

# Роль психосоматических факторов в формировании заболеваний органов пищеварения

Е. Ю. Плотникова<sup>1</sup>, Т. Ю. Грачева<sup>1</sup>, Я. В. Москвина<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Кемеровский государственный медицинский университет

<sup>2</sup>Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница

Кемерово, Россия

**Ключевые слова:** психосоматические расстройства, гастроэнтерология, IV Римские критерии, функциональная диспепсия, синдром раздраженного кишечника, нейрорептики, антидепрессанты

*Тайна взаимоотношений psyche и soma — это неисчерпаемый источник научного поиска, в котором интегрируются знания и усилия специалистов различного профиля для решения конкретных медико-социальных задач [5].*

Проблема соотношения «психического» и «соматического» с давних пор является одной из ключевых в медицинской науке. Функционирование системы органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) тесно связано с психическим состоянием человека. Общая патология человека представлена абстрактно двумя видами заболеваний, расположенными в виде континуума между полюсами психических и соматических расстройств. Между этими двумя полюсами лежит клинически полиморфная группа психосоматических расстройств, которая, по сути, отражает реальную патологию. Современные исследователи чаще всего среди психосоматических расстройств выделяют психосоматические реакции и психосоматические заболевания [7].

Выдающийся американский психотерапевт и психоаналитик венгерского происхождения, ставший одним из отцов-основателей психосоматического направления, F. Alexander вывел группу психосоматических заболеваний, которую ныне считают классической [1]. F. Alexander с 1930-х гг. трудился в университете Чикаго, так что за этой группой впоследствии закрепилось название «чикагской семерки», или «святой семерки» — Holy Seven. Прошло уже без малого столетие, а «чикагская семерка» по-прежнему живет в лексиконе врачей и психоаналитиков. По версии F. Alexander в нее вошли:

- 1) язва желудка и двенадцатиперстной кишки;
- 2) язвенный колит;
- 3) нейродермит;
- 4) бронхиальная астма;
- 5) артериальная гипертензия;
- 6) гиперфункция щитовидной железы;
- 7) ревматоидный артрит.

С тех времён многое изменилось, также изменился и список психосоматических заболеваний.

На сегодняшний день он дополнен и значительно расширен: панические расстройства и расстройства сна, онкологические заболевания, инфаркт миокарда, синдром раздраженного кишечника (СРК), сексуальные расстройства, ожирение, нервная анорексия, булимия — эти и многие другие расстройства также имеют основания считаться психосоматическими.

Академик А. Б. Смулевич (один из ведущих ученых и клиницистов с мировым именем в области психиатрии и психосоматики) дает следующее определение психосоматических расстройств: «Психосоматические расстройства — группа болезненных состояний, возникающих на основе взаимодействия психических и соматических факторов и проявляющихся соматизацией психических нарушений, психическими расстройствами, отражающими реакцию на соматическое заболевание, или развитием соматической патологии под влиянием психогенных факторов» [6].

Различают три типа этиологических факторов психосоматических расстройств:

- наследственно-конституциональные — личностно-типологические особенности с характерологическими чертами астении, ипохондрии, истероидности, депрессивности, паранойяльности и др.;
- психоэмоциональные, или психогенные, — острые или хронические внешние воздействия, влияющие на психическую сферу: массивные (катастрофические), ситуационные острые, ситуационные пролонгированные, пролонгированные со стойким психическим перенапряжением (истощающие);
- органические — преморбидная органическая патология: пренатальные и постнатальные травмы, хронические вялотекущие инфекции,

гипоксически-гипоксемические состояния (особенно в вертебробазиллярном бассейне). В данном случае человек погружается в свою болезнь, и сфера его психической деятельности во многом связана с переживаниями, которые он ощущает по поводу этой болезни.

К психосоматическим расстройствам относятся:

- болезни с основным психосоматическим компонентом (язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, неспецифический язвенный колит и др.);
- органические неврозы — соматизированные психические нарушения;
- нозогении — патологические психогенные реакции на соматическое заболевание;
- соматогении — психические расстройства, возникающие при ряде тяжелых заболеваний и рассматриваемые в единстве с ними.

Психосоматические расстройства являются причиной жалоб у 36–71% больных, которые обращаются к врачам в связи с нарушениями со стороны органов пищеварения. Однако медицинская помощь этому контингенту больных в данное время часто оказывается в недостаточном объеме. Психосоматические состояния, встречающиеся в гастроэнтерологической клинике, являются актуальной проблемой современности. При заболеваниях органов пищеварения вторичные психопатологические проявления отсутствуют лишь у 10,3% больных. Отдельные фрагментарные астенические нарушения отмечаются у 22,1% больных, а у 67,3% — более сложные психопатологические состояния [3].

Согласно МКБ-10, к соматоформным расстройствам отнесены следующие подгруппы:

- соматизированное расстройство;
- недифференцированное соматоформное расстройство;
- ипохондрическое расстройство;
- соматоформная вегетативная дисфункция;
- хроническое соматоформное болевое расстройство;
- другие соматоформные расстройства;
- соматоформное расстройство неуточненное [2].

Гастроэнтерология ближе всех терапевтических дисциплин прилежит к психиатрии, поскольку пищеварительный тракт — уязвимая зона для возникновения различных психосоматических заболеваний. Считается, что тип людей с особой гастроинтестинальной лабильностью, у которых не только тягостное переживание, но и любые (положительные или отрицательные) эмоции накладывают заметный отпечаток на функции пищеварительной системы, является довольно распространенным.

Органические неврозы в гастроэнтерологии — функциональные расстройства органов пищеварения в сочетании с пограничной психической патологией:

- гастралгия — без связи с приемом пищи, обязательная связь с эмоциональными факторами и утомлением, отличается образностью и отчетливой предметностью;
- психогенные тошнота и рвота;
- эзофагоспазм;
- ком в горле (*globus hystericus*);

- аэрофагия — упорная, приступообразная, зачастую громкая отрыжка воздухом;
- психогенный галитоз — ложное ощущение пациентом неприятного запаха изо рта;
- дисгевзия — неврогенное расстройство вкуса, проявляющееся не зависящим от еды и не имеющим под собой органической природы ощущением горечи во рту;
- глоссодиния — нарушение чувствительности языка, проявляющееся жжением, давлением или покалыванием в языке и близлежащих областях;
- психогенная диарея — императивные позывы на дефекацию могут возникать в самой неподходящей ситуации с развитием состояния тревожного ожидания повторения этих явлений («медвежья болезнь», «понос — будильник»);
- запоры с неврогенным компонентом — повышенная забота об акте дефекации и появление тревоги в случае ее задержки, фиксация внимания на частоте, количестве и качестве своих испражнений.

В декабре 2014 г. на согласительной конференции в г. Риме новые критерии были приняты в целом, а осенью 2015 г. — впервые опубликованы. Официальная презентация IV Римских критериев состоялась 22 мая 2016 г. на соответствующем симпозиуме в рамках 52-й Американской гастроэнтерологической недели (г. Сан-Диего, США). Полностью все материалы IV Римских критериев опубликованы в большом двухтомном руководстве, а основные статьи — в специализированном выпуске журнала «*Gastroenterology*» (Vol. 150, No 6, May 2016) [1]. Эксперты IV Римского консенсуса внесли изменения, для которых послужили результаты множественных исследований, проводившихся на протяжении десяти лет. Естественно, ввиду масштабности поправок, большого количества нюансов, ударение поставили на наиболее значительных правках.

- Больше не будет звучать термин «функциональный», так как это наиболее принципиальная «реформа» самого подхода к патологии. Теперь корректно будет использовать следующую терминологию: «нарушения цереб्रोинтестинального взаимодействия». Хотя произносить данное словосочетание гораздо сложнее, но в него вложен смысл реального патогенеза возникающих нарушений, более детально отображаются механизмы, происходящие в организме человека.
- Официально утвердили причастность микробов и некоторых пищевых продуктов к этиологическим факторам возникновения нарушений церебро-васкулярного взаимодействия.
- Гиперчувствительный рефлюкс — новый официальный медицинский термин для больных с нарушениями церебро-васкулярного взаимодействия (природа функциональных нарушений, с клиническими проявлениями изжоги). К тому же теперь можно использовать в медицинской практике такие названия синдромов, как «синдром хронической тошноты», «синдром хронической рвоты».

- Опиоид-индуцированный запор, опиоид-индуцированная гипералгезия, синдром каннабиноидной рвоты также были включены к новым терминологиям, несмотря на то, что «функциональность происхождения» вызывает некие сомнения. Но, с другой стороны, новый озвученный подход «нарушения церебро-вазкулярного взаимодействия» гораздо ближе по смыслу в случаях применения наркотических средств, нежели «функциональные нарушения».
- «Нарушение центрального восприятия гастроинтестинальной боли» заменило привычное «функциональная абдоминальная боль».
- Дисфункции сфинктера Одди в большинстве своем теперь исключает органическую патологию, но по-прежнему учитывает пороки развития, ферментативные нарушения как основу патологии. Внесены изменения и в подходы терапии.
- Из «СРК» исключили понятие «дискомфорта», которое не передавало диагностически значимого смысла и нередко дезориентировало самих больных. Теперь в этом понятии подразумевается конкретно боль в момент дефекации.
- «Синдром перекреста функциональных нарушений» — одновременное течение нескольких функциональных состояний, или переход из одного в другое. Такой термин был официально утвержден, что значительно облегчит «медицинский язык» как между коллегами, так и в беседе с пациентом.

Один из разделов представленных IV Римских критериев называется «Биопсихосоциальная модель функциональных пищеварительных расстройств». В нем показано, что на развитие функционального

расстройства оказывают влияние генетические факторы и окружающая среда, психоневрологические нарушения и изменения физиологии ЖКТ (рис. 1) [9].

Наследственные факторы могут оказывать влияние несколькими путями. Генетически детерминированный низкий уровень интерлейкина (ИЛ) 10 у некоторых больных СРК оказывает влияние на чувствительность слизистой оболочки желудка и кишечника. Генетический полиморфизм ферментов обратного захвата серотонина (5-гидрокситриптамина — 5-НТ) может изменять его уровень или влиять на эффект лекарственных препаратов, блокирующих 5-НТ. Генетический полиморфизм также касается специфического протеина, который воздействует на центральную нервную систему (ЦНС) и местную нервную регуляцию на уровне кишки, и  $\alpha_2$ -адренорецепторы, которые влияют на моторику. В настоящее время изучаются механизмы наследственного влияния ЦНС на функциональные желудочно-кишечные расстройства (ФЖКР) [10].

Психосоциальные факторы не являются критериями диагностики ФЖКР, однако они воздействуют на ось «мозг — кишка», определяют поведение больного и, в конечном счете, клинические особенности. Существуют четыре основных направления воздействия психосоциальных факторов.

1. Психологический стресс обычно обостряет проявления ФЖКР и реже вызывает появление симптомов у ранее здоровых людей.
2. Психосоциальные факторы изменяют поведение пациента, которое проявляется повышенной обращаемостью за врачебной помощью. Хотя больные ФЖКР, в отличие от таковых с функциональной патологией, предъявляют много жалоб и обеспокоены своим здоровьем,



Рис. 1. Биопсихосоциальная модель функциональных пищеварительных расстройств.

результаты их обследования оказываются в пределах референтных значений.

3. ФЖКР имеют психосоциальные последствия. Хроническая патология, длительные неприятные ощущения и боли снижают работоспособность и качество жизни пациента, усложняют их межличностные отношения в семье и на работе.
4. Психосоциальное воздействие на болезнь, а именно на эмоциональный дистресс и неадекватное сознание, приводит по механизму обратной связи к закреплению и усилению симптомов. Пациенты с тяжелой симптоматикой начинают проявлять болезненный пессимизм, катастрофизм, возникает гипервигилансия (повышенное внимание к неприятным ощущениям), тревога за свои внутренние ощущения, снижается порог болевого восприятия, самооценка становится заниженной. В таких случаях требуется бихевиоральное (направление в психологии человека и животных; буквально — наука о поведении) вмешательство.

Нарушения моторики не в состоянии объяснить возникновение ряда симптомов ФЖКР: функциональная боль в грудной клетке, вероятно связанная с пищеводом, синдром эпигастральной боли, СРК, синдром функциональной абдоминальной боли.

Данные проявления ФЖКР позволяет объяснить висцеральная гиперсенситивность (повышенная чувствительность). Такие больные имеют низкий болевой порог чувствительности (висцеральная гипералгезия), что доказано при использовании баллонного растяжения кишки, или имеют повышенную чувствительность (аллодиния). Висцеральная гиперсенситивность может постепенно нарастать у пациентов с ФЖКР и в таком случае называется сенситизацией, или повышенной болевой чувствительностью к повторяющимся стимулам. При этом повторное надувание баллона в кишке вызывает прогрессирующее усиление болей. Гиперсенситивность и сенситизация могут быть результатом повреждения рецепторов чувствительности слизистой оболочки кишки и мышечно-кишечного сплетения в результате воспаления. Другая возможная причина — дегрануляция мастоцитов, тесно связанных с кишечными нервами, или повышение серотониновой активности, которое может быть следствием воздействия бактериальной флоры или патологической инфекции. Возможно повышение возбудимости в результате центральной сенситизации. В результате механизм центральной тормозящей регуляции висцеральных афферентных импульсов, который в нормальных условиях уменьшает болевые ощущения, может нарушаться.

Иммунная дисрегуляция, воспаление и нарушение барьерной функции могут способствовать возникновению симптомов, однако только в последние годы было показано, что у половины пациентов с СРК повышена активность воспалительных клеток сфинктера Одди и провоспалительных цитокинов. В связи с исследованиями постинфекционных СРК и функциональной диспепсии (ФД) возрос интерес к проницаемости кишечной мембраны в местах плотных соединений, к кишечной микрофлоре

и нарушению иммунной функции. Это согласуется с данными о том, что треть пациентов с СРК или диспепсией связывают начало заболевания с острой кишечной инфекцией.

Роль нарушения бактериальной флоры кишечника в возникновении ФЖКР требует дополнительного изучения. Имеются данные, что в ответ на введение *Bifidobacterium infantis* исходное отношение ИЛ-10/ИЛ-12, характерное для наличия воспалительного ответа и встречающееся при СРК, нормализуется. Эти данные подтверждаются умеренным позитивным эффектом пробиотиков и антибиотиков на симптомы при СРК. ФЖКР зависят от пищи, диеты, которые в свою очередь влияют на внутрикишечную микрофлору.

Существуют двунаправленные взаимодействия оси «мозг — кишка». Внешние воздействия (вид, запах), как и внутреннее восприятие (эмоции, мысли), через ЦНС и другие отделы головного мозга влияют на желудочно-кишечную чувствительность, моторику, секрецию и воспаление. В свою очередь, висцеротопические воздействия воспринимаются головным мозгом и оказывают влияние на ощущение боли, настроение и поведение человека. Позитронно-эмиссионная томография, функциональная магнитно-резонансная томография и другие методики изучения мозга установили связь растяжения кишки с активностью определенных отделов головного мозга, причем результаты у пациентов с СРК отличались от таковых в контрольной группе здоровых людей. В настоящее время лечение пациентов с ФЖКР нередко основано на влиянии на одинаковые энтеральные и центральные мозговые рецепторы. Воздействующие вещества включают 5-НТ и его производные, энкефалины, опиоидные агонисты, субстанцию Р, кальцитонин ген-зависимый полипептид, холецистокинин, антагонисты кортикотропин-рилизинг гормона.

*Пути к лечению, предложенные IV Римскими критериями. Двенадцать шагов к достижению контакта с пациентом:*

1. Пациент должен быть удовлетворен своим врачом. Положительное восприятие больным врача основывается на его врачебном гуманизме, профессиональной компетентности, интересе к психосоциальным факторам, которые привели к заболеванию. Необходимо искать глубинные причины расстройства. Информация, которую представляет врач, должна быть надежной, доступной и не перегруженной специальными медицинскими терминами. Связь с пациентом должна включать невербальные контакты со стороны врача: доверительный взгляд глаза в глаза, мягкий и нежный тон голоса. С больным должны быть доверительные, близкие, партнерские межличностные отношения, пациент должен быть с врачом по одну сторону баррикады.

2. Собирайте анамнез без директивного и назидательного отношения. Основное внимание должно быть сосредоточено на пациенте, его мыслях, ощущениях и впечатлениях.

3. Определите непосредственную причину настоящего обращения пациента. Оцените вербальную и невербальную информацию от пациента. Следует

установить следующие возможные причины непосредственного обращения:

- а) появление новых или усиление имевшихся факторов (изменение питания, появление других заболеваний, побочные эффекты от новых лекарств);
  - б) личные проблемы или стрессовые ситуации в семье (смерть близкого человека или другое горе, злоупотребление алкоголем, наркотиками и пр.);
  - в) усиление и появление психических расстройств (тревога, депрессия);
  - г) трудности с выполнением текущей работы;
  - д) скрытые причины (злоупотребление наркотиками или слабительными препаратами, судебные разбирательства или претензии на инвалидность).
4. Необходимо проводить исследование тщательно, учитывая его информативность, стоимость и эффективность. Хорошо проведенное исследование оказывает терапевтический эффект.
5. Установите, насколько больной знаком с природой своего заболевания.
6. Выясните, как пациент понимает свои симптомы (схема болезни), и досконально объясните их, принимая во внимание мнение пациента.
7. Определите, каковы ожидания пациента от лечения, и объясните его возможности.
8. Продемонстрируйте связь заболевания между стрессовыми факторами и симптомами, которые соответствуют представлениям пациента. Многие пациенты не могут или не склонны ассоциировать стрессовые факторы с заболеванием, но большинство больных понимают, что прогрессирование заболевания влияет на их эмоциональный статус.
9. Установите твердые ограничения в лечении заболевания.
10. Вовлекайте больного в процесс лечения, пусть пациент поймет, что результат лечения во многом зависит от него.
11. Давайте рекомендации, соответствующие интересам больного.
12. Помогите пациенту наладить отношения с вами или с семейным (участковым) врачом.
- Лечение заболевания рекомендуется проводить с учетом степени его тяжести. Больные с легкой **симптоматикой** могут не обращаться за медицинской помощью или обращаются к семейному (участковому) врачу. Таких пациентов около 40%. Клиническая картина у них в основном включает проявления желудочно-кишечной дисфункции (рвота, диарея, запор и т. п.), минимальную или незначительную боль, нет коморбидной патологии, нет психических расстройств. Качество жизни страдает незначительно. Больные ведут обычный образ жизни. Лечение следует проводить по следующим направлениям.
- Образование.** Пациенту следует объяснить, что ФЖКР является заболеванием, чрезмерно реагирующим на всевозможные изменения пищи, гормональный профиль, лекарства и стрессовые воздействия. Боль возникает вследствие спазма или растяжения кишки, которая является излишне чувствительной.

Нарушение моторной функции кишки приводит не только к боли, но и к ряду других симптомов (тошнота, рвота, диарея). Врач должен подчеркнуть, что как физиологические, так и психологические факторы способствуют возникновению беспокоящих пациента симптомов.

**Подбадривание.** Врач должен устранить озабоченность и беспокойство пациента и вселить уверенность в результате лечения и благоприятном прогнозе заболевания. Следует учитывать, что если врач это делает поспешно, после поверхностного опроса и осмотра, без получения результатов различных исследований, пациент может не принять рекомендации.

**Диета и лекарства.** Пищу, которая вызывает боли и неприятные ощущения (например, сладости, кофе, жирная пища, алкоголь), а также лекарства с аналогичным эффектом следует «вычислить» и по возможности устранить. При СРК рекомендуется FODMAP диета с ограничением продуктов, вызывающих брожение (олиго-, ди-, моносахариды и полиолы). Нередко достаточно соблюдать диетические рекомендации.

**Умеренная симптоматика.** Только небольшая часть таких пациентов обращается за первичной врачебной или специализированной гастроэнтерологической помощью с умеренной симптоматикой, приводящей к периодическому снижению социальной активности. В итоге такие пациенты составляют 30–35% от общего количества больных с ФЖКР. Пациенты могут отмечать тесную связь возникновения симптомов с диетическими погрешностями, путешествиями или перенапряжением. Умеренная абдоминальная боль и психологический дистресс в этой группе пациентов более выражены, чем в группе с легкой симптоматикой. Больные с умеренной симптоматикой имеют коморбидные соматические, неврологические или психиатрические проблемы и обращаются за помощью к различным специалистам. Этим пациентами рекомендуется следующая тактика ведения.

**Мониторинг симптомов.** Пациент должен в течение 1–2 недель вести дневник, в который следует записывать время и выраженность симптомов, а также возможные провоцирующие факторы. Дневник может помочь их выявить. Врач может проанализировать дневник и выявить диетические и психосоциальные факторы, которые провоцируют усиление симптоматики. Такое ведение дневника вовлекает пациента в процесс лечения и при улучшении способствует повышению уверенности в успешном контроле над заболеванием.

**Симптоматическая фармакотерапия.** Лечить следует симптомы, которые приводят к дистрессу или нарушают повседневную работу. Выбор препарата определяется основными симптомами. В целом, лекарственные препараты должны рассматриваться как дополнение к диете и образу жизни, а назначение их следует осуществлять при обострении заболевания.

**Психотерапия.** Психотерапию следует осуществлять пациентам с умеренными или тяжелыми желудочно-кишечными проявлениями заболевания и при

болях. Психотерапия наиболее эффективна при связи усиления симптоматики при воздействии стрессовых факторов. Психотерапия включает следующие варианты: когнитивно-бихевиоральную терапию, релаксацию, гипноз и комбинированные методики. Психотерапия позволяет уменьшить уровень тревоги, поддержать здоровый образ жизни, повышает ответственность и контроль пациента за лечением, а также повышает толерантность к боли.

**Тяжелая симптоматика.** Только небольшая часть пациентов с ФЖКР имеет тяжелую или резистентную к лечению симптоматику. Такие пациенты обычно имеют психосоциальные нарушения, в том числе страх, личностные расстройства, в результате чего нарушается их работоспособность. Не менее 10% таких больных не способны работать так же, как до начала заболевания. Иногда этому предшествует потеря близких людей или акты насилия, плохая социальная или психологическая адаптация, сильные эмоциональные потрясения. Эти пациенты часто обращаются к гастроэнтерологу и хотят получить «излечение» своих многочисленных расстройств. Они могут отвергать роль психосоциальных факторов в своем заболевании и часто резистентны к психотерапии или фармакотерапии, направленной на устранение желудочно-кишечных симптомов, или имеют стойкий протест против лечения.

Выработка тактики лечения: такие пациенты нуждаются в **длительном наблюдении врача** (гастроэнтеролога или терапевта, врача общей практики) для осуществления периодических коротких визитов. В целом врач должен: 1) осуществить диагностические исследования и основанные на объективных данных лечебные мероприятия до того, как пациент начнет их требовать; 2) установить реалистическую цель лечения, например улучшение качества жизни, а не полное устранение болей или излечение; 3) разделить ответственность за результат лечения с пациентом, вовлекая его в этот процесс; 4) сместить центр тяжести цели лечения от излечения к существованию с хроническим заболеванием.

*Направление в центр по лечению боли.* В таком центре специалисты различных специальностей осуществляют реабилитацию наиболее тяжелых пациентов

*Лечение антидепрессантами.* Трициклические антидепрессанты (ТЦА), например дезипрамин и амитриптилин, и более новые ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина имеют значение в контроле боли через центральную анальгезию, а также уменьшение ассоциированных депрессивных симптомов. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина могут играть вспомогательную роль, т. к. они менее эффективны для лечения боли, но могут уменьшить ассоциированную тревогу и депрессию. Антидепрессанты должны назначаться пациентам с хронической болью и сниженной работоспособностью, сопутствующими симптомами большой, соматоформной или маскированной депрессии, симптомами тревоги или панических атак. Даже без депрессивных симптомов эти препараты могут помочь, если боль доминирует или является

основной проблемой. Плохой клинический эффект может быть следствием недостаточной или неверно подобранной дозы с учетом лечебного и побочного эффектов. Длительность лечения должна составлять по меньшей мере 3–4 недели. При получении эффекта лечение продолжается до года, а затем доза постепенно уменьшается [4].

В настоящее время в арсенале врача насчитывается более чем 500 психотропных препаратов. Для успешной терапии психосоматических расстройств лекарственное средство должно отвечать следующим требованиям:

- обладать широким спектром психотропной активности, эффективно влиять на тревожные, фобические, аффективные (депрессивные), ипохондрические, соматовегетативные симптомы;
- обладать ограниченным количеством побочных эффектов с минимальным негативным влиянием на психическую деятельность и соматические функции;
- вызывать положительные соматотропные эффекты (терапевтическое влияние на сопутствующую соматическую патологию);
- иметь минимальную поведенческую токсичность (незначительную выраженность или отсутствие седативного эффекта — сонливости на протяжении дня, нарушения концентрации внимания и т. д.);
- минимально взаимодействовать с препаратами соматотропного действия.

ТЦА вызывают возбуждение центральных и периферических адренорецепторов. Селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина (миансерин) оказывают избирательное воздействие на один из подтипов норадренергических рецепторов —  $\alpha_2$ -адренорецепторы. Ингибиторы моноаминоксидазы блокируют моноаминоксидазу, вызывающую окислительное дезаминирование и инактивацию моноаминов (норадреналина, дофамина, серотонина) с их накоплением в структурах головного мозга. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина замедляют обратное проникновение серотонина из синаптической щели внутрь пресинаптического нейрона. В отличие от них селективные стимуляторы обратного захвата серотонина облегчают захват серотонина. К антидепрессантам двойного действия, оказывающим необходимый эффект за счет потенцирования синаптической передачи в обеих нейротрансмиттерных системах, относят селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина и серотонина и норадренергические селективные серотонинергические антидепрессанты. Общими показаниями к применению антидепрессантов являются депрессивные расстройства (дистимия; психогенные, симптоматические, органические и соматогенные депрессии; депрессии, связанные с употреблением психоактивных веществ; депрессии, связанные с репродуктивным циклом женщин), тревожно-депрессивные расстройства, тревожно-фобические расстройства (паническое расстройство, социальные фобии). Кроме того, в этот перечень входят также обсессивно-компульсивные расстройства,

соматоформные и психосоматические расстройства, нарушения пищевого поведения (нервная анорексия и нервная булимия).

Основными показаниями к назначению антидепрессантов в гастроэнтерологии являются функциональные расстройства ЖКТ, хронические диффузные заболевания печени, упорный болевой синдром при хроническом панкреатите, ожирение, нарушения пищевого поведения. Два последних обзора еще раз продемонстрировали эффективность психотропных препаратов при функциональных заболеваниях ЖКТ.

Nicholas J. Talley и соавт. провели многоцентровое рандомизированное плацебо-контролируемое исследование, в котором в течение 12 недель применяли антидепрессанты у пациентов с ФД. Терапия amitriptylinom или escitalopramom была более эффективна, чем плацебо, в облегчении симптомов ФД и улучшении качества жизни. В соответствии с протоколом анализа, частота ответа была самой высокой в группе amitriptylina: 38 (52%) в группе плацебо, 47 (66%) для amitriptylina и 32 (52%) для escitaloprama ( $p=0,09$ ). Пациенты, которые принимали amitriptylin, имели большие шансы для адекватного облегчения, чем те, которые получали плацебо (отношение шансов 2,1 [95% доверительный интервал 1,04–4,36],  $p=0,04$ ) [11].

Alexander C. Ford и соавт. провели систематический обзор и метаанализ, которые показали, что психотропные препараты более эффективны, чем плацебо, для лечения ФД. Тем не менее этот благоприятный эффект был ограничен

антипсихотическими лекарственными средствами, такими как сульпирид и левосульпирид, а также ТЦА, такими как amitriptylin и imipramin. Этот обзор предполагает поощрять гастроэнтерологов надлежаще использовать эти средства и стимулировать дальнейшие рандомизированные клинические исследования в этой области [12].

Таким образом, психосоматические расстройства в гастроэнтерологической практике встречаются достаточно часто. Они сопровождаются болевыми и двигательными ощущениями. Висцеральная боль и моторно-эвакуаторные нарушения ЖКТ являются общим признаком ФЖКР, которые имеют многофакторную этиологию. Многие пациенты с этими заболеваниями имеют коморбидные поведенческие расстройства, такие как тревога или депрессия, а ФЖКР описываются как расстройство оси «ЖКТ — мозг». Стресс участвует в развитии и обострении висцеральных болевых расстройств. Хронический стресс может изменить центральную схему боли, а также моторику и проницаемость в ЖКТ. Совсем недавно доказана роль микрофлоры кишечника в двунаправленной связи вдоль оси «кишечник — мозг» и последующих изменениях в поведении пациентов. Стресс и кишечная микрофлора могут взаимодействовать через дополняющие или противоположные факторы, влияя на висцеральные ноцицептивные отношения. Назначение разнонаправленного лечения при ФЖКР должно включать психотропные препараты и группы соматических нейролептиков и антидепрессантов. Самую серьезную доказательную базу среди этих препаратов имеет amitriptylin.

#### Литература:

1. Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Ф. Александр ; пер. с англ. С. Могилевского. — М. : ЭКСМО-Пресс, 2002. — 352 с.
2. МКБ-10/ICD-10 Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / ВОЗ. — СПб. : АДИС, 1994. — 304 с.
3. Палий И. Г. Психосоматические расстройства в гастроэнтерологической практике: особенности клинического течения и медикаментозной терапии / И. Г. Палий, И. Г. Резниченко, Н. М. Севак // НОВОСТИ медицины и фармакологии. — 2007. — № 6. — С. 210.
4. Пиманов С. И. Римские IV рекомендации по диагностике и лечению функциональных гастроэнтерологических расстройств : пособие для врачей / С. И. Пиманов, Н. И. Сливочник. — М., 2016. — 160 с.
5. Психосоматическая медицина : руководство для врачей / Под ред. П. И. Сидорова. — М. : МЕД-пресс-информ, 2006. — 568 с.
6. Психосоматические расстройства. Концептуальные аспекты (клиника, эпидемиология, терапия, модели медицинской помощи) / А. Б. Смулевич, А. Л. Сырнин, В. Н. Козырев [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1999. — Т. 99, № 4. — С. 4–16.
7. Смулевич А. Б. Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи) / А. Б. Смулевич // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2000. — Т. 2, № 2. — С. 35–39.
8. About the Rome Foundation [Electronic resource]. — Available at : <http://theromefoundation.org/rome-iv/>
9. Drossman D. A. Functional gastrointestinal disorders: history, pathophysiology, clinical features and Rome IV / D. A. Drossman // Gastroenterology. — 2016. — Feb 19. — [Epub ahead of print].
10. Drossman D. A. Rome IV-Functional GI disorders: disorders of gut-brain interaction / D. A. Drossman, W. L. Hasler // Gastroenterology. — 2016. — Vol. 150, No 6. — P. 1257–1261.
11. Effect of amitriptyline and escitalopram on functional dyspepsia: a multi-center, randomized, controlled study / N. J. Talley, G. R. Locke, A. Y. Saito [et al.] // Gastroenterology. — 2015. — Vol. 149, No 2. — P. 340–349e2.
12. Efficacy of psychotropic drugs in functional dyspepsia. Systematic review and meta-analysis / A. C. Ford, P. Luthra, J. Tack [et al.] // Gut. — 2017. — Vol. 66, No 3. — P. 411–420.

УДК 616.89-008:616.3

## RU Роль психосоматических факторов в формировании заболеваний органов пищеварения

**Е. Ю. Плотникова<sup>1</sup>, Т. Ю. Грачева<sup>1</sup>, Я. В. Москвина<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

<sup>2</sup>Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница, Кемерово, Россия

**Ключевые слова:** психосоматические расстройства, гастроэнтерология, IV Римские критерии, функциональная диспепсия, синдром раздраженного кишечника, нейролептики, антидепрессанты

Психосоматические расстройства в гастроэнтерологической практике встречаются достаточно часто. Висцеральная боль и моторно-эвакуаторные нарушения желудочно-кишечного тракта являются общим признаком функциональных желудочно-кишечных расстройств, которые имеют многофакторную этиологию. Многие пациенты с этими заболеваниями имеют коморбидные поведенческие расстройства, такие как тревога или депрессия, а функциональные желудочно-кишечные расстройства описываются как расстройство оси «желудочно-кишечный тракт — мозг». Хронический стресс может изменить центральную схему боли, а также моторику и проницаемость в желудочно-кишечном тракте. Назначение разнонаправленного лечения при этих заболеваниях должно включать психотропные препараты и группы соматических нейролептиков и антидепрессантов.

## EN The role of psychosomatic factors in the formation of diseases of the digestive system

**E. Y. Plotnikova<sup>1</sup>, T. Y. Gracheva<sup>1</sup>, Y. V. Moskvina<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

<sup>2</sup>Kemerovo Regional Clinical Psychiatric Hospital, Kemerovo, Russia

**Key words:** psychosomatic disorders, gastroenterology, IV Rome criteria, functional dyspepsia, irritable bowel syndrome, neuroleptics, antidepressants

Psychosomatic disorders are frequent in gastroenterological practice. Visceral pain and motor-evacuation disorders of the gastrointestinal tract is a common symptom of functional gastrointestinal disorders which have a multifactorial etiology. Many patients with these diseases have comorbid behavioral disorders, such as anxiety or depression, and functional gastrointestinal disorders are described as disorders of the “gastrointestinal tract — brain” axis. Chronic stress can change the central pattern of pain, as well as motor activity and permeability of the gastrointestinal tract. The multidirectional treatment for these diseases should include psychotropic drugs and groups of somatic antipsychotics and antidepressants.

УДК 616.89-008:616.3

## UA Роль психосоматичних чинників у формуванні захворювань органів травлення

**К. Ю. Плотнікова<sup>1</sup>, Т. Ю. Грачева<sup>1</sup>, Я. В. Москвіна<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Кемеровський державний медичний університет, Кемерово, Росія

<sup>2</sup>Кемеровська обласна клінічна психіатрична лікарня, Кемерово, Росія

**Ключові слова:** психосоматичні розлади, гастроентерологія, IV Римські критерії, функціональна диспепсія, синдром подразненого кишечника, нейролептики, антидепресанти

Психосоматичні розлади в гастроентерологічній практиці зустрічаються досить часто. Вісцеральний біль і моторно-евакуаторні порушення шлунково-кишкового тракту є загальною ознакою функціональних шлунково-кишкових розладів, які мають багатofакторну етіологію. Багато пацієнтів з цими захворюваннями мають коморбідні поведінкові розлади, такі як тривога або депресія, а функціональні шлунково-кишкові розлади описуються як розлад осі «шлунково-кишковий тракт — мозок». Хронічний стрес може змінити центральну схему болю, а також моторику і проникність у шлунково-кишковому тракті. Призначення різноспрямованого лікування за цих захворювань повинно включати психотропні препарати і групи соматичних нейролептиків і антидепресантів.