

Ю.И. Беспалов, Л.Ю. Беспалова, М.К. Касымжанова
*Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,
 кафедра интернатуры и резидентуры по психиатрии и наркологии
 ГККП «Центр психического здоровья»*

ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА В РАМКАХ СОМАТОФОРМНОГО РАССТРОЙСТВА

В статье представлены принципиальные подходы к диагностике и лечению различного рода болевых синдромов в рамках соматоформного расстройства на основе изучения группы больных, сформулированы основные принципы по оказанию медицинской помощи такого рода пациентам (принципы этапности, комплексности, интегрированности).

Ключевые слова: *Хроническое болевое расстройство, соматоформное расстройство, невротические симптомы, лечение болевых синдромов.*

Вводная часть.

В последние годы большое количество исследователей отмечают увеличение числа больных с психической патологией, обращающихся к врачам общей медицинской практики – терапевтам, кардиологам, неврологам, семейным врачам. При этом больные часто жалуются на неопределённое соматическое неблагополучие, которое носит тягостный характер и которые нельзя или трудно объяснить объективными признаками и лабораторными исследованиями. Поэтому врачу становится важным изучить особенности и характер переживаний и жалоб пациентов и ситуацию, после которой развилось заболевание. По-прежнему остаётся недостаточная осведомлённость врачей общей практики о клинических особенностях соматоформных расстройств, стремления врача быстрее выставить соматический диагноз без учёта эмоционального состояния пациента, значения психологического конфликта перед началом и входе развития заболевания, учёта особенностей личности пациентов и их реакций во время обследования и лечения. При этом довольно типично стремление и врача, и пациента избегать предположения о возможном психическом заболевании. Недаром своевременная диагностика и адекватное лечение такого рода случаев выдвигается в качестве первоочередных в системе общественного здравоохранения. И в современной психиатрии отмечается тенденция к смещению внимания от заболеваний входящих в круг «большой» психиатрии к «малой», включающей широкий круг невротических расстройств, связанных со стрессовыми ситуациями, а также соматоформных и соматизированных расстройств, частота которых составляет от 0,1 – 0,5 % населения и гораздо чаще наблюдается у женщин.

В число соматоформных расстройств на сегодня входят:

1. Соматизированное расстройство
2. Недифференцированное соматоформное расстройство
3. Ипохондрическое расстройство
4. Соматоформная вегетативная дисфункция:

. сердца и сердечно-сосудистой системы;

. невроз сердца;

. синдром Да Коста;

. нейроциркуляторная дистония.

2. верхнего отдела желудочно-кишечного тракта:

. невроз желудка;

. психогенная аэрофагия;

. икота;

. диспепсия;

. пилороспазм.

3. нижнего отдела желудочно-кишечного тракта:

. психогенный метеоризм;

. синдром раздражённого кишечника;

. синдром газовой диареи.

4. дыхательной системы: психогенные формы кашля и одышки.

5. Урогенной системы: психогенное повышение частоты мочеиспускания; психогенная дизурия.

6. Других органов и систем

7. Хроническое соматоформное болевое расстройство.

В предыдущих, опубликованных нами статьях, мы касались многих других форм соматоформных расстройств, где подробно изложили общие вопросы диагностики этого рода заболеваний.

В настоящей работе мы провели анализ клинических проявлений и их особенностей, а также методы лечения у 35 пациентов в возрасте 22 – 55 лет, у которых наблюдались различного рода жалобы на стойкие и интенсивные болевые расстройства в виде постоянных, «тяжёлых» и психически угнетающих в какой-либо области тела. Появление жалоб на боли невозможно было связать с какой-либо патологией, но оно сочеталось как правило с эмоциональными проблемами. Продолжительность этих проявлений была от 6 месяцев до года и даже нескольких лет, которые нельзя было объяснить конкретным физиологическим процессом или соматическим заболеванием.

У 14 пациентов наблюдалась психалгия, у 8 психогенная боль в спине, у 6 – в области груди и шеи, у 5 в области живота и у 2 в области бедренного нерва. При тщательном целенаправленном опросе оказалось что у всех пациентов жалобы на боль появились после конфликта в семье, на работе, появления угрозы быть уволенными, переживаний в связи с тяжёлым заболеванием детей и др. Эти условные психотравмы мы расценивали в качестве основной причины возникновения жалоб, т.е. начала заболевания. Развитие симптомов в основном было внезапным с нарастанием интенсивности болевых ощущений в течение недели и месяцев. Характерной особенностью болевых ощущений являлась её сила, постоянство и невозможность купировать их надолго путём приёма анальгетиков, что способствовало у 9 пациентов к развитию влечения к ним.

Для постановки диагноза необходимо было исключить соматическую патологию, которая могла вызвать данные жалобы и лишь затем говорить о соматоформном расстройстве. Как правило пациенты в начале заболевания предъявляли множество жалоб, которые не находили после многочисленных обследований у врачей различного профиля (терапевтов, неврологов, нейрохирургов) с помощью инструментальных методов вплоть до КТ и МРТ, и лабораторных исследований. До госпитализации в психиатрическое учреждение, почти все больные кроме консультаций в различных учреждениях получали «лечение» у экстренщиков и других целителей, которые проводили им традиционный массаж, «укрепляли» и «исправляли» позвоночник, «вправляли» грыжу, «снимали порчу». Врачи интернисты постоянно испытывали затруднения из-за неспецифических,

стойких и необычных болевых ощущений у пациентов, которые были бы характерны для конкретного заболевания. Все перечисленные особенности возникновения, развития и безуспешности лечения заболевания позволяли нам остановиться на диагнозе соматоформного хронического болевого расстройства, напоминающего соматическое заболевание. Наши выводы подкреплялись не только тем, что заболевание возникло после различных стрессовых ситуаций, не подтверждалось какими-либо органическими изменениями, и симптомами, которые можно было бы отнести к определённой соматической патологии, но и потому, что у всех пациентов выявлялась в той или иной степени выраженности функциональные нарушения в виде слабости, утомляемости, повышенной раздражительности, демонстративности в рамках разной степени выраженности сниженного настроения. Назначение антидепрессантов и психотерапии приводило к значительной обратной динамике болезненных симптомов, что укрепляло нас в выводах. Доминирование в клинических проявлениях болевых ощущений и патологических телесных симптомов, связанных с болью, позволяло отличить это расстройство от других соматоформных расстройств. Невротические симптомы, у изученных нами больных, мы отнесли к вторичным по отношению к хроническим болевым расстройствам, так как они носили расплывчатый, изменяющийся, полиморфный характер и были тесно связаны с психологически понятными переживаниями. Болевые же ощущения являлись постоянными, психически угнетающими, не уменьшающимися при возникновении заболевания, а часто усиливающимися при повышенном внимании со стороны окружающих либо медицинских работников. И в больничных условиях отмечалось стремление пациентов к преодолению телесных ощущений с помощью разработанных им до госпитализации собственных методов лечения, отличающихся вычурностью и брутальностью (тугие повязки в области локализации боли, необычных мазей, растворов и др.).

Если по данным литературы на цефалгию приходится 70% жалоб из болезненных ощущений в различных частях тела и органов, то среди наших больных этот процент достиг только 35%. Однако обращало внимание, что головные боли в наших наблюдениях носили особый характер в виде сжимающих, пульсирующих, острых и необычно тупых, что представляло особую трудность для дифференциации от мигрени, гистаминовой головной боли и вызванных использованием фармакологических препаратов, ликвородинамической невралгии тройничного нерва, шейного остеохондроза, вазомоторной цефалгии и др. Даже при наличии множественных результатов обследования у специалистов до госпитализации в отделение неврозов мы широко прибегали к консультантам неврологам, терапевтам, кардиологам, проводили МРТ черепа и позвоночника, УЗИ сосудов головного мозга. И только с учётом объективных результатов начинали опираться на объективный и субъективный анамнез, на характер клинического характера особенностей жалоб, психический статус, особенности личности пациентов и их реакцию на болезнь, чтобы окончательно остановиться на диагнозе хронического болевого соматоформного расстройства. Обращала на себя характерная особенность и пациентов и врачей интернистов отрицать наличие даже мягкого психического расстройства. При этом пациенты несмотря на явный успех лечения в психиатрическом стационаре неохотно и не сразу начинают признавать значение психологического конфликта в возникновении заболевания несмотря на то, что эмоциональный и психологический дискомфорт занимал значительную часть их жизни, мешал их жизненным планам и являлся источником социальной дезадаптации.

При лечении пациентов мы придерживались принципа комплексности, сочетающего в себе общеклинические, психофармакологические, психологические и социальные подходы. Кроме комплексного подхода в лечении мы придерживались принципа дифференцированной, интегрированной, краткосрочности, связанными с социально-экономическими изменениями, происходящими в психиатрии и в целом в обществе. Это касается изменений и психофармакологических, психотерапевтических и социально-реабилитационных, способствующих интенсификации лечения. Соотношение медикаментозного лечения пациентов с соматоформными расстройствами гибко определялось в каждом конкретном случае в зависимости от личности пациента, особенностей симптоматики, стадии заболевания, воздействия окружающей среды и обстоятельств на эмоциональное состояние больных. Перед началом лечения разрабатывалась для каждого пациента программа контроля болевых ощущений у них. Сама госпитализация в отделение пограничных состояний способствовала положительному эффекту. Комплексное лечение включало в себя когнитивно-поведенческую и групповую терапию, обучение техники релаксации, физиотерапию, ЛФК, гипноз и другие методы психотерапевтического воздействия. Чем был выраженнее патогенез болевых и невротических расстройств, тем более положительный эффект давало психофармакологическое лечение. Нами широко применялись антидепрессанты чаще всего селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (параксетин-20-40 мг, флуоксетин-20-60 мг, сертралин-50-100 мг, флуваксамин-50-100 мг), что способствовало снижению уровня головных болей, эмоциональному напряжению, выравниванию настроения. Учитывая медленный эффект антидепрессантов всех групп, для более быстрого снятия интенсивности болевого синдрома и сопутствующих невротических проявлений применялись различного класса транквилизаторы, как бензодиазепиновые, так и небензодиазепиновые (клоназепам 0,5-2 мг, альпрозалам 0,25-0,75 мг, диазепам 5-15 мг, гидроксизин 25-50 мг, транксен 5-10 мг, грандаксин 25-75 мг), а также малые нейролептики (сульпирид 200-400 мг, тиридазин 20-40 мг, алименазин 10-20 мг, хлорпротексен 25-75 мг). Обратная динамика развития заболевания наблюдалась во всех случаях, у большинства пациентов постепенно уменьшалась интенсивность болевого синдрома, уменьшались невротические наслоения, что способствовало укреплению веры больных в выздоровление. Гораздо быстрее наступало улучшение и последующее выздоровление при всех видах болевого синдрома у лиц с меньшим стажем заболевания и у молодых. Наиболее резистентными к лечению оказались пациенты с цефалгией и с жалобами на боли в поясничной области, которым приходилось назначать более высокие дозы антидепрессантов и нейролептиков, а также использовать нормотимики (карбамазепин, препараты вольпроевой кислоты, ламотриджин). Рекомендуются длительность психофармакотерапии и психотерапии для пациентов с болевым синдромом после наступления практического выздоровления составляла от 1 до 6 месяцев в зависимости от стажа болезненных проявлений.

Выводы.

Таким образом, хроническое соматизированное болевое расстройство представляет собой одну из форм хронической соматизации с неоднородным количеством разнообразных симптомов, возникающих и продолжающихся на протяжении многих месяцев и даже лет и тесно связанных с эмоциональным конфликтом или психоэмоциональными проблемами. Выражается это заболевание в том, что в течение длительного времени у пациентов наблюдаются упорные, возникающие неожиданно, тягостные болевые ощущения, которые сами больные настойчиво связывают с патологией определённых органов и систем, но которые не подтверждаются узкоспециализированной диагностикой и лабораторными исследованиями и не могут быть адекватно объяснены какой-либо органической патологией. Врачи интернисты, имея дело с подобными пациентами, зачастую переживают чувство фрустрации, поскольку все их усилия нормализовать состояние больного неизбежно терпят неудачу. Такие пациенты нуждаются в лечении в психиатрических учреждениях, где и должна проводиться комплексная терапия, включающая в себя широкий круг психофармакологических средств и психотерапевтических форм и методов. Прогноз при хроническом соматоформном болевом расстройстве определяется целым рядом факторов, включающих психологические обстоятельства, сопутствующие невротические симптомы и не всегда выраженные вторичные выгоды (эмоциональное внимание окружающих, сохранение важных для пациентов отношений в семье и на работе, иногда финансовое обеспечение). Чем старше пациент, тем меньше шансов на полное выздоровление, что требует более тщательного внимания к решению социальных вопросов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Вейна М., Дюкова Г.М., Воробьева О.В., Данилов А.Б. Панические атаки (неврологические и психофармакологические аспекты). - М.: Эйдос Медиа, 2004. - 408 с.
- 2 Пребытков А.А., Еричев А.Н., Коцюбинский А.П., Юркова И.О. Вопросы терапии соматоформных расстройств: медикаментозные и психотерапевтические подходы // Социальная и клиническая психиатрия. - 2014. - Т. 24. - С. 73-80.
- 3 Психиатрия: национальное руководство под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Сёмке, А.С. Тиганова. - М.: ГЭОТАР. Медиа, 2009. - 1000 с.
- 4 Смуглевич А.Б. Глава из книги «Психосоматические расстройства». - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2010. - 19 с.
- 5 Простамолов В.Ф. Комплексная терапия соматоформных расстройств. - Кишенёв: Преса, 2000. - 217 с.
- 6 Беспалов Ю.И., Адильханова К.А., Беспалова Л.Ю. Влияние избыточной информации на пациентов и клинику соматоформной вегетативной дисфункции // Сборник материалов IV съезда (с международным участием) психиатров, психотерапевтов, наркологов и медицинских психологов. - Алматы: 2014. - С. 55-57.

Ю.И. Беспалов, Л.Ю. Беспалова, М.К. Қасымжанова

*С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті, Психиатрия және наркология бойынша интернатура және резидентура кафедрасы
МКҚК «Психикалық денсаулық орталығы», Алматы қ.*

СОМАТОФОРМДЫҚ БҰЗЫЛЫСТАРҒА КІРЕТІН СОЗЫЛМАЛЫ АУЫРСЫНУ СИНДРОМЫНЫҢ ДИАГНОСТИКА ЖӘНЕ ЕМДЕУІНІҢ НЕГІЗГІ ТӘСІЛДЕРІ

Түйін: Мақалада бір топ науқастарда зерттелінген соматоформдық бұзылыстарға кіретін әр түрлі ауырсыну синдромдардың диагностика және ем көрсетуінің негізгі тәсілдері көрсетілген. Мұндай пациенттерге медициналық көмек көрсету бойынша негізгі принциптері тұжырымдалған (кезеңділік, кешенділік, ықпалдасу принциптері).

Түйінді сөздер: Созылмалы ауырсыну бұзылысы, соматоформдық бұзылыстар, невротикалық белгілері, ауырсыну синдромын емдеу

Yu.I. Bepalov, L.Yu. Bepalova, M.K. Kassymzhanova

*Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Department of internship
and residency for psychiatry and narcology
SMGE "Center for Mental Health"*

PRINCIPLES OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHRONIC PAIN SYNDROME WITHIN THE FRAMEWORK OF SOMATOFORM DISORDER

Resume: In this article principal approaches to the diagnosis and treatment of various types of pain syndromes within the framework of somatoform disorder based on the study of a group of patients are presented. Principles for the provision of medical care to such patients are formulated (the principles of phase, complexity, integration).

Keywords: Chronic pain disorder, somatoform disorder, neurotic symptoms, treatment of pain syndromes.