

УДК 616.34

А.Дустов, А.Абдурахмонов

ВЛИЯНИЕ АМИТРИПТИЛИНА НА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

(Представлено академиком АН Республики Таджикистан Х.Х.Мансуровым 06.09.2006 г.)

К настоящему времени достигнут значительный прогресс в установлении основных патогенетических механизмов функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта. Однако роль психических расстройств в формировании и тяжести клинического течения и эффективность терапии больных синдромом раздраженного кишечника (СРК) остаются мало изученными [1]. В то же время необходимо помнить, что функциональные расстройства органов пищеварения довольно часто развиваются при психоэмоциональных нарушениях, связанных с патологическим развитием личности по типу тревожнофобического, ипохондрического, депрессивного или истерического синдромов. По данным разных авторов, при СРК депрессивные состояния сопровождаются разнообразными тревожными расстройствами до 60-70% [2]. Ситуация осложняется и тем, что такие расстройства в большинстве своем носят стертый характер и своевременно не распознаются [3]. С подобными больными сталкиваются врачи общей практики, которые испытывают значительные трудности не только при диагностике, но и назначении адекватных психотропных препаратов [4]. В результате усугубляется выраженность психосоматических нарушений и у больных снижается качество жизни [3,4].

Целью настоящей работы явилось изучение психосоматических особенностей и качества жизни больных синдромом раздраженного кишечника (СРК), выяснение эффективности использования психофармакологических препаратов, в частности антидепрессанта – амитриптилина.

Методы исследования

Нами было обследовано 96 больных, страдающих СРК. Диагноз СРК был установлен по Римским критериям II (1999) [5], согласно которым необходимо исключить органическую патологию толстого кишечника [6, 7], при этом продолжительность заболевания должна быть не менее 3 лет [8]. Из 96 больных с СРК, 66 получали базисную терапию, 30 пациентов помимо базисной терапии получали амитриптилин.

Сравнивали клиническую эффективность 4-недельного курса амбулаторного лечения базисной терапией (группа 1) и базисной с включением амитриптилина (группа 2). Характеристика групп после рандомизации представлена в табл. 1. Амитриптилин представляет

группу антидепрессантов, избирательно ингибирующих обратный захват серотонина, и широко используется при лечении соматизированных депрессий, сопровождаемых тревогой и болевыми синдромами. Возможность применения данного препарата с целью воздействия на тревожно-депрессивную симптоматику при СРК была обоснована результатами проведенных ранее исследований [9]. Препарат назначали внутрь ежедневно однократно вечером в суточной дозе 50 мг при минимальной и легкой степени, а 100 мг при умеренной выраженности депрессии. Базисная терапия проводилась с целью лечения СРК [10]. Она включала спазмолитик дицетел при алгической форме СРК, энтеросорбент смекту при СРК с преобладанием диареи и слабительное средство форлакс с преобладанием запоров. Препараты базисной терапии назначались в стандартном режиме в среднетерапевтических дозировках.

Комплекс исследования психосоматических особенностей пациентов включал установление выраженности депрессивного состояния (тест "Депрессия"[11]), личностной и реактивной тревожности (опросник Спилбергера Ханина [12]), социально-психологической дезадаптации (психологическая диагностика типов отношения к болезни "ТОБОЛ"[13]), а также структуры личности пациента (сокращенный вариант Миннесотского многомерного личностного опросника MMPI – опросник СМОЛ [14]). Качество жизни (КЖ) определяли психометрически 8-шкальным опросником SF-36 [15]. Структура опросника включает следующие шкалы: физическое функционирование, ролевую физическую шкалу (РФ), характеризующую физическую способность человека и социальное функционирование, ролевую эмоциональную шкалу (РЭ), т.е. эмоциональную субъективную оценку способностей; психическое здоровье.

Шкала «физическое функционирование» характеризует диапазон посильной физической активности, «ролевая физическая шкала» - влияние физического состояния на оценку роли жизни, шкала «физическая боль» отражает выраженность болевого синдрома и его влияние на обычную деятельность больного, шкала «здоровье в целом» позволяет судить об общем состоянии пациента. «Ролевая эмоциональная шкала» позволяет судить о влиянии эмоционального состояния на осознание роли пациента в жизни. Шкала «психического здоровья» оценивает тревогу, депрессию, снижение эмоционального и поведенческого контроля.

Для оценки КЖ, а также тревожно-депрессивных проявлений у больных с СРК контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц (мужчины: женщины=1:2, средний возраст 31.3 ± 2.9 года). Различия между группами были статистически значимыми при $p < 0,05$.

Таблица 1

Общая характеристика групп пациентов			
	Все больные (n=96)	Группа 1 (n=66)	Группа 2 (n=30)
Средний возраст, лет	35.7±9.0	36.1±9.1	35.0±8.6
Возрастные группы, n (%)			
18-24 лет	19 (19.8)	12 (18.2)	7 (23.3)
25-34 лет	25 (26.0)	17 (25.8)	8 (26.7)
35-44 лет	31 (32.3)	22 (33.3)	9 (30.0)
45-54 лет	21 (21.9)	15 (22.7)	6 (20.0)
Мужчины / женщины, n1 (%) / n2 (%)	<u>35 (36.5)</u> 61 (63.5)	<u>24 (36.4)</u> 42 (63.6)	<u>11 (36.7)</u> 19 (63.3)
Клинический вариант СРК:			
с преобладанием болевого синдрома, n (%)	26 (27.1)	17 (25.8)	9 (30.0)
с преобладанием запора, n (%)	36 (37.5)	24 (36.4)	12 (40.0)
с преобладанием диареи, n (%)	34 (35.4)	25 (37.8)	9 (30.0)
Депрессия:			
минимальная и легкая, n (%)	59 (61.5)	43 (65.2)	16 (53.3)
умеренная, n (%)	37 (38.5)	23 (34.8)	14 (46.7)
Социально-психологическая дезадаптация:			
умеренная, n (%)			
выраженная, n (%)	64 (66.7)	43 (65.2)	21 (70.0)
	29 (30.2)	20 (30.3)	9 (30.0)
Длительность заболевания, годы	3-15	4-12	3-15

Результаты и их обсуждение

У всех больных со среднетяжелым клиническим течением СРК, согласно тесту «Депрессия», было выявлено наличие депрессивного состояния (среднее значение 31 ± 2.4 балла против 7.1 ± 0.3 балла в контроле). При этом из 96 пациентов минимальная (10-24 балла) и легкая депрессия (25-44 балла) наблюдалась у 59 (61.5%), а депрессия умеренной степени выраженности (45-67 баллов) – у 37 (38,5%). Оценка показателей тревожности показала, что у больных СРК уровень личностной тревожности (48 ± 1.4 балла) статистически превышал как величину реактивной тревожности (34 ± 1.6 балла), так и показателей в контрольной группе (36 ± 2.8 и 33 ± 2.1 балла соответственно). Это подчеркивало, несомненно, доминирующую роль личностных особенностей пациентов с СРК, тогда как ситуационная обусловленность тревоги практически не влияла на общую картину психосоматических расстройств. Данное положение затем было подтверждено результатами исследования личностных профилей больных СРК с использованием сокращенного многофакторного опросника личности. Колебания всех шкал личностного профиля больных с СРК не выходили за пределы нормативного диапазона (40-60 стандартных единиц), свидетельствуя об отсутствии расстройств психосоматического уровня при среднетяжелом варианте течения синдрома. Дальнейший анализ выявил, что особенности личности больного СРК сочетались с развитием социально-психологической дезадаптации и снижением КЖ больных СРК. В состоянии социально-

психологической дезадаптации находились 93 пациента (96.9%) в соотношении умеренная/выраженная - 64/29.

Наиболее отрицательное влияние на качество жизни больных СРК оказывали ролевые функции – ролевое физическое и ролевое эмоциональное функционирование (снижение составило 51, 47 и 45 баллов соответственно, ($p<0,05$). В то же время физическое функционирование пациентов - главный показатель, характеризующий физическое здоровье, практически не отличался от уровня контрольных величин. На основании полученных нами данных можно высказать суждение, что качество жизни пациентов с СРК снижается по сравнению с общей популяцией в большей степени психического суммарного компонента. Основными факторами, достоверно снижающими качество жизни пациентов СРК и оказывающими влияние на большинство показателей шкал по определению качества жизни, являются депрессия и тревога.

Таблица 2

Влияние терапии СРК на тревожно-депрессивные проявления в зависимости от применения амитриптилина

Показатель	Группа ^(a)	До лечения	После лечения (снижение в % от уровня до лечения)	Эффект амитриптилина (b)
Депрессия, балл	1 2	32.4±2.1 30.8±2.8	-15* -39*	-24 ^Ω
Личностная тревожность, балл	1 2	50±1.6 47±2.0	-5 -18*	-13 ^Ω
Реактивная тревожность, балл	1 2	33±2.4 31±3.1	-8 -24*	-16 ^Ω

Примечание: а - в графе группа: 1 – базисная терапия, 2 - базисная терапия+амитриптилин; b – эффект амитриптилина рассчитывался вычитанием величины показателя группы 1 из соответствующего значения показателя группы 2; знак * – обозначает достоверность различий между показателями "до лечения" и "после лечения", а знак Ω – достоверность эффекта амитриптилина.

Сравнительное исследование, проведенное в параллельных группах, показало более высокую эффективность базисной терапии с включением антидепрессанта амитриптилина. Более выраженный регресс основных клинических проявлений заболевания (болевого и диспепсического синдромов), показателей тревожно-депрессивного состояния пациентов наступает через месяц от начала лечения у больных, получавших амитриптилин (табл. 2). Таким образом, эффективное действие амитриптилина было обусловлено прежде всего улучшением психического состояния и субъективных ощущений больного (восприятие абдоминальной боли/дискомфорта, вздутия живота и др.), тогда как нормализация частоты и характера стула не зависела от применения антидепрессанта (табл.3).

Таблица 3

Влияние терапии на присутствие и выраженность социально-психологической дезадаптации в зависимости от включения амитриптилина, n (%).

Группа	Замер	Наличие и выраженность социально-психологической дезадаптации		
		нет	умеренная	выраженная
Базисная терапия, n=66	До лечения	3 (4.5)	43 (65.1)	20 (30.4)
	После лечения	30 (45.5)*	23 (34.8) *	13 (19.7)
Базисная терапия + амитриптилин, n=30	До лечения	0 (0.0)	21 (70.0)	9 (30.0)
	После лечения	21 (70.0) *, ^Ω	6 (20.0)*	3 (10.0)*

Примечание: знак * – обозначает достоверность различий между показателями до лечения и после лечения в группе, знак Ω – достоверность различий между группами.

Устранение симптомов СРК и снижение выраженности тревожно-депрессивного состояния больных привело к значительному улучшению качества жизни больных, особенно при использовании амитриптилина.

В ы в о д ы

1. Синдром раздраженного кишечника характеризуется тревожно-депрессивными проявлениями, обусловленными, прежде всего, личностными особенностями и, как следствие, развитием социально-психологической дезадаптации и выраженным снижением качества жизни.

2. Включение в состав базисной терапии синдрома раздраженного кишечника антидепрессанта амитриптилина значительно повышает клиническую эффективность фармакотерапии и способствует дополнительному улучшению качества жизни больных.

*Институт гастроэнтерологии
АН Республики Таджикистан*

Поступило 04.09.2006 г.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Гриневич В.Б., Симаненков В.И., Успенский Ю.П., Кутуев Х.А. Синдром раздраженного кишечника (клиника, диагностика, лечение).-СПб., 2000, 60 с.
2. Tollefson G., Tollefson S., Pederson M. et al. – Ann. Clin. Psychiat. – 1991, vol.3, p.215-222.
3. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицинской практике. – М., 2000, 160 с.
4. Drossman D.A., Creed F.H., Olden K.W. et al. – Gut., 1999, vol.45, (Suppl.2), p.25-30.
5. Thompson W.G., Longstreth G.F., Drossman D.A. et al. – Gut., 1999, vol.45, (Suppl.2), p.43-47.
6. Стандарты (протоколы) диагностики и лечения больных с заболеваниями органов пищеварения/Приказ МЗ РФ №125 от 17.04.1998.
7. Jones J., Boorman J., Cann P. et al. – Gut., 2000, vol.47, (Suppl. 2), p.1-19.

8. Drossman D.A. – Aliment. Pharmacol. Ther., 1999, vol.13. (Suppl. 2), p.2-14.
9. Симаненков В.И., Гриневич В.Б., Потапова И.В. Функциональные и психо-соматические расстройства желудочно-кишечного тракта. – СПб., 1999, 164 с.
10. Ганчо В.Ю., Гриневич В.Б., Кутуев Х.А. и др. – РЖГГК, 2001, №5, с.55-60.
11. Жмуров В.А. Краткое руководство по применению шкалы тяжести "Депрессия".-Иркутск, 1995, 24 с.
12. Ханин Ю.Л. Краткое руководство по применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д.Спилберга.- Л.,1976, 18 с.
13. Вассерман Л.И., Ивлев Б.В. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни (методические рекомендации).-Л., 1997, 26 с.
14. Козюля В.Г. Применение психологического теста СМОЛ (краткое руководство).-М.,1994, 64 с.
15. Ware J.E. SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide.-Boston: Nimrod Press, 1993.

А.Дустов, А.Абдурахмонов

ТАСИРИ АМИТРИПТИЛЕН БА АЛОМАТҲОИ РУҲИЮ-БОТИНИ ВА ТАРЗИ ҲАЁТИ БЕМОРОНИ АЛОИМИ БАРАНГЕЗИШИ РУДАҲО (СРК)

Дар ин кор ҳолатҳои руҳию-ботини ва тарзи ҳаёти 96 бемор бо алоими барангезиши рудаҳо дар ҳолати миёна-вазнин омӯхта шудааст.

Муайян карда шудааст, ки алоими барангезиши рудаҳо бо вайроншавии нишонаҳои руҳию-асабони ва пастшавии тарзи ҳаёти беморон низ оварда мерасонад.

Омузиши баробарии манфиатнокии муолиҷаи асоси бо таиноти амитриптилен на танҳо бо пастшавии дарди шикам, алоими вайроншавии ҳозима ва дамиши рудаҳо, балки ба бехтаршавии ҳуви тарзи ҳаёти беморон низ оварда мерасонад.

A.Dustov, A.Abdurachmonov

INFLUENCE OF AMITRIPTILIN ON PSYCHOSOMATIK OF DISPLAY AND QUALITY OF LIFE OF THE PATIENTS WITH IRRITABLE BOWEL SYNDROME

In this work at 96 patients with irritable bowel syndrome (IBS) by clinical current are investigated psychosomatic of feature and quality of life. Is established, that IBS is accompanied by frustration disturbing - depress of character, development social - psychological disadaptation and expressed decrease of quality of life of the patients. The comparative study of clinical efficiency of basic therapy with amitriptilin promoted not only faster reduction abdominal pain, dispepsia and metiorism, but also essential improvement of quality of life of the patients.