

ПСИХОФАРМАКО- ТЕРАПИЯ

УДК 616.851.159.96

ББК Р64-52

ПРИМЕНЕНИЕ СУЛЬПИРИДА ПРИ ТЕРАПИИ СОМАТОФОРМ- НЫХ РАССТРОЙСТВ

Стаценко О. А., Дроздовский Ю. В. *,
Краля О. В.

ГОУ ВПО Омская государственная
медицинская академия МЗСР РФ
644099, Омск, ул. Ленина, 12

БУЗ Омской области Клиническая психиатриче-
ская больница имени Н. Н. Солодников
644070, Омск, ул. Куйбышева, 30

В процессе исследования на примере 31 больного с соматоформными расстройствами были определены дифференциально-диагностические признаки соматовегетативных проявлений, характерных для психического заболевания. Доказана высокая эффективность сульпирида при лечении соматоформных расстройств ($p < 0,001$) и сопутствующих депрессивных ($p < 0,001$), тревожных ($p < 0,001$) проявлений. **Ключевые слова:** соматоформные расстройства, соматовегетативные, лечение, сульпирид.

USE OF SULPIRIDE IN THERAPY OF SOMATOFORM DISORDERS. Statsenko O. A., Drozdovsky Yu. V., Kralya O. V. **Omsk State Medical Academy of Ministry of Healthcare and Social Development of Russian Federation.** 644099, Omsk, Lenin Street, 12. **N. N. Solodnikov Clinical Psychiatric Hospital.** 644070, Omsk, Kuibyshev Street, 30. In study 31 patients with somatoform disorders we have identified differential diagnostic signs of somatovegetative manifestations typical for mental illness. We have proved high efficacy of sulphiride in treatment of somatoform disorders ($p < 0,001$) and accompanying depression ($p < 0,001$), anxiety ($p < 0,001$) manifestations. **Key words:** somatoform disorders, somatovegetative, treatment, sulphiride.

Введение. На сегодняшний день соматоформные расстройства с полным основанием могут рассматриваться как проблема общей медицинской, а не только как психиатрическая. Соматоформные расстройства являются распространенной психической патологией и имеют тенденцию к росту [3, 6]. Ряд авторов указывают на наличие соматизированных симптомов у 10—80 % лиц, признанных физически здоровыми, что приводит к появлению обеспокоенности их своим самочувствием [10].

* Дроздовский Юрий Викентьевич, профессор, д.м.н., зав. каф. психиатрии, наркологии, психотерапии и клин. психологии. Стаценко Олег Александрович, ассистент каф. психиатрии, наркологии, психотерапии и клин. психологии. Краля Олег Викторович, к.м.н., ассистент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клин. психологии.

По результатам зарубежных исследований, 40 % случаев временной нетрудоспособности и 40 % случаев стойкой утраты трудоспособности составляют больные, предъявляющие соматические жалобы, не подтвержденные физикальными и инструментальными методами исследования [13]. Пациенты с псевдосоматическим жалобами являются нередким явлением в общемедицинской сети и относятся к категории «трудных» пациентов вследствие малой курбельности, а также особенностей поведения, что вызывает к ним негативное отношение врачей [9]. Выявление и квалификация соматоформных расстройств в условиях общемедицинской сети сопряжены со значительными сложностями [5]. Во многом это обусловлено спецификой клинических проявлений, охватывающих различные соматические и вегетативные функции, которые могут маскировать тревожные и депрессивные проявления [1, 2]. Следует учитывать, что врачи общесоматических учреждений (терапевты, неврологи и другие) в современных условиях не могут адекватно оценить психическое состояние пациента [4]. Здесь играют определённую роль предубежденность врача в констатации психического заболевания, фиксация внимания исключительно на соматических жалобах пациента, недостаточная осведомленность врача о клинике и диагностике психических расстройств [5]. В связи с этим особенно актуальным становится изучение особенностей проявлений соматоформных расстройств, что позволит врачам соматической сети дифференцировать соматические заболевания от невротических состояний и осуществлять адекватную терапевтическую поддержку.

Помимо дифференциально-диагностических вопросов, существует проблема терапии соматоформных расстройств, подходы к решению которой остаются неоднозначными. Ряд исследователей, исходя из невротического генеза расстройств, предлагают использовать психотерапевтические методики [8, 9, 12], другие авторы считают эффективными психотерапевтические методы лечения в сочетании с психофармакотерапией [7, 11].

Целью данной работы являлось определение дифференциально-диагностических критериев, позволяющих различить соматоформные проявления от соматических заболеваний и оценка эффективности и переносимости препарата сульпирид при лечении соматоформных расстройств.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе женского отделения пограничных расстройств БУЗОО «Клиническая психиатрическая больница им. Н. Н. Солодников». В исследовании приняли участие 31 пациент. Усредненные характеристики больных состави-

ли: средний возраст пациентов – $46,6 \pm 7,3$ года, средний возраст начала заболевания – $39 \pm 9,2$ года, средняя длительность заболевания – $8,5 \pm 3,1$ года. Согласно целям исследования, в выборку были включены пациенты, неоднократно обследовавшиеся у специалистов соматической сети в связи с соматическими жалобами и получавшие лечение, которое было неэффективным в течение длительного времени. В соответствии с критериями МКБ-10 у пациентов диагностировано соматоформное расстройство, в частности соматизированное расстройство ($n=17$; 54,8 %), соматоформная вегетативная дисфункция ($n=8$; 25,8 %), хроническое болевое расстройство ($n=6$; 19,4 %). Все пациенты курировались с момента поступления в психиатрический стационар и до выписки, что позволяло оценить динамику состояния.

Все пациенты обследовались у неврологов, терапевтов, эндокринологов и зачастую одновременно у нескольких специалистов. 51,6 % ($n=16$) больных лечились в соматическом стационаре, 100 % ($n=31$) – амбулаторно. У 19,3 % ($n=6$) обследуемых наблюдался незначительный и кратковременный эффект от терапии, у 80,7 % ($n=25$) соматотропная терапия была неэффективной. По поводу «соматического заболевания» были прооперированы 12,9 % ($n=4$) больных без положительных результатов. В 2 случаях операции были проведены по поводу пароксизмальной тахикардии (радиочастотная абляция пароксизмальной AV узловой тахикардии). 1 пациентка была прооперирована по поводу грыжи поясничного отдела позвоночника, другой выполнена диагностическая лапароскопия. Больные имели разную продолжительность амбулаторного и стационарного лечения в соматической сети до поступления в психиатрический стационар: от 3 до 6 месяцев – 41,9 % ($n=13$); от 1 до 1,5 лет – 32,3 % ($n=10$); 2 года – 16,1 % ($n=5$); более 3 лет – 9,7 % ($n=3$).

Клиническая оценка проводилась с использованием клинко-психопатологического метода. Для объективизации данных, а также оценки динамики в процессе лечения применялись шкала тревоги и депрессии Гамильтона, Шкала общего клинического впечатления (ШОКВ), симптоматический опросник Александра. Интервьюирование по шкалам проводилось до лечения, на 7-й, 14-й, 28-й, 42-й дни терапии. Выраженность заболевания (ШОКВ) и соматические нарушения (субшкала «соматические нарушения» опросника Александра) оценивались в начале и в конце терапии. Полученные результаты анализировались с помощью пакета статистических программ «Statistica 8.0» (критерий Уилкоксона и описательная статистика)

Результаты. У всех пациентов соматические жалобы были ведущими, но при тщательном расспросе отмечались также тревожные

и депрессивные проявления, не достигающие степени, позволяющей отнести их диагностическим рубрикам аффективных или тревожно-фобических расстройств. Сниженное настроение и тревогу пациенты связывали исключительно с проявлениями соматического страдания и беспокоеством о состоянии здоровья, причем осознавали сниженное настроение только 29 % ($n=9$) больных.

Соматоформные проявления отличались полиморфизмом и часто сочетались друг с другом. Среди них были выделены следующие симптомы: 1 – кардиоваскулярные ($n=17$; 54,8 %); 2 – алгические ($n=15$; 48,38 %); 3 – респираторные ($n=14$; 45,2 %); 4 – нейровегетативные ($n=12$; 38,7 %); 5 – гастроинтестинальные ($n=5$; 16,2 %).

Кардиоваскулярные симптомы ($n=17$; 54,8 %) были представлены тахикардией и лабильностью артериального давления. Тахикардия носила пароксизмальный характер у 58,8 % ($n=10$) пациентов, у 41,2 % ($n=7$) была постоянной. Больные описывали свои ощущения как «сердце бьется в горле», как ощущение, что сердце «выпрыгнет из груди», как чувство, «что сердце трепыхается». Практически во всех случаях вышеописанные симптомы сочетались с нарушениями со стороны органов дыхания. Они были представлены одышкой, ощущением нехватки воздуха, чувством, что легкие «не расправляются», ощущением сдавливания в груди, комка за грудиной. У всех пациенток тахикардия зависела от эмоционального состояния и сопровождалась кардиофобией. По времени возникновения тахикардия не была связана с физической нагрузкой, а при физической нагрузке лишь усиливалась. Частота сердечных сокращений в большинстве случаев ограничивалась 100–110 ударами в минуту при объективно регистрируемой тахикардии, редко достигала 150–160 ударов. В положении лёжа отмечали улучшение в своём состоянии лишь 17,6 % ($n=3$) пациентов. Пациенты с тахикардией имели подтверждение учащенного ритма на ЭКГ, но у них отсутствовали другие патологические изменения, несмотря на 2- и 3-летнее течение заболевания. У 23,5 % ($n=4$) больных ощущение тахикардии было субъективным и не регистрировалось объективными методами.

Среди других кардиоваскулярных симптомов следует отметить лабильность артериального давления. По нашим наблюдениям, подъем артериального давления происходил в эмоционально значимых для больного ситуациях, часто являлся реакцией пациента на соматический дискомфорт. Обследуемые сообщали, что давление нормализуется при приеме корвалола или феназепам.

Среди алгий ($n=15$; 48,38 %) наиболее часто встречались головные боли ($n=7$; 46,7 %); не-

сколько реже – кардиалгии и абдоминалгии (n=5; 33,3 % и n=3; 20 %). Головные боли отличались разнообразностью и по клиническим проявлениям были подразделены на два вида: головные боли напряжения (n=4; 57,1 %); психалгии (n=3; 42,9 %).

Головные боли напряжения имели четкую связь с эмоциональным напряжением и, как правило, возникали в период конфликтной ситуации или в течение нескольких часов после нее. По характеру их описывали как давящие, иногда сравнивали с ощущением «шапки, одетой на голову», или «обруча». Данные цефалгии имели наиболее частую локализацию в теменной, височной и затылочной областях, продолжались до нескольких часов и часто сопровождалась болями в глазах. Ни в одном из наблюдений не сопровождалась тошнотой и гиперестезией кожи головы. Больные их легко описывали и отмечали их исчезновение после приема корвалола или других седативных препаратов.

Головные боли, которые были отнесены к психалгиям, имели кратковременный характер в виде отдельных покалываний неопределенной локализации, которые возникали вне связи с какой-либо отрицательной ситуацией, появлялись внезапно, исчезали на несколько часов или дней. Эти боли практически не беспокоили пациента и сочетались с другими соматическими жалобами.

Абдоминальные боли (n=3; 20 %) были постоянными, тупого, ноющего характера, никогда не были схваткообразными или острыми, продолжались часы или дни. Алгии имели локализацию в области эпигастрия, и больные четко показывали место болей. У всех пациентов отсутствовала связь с приемом пищи, а также не было расстройств стула, тошноты. Абдоминалгии не сочетались с другими тягостными ощущениями со стороны органов брюшной полости, такими как чувство распирания, переливания. Все пациенты были фиксированы на патологических ощущениях и старались соблюдать диету. Спазмолитики у больных данной группы были неэффективны. В одном наблюдении в связи со стойкими жалобами на боли в животе больной была выполнена диагностическая лапароскопия, с помощью которой была окончательно исключена соматическая патология. В другом случае за 3-летний период пациенту было выполнено 28 ФГДС, 4 биопсии желудка в связи с постоянными жалобами на боль в эпигастрии.

Кардиалгии (n=5; 33,3 %) по характеру были ноющие или покалывающие, но не были давящими или острыми, схваткообразными или кинжальными. Во время «сердечных» болей пациенты испытывали тревогу, но никогда не занимали вынужденного положения. Кардиал-

гии во всех случаях зависели от эмоционального состояния пациента, а не от физической нагрузки, при которой, наоборот, болевые ощущения проходили. «Сердечные боли» имели разную продолжительность: от нескольких минут до нескольких часов или дней. Во всех случаях боли не иррадиировали, а имели четкую локализацию, и все пациенты могли точно указать их место, которое располагалось в районе левого соска. В положении лежа интенсивность болей не изменялась, они ослаблялись при беседе с врачом или с пациентами и усиливались в состоянии покоя, когда пациент оставался наедине с собой. Во всех случаях имела место патологическая фиксация на ощущениях с развитием кардиофобии. Прием нитратов не приводил к улучшению самочувствия. В качестве метода краткосрочной терапии эффективными были корвалол, феназепам, реланиум. У преобладающего большинства больных не было на ЭКГ изменений в виде депрессии сегмента ST. В одном наблюдении пациент имел диагноз стенокардии напряжения, однако больной четко различал стенокардитическую боль и «другую» боль в сердце и, соответственно, купировал их либо нитроглицерином, либо корвалолом или феназепамом.

Респираторные симптомы (n=14; 45,2 %) были представлены одышкой, которая имела в 100 % случаев связь с эмоциональным состоянием. У 64,3 % (n=9) пациентов в клинической картине наблюдались также и кардиалгии, появление которых не имело временной связи с респираторными симптомами.

В большинстве случаев пациенты четко указывали на затруднение вдоха, часть больных не могли определить затруднен ли у них вдох, либо выдох. Пациенты описывали одышку как чувство нехватки воздуха, ощущение, что легкие не расправляются, жаловались на неполноту вдоха. Лишь у одной пациентки одышка была постоянной, у остальных же она носила пароксизмальный характер. Во всех случаях одышка сопровождалась фиксацией на ритме дыхания, что приводило к постоянному контролю за его ритмом и глубиной. Одышка во всех наблюдениях отмечалась в покое и приводила к страху задохнуться, исчезала при отвлечении внимания и усиливалась при расспросе о ее характере. Чувство нехватки воздуха всегда отсутствовало в эмоционально позитивных ситуациях для больной. В период затруднения дыхания пациенты оставались активными, не занимали вынужденного положения. Примечательно, что прием корвалола или других успокаивающих средств полностью снимал респираторные симптомы. До обращения к психиатру все больные проходили лечение в кардиологическом или пульмонологическом отделениях, но без положительного эффекта.

Нейровегетативные симптомы ($n=12$; 38,7 %) были представлены головокружением, ознобом, потливостью и субфебрилитетом. Головокружение не являлось системным и описывалось как ощущение неустойчивости, чувство невесомости, «как будто земля уходит из-под ног». Оно носило постоянный характер у 16,6 % ($n=2$) пациентов, у 83,4 % ($n=10$) являлось пароксизмальным. Все больные сообщали о тягостном характере данных нарушений и страхе падения, который сопровождал каждый выход на улицу. Головокружение появлялось или усиливалось в общественных местах при большом скоплении людей и при выходе на улицу. Ощущение головокружения не воспроизводилось при провокационных пробах, не сопровождалось нистагмом. По поводу головокружения все обследуемые наблюдались и лечились у невролога, принимали сосудистые и ноотропные препараты, бетасерк, но без эффекта. На ЯМРТ головного мозга не регистрировалось никаких патологических изменений, и причиной головокружения считался остеохондроз шейного отдела позвоночника.

Гастроинтестинальные расстройства ($n=5$; 16,2 %) были представлены тошнотой и позывами на рвоту. Тошнота в основном наблюдалась в утренние часы, усиливалась при чистке зубов и сопровождалась позывами на рвоту. Отсутствовала связь с приемом пищи и, что характерно, тошнота никоим образом не влияла на аппетит. Пациенты, наоборот, отмечали ее уменьшение во время еды, а также после приема седативных средств или при отвлечении внимания. Тошнота возникала приступообразно, носила кратковременный характер и могла периодически появляться в течение всего дня. Кроме утренней тошноты пациенты жаловались на ее появление после конфликтных или неприемлемых для больного ситуаций или перед обстоятельствами, вызывающими нервное напряжение. При позывах на рвоту не наблюдалось гиперсаливации.

Таким образом, соматовегетативные симптомы имеют характерные признаки, которые позволяют дифференцировать их от схожих проявлений соматических заболеваний.

В отделении всем пациентам проводилась психофармакотерапия с использованием сульпирида (в исследовании использован сульпирид производства ОАО «Органика», г. Новокузнецк), который назначался в дозе от 50 мг до 200 мг в сутки в зависимости от переносимости.

Полный курс терапии закончили 24 (77,41 %) человека из 31. 5 пациентов были выведены из исследования в связи с лактацией, 2 отказались от приема сульпирида в связи с отсутствием эффекта в течение 2-недельной терапии. В процессе лечения сульпиридом отмечалась отчетливая положительная динамика уже в первую

неделю терапии, которая заключалась в снижении интенсивности алгий, уменьшении вегетативных проявлений, в частности со стороны кардиоваскулярной и респираторной систем. Пациенты сообщали о нормализации артериального давления, уменьшении одышки, снижении фиксации на ритме дыхания и частоте пульса. Сульпирид был особенно эффективным при купировании болевых ощущений различной локализации, особенно абдоминалгий и цефалгий, а также гастроинтестинальных проявлений – чувства дискомфорта в эпигастрии, тошноты и позывов на рвоту.

Для количественной оценки соматических симптомов, а также эффективности сульпирида использовался симптоматический опросник Александера, в частности субшкала «соматические нарушения», показатели которой для здоровых лиц составляют $14,8 \pm 3,8$. У обследуемого контингента средний балл по данной шкале до начала терапии сульпиридом составил $189 \pm 11,2$, а к концу 6-й недели лечения – $16,6 \pm 4,3$ ($p < 0,001$). По мере редукции соматовегетативных симптомов снижались озабоченность больных своим физическим состоянием, склонность к интроспекции. Помимо достаточно высокой эффективности в отношении соматоформной симптоматики, сульпирид приводил к редукции тревожных и депрессивных проявлений.

Оценка эффективности терапии сульпиридом депрессивных проявлений, сопровождающих соматоформные расстройства, выявила редукцию среднего балла по шкале депрессии Гамильтона с 1-й недели и в течение всего курса лечения, что составило 61,3 % ($p < 0,001$) на момент окончания исследования (рис. 1).



Рис. 1. Редукция среднего балла по шкале депрессии Гамильтона при терапии сульпиридом

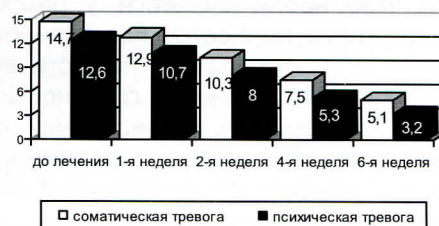


Рис. 2. Редукция среднего балла по шкале тревоги Гамильтона при терапии сульпиридом

Изучение динамики показателей по шкале тревоги Гамильтона при лечении сульпиридом показало уменьшение среднего балла, характеризующего соматическую и психическую тревогу, показатель редукиции которых на момент окончания терапии составил 65,3 % ($p < 0,001$) для соматической тревоги и 74,6 % ($p < 0,001$) – для психической тревоги в сравнении с исходными показателями в начале терапии (рис. 2).

Выраженность болезненных проявлений оценивалась по шкале общего клинического впечатления на начальном этапе терапии и на 6-й неделе лечения. Из 24 пациентов, закончивших исследование, до приема сульпирида у половины пациентов ($n=12$ 50 %) состояние соответствовало средней тяжести, у остальных 12 (50 %) человек – «тяжело болен». В конце лечения у 45,8 % ($n=11$) пациентов состояние было квалифицировано как «нормален, не болен», у 33,3 % ($n=8$) – «пограничное состояние», у 20,83 % ($n=5$) – «легко болен» (рис. 3).



Рис. 3. Тяжесть заболевания по ШОКВ до лечения и в конце терапии сульпиридом

Выводы. Таким образом, по результатам нашего исследования можно говорить о том, что соматоформные расстройства имеют, на первый взгляд, схожие проявления с соматическими заболеваниями, что приводит к проблемам диагностики, неправильному лечению, несвоевременной терапии соматоформных расстройств. Полученные результаты дают возможность выявить дифференциально-диагностические признаки, позволяющие отличить соматовегетативные проявления психического заболевания от подобных симптомов, являющихся признаком соматической болезни.

В качестве препарата, позволяющего купировать описанные соматоформные расстройства, сульпирид продемонстрировал высокую эффективность в отношении не только соматоформных проявлений, но и имеющих тревожно-депрессивных и ипохондрических расстройств. При наблюдающейся у рассматриваемой категории пациентов повышенной чувствительности к препаратам, легкости возникновения побочных явлений и склонности к интроекции завершение исследования подавляющим числом обследуемых свидетельствует о хорошей переносимости препарата и высоком комплаенсе при лечении сульпиридом.

Л и т е р а т у р а

1. Бобров А. С. Петрунько О. В., Иванова Л. А. Интегративная оценка депрессий, тревоги и соматоформных расстройств // Журн. неврологии и психиатрии. – 2007.

– № 5. – С. 24–31.
 2. Вейн А. М. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение. – М.: МИА, 2003. – 752 с.
 3. Истаманова Т. С. Функциональные расстройства внутренних органов при неврастении. – М.: Медгиз, 1958. – 262 с.
 4. Свядоц А. М. Неврозы (руководство для врачей). – СПб.: Питер Паблишинг, 1997. – 448 с.
 5. Сукиасян С. Г., Маргарян С. П., Манасян Н. Г. О сомато-психических соотношениях при депрессиях в первичном звене здравоохранения: соматическая и психическая депрессия (обзор литературы) // Рос. психiatr. журн. – 2007. – № 3. – С. 58–63.
 6. Arnold I. A., Speckens A. E., van Hemert A. M. Medically unexplained physical symptoms: the feasibility of group cognitive-behavioral therapy in primary care // J. Psychosom. Res. – 2004. – V. 57 (6). – P. 517–520.
 7. Egle U. T. Somatoform disorders – an update // Fortschr. Med. – 2005. – V. 147. – P. 4–6.
 8. Hollon S. D., Stewart M. O., Strunk D. Enduring effects for cognitive behavior therapy in the treatment of depression and anxiety // Annu Rev. Psychol. – 2006. – V. 57. – P. 285–315.
 9. Janca A, Isaac M. Towards better understanding and management of somatoform disorders // Int. Rev. Psychiatry. J Ventouras. – 2006. – V. 18 (1). – P. 5–12.
 10. MacDonald A. J., Bouchier I. A. Non-organic gastrointestinal illness: a medical and psychiatric study // Br. J. Psychiatry. – 1980. – V. 136. – P. 276–283.
 11. Mai F. Somatization disorder: a practical review // Can. J. Psychiat. – 2004. – V. 49 (10). – P. 652–662.
 12. Tazaki M., Landlaw K. Behavioral mechanisms and cognitive-behavioral interventions of somatoform disorders // Int. Rev. Psychiat. – 2006. – V. 18 (1). – P. 67–73.
 13. Ursin H. Sensitization, somatization, and subjective health complaints // Int. J. Behav. Med. – 1997. – V. 4 (2). – P. 105–116.