

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Балукова Е.В.

Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова

Опыт работы клиницистов разных направлений медицины, отраженный в публикациях последнего десятилетия, указывает на возрастание частоты психических расстройств у пациентов общесоматической сети. Тревножно-фобические расстройства являются одним из наиболее часто встречающихся вариантов пограничной психической патологии. Их распространенность среди населения колеблется от 0,6 до 2,7% [11]. Каждый четвертый житель планеты хотя бы раз в жизни перенес то или иное тревожное расстройство, а заболеваемость ими составляет 17,7% в год. Актуальность вопросов, связанных с диагностикой и лечением тревожных состояний, определяется в первую очередь широкой распространенностью данной группы расстройств как в структуре психической патологии, так и в качестве коморбидного симптомокомплекса большинства соматических заболеваний. Тревножно-фобические расстройства имеют под собой серьезную генетическую основу: страдающие агорафобией имеют до 20% родственников с подобным расстройством, а для генерализованного тревожного расстройства (ГТР) характерна конкордантность 50% у однояйцовых и 15% у разнотайцовых близнецов [12]. При этом практический опыт свидетельствует, что, несмотря на выраженный дезадаптирующий характер тревоги, большинство пациентов не получают специализированной помощи либо лечатся неэффективно. В этой связи диагностика и адекватная терапия состояний с ведущим тревожным аффектом в последние годы приобрели особое значение.

На сегодняшний день не вызывает сомнения, что тревога принимает участие в патогенезе многих соматических расстройств (гипертонической болезни, стенокардии, инфаркта миокарда, цереброваскулярных нарушений, онкологических заболеваний, бронхиальной астмы и др.) и существенно осложняет их течение и прогноз. Считается, что в своей обычной практике терапевт хотя бы раз в день сталкивается с больным с тревожным расстройством. Проблема тревожно-депрессивных состояний имеет прямое отношение и к заболеваниям желудочно-кишечного тракта. Это факт становится сегодня

все более очевидным как для психиатров, так и для гастроэнтерологов и терапевтов. От 40 до 60% больных, поступающих в гастроэнтерологические стационары, страдают депрессивными и тревожными расстройствами [4]. Патологическая связь тревоги с патологией желудочно-кишечного тракта достаточно ясна. Как известно, одним из основных патологических процессов при тревожных расстройствах является дисбаланс вегетативной нервной системы с активацией симпатического отдела, что создает предпосылки для возникновения моторных расстройств гастроинтестинальной системы, а также стабилизации нейрогуморальных и местных нарушений [12]. Наиболее часто тревожные расстройства встречаются у пациентов с функциональной патологией ЖКТ — гастроэзофагеальным рефлюксом, синдромом раздраженного кишечника (СРК), дискинезией желчных путей.

По мнению многих исследователей, ГЭРБ относится к заболеваниям пищевода, в патогенезе которого важную роль играют психогенные факторы. При этом их роль существенно возрастает при эндоскопически негативной форме заболевания и функциональной изжоге [18]. По некоторым данным, стресс усиливает восприятие симптомов заболевания. Стресс приводит к снижению порога восприятия и увеличивает интенсивность восприятия экспозиции кислоты в пищеводе независимо от степени повреждения слизистой оболочки. Вследствие этого у части больных даже при низкой интенсивности раздражающих стимулов появляются изжога и загрудинные боли [22]. Депрессивные и тревожные расстройства у данной категории больных встречаются в 64,6% случаев и являются провоцирующим фактором заболевания [3]. В некоторых исследованиях показано, что частота гастроэзофагеальных рефлюксов (общее время с рН в пищеводе ниже 4 единиц рН, продолжительность самого длительного рефлюкса), а также жалобы больных коррелируют с уровнем тревожно-депрессивных расстройств [1]. Причем данные показатели не соотносятся с выраженностью эндоскопических проявлений ГЭРБ. У пациентов с эндоскопически негативной формой

заболевания в 85% случаев отмечаются повышенные уровни тревожности, склонность к дистимии. При этом тревогу можно рассматривать как фактор уязвимости личности к факторам эмоционального стресса и как один из основных психологических механизмов хронизации ГЭРБ [8]. Кроме того, известно, что пациенты с тревожными расстройствами на фоне ГЭРБ достоверно чаще, чем больные изолированной формой заболевания, предъявляя жалобы на изжогу, кашель и дисфагию [17].

В гастроэнтерологической практике давно известно сочетание язвенной болезни с повышенным уровнем тревоги. Показано, что повышенная тревожность является единственной исходной характеристикой, позволявшей прогнозировать неудовлетворительное заживление язвенного дефекта в ходе терапии. В Национальном исследовании коморбидности (8000 обследованных) наличие генерализованного тревожного расстройства (ГТР) повышало риск язвенной болезни в 2,2 раза, при этом число симптомов ГТР главным образом коррелировало с наличием язвенной болезни. В этом исследовании была выявлена и обратная зависимость: язвенная болезнь оказалась единственным соматическим заболеванием, повышающим риск ГТР (в 2,8 раза) [23].

Изучение личностных особенностей больных язвенной болезнью определяет как наиболее частое их качество повышенную эмоциональную возбудимость и склонность к эмоциям опасения, тревоги и страха. Проведенные исследования позволяют определить больных ЯБ как лиц с достаточно высоким уровнем тревожности, внутренней эмоциональной лабильностью и неуравновешенностью, что свидетельствует о напряжении адаптационных механизмов [24]. В работах Л.Д. Фирсовой отмечается, что тревожно-фобические реакции чаще выявляются при манифестации заболевания и развиваются на фоне ипохондрического состояния, в то время как частота депрессивных расстройств нарастает по мере увеличения длительности язвенной болезни [15]. Характерный для больных ЯБ высокий уровень тревожности, внутренней напряженности, беспокойства, повышенной раздражительности сопровождается нарушением межличностных отношений, снижением социальной адаптации и качества жизни. Установлено, что значительная социально-психологическая дезадаптация с психосоматическими расстройствами и высокой тревожностью характерна для больных ЯБ независимо от локализации язвенного дефекта [6, 7].

Результатом многолетнего изучения патогенеза СРК стало признание значительной роли личностных особенностей пациентов. К таким особенностям относятся неспособность отличать физическую боль и эмоциональные переживания, трудности в словесной формулировке своих ощущений, высокий уровень тревоги и страха, тенденция к переносу эмоционального стресса в соматические симптомы.

Согласно литературным данным, отклонения в психической сфере регистрируются у 54–100% из всех обратившихся за медицинской помощью пациентов с СРК [21]. Они являются причиной обострения симптомов СРК и неблагоприятно влияют на прогноз заболевания [19, 20]. Около половины пациентов с СРК отмечают появление психических расстройств до начала абдоминальных симптомов, у другой половины больных начало тревожных и депрессивных расстройств совпадает с дебютом кишечной симптоматики [19]. Психические расстройства оказывают влияние на тяжесть клинических проявлений СРК — абдоминальной боли, диареи и вздутия живота. Патогенетические связи между повышенной тревогой и измененной моторикой кишечника многочисленны; очевидную роль играют центральные норадренергические системы и кортиколиберин. Признаки тревожного личностного расстройства выявляются у 19–61% больных с СРК [12]. До 40% пациентов с СРК имеют ГТР, и наоборот, до 50–88% больных с ГТР страдают СРК. Наличие ГТР значительно ухудшает результаты лечения СРК. По некоторым данным, на ранних стадиях СРК доминирует тревога, а на более поздних — депрессия [14].

Наиболее выраженный комплекс психических расстройств имеют больные СРК с преобладанием обстипаций, наименьший — с алгическим вариантом, промежуточный — с диарейным синдромом. При этом у больных с обстипационным вариантом преобладают депрессивные, дереализационные, ипохондрические, ананкастические, сексуальные расстройства, диссомнические расстройства; при диарейном варианте — тревожно-фобические, обсессивные расстройства, нарушение социальных контактов; при алгическом синдроме отмечается высокий уровень невротизации, аффективной напряженности и лабильности [2]. В ряде исследований представлено, что показатели личностной тревожности преобладают у пациентов с диарейным синдромом, причем структура тревожности в этом случае формируется в основном за счет таких компонентов, как эмоциональный дискомфорт, социальные реакции защиты. При обстипационном и болевом варианте заболевания — за счет астенических, фобических компонентов и тревожной оценки перспективы [2, 9]. Показатели ситуационной тревожности у всех пациентов с СРК при их интерпретации относятся к умеренному уровню тревожности при всех клинических вариантах заболевания. В структуре тревожности во всех трех группах преобладает астенический компонент.

На сегодняшний день пристально изучаются



патофизиологические механизмы формирования язвенного колита (ЯК), рассматриваемые через призму его психосоматической составляющей. Представляется, что в конфигурации личностного профиля больных ЯК превалирует тревожно-депрессивный, истероидный и аффективно-ригидный варианты дезадаптации и декомпенсации личности в сочетании с умеренным повышением уровня личностной и реактивной тревожности. Уровень аффективных проявлений у больных ЯК тесно связан с показателями, характеризующими активность патологического процесса и тяжесть течения заболевания. Так, в ряде работ показана зависимость между выраженностью показателей клинической активности процесса и уровнем тревожного реагирования на болезнь. Индекс эндоскопической активности процесса и показатель, отражающий протяженность поражения толстой кишки, был тесно связан со степенью личностной тревожности и социально-психологической дезадаптации [5]. Дополнение терапии язвенного колита средствами психофармакокоррекции способствовало оптимальной регрессии клинических проявлений заболевания и одновременному повышению качества жизни.

Данные, указывающие на коморбидность тревожных расстройств и хронического панкреатита (ХП), весьма незначительные. Однако в ряде работ представлено, что у больных ХП имеется взаимосвязь психологических проявлений с особенностями течения заболевания (уровнем боли, степенью тяжести, морфологическими изменениями) [16]. У больных ХП алкогольной этиологии существенное значение принадлежит воздействиям стрессиндуцирующего фактора и характеру личностных особенностей пациента. Психические нарушения, имеющие место у большинства обследованных больных, усугубляют тяжесть состояния пациента, снижают его адаптационные возможности, влияют тем самым на течение и исход основного заболевания, утяжеляя течение и ухудшая прогноз.

ЛЕЧЕНИЕ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ

В области психофармакотерапии постоянно ведутся поиски наиболее эффективных препаратов для лечения тревожных расстройств. Известно, что в развитии тревоги участвуют нейрохимический и нейроэндокринный уровни: ГАМК-ергические, норадренергические, серотонинергические, гистаминергические системы, а также гормоны или пептиды, наподобие кортикотропного рилизинг-гормона, связанные с кортикостероидными, нейростероидными гормонами, осью гипоталамус-гипофиз и холецистокинином. Этим объясняется столь широкий спектр фармакологических препаратов, применяющихся для купирования тревожных расстройств.

Основной группой психотропных препаратов при лечении тревожных расстройств являются анксиолитики (транквилизаторы, атарактики). Это группа психотропных средств, уменьшающих тревогу, эмоциональную напряженность, чувство страха, оказывающих антиневротическое действие. Среди транквилизаторов наиболее распространены бензодиазепиновые препараты — диазепам, хлордиазепоксид, бромазепам, клоназепам, клобазам, нитразепам, лоразепам, феназепам. Эффект от приема средств бензодиазепинового ряда при тревоге обусловлен торможением ЦНС через ГАМК-рецепторы. В относительно низких дозах они проявляют анксиолитические свойства, а в более высоких дозах — седативно-снотворные.

Бензодиазепины обладают рядом побочных явлений, что ограничивает их применение в общепрактической и гастроэнтерологической практике. Из нежелательных побочных эффектов наиболее значительным является развитие феномена физической и психической зависимости. Одновременно с этим резкое прекращение приема препарата может спровоцировать синдром отмены в виде выраженного беспокойства, ажитации, вегетативных нарушений, головных болей, головокружения, судорожного, делириозного синдромов, желудочно-кишечных расстройств. Кроме того, препараты могут вызвать нарушение когнитивных функций (внимания, концентрации, памяти), гиперседицию, парадоксальные реакции в виде усиления агрессивности и ажитации, нарушение сна. При использовании бензодиазепинов в гастроэнтерологической практике следует учитывать возможность развития таких их побочных эффектов, как сухость во рту, тошнота, рвота, диарея или запор, повышение аппетита [10].

В результате длительных разработок наиболее оптимального препарата в Научно-исследовательском институте фармакологии РАМН создан новый селективный анксиолитик — афобазол. Он препятствует развитию мембранозависимых изменений в ГАМК-рецепторе. Афобазол оказывает как анксиолитическое, так и легкое стимулирующее (активирующее) действие, чем выгодно отличается от своих предшественников. Уменьшение или устранение тревоги (озабоченности, плохих предчувствий, опасений, раздражительности), напряженности (пугливости, плаксивости, чувства беспокойства, неспособности расслабиться, бессонницы, страха), а следовательно, и соматических, вегетативных и когнитивных нарушений наблюдается на 5–7 день лечения афобазолом. Когнитивные проявления тревоги купируются в более ранние сроки, чем вегетативные. К концу второй недели терапии отмечается редукция как желудочно-кишечных (тошноты, сухости во рту, отрыжки, метеоризма, болей в животе и др.), так и мышечных, сенсорных, сердечно-сосудистых, дыхательных сим-

птомов. Максимальный эффект достигается к концу 4-й недели лечения и сохраняется в послетерапевтическом периоде в среднем 1–2 недели и дольше. Особенно показано применение препарата у лиц с преимущественно астеническими личностными чертами в виде тревожной мнительности, неуверенности, повышенной ранимости и эмоциональной лабильности, склонности к эмоционально-стрессовым реакциям [13]. Принимается препарат по 30 мг/сутки, в 3 приема. Длительность курсового применения составляет 2–4 недели. При необходимости суточная доза может быть увеличена до 60 мг. Для формирования длительной ремиссии рекомендуется продолжить лечение в течение 1 месяца.

Афобазол прошел клиническую апробацию во многих ведущих клиниках Москвы и Санкт-Петербурга. Малое количество противопоказаний, преимущества препарата в виде отсутствия миорелаксантных свойств, негативного влияния на когнитивные процессы, лекарственной зависимости и синдрома отмены уже сейчас способствует широкому назначению афобазола врачами общей медицинской практики. Следует ожидать, что его активное использование в клинической гастроэнтерологии приведет к повышению качества оказания медицинской помощи нуждающимся в такого рода терапии пациентам.



ЛИТЕРАТУРА

1. Антоненко, О.М. Аффективные и тревожные расстройства пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью / О.М. Антоненко // Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — М., 2002. — 23 с.
2. Балуква, Е.В. Психический статус пациентов с синдромом раздраженного кишечника и пути его фармакологической коррекции / Е.В. Балуква // Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — СПб., 2005. — 22 с.
3. Гриневич, В.Б. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и ее внепищеводные проявления: современные представления о диагностике и лечении / В.Б. Гриневич, О.А. Саблин. — СПб.: Береста, 2004. — 172 с.
4. Ивашкин, В.Т. Синдром раздраженной кишки / В.Т. Ивашкин // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 1993. Т. 2. № 3. С. 27–31.
5. Козлова, Х.Ю. Психосоматические особенности и качество жизни у пациентов с рецидивирующей формой неспецифического язвенного колита при дифференцированной фармакотерапии заболевания / Х.Ю. Козлова // Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — СПб., 2003. — 19 с.
6. Колесникова, И.Ю. Качество жизни, психологический статус и особенности течения заболевания у больных при язвенной болезни / И.Ю. Колесникова // Клиническая медицина. 2001. Т. 79. № 6. С. 44–46.
7. Кравцова, Т.Ю. Изменения психовегетативного статуса и его коррекция у больных язвенной болезнью / Т.Ю. Кравцова, Е.С. Голованова, Е.В. Рыболовлев // Клиническая медицина. 2000. Т. 78, № 12. С. 34–36.
8. Маев, И.В. Психосоматические аспекты заболеваний желудочно-кишечного тракта / И.В. Маев, Л.М. Барденштейн, О.М. Антоненко // Клиническая медицина. 2002. № 11. С. 8–13.
9. Миргородская, Е.В. Клинические возможности транскраниальной электростимуляции эндорфинергических структур головного мозга в лечении больных с синдромом раздраженного кишечника / Е.В. Миргородская // Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — СПб., 2007. — 25 с.
10. Мосолов, С.Н. Основы психофармакотерапии / С.Н. Мосолов. — М.: Медицина, 1996.
11. Попов, Ю.В. Современная клиническая психиатрия / Ю.В. Попов, В.Д. Вид. — СПб.: Экспертное бюро, 1997.
12. Симаненков, В.И. Функциональные и психосоматические расстройства желудочно-кишечного тракта / В.И. Симаненков, В.Б. Гриневич, И.В. Потапова. — СПб.: ООО «ЛСП», 1999 — 164 с.
13. Соловьева, И.К. Анксиолитики: вчера, сегодня, завтра / И.К. Соловьева // Русский медицинский журнал. 2006. Т. 14. № 5. С. 12–15.
14. Старостина, Е.Г. Генерализованное тревожное расстройство и симптомы тревоги в общей медицинской практике / Е.Г. Старостина // Русский медицинский журнал. 2004. Т. 12. № 22. С. 2–7.
15. Фирсова, Л.Д. Особенности психической сферы больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки на разных стадиях заболевания / Л.Д. Фирсова // Терапевтический архив. 2003. Т. 75, № 2. С. 21–23.
16. Харьковина, Д.Н. Тревожно-депрессивные расстройства у больных хроническим панкреатитом / Д.Н. Харьковина, В.И. Мордасова, О.Ю. Ширяев // Журнал теоретической и практической медицины. 2005. Т. 3. № 1. С. 108–110.
17. Avidan, B. Reflux symptoms are associated with psychiatric disease / B. Avidan, A. Sonnenberg, H. Giblovich, // Aliment. Pharmacol. Ther. 2001. Vol. 15. P. 1907–1912.
18. Cohen, S. Functional disorders of the gastrointestinal tract / S. Cohen, R. Solovay. — N.Y., Edinburgh, London, 1987. P. 220.
19. Creed, F.H. The relationship between psychosocial parameters and outcome in the irritable bowel syndrome / F.H. Creed // American Journal of Medicine. 1999. Vol. 107 (5A). P. 74S–80S.
20. Creen, F.H. Functional abdominal pain, psychiatric illness and life events / F.H. Creen // Gut. 1988. Vol. 29. P. 235–242.
21. Drossman, D.A. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders / D.A. Drossman // Ann. Intern. Med. 1995. Vol. 123. P. 688–697.
22. Fass, R. Effect of psychologically induced stress on symptom perception and autonomic nervous system response of patient with erosive esophagitis and nonerosive reflux disease / R. Fass, I. Malagon, B. Naliboff // Gastroenterology. 2000. Vol. 118, 4 (suppl. 2, part 1). P. A637.
23. Mayer, E.A. Depression, anxiety and the gastrointestinal system / E.A. Mayer, M. Craske, B.D. Naliboff // Clin. Psychiatry. 2001. Vol. 62 (8). P. 28–36.
24. McIntosh, J. The personality pattern of patients with chronic peptic ulcer / J. McIntosh, R. Nasiry, M. Fridman // Scand. J. Gastroenterol. 1983. Vol. 18. № 7. P. 945–950.