – № 2. – С. 43–45.

4. Васильев, Ю.В. Болевой синдром при хроническом панкреатите: медикаментозное лечение больных / Ю.В. Васильев // Фарматека. – 2005. – № 14. – С. 44–48.

5. Васильев, Ю.В. Хронический панкреатит: диагностика и лечение / Ю.В. Васильев // Лечащий врач. – 2005. – № 2. – С. 10–20.

6. Гребнев, А.Л. Хронические панкреатиты / А.Л. Гребнев, Ф.И. Комаров // Руководство по гастроэнтерологии. – М.: Медицина, 1996. – Т. 3. – С. 81–112.

7. Губергерц, Н.Б. Клиническая панкреатология / Н.Б. Губергерц, Т.Н. Христич. – Донецк: ООО «Лебедь», 2000. – С. 416.

8. Дзюба, К.В. Объективные трудности диагностики обострения хронического панкреатита / К.В. Дзюба, В.Н. Ардашев, Г.Н. Миронычев // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. – 2002. – № 5. – С. 71–74.

9. Калинин, А.В. Хронический панкреатит: этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение и профилактика: методические рекомендации / А.В. Калинин. – М.: Медицина, 1999. – С. 45.

10. Климушева, Т.А. Психоневрологические нарушения у больных хроническим панкреатитом с кальцинозом мезентериальных сосудов / Т.А. Климушева // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. – 2007. – № 5. – С. 4–9.

11. Климушева, Т.А. Психоневрологические нарушения у больных хроническим панкреатитом / Т.А. Климушева, О.С. Шифрин // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. – 2006. – № 2. – С. 84–93.

12. Личко, А.Е. Медико-психологическое обследование соматических больных / А.Н. Личко, Н.Я. Иванов // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1980. – №8. – С. 1195–1204.

13. Маев, И.В. Хронический панкреатит / И.В. Маев. – М.: Медицина, 2005. – С. 504.

14. Маколкин, В.И. Актуальные проблемы междисциплинарного сотрудничества при лечении психосоматических расстройств / В.И. Маколкин, Л.В. Ромасенко // Терапевтический архив. – 2003. – № 12. – С. 5–14.

15. Марилов, В.В. Переход функционального расстройства в органический психосоматоз / В.В. Марилов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2006. – № 1. – С. 21–23.

16. Минько, А.Б. Комплексная лучевая диагностика заболеваний поджелудочной железы / А.Б. Минько, В.С. Пручанский. – СПб.: Гиппократ, 2001. – С. 134.

17. Менделевич, В.Д. Психиатрическая пропедевтика / В.Д. Менделевич. – М.: ТОО Техлит-Медицина, 1997. – С. 117.

18. Осипенко, М.Ф. Психотропные средства в гастроэнтерологии / М.Ф. Осипенко // Фарматека. – 2005. – № 14. – С. 58–60.

19. Ромасенко, Л.В. Депрессивные расстройства в общей медицинской практике / Л.В. Ромасенко // Терапевтический архив. – 2006. – № 10. – С. 5–8.

20. Смулевич, А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А.Б. Смулевич. – М.: МИА, 2001. – С. 256.

21. Тучина, Л.М. Распространенность заболеваний поджелудочной железы среди населения г. Москвы / Л.М. Тучина, Г.Г. Порошко // Российский гастроэнтерологический журнал. – 2001. – № 2. – С. 154–160.

22. Хаджиев, О.Ч. Нарушения микроциркуляции в слизистой оболочке желудка при язве и влияние серотонина на их динамику / О.Ч. Хаджиев, В.И. Лупальцов, А.П. Симоненков // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 2000. – Т. 130, № 9. – С. 268–272.

23. Chari, S. The problem of classifications and staging of chronic pancreatitis: proposal based on current knowledge and its natural history / S. Chari, M.V. Singer // *Scand. J. Gastroenterological*. – 1994. – Vol. 29. – P. 94–96.

24. Gartlehner, G. Discontinuation rates for selective serotonin reuptake inhibitors and other second-generation antidepressants in outpatients with major depressive disorders: a systematic meta-analysis / G. Gartlehner, R.A. Hansen, T.S. Carey // *Int. Clin. Psychopharmacol.* – 2005. – Vol. 20. – P. 59–62.

25. Jackson, J.L. Treatment of functional gastrointestinal disorders with antidepressant medications: a meta-analysis / J.L. Jackson, G. Tomkins // *Am J Med.* – 2000. – Vol. 108(1). – P. 65–70.

Поступила в редакцию 14 апреля 2010 г.