

УДК 617.55-009.7-036.12-06

Хроническая боль в животе и стойкое нарушение трофологического статуса

В.Т. Ивашкин, Е.А. Полуэктова

(Кафедра пропедевтики внутренних болезней лечебного факультета Первого Московского государственного медицинского университета им И.М. Сеченова)

Chronic abdominal pain and persistent disorder of nutritional status

V.T. Ivashkin, Ye.A. Poluyektova

Цель публикации. Продемонстрировать сложности проведения дифференциальной диагностики и подбора адекватной терапии у пациентки с болью в животе и нарушением трофологического статуса.

Основное содержание. Больная Ч., 58 лет, поступила в клинику весной 2008 г. с жалобами на боль в эпигастральной области, иногда опоясывающую, не связанную с приемом пищи, положением тела и актом дефекации. Отмечала также ощущение горечи во рту, повышение температуры тела до 37,2–37,4 °С без четкой связи со временем суток, физической активностью и интенсивностью болей. Больна с детских лет, начало заболевания связывает с нерегулярным и неправильным питанием.

С 18-летнего возраста практически постоянно получает консервативное лечение по поводу абдоминальной боли, трижды была прооперирована без четких показаний (холецистэктомия, резекция желудка по Ру, резекция желудка по Бильрот I). Консервативное и оперативное лечение не привело к купированию болевого синдрома.

При осмотре обращает внимание наличие трофологической недостаточности. ИМТ 15 кг/м².

Целью обследования было определение причины боли в животе, а также тактики дальнейшего лечения. На основании полученных результатов у пациентки с мозаичным личностным расстройством диагностировано соматоформное расстройство (гериализованная соматоформная алгия). Лечение, включавшее помимо медикаментозной терапии

The aim of publication. To show difficulties of differential diagnostics and prescription of adequate treatment in patient with abdominal pain and nutritional disorders.

The main contents. Patient C., female, 58 years old, admitted the clinic in the spring of 2008. Symptoms included epigastric pain, sometimes belt-like, not related to food intake, posture or defecation, sensation of bitter taste, fever up to 37,2–37,4 °C without relation to time of day, physical activity or pain intensity. Symptoms started in childhood, onset of disease patient associated to irregular and improper nutrition.

From 18-years of age almost permanently receives conservative treatment for abdominal pain, underwent three surgical operation without definite indications (cholecystectomy, Roux stomach resection, Bilroth I stomach resection). Conservative and surgical treatment did not result in pain relief.

At examination presence of nutritional insufficiency draw attention. BMI was 15 kg/m². The aim of investigation was to define the cause of abdominal pain, and to determine treatment approach. According to the results of investigation in the patient with tessellated personality disorder somatoform disorder was diagnosed (generalized somatoform pain). Treatment included drug therapy along with repeated conversations with the patient, that resulted in relative stabilization of her state.

Conclusion. Estimating presented clinical case it is possible to draw conclusion on involvement of various departments of nervous system, including emotional

Ивашкин Владимир Трофимович — академик РАМН, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней ГОУ ВПО ПМГМУ им. И.М. Сеченова Росздрава. Контактная информация для переписки: v.ivashkin@gastro-j.ru; 119991, г. Москва, ул. Погодинская, д. 1, стр. 1, Клиника пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко ГОУ ВПО ПМГМУ им. И.М. Сеченова Росздрава

Полуэктова Елена Александровна — кандидат медицинских наук, врач-терапевт отделения общей терапии клиники пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко, УКБ № 2 ПМГМУ им. И.М. Сеченова. Контактная информация для переписки: polouektova@rambler.ru; 119991, г. Москва, ул. Погодинская, д. 1, стр. 1, Клиника пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко ГОУ ВПО ПМГМУ им. И.М. Сеченова Росздрава

длительные повторные беседы с больной, привело к относительной стабилизации состояния.

Заключение. Оценивая представленное клиническое наблюдение можно сделать вывод о вовлеченности в механизм развития абдоминальной боли различных отделов нервной системы, в том числе эмоционального компонента.

Таким образом, ключевым моментом в обследовании пациента, предъявляющего жалобы на боль, помимо проведения лабораторных и инструментальных исследований должен быть тщательный анализ жалоб, анамнеза жизни и заболевания. Выбор препарата для лечения абдоминальной боли зависит от уровня ее формирования.

Ключевые слова: боль в животе, нарушение трофологического статуса, план обследования, соматоформное расстройство.

component into the mechanism of abdominal pain. Thus, the key moment in investigation of the patient presenting complaints of pain, besides laboratory and instrumental tests is careful analysis of symptoms, past history and family history. The choice of an agent for treatment abdominal pain depends on the level of its generation.

Key words: abdominal pain, nutritional disorder, the plan of investigation, somatoform disorder.

Большая часть обращений к врачу связана с жалобами на боль. У пациентов, страдающих от боли, значительно снижается качество жизни, кроме того, такие больные нередко пропускают рабочие дни, часто обращаются за медицинской помощью и, таким образом, экономически обременяют общество.

Постановка правильного клинического диагноза и назначение лечения пациентам, основной жалобой которых служит боль в животе, крайне сложная, по существу исследовательская, задача, от правильности решения которой зависит качество их дальнейшей жизни.

Хроническая боль в зависимости от преимущественной вовлеченности в механизм ее развития различных отделов нервной системы может быть периферической, центральной, сочетанной периферически-центральной и психологической [1].

Периферический механизм формирования боли предполагает постоянное раздражение ноцицепторов внутренних органов, сосудов, костно-мышечной системы, самих нервов (ноцицепторы *nervi nervorum*) и др. Это так называемая «ноцицептивная боль». Устранение причины боли приводит к избавлению от нее.

Периферически-центральный механизм наряду с участием периферического компонента предполагает связанное с ним (и/или им обусловленное) нарушение функции центральных ноцицептивных и антиноцицептивных систем спинального и церебрального уровня. При этом длительно продолжающаяся боль периферического происхождения может быть причиной дисфункции центральных механизмов, что и вызывает необходимость максимально эффективного устранения периферической боли на этапе ее возникновения.

Центральная боль обусловлена первичным дисбалансом центральных ноцицептивных и антиноцицептивных систем.

Кроме того, восприятие боли тесно связано с изменением эмоциональной переработки афферентных сигналов и недостаточностью кортикальной активации системы, ингибирующей боль [11], что согласуется с классической теорией боли, согласно которой сенсорный и аффективно-когнитивный компоненты в равной мере играют важную роль в ее ощущении.

Приведенное в данной статье клиническое наблюдение демонстрирует сложности дифференциального диагноза и подбора адекватной терапии у пациентки 58 лет с болью в животе и нарушением трофологического статуса.

Больная Ч., 58 лет, поступила в клинику пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им В.Х. Василенко весной 2008 г. с жалобами на боль в эпигастральной области, иногда опоясывающую, не связанную с приемом пищи, положением тела и актом дефекации. Пациентка характеризовала боль как режущую, жгущую или колющую. Жаловалась также на ощущение горечи во рту, более выраженное по утрам, обесцвечивание кала на протяжении 3 месяцев до госпитализации с сохранением нормального цвета мочи и отсутствием желтухи, повышение температуры тела до 37,2–37,4 °С без четкой связи с временем суток, физической активностью и интенсивностью боли в животе. Повышение температуры ощущает как чувство внутреннего жара.

Из анамнеза известно, что пациентка была младшей из трех детей в семье. Считает себя больной с момента поступления в первый класс — очень часто при малейшей погрешности в диете (жирные, жареные блюда), а порой и без видимой причины у нее возникали боль в правом подреберье и подложечной области, тошнота, длящиеся иногда на протяжении 1–2 дней и проходящие самостоятельно. Родители, особенно отец, не

считали девочку больной, жалобы воспринимали как несерьезные, однако когда дочь жаловалась на боль, мать жалела ее. Тем не менее готовить в семье отдельные диетические блюда возможности не было. Девочка очень часто пропускала обед, а иногда и ужин или ела очень немного, вероятно поэтому выглядела хрупкой. К моменту окончания школы она воспринимала боль и тошноту как часть своей жизни.

После школы поступила в медицинское училище, закончила его, стала работать акушеркой. Начало самостоятельной трудовой деятельности ознаменовалось неприятным событием, а именно пищевой токсикоинфекцией, которая протекала с характерной клинической картиной: через несколько часов после употребления рыбы возникла однократная рвота, появились схваткообразная боль в животе, многократный жидкий стул, повысилась температура тела до 39 °С. Была госпитализирована в инфекционную больницу. Через 48 ч от начала заболевания температура понизилась до субфебрильных цифр, диарея прекратилась, но обычная боль в эпигастрии значительно усилилась, что послужило поводом для перевода пациентки в терапевтический стационар.

В терапевтическом стационаре проводилось исследование кислотности желудочного сока. Была определена «ахлоргидрия», в связи с чем назначался пепсин и желудочный сок. Однако на фоне лечения и после его отмены сохранялась боль в эпигастрии различной интенсивности, для купирования которой пациентка самостоятельно принимала аспирин, иногда несколько таблеток в сутки; периодически была рвота съеденной пищей. Так продолжалось около 5 лет.

В 1975 г. больная вышла замуж, в 1976 г. родила здорового доношенного мальчика. Через несколько месяцев после родов самочувствие значительно ухудшилось — усилилась боль в эпигастрии, присоединилась боль в правом подреберье, почти ежедневно возникала рвота съеденной пищей «с прожилками крови», пропал аппетит, за 3 месяца похудела на 15 кг. Для ухода за ребенком вызвала из другого города свою мать и поступила в больницу для обследования. При проведении *эзофагогастродуоденоскопии* (ЭГДС) у больной впервые был выявлен язвенный дефект в субкардиальном отделе желудка с признаками состоявшегося кровотечения. Были назначены антисекреторные препараты, на фоне приема которых удалось добиться рубцевания язвы, однако боль в эпигастрии и правом подреберье сохранялись и после выписки из стационара. На протяжении последующих 10 лет абдоминальная боль была практически постоянной. Периодически обращалась за медицинской помощью, принимала антисекреторные препараты, спазмолитики с неустойчивым эффектом.

В 1987 г. больная перенесла стрессовую ситуацию — ее муж стал оказывать знаки внимания

своей коллеге по работе. На этом фоне боль в животе значительно усилилась, что послужило причиной для повторной госпитализации. На обзорном снимке органов брюшной полости были выявлены тени, подозрительные на конкременты в проекции желчного пузыря. Жалобы в сочетании с данными рентгенологического исследования позволили сделать вывод о наличии у больной желчнокаменной болезни — хронического калькулезного холецистита, в связи с чем была выполнена открытая холецистэктомия. Конкрементов в желчном пузыре не оказалось, после операции существенной динамики в самочувствии пациентки не отмечалось.

В дополнение к уже имеющимся жалобам на боль в животе, со слов больной, периодически стал появляться «черный дегтеобразный стул», что послужило поводом для выполнения в 1992 г. резекции желудка по Ру. Медицинскую документацию, подтверждающую необходимость проведения данной операции, больная предоставить не может. Полагает, что операция была сделана ошибочно — «хирург перепутал ее с другой пациенткой».

В 1993 г. муж больной впервые привез ее на лечение в Москву (поступила в отделение хронических заболеваний кишечника и поджелудочной железы нашей клиники). На основании проведенного обследования был поставлен следующий клинический диагноз: язвенная болезнь желудка — резекция по Ру в 1992 г., гастрит культи желудка, анастомозит, холецистэктомия в 1987 г., хронический билиарный панкреатит в стадии стихающего обострения. В клинике пациентка получала лечение антисекреторными препаратами, спазмолитиками, ферментами. Выписана с улучшением — субъективно отмечала некоторое уменьшение абдоминальной боли. Однако в дальнейшем продолжала беспокоить режущая, распирающая боль в животе, иногда отмечался обесцвеченный стул, при этом желтухи и потемнения мочи не было.

В 1998 г. по месту жительства выполнена реконструктивная операция — резекция желудка по Бильрот I. Показания остаются не вполне понятными: предполагалось наличие у больной аденомы фатерова соска и нарушение оттока желчи, проявляющееся обесцвеченным стулом. В том же году пациентка вновь приехала в Москву для обследования в связи с продолжающимися болями в животе. Была выполнена папиллосфинктеротомия, не принесшая облегчения.

В последующем проводились многократные обследования. В 2004 г. при ЭГДС обнаружены подслизистые образования в субкардиальном отделе желудка на задней стенке (2,5 см) и в области гастроеюноанастомоза на большой кривизне (1,5×2 см), в биопсийном материале — кусочки слизистой оболочки желудка с участками склероза

в одном из фрагментов и единичными кистозно расширенными железами. Наличие и размеры выявленных образований были подтверждены при проведении *компьютерной томографии* (КТ) органов брюшной полости с контрастированием. От каких-либо терапевтических мероприятий решено было воздержаться и осуществлять эндоскопическое наблюдение один раз в год. Уровень гастрина, исследованный двукратно, оставался в пределах нормы.

В июне 2006 г. больная находилась на стационарном обследовании и лечении в Национальном медико-хирургическом центре им. Н.И. Пирогова. Для уточнения состояния желчевыводящих путей была выполнена магнитно-резонансная холангиография, при которой существенных отклонений от нормы не определялось: внутрипеченочные желчные протоки извиты, прослеживаются фрагментарно. Правый печеночный проток до 4 мм в диаметре, левый до 4,5 мм, формирование общего печеночного протока обычное (до 5 мм в диаметре). Культи пузырного протока до 3 мм в диаметре. Холедох до 3 мм, прослеживается на протяжении 1 см. Просвет видимых отделов вирсунгова протока однороден, до 2,5 мм, прослеживается до места впадения в двенадцатиперстную кишку.

На протяжении последующих 2 лет продолжала беспокоить боль в животе. Периодически пациентка обращалась в различные медицинские учреждения, где выполнялись повторные лабораторные исследования, неоднократно ЭГДС, протоколы которых были сходны с протоколом исследования, сделанного в 2004 г., проводилась также сцинтиграфия паращитовидных желез, при которой существенных отклонений от нормы не найдено.

Весной 2008 г. больная была госпитализирована в нашу клинику. Основной жалобой при поступлении вновь была абдоминальная боль.

Что обращает внимание при сопоставлении анамнеза жизни и заболевания пациентки? *Вопервых*, больная родилась последним и неожиданным ребенком в многодетной семье в тяжелом послевоенном 1949 г. и вполне вероятно, что уход за ней в детском возрасте был недостаточным. *Вотвторых*, дебют абдоминальной боли и значимые ухудшения в самочувствии были связаны с жизненными событиями, требовавшими от больной определенных усилий. Впервые боль в животе возникла при поступлении в школу, значительное ухудшение наступило после окончания техникума в начале самостоятельной работы, затем — после рождения ребенка, когда требовался уход за ним (помощь в воспитании оказывали ближайшие родственники), последующее ухудшение, приведшее к выполнению хирургического вмешательства, было связано с предполагаемой изменой мужа. В дальнейшем вся жизнь пациентки и ее близких зависела от степени выраженности боли в животе:

ребенок большую часть времени проводил с дедом и бабушкой, муж оставил интересную работу, поскольку из-за постоянных командировок не мог неотлучно находиться при больной супруге. Пациентка практически не работала, как правило, была «временно нетрудоспособной».

Таким образом, когда больная поступила в клинику, перед нами встала нелегкая задача: установить причину боли в животе — симптома, который длительное время отрицательно сказывался на жизни не только нашей пациентки, но и ее близких.

На основании диагностического поиска мы должны были ответить на вопрос: есть ли у больной патология в форме заболевания внутренних органов или проводящих болевых путей, которые могли бы на протяжении многих лет проявляться болью в животе? Или же рассматриваемый симптом отражает социальную неполноценность пациентки и служит инструментом адаптации к жизни? Ответ на этот вопрос крайне важен и налагает на врача большую ответственность, так как от правильности его решения зависит дальнейшая терапевтическая тактика и нередко судьба больного.

Что же такое боль и какие механизмы участвуют в ее формировании? Согласно определению международной ассоциации по изучению боли, мы определяем ее как неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с истинным или потенциальным повреждением ткани или описываемое в терминах такого повреждения [10]. Кроме того, боль — это сочетание объективных патологических реакций, протекающих в органах и тканях, с эмоциональным переживанием и когнитивными процессами (осознанием и запоминанием). Наша задача как интернистов сводилась, в первую очередь, к исключению или подтверждению наличия у наблюдаемой пациентки объективных патологических процессов, которые объясняли бы абдоминальную боль.

Мы начали решение данной задачи с обследования больной. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Телосложение астеническое. Кожные покровы бледные. *Индекс массы тела* (ИМТ) 15 кг/м². Толщина *кожно-жировой складки над трицепсом* (КЖСТ) — 8 мм (норма 10,5–11,7), *объем плеча* (ОП) — 21 см, *объем мышц плеча* (ОМП) — 18 см (норма 23,2–20,9). Отеков нет. Видимые слизистые чистые, бледно-розовые. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Частота дыхания — 17 в минуту. Тоны сердца ритмичные. Пульс 72 в минуту, АД 105/70 мм рт. ст. При поверхностной пальпации живота болезненность в правом подреберье, околопупочной области определяется в случае, когда пациентка фиксирует свое внимание на осмотре. Если ее удастся отвлечь, то пальпация живота безболезненна. Печень у края реберной дуги по

правой срединно-ключичной линии, плотноэластической консистенции, безболезненная. Почки не пальпируются.

На основании жалоб, данных анамнеза и активного обследования был сформулирован предварительный диагноз: язвенная болезнь желудка, рецидивирующие язвы анастомоза (?), болезнь оперированного желудка: резекция желудка по Ру в 1992 г. и реконструктивная резекция желудка по Бильрот I в 1980 г. Холецистэктомия в 1987 г., папиллосфинктеротомия (в связи с подозрением на аденому фатерова соска?) в 1998 г. Трофологическая недостаточность (квашеоркор и маразм).

Для подтверждения данной диагностической концепции пациентка была обследована. Общий анализ крови: гемоглобин 107 г/л, эритроциты $3,07 \times 10^{12}$, цветовой показатель 0,90, лейкоциты $3,05 \times 10^9$, нейтрофилы 50%, лимфоциты 36%, абс. число лимфоцитов 1093, моноциты 11%, эозинофилы 3%, базофилы 0, тромбоциты 160×10^9 , СОЭ 4 мм/ч. Обращало внимание наличие умеренно выраженной нормохромной анемии, лейкопении, уменьшение абсолютного числа лимфоцитов до 1093. В биохимическом анализе крови определялось умеренно выраженное снижение уровня железа — до 39 мкг/дл (норма 40–170), альбумина — до 3,4 мкг/дл (норма 3,5–5,0) и трансферрина — до 1,7 мкг/дл (норма 2,0–4,0), HBsAg — отрицательный, HCVAb — положительный, обнаружена HCV РНК, генотип 1b.

Результаты осмотра больной (уменьшение объема КЖСТ, ОМП и ИМТ), лабораторных исследований подтвердили правомочность диагноза трофологической недостаточности комбинированной формы (квашеоркор + маразм).

Случайной находкой оказалось обнаружение РНК вируса гепатита С, генотип 1b, что в сущности отразило последствия многочисленных предшествующих госпитализаций и инвазивных вмешательств.

Для уточнения состояния желчных протоков, поджелудочной железы пациентке было выполнено УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена — левая доля 42/53 мм, правая 110/113 мм, хвостатая доля 26 мм. Контуры ровные, паренхима средней эхогенности с подчеркнутыми портальными трактами. Воротная вена 9,8 мм. Желчный пузырь удален. В области ворот (проекция холедоха) визуализируется холедох шириной 8,5–9,6 мм с гиперэхогенным включением размером 3,6 мм (шовный материал внутри). В желудке натощак большое количество содержимого. Поджелудочная железа визуализируется нечетко, не увеличена (20–15–19 мм), контуры волнистые, паренхима гиперэхогенная. Селезенка не увеличена (86×39 мм), контуры ровные, паренхима однородная, селезеночная вена в воротах 4,4 мм. Почки нормальных размеров: правая 100×35 мм, левая 90×39 мм, контуры ров-

ные, паренхима сохранена, чашечно-лоханочная система не расширена.

Для оценки функционального состояния анастомоза после нескольких операций на желудке выполнено рентгенологическое исследование. Заключение: состояние после резекции желудка по Бильрот I с удовлетворительно функционирующим анастомозом, гастрит культи желудка.

Изменения, выявленные при рентгенологическом исследовании, были полностью подтверждены при проведении ЭГДС.

По данным КТ, определялась аэрохолия в желчевыводящих протоках, патологических изменений печени, поджелудочной железы, почек, селезенки, лимфатических узлов обнаружено не было.

Таким образом, пациентке было выполнено полноценное обследование, на основании которого органических изменений, за исключением последствий вышеуказанных хирургических вмешательств, а также трофологической недостаточности и хронического гепатита С, выявить не удалось. Клинический диагноз был сформулирован следующим образом: язвенная болезнь желудка: резекция желудка по Ру в 1992 г. и реконструктивная резекция желудка по Бильрот I в 1980 г., холецистэктомия в 1987 г., папиллосфинктеротомия в 1998 г., хронический гепатит С, трофологическая недостаточность (квашеоркор и маразм). Нормохромная анемия.

Большой был предложен курс лечения, включающий антисекреторные, ферментные препараты и прокинетики, однако существенного улучшения не достигнуто.

В результате, однако, мы пришли к выводу, что в основе абдоминальной боли лежат причины, выходящие за рамки привычной гастроэнтерологической патологии. Возник вопрос: чем же тогда вызвана боль в животе? Проанализируем еще раз анамнез жизни и болезни нашей больной.

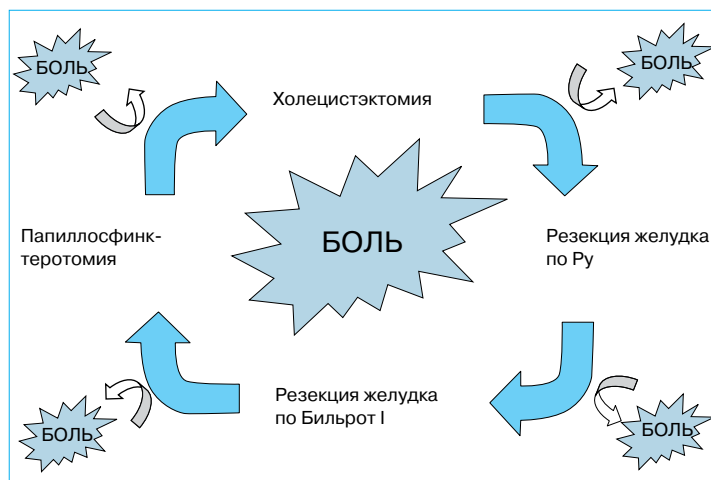
Пациентка родилась неожиданным ребенком в многодетной семье в послевоенном 1949 г. Девочка нуждалась в любви и заботе, однако привлечь на себя внимание родителей удавалось лишь во время болезни. Далее, в период учебы в школе, училище и при попытке самостоятельной работы, боль в животе позволяла уклоняться от возложенных обязанностей. Аналогичные обстоятельства сложились при рождении ребенка: из-за возникавших болей пациентка не занималась его воспитанием даже в самые трудные младенческие годы, но при этом ей удалось сохранить семью. В наиболее критической ситуации (возможного ухода мужа к другой женщине) одной только боли для влияния на окружающих оказалось недостаточно, и пациентка соглашалась на проведение повторных травматичных операций, хотя можно предположить, что при наличии среднего медицинского образования ей хотя бы отчасти была понятна их опасность и бесполезность в качестве инструмента

устранения боли. И наконец, в последние годы, когда она оставила работу, стал взрослым и обзавелся собственной семьей сын, постарели и стали нуждаться в постороннем уходе родители, когда оказались сделанными все возможные операции, наличия только боли для привлечения к себе внимания близких вновь показалось мало — добавились ограничения в еде, приведшие к развитию трофологической недостаточности как дополнительного воздействующего фактора. Каким будет следующий этап? Чем больная будет обороняться от вторжения в ее жизнь «недружелюбного, не понявшего и не принявшего ее» окружающего мира? Вариантов множество и предугадать их сложно. Однако боль в животе никогда не покинет нашу пациентку, а будет существовать в обрамлении других симптомов.

Хотелось бы обратить особое внимание на *circulus vitiosus*, т. е. на порочный круг, сформировавшийся вокруг абдоминальной боли (см. рисунок). По поводу боли были выполнены холецистэктомия, резекция желудка по Ру, реконструктивная резекция желудка по Бильрот I и папиллосфинктеротомия. И в итоге всех травматичных манипуляций абдоминальная боль по-прежнему сохранялась.

Какая информация должна быть извлечена из представленных данных?

Обратимся вновь к механизмам формирования боли. Боль — это совокупность объективных патологических реакций, протекающих в периферических тканях, а также эмоциональных переживаний и когнитивных функций [3]. На основании всего вышеизложенного у наблюдавшейся больной в формировании болевого синдрома несомненна ведущая роль эмоциональных переживаний и нарушения когнитивных функций. Для того чтобы оценить характер и степень выраженности расстройства указанных функций, мы обратились к помощи психиатра.



Circulus vitiosus

Заключение психиатра было следующим: данные анамнеза и объективного обследования позволяют диагностировать соматоформные нарушения (гериализованная соматоформная алгия) у пациентки с мозаичным личностным расстройством. Клинический статус больной определяется двумя рядами расстройств: соматическим (алгии) и наличием вегетативной дисфункции с психопатологическими навязчивыми образными представлениями ипохондрического содержания о соматическом страдании, с нарушением ночного сна, приступами тоски и особым личностным восприятием происходящего, в котором сочетаются недоверчивость, подозрительность и высокая потребность в зависимых и опекающих отношениях.

Чем располагает современная медицина для лечения хронической боли, в том числе при соматоформных расстройствах?

Во-первых, это симптоматические средства [6, 8], нормализующие моторику, секрецию, тонус сосудов внутренних органов, а также содержание биологически активных веществ. К ним относятся спазмолитики, прокинетики, антисекреторные и ферментные препараты.

Во-вторых, при недостаточной эффективности лекарственных средств периферического действия могут назначаться химические соединения, влияние которых распространяется на кишечную стенку и проводящие пути на уровне спинного мозга. Таким механизмом обладает агонист периферических опиоидных рецепторов тримебутин малеат, который, согласно полученным экспериментальным данным, может оказывать противоболевой эффект, влияя на стабилизацию мембраны глутаматных рецепторов на уровне спинного мозга и замедляя проведение нервного импульса в болевых проводящих путях [12].

В-третьих, используются антиконвульсанты, модулирующие чувствительность на уровне не только спинного, но и головного мозга [2].

В-четвертых, речь идет о препаратах, которые оказывают влияние на уровне кишечной стенки, проводящих путей, головного мозга и при этом воздействуют на эмоциональную сферу. К таким препаратам можно отнести трициклические антидепрессанты, ингибиторы обратного захвата серотонина, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина, нейролептики [4, 6, 9].

В-пятых, для коррекции нарушенных когнитивных функций может применяться психотерапия [5].

Таким образом, формально мы достаточно вооружены для купирования или значительно облегчения хронической боли. Вместе с тем применительно к больным, подобным нашей пациентке, уместно помнить известное правило — лечит врач, а не только лекарство.

Наблюдаемая нами больная испытывает высокую потребность в зависимых и опекающих отношениях. Это то, что труднее всего обеспечить.

Пациентка была выписана из клиники со следующими рекомендациями: обязательно приходить на амбулаторные консультации один раз в две недели, расширить диету за счет легкоусвояемых углеводов, продуктов, содержащих растительные и животные белки, принимать тримедат по 200 мг 3 раза в день на протяжении месяца.

С этого времени больная регулярно посещает клинику, жалуется на боль, ни о чем не просит, тем не менее, уходя, долго благодарит врача за помощь и многократно спрашивает, может ли прийти в следующий раз. Возможно, эти визиты возвращают ее в то время, когда она была маленькой беззаботной девочкой и мать жалела ее.

В результате взаимодействия с пациенткой мы не избавим ее от боли, не сможем компенсировать годы жизни, потраченные на обследование и лечение, не принесшие желаемого результата. Наша цель в данном случае двоякая — попытаться удерживать интенсивность боли на уровне, позволяющем

больной быть социально активной, и не допустить выполнения новых ненужных хирургических вмешательств.

Приведенное наблюдение показывает, что хроническая боль выступает как значимая социальная проблема. Быстрая и точная постановка диагноза у таких больных крайне сложна, однако крайне необходима, так как чем продолжительнее анамнез, тем меньше шансов на восстановление удовлетворительного качества жизни и социальной адаптации пациента.

Читатель может поинтересоваться: что было предпринято по поводу обнаруженной инфекции вирусом гепатита С? Это новая проблема и новая страница в жизни нашей пациентки. С учетом низкой вирусной нагрузки и нормальных значений печеночных ферментов (АсАТ, АлАТ) мы решили не привлекать ее внимание к этому вопросу и спокойно контролировать данные показатели с периодичностью один раз в шесть месяцев. Пациентка согласилась с таким подходом с условием, что мы не будем «оставлять ее одну наедине с собой».

Список литературы

1. Алексеев В.В. Локальная терапия в комплексном лечении болевых синдромов // Consilium medicum. — 2005. — Т. 7, № 8. — С. 667–680.
2. Баринов А.Н. Лечение хронической боли // Лечащий врач. — 2005. — № 6. — С. 41–43.
3. Вейн А.М., Авруцкий М.Я. Боль и обезболивание. — М., 1997. — С. 6–10.
4. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Соловьева А.Д. и др. Новые возможности патогенетического лечения синдрома раздраженного кишечника // Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол. — 2007. — Т. 17, № 6. — С. 37–40.
5. Полуэктова Е.А. Лечение синдрома раздраженной кишки — современное состояние проблемы // Рос. мед. вести. Семинары по внутренним болезням. — 2007. — Т. 12. — С. 44–50.
6. Полуэктова Е.А. Опыт применения дюспаталина в лечении больных синдромом раздраженного кишечника // Южно-рос. мед. журн. — 2001. — № 3–4. — С. 69–74.
7. Полуэктова Е.А., Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Герман Е.Н. Обоснование применения психотропных препаратов у больных синдромом раздраженного кишечника. // Consilium medicum. — 2007. — Т. 9, № 7. — С. 50–54.
8. Шулъпекова Ю.О., Денисов Н.Л., Ивашкин В.Т. Лечение больных с синдромом раздраженной толстой кишки с преобладанием запора // Рос. мед. вести. — 2007. — Т. 12, № 4. — С. 26–38.
9. Camilleri M. Treating irritable bowel syndrome: overview, perspective and future therapies. // Br. J. Pharmacol. — 2004. — Vol. 141. — P. 1237–1248.
10. Merskey H., Bogduk N. Classification of chronic pain. — Seattle: International Association for the Study of Pain Press, 1994. — P. 210.
11. Poluektova E.A., Ivashkin V.T., Sheptulin A.A., Belhushet S. The role of psychological and neurophysiological factors in the genesis of pain sensation in irritable bowel syndrome // Gut. — Vol. 56, suppl. 3 (15th UEGW Paris 07).
12. Roman F.J., Lanet S., Hamon J. et al. Pharmacological properties of trimebutine and N-monodesmethyiltrimebutine // J. Pharmacol. Exp. Ther. — 1999. — Vol. 289, N 3. — P. 1391–1397.