

Г.М. ДЮКОВА, д.м.н., профессор, ФППОВ ММА им. И.М. Сеченова

КОНВЕРСИОННЫЕ И СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА

В ОБЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Истерические неврологические и соматические симптомы нередко наблюдаются в клинической практике. До сих пор пациентов с данной симптоматикой относят к категории «трудных больных».

В статье представлена современная классификация истерических расстройств в соответствии с МКБ-10. Описаны типичные для истерии неврологические проявления: припадки, парезы, нарушения ходьбы и гиперкинезы. Выделены характерные особенности истерических симптомов, наблюдающихся в терапевтической практике. Приведены диагностические критерии для психогенных болей, особенности истерических желудочно-кишечных и дыхательных нарушений, психогенной лихорадки и геморрагических синдромов. Обсуждаются возможности фармако- и психотерапевтических подходов в лечении истерических синдромов.

Ключевые слова: истерия, психогенные припадки, эпилепсия, соматоформные расстройства

Конверсионные (истерические) расстройства в практике как невролога, так и терапевта являются одной из актуальных проблем, поскольку нередко обуславливают ошибочную диагностику и, соответственно, применение дорогих и сложных диагностических и лечебных процедур. Согласно последним статистическим данным, у невролога диагноз истерических (конверсионных) расстройств стоит на 6-м месте среди 20 самых частых диагнозов [1]. В неврологических стационарах количество больных с истерическими неврологическими расстройствами достигает 9% [2]. Данные о частоте истерии в общесоматической практике немногочисленны, однако можно предположить, что встречаемость ее не реже, а, возможно, и чаще, чем в неврологии.

НОЗОЛОГИЧЕСКИЕ РУБРИКАЦИИ

В настоящее время термин «истерия» практически исключен из всех классификаций и нозологических рубрик. В Международной классификации болезней 10 пересмотра [3] истерические нарушения находятся в классе расстройств, обозначенных

как «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (F4). Внутри него истерия группируется в 2 рубриках: 1) *диссоциативные (конверсионные) расстройства* (F44), в которую главным образом входят функциональные неврологические синдромы (ФНС), например припадки, параличи, гиперкинезы и пр., а также психогенные расстройства сознания (ступор, амнезии, трансы и т. д.); 2) *соматоформные расстройства* (F-45), т. е. истерические расстройства в соматической сфере: а) соматизированное расстройство (болезнь Брике) (F-45.0); б) ипохондрическое расстройство (F-45.2); в) соматоформная вегетативная дисфункция (F-45.3): сердца и сердечно-сосудистой системы (F-45.30), верхней части желудочно-кишечного тракта (F-45.31), нижней части желудочно-кишечного тракта (F-45.32), дыхательной системы (F-45.33), урогенитальной системы (F-45.34); г) хроническое соматоформное болевое расстройство (F-45.4).

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

В подавляющем большинстве случаев врач имеет дело с полисимптомной истерией – у 93% больных обнаруживается сочетание 2–3 и более истерических симптома, т. е. диагностика истерии при нали-

чий моносимптома требует большой осторожности и ответственности врача. Ключевыми для диагностики истерии являются функционально-неврологические симптомы (ФНС): пароксизмальные состояния (истерические припадки), истерические параличи и нарушения походки, нарушения зрения и движения глазных яблок, речи и голоса, гиперкинезы и пр., что делает эти синдромы особенно значимыми в диагностике истерии. Поскольку только в половине случаев они доминируют в клинической картине, то целенаправленное и активное выявление этих синдромов (в т. ч. и в анамнезе) существенно повышает достоверность диагноза истерии.

Диагностика истерии включает два этапа. Первый этап – это исключение органического происхождения симптома как на клиническом, так и на пара-клиническом уровнях. Второй этап заключается в установлении истерического характера симптома на основании его характерных особенностей, сочетания нескольких типичных симптомов, проведения необходимых тестов. Этот этап обозначают как **позитивную диагностику истерии**.

Знание типичных для истерии проявлений может помочь терапевту заподозрить либо диагностировать истерию. Начнем с краткой характеристики типичных истерических симптомов, наблюдаемых неврологом.

■ НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ИСТЕРИИ

Пароксизмальные состояния. Пароксизмы, возникающие у больных истерией, можно условно разделить на психогенные (истерические) припадки и панические атаки. Структура первых определяется главным образом истерическими неврологическими симптомами, среди которых наиболее очевидны двигательные феномены. В конечностях это – тонические спазмы с формированием разнообразных патологических поз в кистях и стопах; сгибательные и разгибательные движения в конечностях; крупноамплитудный тремор и неритмические подергивания; хаотические беспорядочные движения с разбрасыванием рук и ног. При этом часто наблюдаются полуповороты тела на правый и левый бок, выгибание тела («истерическая дуга»),

толчкообразные движения тазом. В припадке нередко отмечается запрокидывание головы, повороты ее из стороны в сторону, закатывание глаз вверх, спазмы мышц глаз, губ и языка, жевательных мышц (тризм) либо всей половины лица (псевдогеми-спазм). Наблюдаются стоны, мычание, режущий плач и смех, часто нарушается речь по типу мутизма, замедленности, растянутости либо псевдозаикания. Выраженность моторных проявлений припадка может варьировать от двигательной бури до ощущения напряжения в конечностях, судорожных сведений рук и ног, потребности в «выгибании

■ **Согласно последним статистическим данным, у невролога диагноз истерических (конверсионных) расстройств стоит на 6-м месте среди 20 самых частых диагнозов. В неврологических стационарах количество больных с истерическими неврологическими расстройствами достигает 9%**

тела». Однако припадки с двигательными феноменами встречаются относительно редко в практике терапевта. Чаще врач имеет дело с т. н. утратой сознания, или психогенной ареактивностью, которая может сопровождаться падением больного. Психогенные припадки дифференцируют прежде всего с эпилептическими припадками. В этих случаях диагностировать психогенный припадок помогают характерный рисунок моторных феноменов, значительная длительность припадка, и прежде всего утраты сознания (более 5–15 минут), активное сопротивление больного попыткам врача открыть глаза, а также эмоционально-экспрессивные феномены припадка (крики, стоны, слезы). Однако достоверный диагноз эпилептического припадка может быть поставлен только специалистом-неврологом с применением современных методов исследования (электроэнцефалография в момент припадка, видеозапись припадка, реакция на противосудорожные препараты).

Помимо эпилепсии необходимо помнить и о неэпилептических пароксизмах, среди которых

наиболее реальными являются обмороки и вегетативные кризы (панические атаки). Обмороки, в отличие от психогенных припадков, носят кратковременный характер и возникают в определенных ситуациях (духота, вертикальное положение, эмоции). Панические атаки нередко наблюдаются при истерии. Их особенностью является отсутствие страха в пароксизме и значительная частота ФНС (судорог; ощущения кома в горле, «утраты сознания», мутизма и пр.).

Парезы – один из самых частых истерических неврологических феноменов. Как правило, истерические двигательные расстройства сопровождаются снижением мышечного тонуса, отсутствием асимметрии рефлексов, отсутствием мышечных атрофий. Иногда наблюдается локальное напряжение мышц в сочетании с интенсивной болью и ограничением движений в верхней или нижней конечности. Позитивную диагностику существенно облегчает использование неврологом специфических диагностических проб и тестов, дифференцирующих психогенные и органические парезы [4].

Нарушения походки. Выделяют типичные варианты нарушений ходьбы: 1) псевдоатактическая походка с перекрестом ног («плетение косы»); 2) походка с волочением ноги; 3) походка с постоянным или периодическим подгибанием коленей. Клинический диагноз во всех случаях ставится неврологом и требует моделирования нестандартных ситуаций (ходьба с закрытыми глазами, на пятках и носках, тандемная, бег), при которых моторный рисунок становится еще более вычурным, а демонстративный характер моторики приобретает необходимую очевидность.

Истерические гиперкинезы. Дрожание является самой частой формой гиперкинеза при истерии. Оно может иметь любую локализацию и наблюдаться либо изолированно, либо в сочетании с другими типами психогенных гиперкинезов. Выделяют характерные особенности истерического тремора: одновременно обнаруживаются признаки тремора покоя, постурального тремора и тремора действия; выявляется несоответствие между выраженностью тремора и сохранностью

функций конечности, например письма; характерно внезапное эмоциогенное начало, непрогрессирующее течение, спонтанные ремиссии, неподатливость лекарственному лечению при положительном эффекте психотерапии и плацебо.

В структуре психогенных зрительных и глазодвигательных расстройств типичными являются: концентрическое сужение полей зрения, выявляемое при периметрии окулистом, сужение глазной щели (блефароспазм), двоение, сохраняющееся при взгляде одним глазом и др.

Несомненно, диагностика неврологических проявлений истерии должна осуществляться неврологом, однако обнаружение терапевтом в момент осмотра или выявление в анамнезе вышеперечисленных симптомов позволит предположить истерическое происхождение и соматических симптомов, о которых речь пойдет далее.

■ Парезы – один из самых частых истерических неврологических феноменов. Как правило, истерические двигательные расстройства сопровождаются снижением мышечного тонуса, отсутствием асимметрии рефлексов, отсутствием мышечных атрофий

■ СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Известно, что симптомы истерии многообразны и могут проявляться в различных сферах. Обычно на прием к терапевту больные истерией приходят с жалобами на боли в разных частях тела, нарушение дыхания, повышение температуры, тошноту, рвоту, ощущение кома в горле и пр.

Болевые синдромы занимают основное место среди истерических симптомов, встречающихся в практике терапевта. Большинство больных истерией, как правило, в качестве первой жалобы сообщают о болях в голове, шее, позвоночнике, межлопаточной области, руках, ногах и т. д. Однако пока не существует признаков, позволяющих однозначно

говорить о психогенном характере локальных болей. Критериями психогенных болей являются:

- множественная локализация боли;
- высокая интенсивность боли по ВАШ;
- диссоциация интенсивности боли и степени дискомфорта, который больной испытывает;
- связь боли с психогенными неврологическими симптомами по времени и локализации;
- наличие болевого поведения в виде: стонов, болевых гримас и жестов, использование дополнительных приспособлений (ношение «шапочки», воротника, корсета, использование палки или костыля);
- характерные особенности личностной структуры: депрессивность и социальная зависимость, пассивно-агрессивные черты, демонстративность, преобладание лиц, связанных с медицинской профессией;
- признаки социальной инвалидизации: частые обращения к врачу и вызовы скорой помощи, частые госпитализации, группа инвалидности, частая связь дебюта боли с физической травмой.

Истерические дыхательные расстройства представлены прежде всего гипервентиляционным синдромом (ГВС), в котором выделяют 4 варианта дыхательных расстройств [5]: 1) *синдром пустого дыхания*, когда больные ощущают неудовлетворенность вдохом или нехватку воздуха, «воздушный голод», «недостаток кислорода» в окружающей среде. При этом дыхание осуществляется свободно, поскольку отсутствует препятствие для прохождения воздуха, однако больные постоянно открывают форточки, заботятся о свежем воздухе, любые эмоциональные факторы и физическая нагрузка усиливают ощущение нехватки воздуха; 2) *ощущение неполноценной работы органов дыхания*, когда больные фиксированы на регулярности ритма дыхания, боятся его остановки, утраты автоматизма дыхания; 3) *синдром затрудненного дыхания* – больные при этом ощущают затруднения дыхания из-за внутреннего «препятствия» потоку воздуха, жалуются на «ком в горле», «стягивание, сдавление горла», «скованность, зажатость грудной клетки», невозможность совершить глубокий вдох. Больные выглядят напряженными, беспокойными, взгляд

тревожен, с призывом к помощи; 4) *гипервентиляционные эквиваленты* – это ощущение сухости в горле, першения, нередко с периодическим покашливанием, сухой кашель, сопение или шмыгание носом, повторяющиеся глубокие вздохи, «охи» и «ахи», повторная неудержимая зевота и, наконец, атипичная бронхиальная астма.

Наиболее яркими и драматическими являются гипервентиляционные кризы. Характерным симптомом в начале криза является нарушение дыхания, которое больные описывают так: «перестал поступать воздух», «сдавило шею или грудную клетку», «вдруг перехватило горло», «появился ком в горле, мешающий дышать» и т. д. Ощущение удушья в начале приступа приводит к беспокойству, тревоге и страху смерти из-за «затруднений» дыхания. Особенно «угрожающими» и «пугающими» больных являются ощущения со стороны нервной системы – это, во-первых, головокружение, ощущение легкости в голове, нереальности окружающего мира, предобморочное состояние, обмороки, а во-вторых – появление парестезий в периоральной области, языке, руках и ногах и ощущение сжатия, сдавления и судорожных сведений в конечностях. В структуре приступа часто появляется ознобоподобное дрожание, симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта: вздутие живота, аэрофагия, боли в животе. В конце приступа, как правило, возникает полиурия, может быть жидкий стул. Эмоциональные проявления закономерно сопровождают гипервентиляционный криз. Помимо страха удушья, выраженность которого обычно максимальна и сопоставима по интенсивности с паникой, больные ощущают тревогу и беспокойство по поводу возможности «потери сознания», страх «сойти с ума», «потерять контроль», ощущение, что «что-то взорвется в теле», иногда могут быть взрывы плача и смеха.

У больных с ГВС часто наблюдаются смешанные истеро-тревожные расстройства, и тогда в приступе, на фоне панического страха могут появиться истерические симптомы – «истерическая дуга», судороги в конечностях, «утрата сознания» и пр.

Объективно при ГВС обнаруживают постоянное нарушение паттерна дыхательного цикла: в отличие от здоровых людей, у которых длительность

вдоха относится к длительности выдоха как 1:2, у больных ГВС вдох в 2 раза длиннее выдоха.

Помимо ГВС в качестве наиболее драматических истерических синдромов в дыхательной сфере описывают психогенный стридор (двигательные нарушения голосовых связок) [6]. Такие больные обычно составляют контингент отделений легочной патологии, неотложной помощи или реанимации. Причиной поступления такого рода больных может быть атипичная клиническая картина болезни, резистентность к традиционной терапии либо urgentный характер дыхательных расстройств. Психогенный стридор – это истерический синдром, проявляющийся острой обструкцией (стенозом) верхних дыхательных путей. У больных наблюдается хрипяще-свистящее, затрудненное, сдавленное дыхание. Обычно стридор инспираторный. При диагностических исследованиях (осмотре гортани и ларингоскопии) обнаруживают патологическое смыкание (аддукцию) истинных и ложных голосовых связок в момент вдоха и нормальную их экскурсию во время выдоха при нормальном анатомическом строении дыхательных путей. Сатурация кислородом никогда не падает до патологических значений.

Картина острой дыхательной недостаточности ориентирует врача на неоправданные urgentные процедуры – трахеальную интубацию, трахеотомию и наложение трахеостомы. Нередко такие больные находятся на длительной кортикостероидной терапии.

Анамнестически обычно выявляются стрессовые ситуации, предшествующие дебюту дыхательных расстройств, повторные эпизоды афонии, дисфонии, диспноэ и апноэ либо утраты сознания. Адекватная психотерапия позволяет успешно купировать этот синдром. Дифференцировать необходимо со стридором органической этиологии, связанным с инородным телом или отеком гортани.

■ ИСТЕРИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Ком в горле. Ощущение «кома в горле» традиционно считают прерогативой истерии, не случайно его называют *Globus hystericus*. У здоровых людей

ощущение «кома в горле» часто сопровождается повышенной эмоциональностью. По данным статистики, в популяции эпизоды «кома в горле» встречаются у 6% женщин; на приеме у врача общей практики до 8% больных жалуются на подобные ощущения. Согласно нашим данным, 60% больных истерией на протяжении жизни периодически испытывали чувство «кома в горле» [7]. Обычно этот симптом встречается в качестве стигмы задолго до дебюта болезни, однако сами больные, как правило, не связывают его с эмоциональным напряжением.

Больные обычно жалуются на «ощущение инородного предмета (комка, кол) в горле», «чувство дискомфорта в горле», «постоянное желание что-то проглотить» и др. Ощущение «кома в горле» может быть изолированным (у 20% больных) или сопровождаться другими симптомами (80%), в частности неврастеническими (слабость, головные боли, раздражительность, нарушение сна) или ФНС.

У ряда больных ощущение «кома в горле» может сопровождаться нарушениями дыхания и глотания. Современные исследования, включающие изучение анатомических и функциональных особенностей верхних отделов дыхательной и пищеводной систем, выявили широкий спектр изменений, способных вызвать ощущение «кома в горле». Чаще всего обнаруживают моторные нарушения в глотке, глоточно-гортанном сфинктере и пищеводе. С этой целью прежде всего используют: 1) рентгенографию с барием; 2) видеокинематографию; 3) эндоскопические методы (ларинго-, эзофаго- и гастроскопия); 4) 24-мониторинг pH; 5) манометрию глотки и пищевода. Наряду с физическими причинами обсуждается роль психологических факторов, выявляются депрессивные и тревожные расстройства. У больных истерией «ком в горле» является одним из симптомов полисиндромной истерии. Активное выявление других ФНС, связь дебюта и обострений болезни с психогенными факторами, эффективность психотерапии и психофармакотерапии подтверждают психогенный генез ощущения «кома в горле».

В плане дифференциального диагноза исключают органические заболевания, приводящие к возникновению данного синдрома. Спектр таких забо-

леваный достаточно широк и включает соматические (эзофагит, гастро-эзофагальный рефлюкс, грыжа пищевода, антральный гастрит и др.), неврологические (остеохондроз шейного отдела позвоночника, нейрогенная тетания, поражение верхнего гортанного нерва, нервно-мышечные заболевания, мышечная дистония и т. д.), эндокринные (патология щитовидной железы), оториноларингологические (заболевания глоточных миндалин, гортани), онкологические (доброкачественные и злокачественные опухоли гортани и глотки), чисто механические причины (сдавление обызвествленной криоларингеальной связки, инородное тело, врожденные стриктуры пищевода).

■ Помимо ГВС в качестве наиболее драматических истерических синдромов в дыхательной сфере описывают психогенный стридор (двигательные нарушения голосовых связок). Такие больные обычно составляют контингент отделений легочной патологии, неотложной помощи или реанимации

Рвота, тошнота, отрыжка. С точки зрения психоанализа, тошнота и рвота являются классическими симптомами отвержения, неприятия какой-либо ситуации. В детстве нередко ребенок рвотой реагирует на неприятную или нежелательную ситуацию. У больных истерией в качестве самостоятельного симптома рвота не характерна, значительно чаще ощущение тошноты и эпизодическая рвота наблюдаются в структуре полисиндромной истерии. Нередко в этих случаях тошнота и рвота сопутствуют «тяжелым» головным болям. Если по настоятельной просьбе врача больной «пытается преодолеть» свой дефект (например, встать при слабости в ногах или пройти несколько шагов при наличии астазии-абазии), то в этот момент может внезапно появиться тошнота, а иногда и рвота. Повторная, иногда каскадная отрыжка может включаться в структуру истерического припадка.

Псевдогравидарный синдром (Синдром Альвареса), или синдром функционального растяже-

ния мышц живота, приводящий к увеличению и выпячиванию живота вперед. В этих случаях в течение нескольких минут происходит увеличение живота до размеров 6–8-месячной беременности. Течение может быть интермиттирующее или хроническое. Под нашим наблюдением находилась пациентка 46 лет, у которой в момент истерического припадка в течение 15 минут живот увеличивался до размеров 6-месячной беременности и после окончания приступа самопроизвольно опадал. Суть синдрома заключается в изменении напряжения в мышцах живота в сочетании с гиперлордозом, что и обуславливает выпячивание живота. Способствовать увеличению живота может и аэрофагия, при этом в конце приступа может возникнуть каскадная отрыжка.

■ ИСТЕРИЧЕСКИЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

Вероятно, наиболее драматическими проявлениями истерии являются геморрагические синдромы. Еще в Средние века описывали кожные кровоизлияния в виде экхимозов, или геморрагических пузырей, у т. н. «стигматизированных». В литературе имеются описания кровохарканья, «кровоавого пота», когда кровь каплями выступала на поверхности кожи ладоней и стоп, в области сердца и лба, описан синдром кровавых слез.

Геморрагический синдром при истерии может проявляться: 1) болезненными или безболезненными спонтанными синяками (часто на одной стороне тела или в области истерического паралича, возможно появление синяков непосредственно после истерического припадка); 2) эпизодами кровохарканья (при детальном исследовании в таких случаях находят в стул свежие эритроциты, что позволяет говорить о механизме геморрагии *per diapedesin*) [8]; 3) кровотечениями из различных органов (носа, ушей, глаз, маточные и др.). В ряде случаев трудно исключить искусственный характер синдрома. В современной литературе описано около 50 наблюдений истерических геморрагических нарушений под общим термином «психогенная пурпура», или «синдром «аутоэритроцитарной сенситизации» [9]. Детальные исследования, как правило, обнаруживают нормальные коагуляцион-

ные механизмы. Характерной является позитивная реакция (появление типичных гематом) при внутривенном введении собственной эритроцитарной стромы. В качестве психологических механизмов рассматривают аутоагрессию. Психотерапевтические воздействия могут блокировать как появление геморрагического синдрома, так и реакцию на введение эритроцитов.

Нарушение терморегуляции. Психогенные нарушения терморегуляции в клинической практике – хорошо известный факт. Подчеркивается хорошая переносимость даже фебрильной лихорадки, несоответствие температуры и частоты пульса, а также отсутствие изменений при параклинических исследованиях.

Среди психогенных лихорадок выделяют следующие варианты [10]:

- гипертермия эмоционального напряжения;
- гипертермия при неврозах;
- истерическая гипертермия;
- симулятивная гипертермия.

У больных истерией наблюдаются как перманентные длительные периоды субфебрильной температуры, так и кратковременные подъемы до фебрильных цифр. Среди обследованных нами 50 больных истерией 22 пациента (44%) сообщали об эпизодах субфебрильной температуры [7]. По данным А.Д. Соловьевой, повышение температуры (до 40–42 °С) нередко наблюдается при истерических припадках [11].

Ложная или искусственно вызываемая лихорадка может быть связана с симуляцией, т. е. намеренным вызыванием симптома с четко осознанной целью (например, избежать призыва в армию, судебного преследования и т. д.), или с симулятивным расстройством (т. н. синдромом Мюнхгаузена), когда основным проявлением патологии является присвоение себе «роли больного». Первая ситуация обычно рассматривается в рамках медико-правовых норм, вторая – в рамках психического заболевания. В обоих случаях ложная температура может быть обусловлена манипуляциями с термометром (подталкивание ртути в термометре, нагревание его о грелку, батарею, манипуляции с температурным листом и пр.), приемом иода (на сахаре или нане-

сение на кожу или слизистые оболочки), введении под кожу или в мочевые пути пирогенных веществ. Среди таких пациентов высок процент людей, так или иначе связанных с медицинской профессией (медсестры, санитарки, студенты-медики, врачи). Для уточнения искусственного характера лихорадки рекомендуется:

- обращать внимание на несоответствие температуры тела и частоты пульса, а также на удовлетворительное состояние больного;
- осмотреть кожные покровы с целью обнаружения следов инъекций, инфильтратов от введения лекарств;
- опросить соседей по палате на предмет того, как измеряет больной температуру: принимает ли дополнительно какие-либо лекарства, не выходит ли из палаты незадолго до измерения температуры;
- измерять температуру в присутствии персонала в обеих подмышечных впадинах, делать это внезапно, не в отведенное для этого время, одновременно измерить оральную и ректальную температуру или своим термометром измерить температуру в свежей порции мочи.

Во всех случаях психогенной гипертермии в первую очередь должны быть исключены инфекционные, опухолевые, иммунологические заболевания, системные заболевания соединительной ткани, демиелинизирующие процессы, интоксикации и пр.

Вегетативные расстройства, связанные с истерическим дефектом. Возможности использования «языка тела» у пациентов с истерией уникальны. У больных с выраженными и персистирующими психогенными дефектами (псевдопараличи, спячки) нередко обнаруживают стойкое повышение артериального давления, субфебрильную или фебрильную температуру, стабильную тахикардию, которые спонтанно проходят при разрешении функционального неврологического дефекта. На стороне псевдопареза иногда наблюдаются выраженные вегетативно-трофические изменения – похолодание кожи, цианоз, мраморность рисунка. Описан психогенный вариант комплексного регионарного болевого синдрома (КРБС) с вегетативно-трофическими расстройствами (отечностью и остеопорозом) [12, 13].

■ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ИСТЕРИЕЙ

Лечение больных истерией остается одной из наиболее трудных проблем, в значительной степени это связано с «условной желательностью» и «вторичной выгодой» от симптома. Именно поэтому в ведении подобных больных используется тактика «сохранения лица», т. е. с больным не обсуждается психогенный аспект его заболевания. Терапевтическая тактика предусматривает психотерапевтические воздействия и психофармакологическую терапию.

Медикаментозная терапия соматоформных расстройств включает в себя две группы препаратов: антидепрессанты и нейролептики.

Антидепрессанты

В 1998 г. Fishbain с соавт. провели метаанализ рандомизированных плацебо-контролируемых исследований эффективности антидепрессантов при психогенных болевых синдромах. Из 155 публикаций были отобраны 11 исследований, которые соответствовали условиям анализа. Результаты анализа показали, что у этой категории больных антидепрессанты снижают интенсивность боли достоверно больше, чем плацебо [14].

В другом исследовании (Heinemann A.C., 2003) показана достоверно большая эффективность антидепрессантов при лечении больных с соматоформными болями, у которых боль являлась ведущим синдромом (89 пациентов), в отличие от больных, где ведущими были ФНС (185 пациентов), а боль была сопутствующим расстройством. Следует отметить, что в первой группе достоверно чаще были представлены депрессивные расстройства, как манифестные, так и ларвированные, или скрытые [15].

Широкий ассортимент антидепрессантов сегодня позволяет выбирать препарат в зависимости от спектра его побочных действий, дополнительных эффектов (стимулирующего или седативного действия), влияния на аномальные поведенческие паттерны. Актуальными остаются трициклические антидепрессанты (амитриптилин), препараты группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) – флуоксетин, пароксетин,

сертралин, флувоксамин, эсциталопрам, а также селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН) – дулоксетин, венлафаксин, милнаципран.

Нейролептики

Врачам общей медицинской практики хорошо известна эффективность малых нейролептиков (рисперидон, тиоридазин, алимемазин) в лечении самых различных симптомов. Эффективность нейролептиков связана с их воздействием на различные биохимические структуры центральной и периферической нервной системы, в результате чего реализуются множественные эффекты: дофамин-блокирующий, серотонин-стимулирующий, адрено- и холинолитический и антигистаминный. Столь разнообразный спектр активности нейролептиков обуславливает их широкое применение в самых разных областях медицинской практики. Их широко используют в гастроэнтерологии для лечения функциональных желудочно-кишечных расстройств, в т. ч. и в качестве противорвотных препаратов, в дерматологии для лечения «зудящих дерматозов», применяют как противоаллергические, вестибулолитические, вегетостабилизирующие и снотворные средства [16].

■ Лечение больных истерией остается одной из наиболее трудных проблем, в значительной степени это связано с «условной желательностью» и «вторичной выгодой» от симптома

Более 50 лет малые нейролептики используют в психиатрии и неврологии для терапии т. н. непсихотической тревоги или расстройств невротического уровня [17, 18]. Основой психотропного действия нейролептиков является их дофамин-блокирующее действие в мезолимбических и мезокортикальных дофаминергических системах. Однако при этом они не вызывают тяжелых побочных эффектов в виде ятрогенной гиперпролактинемии и экстрапирамидной недостаточности, наблюдаемых при назначении больших нейролептиков.

Нейролептики являются средством выбора в лечении поведенческих нарушений при пограничных личностных расстройствах и, в частности, при истерических расстройствах личности. В этом контексте наблюдаемые при истерии функционально-неврологические и соматические симптомы в сочетании с аффективной напряженностью, раздражительностью, вспыльчивостью, неустойчивостью настроения, импульсивностью и двигательным беспокойством в большей степени реагируют на применение нейролептиков, чем транквилизаторов. Помимо этого, малые нейролептики в сочетании с антидепрессантами успешно используют в купировании тревожных и депрессивных расстройств. Наиболее эффективно сочетанное применение антидепрессантов и нейролептиков, особенно в

случае сочетания функционально-неврологических симптомов с болевыми, сенестопатическими, ипохондрическими и тревожно-депрессивными синдромами. Следует отметить, что нередко больные истерией плохо переносят транквилизаторы, поэтому в случае необходимости седативного эффекта возможно применение нейролептиков с седативным, а при нарушениях сна – и с гипнотическим действием.

Таким образом, истерические (соматоформные) расстройства сегодня не являются редкостью в общей медицинской практике. Их своевременная диагностика и адекватная комплексная психофармакотерапия, особенно на ранних сроках заболевания, могут обеспечить существенный терапевтический эффект.



ЛИТЕРАТУРА

1. Perkin G. An analysis of 7836 successive new outpatient referrals // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. 1989. №52. P. 447–448.
2. Lempert T, Dieterich M., Huppert D., Brandt T. Psychogenic disorders in neurology: frequency and clinical spectrum // Acta Neurol. Scand. 1990. V. 82. P. 335–340.
3. МКБ-10/ICD-10 Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. Всемирная организация здравоохранения, Россия. СПб.: Оверлайд, 1994. С. 303.
4. Дюкова Г.М. Основные принципы диагностики истерии в неврологии. Избранные лекции. Эйдос-Медиа, 2006. С. 316–337.
5. Вейн А.М., Молдовану И.В. Нейрогенная гипервентиляция. Кишинев: Штиинца, 1988. С. 182.
6. Lacy T.J., McManis S.E. Psychogenic stridor. Review // Gen. Hosp. Psychiatry. 1994, May. №16(3). P. 213–223.
7. Дюкова Г.М. Клинико-экспериментальное исследование вегетативной нервной системы при неврозах. Дисс. ... к.м.н. М., 1977. 158 с.
8. Родштат И.В., Андреев В.Л., Водолагин В.Д., Варрик Л.Д. К вопросу о геморрагических и некоторых висцеральных проявлениях при невротических синдромах // Советская медицина. 1974. № 8. С. 65–68.
9. Ratnoff OD The psychogenic purpura: a review of autoerythrocyte sensitization, autosenesitization to DNA, «hysterical» and factitial bleeding, and the religious stigmata // Semin Hematol. 1980, Jul. 17. №3. P. 192–213.
10. Воробьев П.А. Лихорадка без диагноза. М.: Ньюдиамед, 2008. 80 с.
11. Соловьёва А.Д. Нарушение терморегуляции // Вегетативные расстройства. Клиника, диагностика, лечение / под ред. А.М. Вейна. МИА, 1998. С. 291–299.
12. Rodriguez-Moreno J, Ruiz-Martin J.M., Mateo-Soria L., et al. Munchausen's syndrome simulating reflex sympathetic dystrophy // Ann. Reum. Dis. 1990. №49. P. 1010–1012.
13. Дюкова Г.М., Алексеев В.В. Психогенная дистрофия, протекающая как комплексный региональный болевой синдром 1-го типа // Боль. 2006. № 2. С. 19–24.
14. Fishbain D.A., Cutler R.B., Rosomoff H.L., Rosomoff R.S. Do antidepressants have an analgesic effect in psychogenic pain and somatoform pain disorder? A meta-analysis // Psychosom-Med. 1998, Jul-Aug. №60(4). P. 503–509.
15. Heinemann A.C. Klinischer und diagnostischer Stellenwert von Schmerzsymptomen bei 274 Patienten einer neurologischen Universitätsklinik mit psychogenen Symptomen. 2003.
16. Ибрагимов Д.Ф. Алимемазин во врачебной практике // Журн. неврол. и психиат. 2008. №108(9). С. 76–78.
17. Немчин Т.А., Тупицын Ю.Я. Опыт лечебного применения Тералена в клинике неврозов // Вопросы психиатрии и невропатологии. 1965. №11. С. 218–230.
18. El-Khaya R, Baldwin D. Antipsychotic drugs for non-psychotic patients: assessment of the benefit/risk ratio in generalized anxiety disorder // Journal of Psychopharmacology. 1998. Vol. 12. №4. P. 323–329.
19. Акарачкова Е.С. К вопросу диагностики и лечения психовегетативных расстройств в общесоматической практике // Лечащий врач. 2010. №10. С. 2–7.