

СОМАТИЧЕСКИЕ МАСКИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Е.В.ЕЛФИМОВА

Кафедра психиатрии и медицинской психологии РУДН, 117419, Москва, ул. Донская, 43.

Медицинский Центр Банка России, Москва, 117593, Севастопольский проспект, д.66.

На лечении и обследовании находилось 78 пациентов, страдающих сахарным диабетом с выраженным болевым синдромом в нижних конечностях, который был резистентным к терапии. У всех обследованных пациентов обнаружены психические расстройства. 65 больных (83,3%) страдали депрессией. 13 16,7% - конверсионным расстройством. Во всех случаях выраженный болевой синдром являлся «маской» психических нарушений и хорошо поддавался лечению психотропными препаратами.

Тенденция к соматизации - одна из наиболее характерных черт патоморфоза психических заболеваний различной этиологии. В настоящее время наблюдается значительное увеличение числа атипичных психических расстройств, одним из вариантов которых являются соматизированные депрессии. Кроме того, наиболее сложные, полиморфные вегетативно-висцеральные нарушения наблюдаются у больных истерическими расстройствами. В тех случаях, когда указанные расстройства отмечаются у больных, страдающих соматической патологией, которая сопровождается хроническими болевыми ощущениями, их клиническая оценка и дифференциальная диагностика крайне трудны [1, 8]. Тем не менее, соматические заболевания и соматизированные психические расстройства имеют различный прогноз, требуют разной лечебной и реабилитационной тактики, что и обуславливает необходимость правильной постановки диагноза.

Сахарный диабет является одним из наиболее распространенных эндокринных заболеваний. В последние десятилетия отмечается рост заболеваемости сахарным диабетом, особенно в промышленно развитых странах. Каждые 10-15 лет число больных сахарным диабетом удваивается [2]. Именно поэтому диабетология является наиболее развивающейся областью эндокринологии. Успехи в диагностике и лечении сахарного диабета привели к увеличению продолжительности жизни больных диабетом, что в свою очередь послужило причиной появления большого количества поздних осложнений диабета (микро- и макроангиопатии, полинейропатии и др.), которые сопровождаются выраженными болевыми синдромами. В условиях сложного переплетения соматогенных, психогенных и личностных факторов в возникновении и развитии сахарного диабета наибольшие дифференциально-диагностические трудности представляет выделение соматической и психической составляющих [3, 4, 6].

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находились 78 человек (38 мужчин и 40 женщин), страдающих сахарным диабетом (СД) 1-го и 2-го типа. Из них пациентов СД типа 1 было 30 человек (15 мужчин и 15 женщин), их средний возраст составил $25,5 \pm 5,2$ лет, средняя длительность болезни - $8,4 \pm 6,2$ года. Все они получали инсулинотерапию. 48 человек страдали СД типа 2 (23 мужчины и 25 женщин). Средний возраст больных составил $56,4 \pm 6,3$ года, средняя продолжительность заболевания - $12,8 \pm 6,8$ лет. 25 пациентов из них получали комбинированное лечение пероральными сахароснижающими препаратами и инсулинотерапию, 13 больных - только пероральные сахароснижающие препараты. Общими для всех пациентов были выраженные хронические болевые и неприятные ощущения в нижних конечностях, которые оставались резистентными к лечению по обычным схемам, применяемым при диабетической полинейропатии. 48 пациентов более 2-х раз проходили стационарное лечение в Медицинском Центре, остальные неоднократно обращались к хирургам и неврологам амбулаторно в связи с нестерпимыми болевыми ощущениями в нижних конечностях. Боли в ногах описывались пациентами как двусторонние, обычно симметричные, хотя иногда отмечалось их преобладание на од-

ной из сторон. Боли распространялись на бедро, голень, часть стопы у всех больных, кроме 3, которые жаловались только на боли в голени и стопе. Боли характеризовались как тупые или ноющие, а иногда как схватывающие или режущие. Все больные отмечали постоянный характер болей, их усиление ночью, особенно во сне, или в утренние часы. Боли сопровождалась чувствительными и двигательными нарушениями у более, чем половины больных: 17 пациентов жаловались на повышение чувствительности кожных покровов, 32- на чувство онемения в ногах. В дополнение к общеклиническому и неврологическому обследованию всем больным были проведены рентгенография поясничного отдела позвоночника, УЗИ артерий и вен нижних конечностей, по показаниям определено проведение скорости импульсов по нервному волокну (у 10 пациентов), КТ поясничного отдела позвоночника (34 пациента). У всех пациентов неврологом был установлен диагноз диабетической полинейропатии. В связи с упорным характером болевых ощущений и неэффективностью лечения сделано предположение о возможном влиянии психического статуса пациентов на их возникновение, в связи с чем больным предложена консультация психиатра.

Специализированный психиатрический осмотр включал в себя клинικο-катамнестическое, клинικο- психопатологическое и экспериментально- психологическое обследование всех больных. В комплексном психологическом исследовании использованы сокращенный многопрофильный опросник личности (СМОЛ), тест Люшера, шкала Гамильтона для оценки депрессии, шкала Бэка, шкала самооценки Спилбергера, пиктограмма, рисуночные проективные методики. Оценка психического состояния с помощью психометрических шкал проводилась в начале лечения, через 3 месяца после начала лечения.

Результаты

Психические нарушения различной степени выраженности обнаружены у всех обследованных больных. Клинически значимая депрессия выявлена у 65 пациентов (у 28 больных СД типа 1 и у 37 пациентов СД типа 2). 54 пациента имели среднюю степень тяжести депрессии, 11 пациентов- легкую степень. Клинικο-катамнестическое обследование выявило наличие очерченных депрессивных эпизодов в анамнезе у более, чем половины больных (40 человек) еще до начала СД и развития диабетической полинейропатии. У 8 пациентов развитие депрессии было связано с психогенией, которой явилась установка диагноза СД, у 5 больных СД типа 2 – с изменением лечения и переводом на инсулинотерапию.

В клинической картине депрессии на момент первичного осмотра преобладали жалобы на болевые ощущения в нижних конечностях. Расстройства настроения выявлялись лишь при специальном расспросе. Кроме того, у пациентов обнаруживались диссомния, снижение веса, аппетита, энергетического потенциала, запоры, имели место снижение либидо, нарушения со стороны сердечно- сосудистой и пищеварительной систем. Характерной особенностью сомато-вегетативных нарушений являлась суточная ритмика с усилением нарушений в утренние или вечерние часы.

Обследование личностных особенностей больных выявило у всех пациентов в преморбиде наличие тревожно-мнительных черт характера, с заниженной самооценкой, склонностью к перфекционизму. Они сочетались у большинства пациентов с отдельными истерическими чертами, такими, как ориентация на престиж, стремление быть замеченным, превосходить остальных по каким-либо качествам, однако до болезни эти истерические черты лишь изредка проявлялись демонстративностью в поведении и сенсомоторными нарушениями. Тем не менее, имело место постепенное накопление «внутреннего конфликта», который нашел свое развитие при возникновении сахарного диабета. У 13 пациентов ведущим в клинической картине заболевания был истероформный синдром. Он формировался постепенно в процессе основного заболевания. Ведущими жалобами у больных были сильные болевые ощущения в конечностях, их онемение, ощущение ползания мурашек, покалывание, чувство жара или холода. Наблюдались чувст-

вительные нарушения по полиневритическому типу в виде «перчаток» и «носков», что создавало большие дифференциально-диагностические трудности. Такие больные нуждались в особо тщательном неврологическом осмотре. Обращал на себя внимание психический статус больных. У них преобладали демонстративные формы поведения, яркость, театральность, аффективная насыщенность излагаемых жалоб, склонность к фантазированию, внушаемость, эгоцентризм. Всегда имел место компонент, свойственный истерическим проявлениям- «представление об условной приятности и желательности всех симптомов». При истероформном синдроме сенсорные нарушения возникали на самых ранних этапах болезни, еще до появления изменений со стороны периферической нервной системы или в ее асимптомный период, а субъективные ощущения «повторяли» истерические проявления, отмечавшиеся задолго до болезни в условиях психогении. Истерическую природу указанных реакций подтверждала не только их связь с психотравмой, но и быстрое исчезновение неприятных ощущений, их сочетание с другими истероформными симптомами, а также отсутствие характерного для сахарного диабета углубления патологических проявлений при дальнейшем прогрессировании заболевания. Важно отметить, что у больных сахарным диабетом даже с уже имеющимися начальными изменениями периферической нервной системы течение полинейропатии обычно асимптомное, субъективные клинические признаки отсутствуют.

Выявленная нами депрессивная и истерическая симптоматика у данной группы больных не встречалась в «чистом» виде, а обрастала тревожными, фобическими и ипохондрическими расстройствами. Фобии носили характер ипохондрических страхов за свое здоровье, часто носили сверхценный характер. На ранних этапах заболевания тревога была практически постоянной и выраженной. На фоне прогрессирования психоорганического синдрома в структуре психопатологических нарушений появлялись «органическая» обстоятельность, ригидность, сочетающиеся с пароксизмально возникающими тревогой и раздражительностью. Последняя отличалась от раздражительной слабости, характерной для астенического синдрома, и, скорее, имела сходство с дисфориями.

После диагностики психического расстройства всем пациентам проводилось лечение, включающее рациональную и суггестивную психотерапию, психофармакотерапию. В работе с больными делался упор на их активное участие в процессе лечения, для этого все пациенты были обучены аутогенной тренировке. В зависимости от ведущего психопатологического синдрома в терапии применялись антидепрессанты, транквилизаторы и «малые» нейролептики-корректоры поведения. Так, наличие депрессивного синдрома средней степени выраженности являлось показанием для назначения антидепрессантов в среднетерапевтических дозах. При этом средствами выбора являлись селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) в связи с меньшим количеством побочных эффектов и отсутствием влияния на массу тела. У пациентов с нормальной массой тела, плохой переносимостью СИОЗС и наиболее выраженным болевым синдромом применялись трициклические антидепрессанты (амитриптилин). У пациентов с преобладанием тревожной симптоматики и депрессией легкой степени применялся алпразолам (ксанакс) в дозе от 0,75 до 3 мг в сутки. При ведущем в клинической картине истероформном или истерическом синдромах лечение проводилось неуплетилом 4% р-ром по 2-3 кап. 3 раза в день (т.е. 6-9 мг в сутки) или сонатаксом (30-75 мг в сутки).

Проводимое лечение пациентов, страдающих СД с хроническим болевым синдромом, оказалось эффективным. У 58 пациентов отмечалось исчезновение болевых ощущений через 3 месяца после начала терапии, у 12-значительная редукция симптоматики. 8 пациентов не закончили лечение у психиатра по парамедицинским причинам. Кроме того, все пациенты, завершившие лечение у психиатра, отмечали повышение активности, улучшение настроения, исчезновение тревоги, повышение качества жизни, более адекватное отношение к болезни. У них повысилась самодисциплина, улучшился самоконтроль глюкозы крови, повысилась степень соблюдения медицинских рекомендаций.

Обсуждение и выводы

Наблюдение за 78 пациентами СД типа 1 и 2, у которых ведущим в клинической картине являлся выраженный болевой синдром в нижних конечностях, выявило у всех больных наличие психической патологии различной степени выраженности. Так, депрессивный синдром - у 65 человек (83,3%), конверсионный - у 13 человек (16,7%), у 58 человек (74,4%) отмечалось усложнение ведущего синдрома тревожными, фобическими и ипохондрическими переживаниями. До осмотра психиатра пациенты неоднократно обращались к интернистам амбулаторно, 48 больных (61,5%) более 2-х раз проходили стационарное лечение, пациентам выполнялись дорогостоящие обследования: УЗДГ артерий и вен нижних конечностей - всем больным, КТ поясничного отдела позвоночника - 34 (43,6%). Проводимая терапия оказывалась неэффективной, т.к. не учитывала наличие психического расстройства. Лечение, включающее в себя психофармакотерапию и психотерапию, не только привело к уменьшению и исчезновению болевого синдрома, но и улучшило психическое состояние больных, их социальное функционирование, повысило степень личного участия больного в лечении основного заболевания.

В настоящее время отмечается неуклонный рост пограничной психической патологии. При этом увеличивается частота соматизированных психических расстройств, а пациенты, страдающие психической патологией, оказываются на приеме у интернистов. Только депрессивные, тревожные и соматизированные расстройства встречаются почти у 50% пациентов первичной медицинской сети [9]. При наличии у больных хронических болевых или других расстройств, резистентных к традиционно применяемым схемам лечения, при отсутствии убедительных данных за выраженные органические изменения или отсутствие корреляции между степенью выраженности этих изменений и предъявляемых пациентом жалоб, следует заподозрить наличие у больного соматизированного психического расстройства. Помощь в диагностике окажет комплексная оценка состояния пациента. Необходимо прицельно расспросить пациента о жалобах со стороны других органов и систем, выяснить наличие сниженного настроения (эквивалентами которого могут явиться утрата прежних интересов, отсутствие удовольствия от жизни и т.д.), тревоги, психологических и психотравмирующих проблем. При осмотре пациента обратить внимание на его психический статус, особенности поведения, аффективную адекватность характеру предъявляемых жалоб. Существенную помощь в диагностике могут оказать психометрические шкалы, которые, тем не менее, не заменят осмотра психиатра.

Возникновение соматизированных психических расстройств у больных, страдающих тяжелой соматической патологией, представляет значительные дифференциально-диагностические трудности. Психические нарушения приобретают стертый, правдоподобный характер, имитируют наиболее распространенные симптомы соматических заболеваний [5, 7]. В лечении таких пациентов в обязательном порядке должны принимать участие как интернисты, так и психиатры.

Литература

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства при соматических заболеваниях. // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2002- №1 С. 4-7.
2. Балаболкин М.И. Сахарный диабет. - М.: Медицина. - 1994. - 384 с.
3. Елфимова Е.В. Пограничные психические нарушения при сахарном диабете: Дисс. ... канд. мед. наук, М. 1995.
4. Коркина М.В., Елфимова Е.В., Марилов В.В. Пограничные психические нарушения при сахарном диабете. // Журнал неврологии и психиатрии. - 1997. - №2. - С. 15-18.
5. Лакосина Н.Д., Трунова М.М. Неврозы, невротические развития личности. Клиника и лечение. - М.: Медицина. - 1994. - 192 с.
6. Марилов В.В. Клинические варианты психосоматической патологии желудочно-кишечного тракта. Дисс. ... докт. мед. наук. - М., 1993.
7. Ромасенко Л.В. Истерия и ее патоморфоз. Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. - М., 1993.
8. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине. М: МИА 2001; 183-190.
9. Kirmayer U, Robbins J.M. Patients who somatize in primary care: a longitudinal study of cognitive and social characteristics. *Psychological Medicine*. - 1996- V. 26. С. 937-951.

SOMATIC MASKS OF PSYCHIC DISORDERS IN DIABETES MELLITUS**E.V. ELFIMOVA**Department of psychiatry and clinical psychology RPFU. *Moscow, 117419, Donskaya st., 43.*Medical Center of Bank of Russia . *Moscow, 117593, Sevastopolsky pr ., 66.*

78 patients suffered from diabetes mellitus with severe pain syndrome in legs which was resistant to treatment were examined and treated. Psychic disorders were revealed in all patients. 65 patients (83,3%) suffered from depression, 13 patients (16,7%) suffered from conversion disorder. In all cases severe pain syndrome in legs was a mask of psychic disorders. Psychopharmacological treatment was effective.