

УДК 616.33/34-008.6-08

Взаимодействие гастроэнтеролога и психиатра при ведении пациентов с функциональным расстройством желудочно-кишечного тракта

В.Т. Ивашкин¹, Е.А. Полуэктова¹, А.Г. Бениашвили²¹ ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова», кафедра пропедевтики внутренних болезней лечебного факультета,² Научный центр психического здоровья РАМН)

Interaction of the gastroenterologist and psychiatrist at management of patient with functional disorder of gastro-intestinal tract

V.T. Ivashkin, Ye.A. Poluyektova, A.G. Beniasvili

Цель публикации. Представить клиническое наблюдение больного с функциональным расстройством желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) при его совместном ведении гастроэнтерологом и психиатром.

Основные положения. Пациент Ч. наблюдается в клинике пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко с 2001 г. Принимая во внимание жалобы больного (вздутие и боль в животе, облегчающиеся после акта дефекации, учащение стула до 3–5 раз в сутки, эпизодически возникающие императивные позывы на дефекацию и чувство неполного опорожнения кишечника), а также длительное доброкачественное течение заболевания, отсутствие органической патологии, по данным лабораторных и инструментальных исследований, был поставлен диагноз синдрома раздраженного кишечника. С учетом имеющихся в настоящее время показаний для консультации больных с функциональными заболеваниями ЖКТ у психиатра наблюдаемому нами пациенту такая консультация была рекомендована, во-первых, в связи с нарушением социальной адап-

The aim of publication. To present clinical case of the patient with functional disorder of *gastro-intestinal tract* (GIT) at combined management by gastroenterologist and psychiatrist.

Original positions. Patient Ch was monitored in the V.Kh.Vasilenko Clinic of propedeutics of internal diseases, gastroenterology and hepatology since 2001. Taking into account patient's complaints (bloating and abdominal pain relieved after defecation, frequent stool up to 3–5 times per day, incidental imperative urgency to defecation and feeling of incomplete defecation), and long-term benign course of disease, absence of organic changes, according to results of laboratory tests and instrumental investigations irritable bowel syndrome has been diagnosed. However with the account of indications for psychiatrist consultation of patients of the functional diseases of GIT patient was referred to psychiatrist, first, for disorder of social adaptation which could not be explained by presence of GIT-related complaints, and second, each dialogue with him invoked inexplicable negative reaction in nurses and doctors.

Patient received course of symptomatic treatment on which background some improvement of intesti-

Ивашкин Владимир Трофимович — академик РАМН, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней ГБОУ ВПО ПМГМУ им. И.М. Сеченова Минздравсоцразвития РФ. 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 ГБОУ ВПО ПМГМУ им. И.М. Сеченова Минздравсоцразвития РФ

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

тации, которая не могла быть объяснена наличием жалоб со стороны ЖКТ, а *во-вторых*, по необъяснимой причине каждое общение с больным вызывало у медсестер и врачей негативную реакцию.

Пациенту был назначен курс лечения симптоматическими препаратами, на фоне которого удалось добиться некоторого уменьшения кишечных жалоб. Проведена консультация психиатра, по мнению которого состояние больного соответствовало нескольким рубрикам МКБ-10, прежде всего смешанному тревожно-депрессивному расстройству, а также соматоформному расстройству по типу вегетативной дисфункции. Была назначена противотревожная терапия, при проведении которой несколько облегчился тревожно-напряженный фон настроения. С этого времени больной постоянно наблюдается у гастроэнтеролога и психиатра, что позволило значительно улучшить его социальную адаптацию и уменьшить выраженность соматических жалоб.

Заключение. Данное наблюдение отражает проблему большой группы пациентов, чьи соматические жалобы не могут быть исчерпывающе объяснены при объективном медицинском обследовании. До настоящего времени все еще не существует согласованной позиции по лечению таких больных, значительная часть которых получает терапию, рекомендуемую при клинически похожей соматической болезни. В некоторых случаях их лечение может носить не только консервативный, но и инвазивный характер – проводятся операции, повторные диагностические манипуляции и т. д. В ряде случаев, когда врач-терапевт подразумевает психическое происхождение соматических симптомов, указанных больных направляют для лечения к психиатру. Тем не менее, все больше врачей признают патогенетическую связь между психическими расстройствами и физическими симптомами без видимого органического субстрата и соответственно необходимость создания междисциплинарных альянсов для оказания квалифицированной помощи рассматриваемой категории больных.

Ключевые слова: функциональное расстройство ЖКТ, соматоформное расстройство, социальная дезадаптация, соматические симптомы.

nal complaints was achieved. At the end of treatment patient was consulted by psychiatrist according to which opinion the state of the patient conformed several ICD-10 headings, first of all to the mixed anxiety-depressive disorder, as well as to somatoform disorder of autonomous dysfunction type. Antianxiety treatment has been prescribed at which anxiety improved slightly. From now on the patient was constantly monitored by gastroenterologist and psychiatrist that allowed to improve considerably his social adaptation and to reduce severity of somatic complaints.

Conclusion. This case reflects problem of major group of patients, whose somatic complaints cannot be more exhaustively explained at objective medical investigation. Till now still there is no established position on treatment of such patients, significant part of whom receives treatment recommended at clinically similar somatic disease. In some cases their treatment can be not only conservative, but also invasive: operations, repeated diagnostic manipulations, etc. In some cases, when the physician implicates mental parentage of somatic symptoms, certain patients are referred to psychiatrist. More and more doctors recognize pathogenic relation between psychological disorders and physical symptoms without obvious organic substrate and, therefore — necessity of creation of interdisciplinary alliances to provide qualified aid to considerable number of such patients.

Key words: functional disorder of GIT, somatoform disorder, social disadaptation, somatic symptoms.

Во всех современных руководствах, посвященных изучению функциональных расстройств *желудочно-кишечного тракта* (ЖКТ), в разделе «лечение» упоминается о необходимости двойного наблюдения за такими больными — гастроэнтерологом и психиатром. Содружество врачей этих специальностей открывает широкие возможности для более глубокого понимания и правильной интерпретации соматических симптомов, проливает свет на скрытые причины формирования соматических жалоб, позволяет назначить лечение, направленное на облегчение не только кишечных расстройств, но и нарушений со стороны эмоциональной сферы.

В клинической практике необходимость в консультации психиатра при обследовании пациента, страдающего функциональным расстройством ЖКТ, и в дальнейшем совместном лечении возникает достаточно часто. Поводом для обращения за помощью к специалисту по психиатрии могут послужить, в частности, высказывания больным суицидальных мыслей, необходимость в назначении психотропных препаратов, например низких доз *трициклических антидепрессантов* (ТЦА) для купирования боли, указание в анамнезе на посещение большого количества лечебных учреждений, возникшее у интерниста подозрение о наличии у пациента психического расстройства, а

также наличие в анамнезе сексуального насилия или другой психической травмы.

В нашей клинике наблюдается достаточно много пациентов с функциональными расстройствами ЖКТ, в том числе с синдромом раздраженного кишечника. За год в различных отделениях клиники, включая амбулаторно-поликлиническое, проходят обследование и лечение около 300 больных, страдающих функциональными заболеваниями кишечника.

Один из таких пациентов, Ч. 53 лет, впервые обратился в поликлиническое отделение клиники в апреле 2001 г. Войдя в кабинет врача, больной остановился у двери и, глядя испуганными глазами, спросил, может ли он войти. В ответ на приглашение проходить и садиться нерешительно ответил, что своим присутствием он причиняет доктору «большое беспокойство», поэтому вполне может постоять. Более пристальный взгляд на больного позволил выявить определенные странности в его одежде. Создавалось впечатление, что этот человек изо всех сил старается выглядеть хорошо: костюм, рубашка, галстук, вычищенные ботинки. Однако рубашка не выглажена, галстук в пятнах, на пиджаке недостает пуговицы, брюки слишком коротки, каблуки ботинок стоптаны. Первая беседа получилась достаточно долгой, так как изложение жалоб перемежалось длительными и многословными извинениями за «причиненное беспокойство», комментариями о «неважности» тех или иных проявлений болезни.

Тем не менее, удалось выяснить, что пациента беспокоят вздутие и распирающая боль в животе, облегчающиеся после акта дефекации, учащение стула до 3–5 раз в сутки (стул неоформленный, иногда с примесью слизи, чаще всего по утрам), эпизодически появляются императивные позывы на дефекацию и чувство неполного опорожнения кишечника, ощущение переполнения в эпигастриальной области после приема пищи, без видимой причины на протяжении дня возникают головная боль, ощущение внутренней дрожи и сердцебиение.

Пациент считает себя больным с семнадцатилетнего возраста, когда после перенесенной острой дизентерии (не подтвержденной, однако, бактериологическим исследованием) появились вышеуказанные жалобы. Заболевание протекает волнообразно с ухудшениями самочувствия в осенне-весенний период, при этом полной ремиссии практически никогда не наблюдалось. К врачу больной обращался только в период дебюта заболевания, в возрасте восемнадцати лет. Проводились УЗИ органов брюшной полости, ректороманоскопия. Органической патологии не было обнаружено. Пациент рассматривался как страдающий хроническим колитом. Назначались курсы лечения обволакивающими препаратами и ферментами с незначительным эффектом.

Таким образом, перечисленные кишечные жалобы полностью соответствовали «Римским критериям II». Больной предъявлял также жалобы, относящиеся к верхним отделам ЖКТ (ощущение переполнения в эпигастриальной области после приема пищи), и негастроэнтерологические жалобы (головная боль, ощущение внутренней дрожи, сердцебиение). Несмотря на длительный анамнез, заболевание течет доброкачественно, снижая качество жизни пациента, но не приводя к угрожающим жизни состояниям.

Для постановки клинического диагноза необходимо было провести лабораторные и инструментальные исследования, так как предыдущее обследование проводилось почти 30 лет назад, и, окончательно удостоверившись в правомочности диагноза «синдром раздраженного кишечника», назначить лечение спазмолитиками, карбонатом кальция и ждать успеха.

Вместе с тем, учитывая, что сведения о жизни больного часто имеют большое значение для выяснения характера заболевания и установления причин и условий его возникновения, во время консультации большое внимание было уделено сбору анамнеза жизни.

Пациент родился в небольшом подмосковном городе, где проживает и в настоящее время. Был третьим ребенком в семье. В детстве рос и развивался нормально. В возрасте 17 лет в связи с конфликтной семейной ситуацией и неудачной попыткой поступить в МГУ уехал в Ленинград (на это же время приходится и начало заболевания), где сдал экзамены в политехнический институт. Учился на «хорошо» и «отлично», занимался спортом. В этот период несколько раз обращался к гастроэнтерологу по поводу кишечных жалоб, ставился диагноз хронического колита, назначалось лечение. После окончания учебы и службы в армии вернулся домой, устроился на работу в научно-исследовательский институт научным сотрудником, вскоре женился, родился ребенок.

Однако через некоторое время пациент поссорился с матерью и сестрами; ссора, произошедшая по его инициативе, привела к полному разрыву отношений с родственниками.

В собственной семье отношения также не складывались, но после официального развода супруги на протяжении длительного периода по ряду причин вынуждены были проживать в одной квартире. Не было достигнуто и взаимопонимания с сыном 1987 г. рождения. В данный момент отец и сын не общаются.

Контакты с друзьями детства и юности также постепенно разладились, а новых друзей не было.

Кроме того, в 1993 г. нашего пациента перевели с должности научного сотрудника на должность уборщика территории с крайне низким окладом, так что, с его слов, он был вынужден «практически голодать».

На фоне таких особенностей биографии продолжали почти постоянно беспокоить боль в животе, учащение стула. Но после возвращения из Ленинграда домой пациент к врачу ни разу не обратился, на вопрос «почему», ответил «я смирился».

Вся полученная информация послужила основанием, с одной стороны, для проведения обследования, с тем чтобы поставить окончательный диагноз, а с другой стороны, согласно определенным в настоящее время показаниям для консультации пациентов с функциональными заболеваниями ЖКТ у психиатра, нашему больному такая консультация была рекомендована. *Во-первых*, в связи с нарушением социальной адаптации, которая не может быть объяснена наличием жалоб со стороны ЖКТ, *во-вторых*, по необъяснимой причине каждое общение с пациентом вызывало у медсестер и врачей негативную реакцию, хотя он не грубил, охотно вступал в контакт, рассказывал о своих проблемах, аккуратно выполнял назначения, принимал рекомендованные препараты, многословно благодарил за «оказанное внимание».

В ходе обследования проводились общий и биохимический анализы крови, общий анализ кала, УЗИ органов брюшной полости, *эзофагогастродуоденоскопия* (ЭГДС), колоноскопия, не выявившие существенных отклонений от нормы. На основании жалоб, анамнеза заболевания и отсутствия органической патологии по результатам выполненного обследования был поставлен клинический диагноз **«синдром раздраженного кишечника (вариант с преобладанием диареи)»** и назначен курс лечения спазмолитиками и карбонатом кальция, на фоне которого удалось добиться некоторого уменьшения кишечных жалоб.

Во время прохождения лечения проведена **консультация психиатра**.

Пациент плотной, но не избыточной комплекции, одет аккуратно, несколько старомодно, выглядит и держится моложе своих лет. Движения порывистые, суетливые. Выражение лица вопросительное и в то же время почти заискивающее. Складывается впечатление, что всеми силами стремится не вызвать раздражения, расположить к себе врача или даже угодить ему. Утрированная предупредительность причудливым образом контрастирует с настойчивой и навязчивой манерой излагать жалобы, просьбы, внутренние проблемы, со стремлением втянуть врача в свои житейские коллизии. Эта дисгармоничность в проявлении особенностей характера с первых минут общения вызывает определенный дискомфорт, ощущение странности личности больного. Необычность в такой личностной организации становится более определенной при описании пациентом своих жалоб и истории жизни.

В излагаемых им симптомах отмечаются два ряда расстройств. Первый план занимают жалобы на

физическое неблагополучие. В основном это жалобы на расстройство кишечника – диарею, которая полностью определяет организацию жизни пациента, его передвижение, режим питания, временную нетрудоспособность. Диарея возникает вне связи с понятными для больного причинами. Манифестацию кишечных расстройств сам пациент интерпретирует как инфекцию (дизентерия?), однако обращает внимание тот факт, что возникновение ее первых тяжелых эпизодов приходится на период подготовки и неудачной попытки поступить в МГУ. При подробном расспросе выясняется, что диарея развивается как составная часть более сложного состояния: пациент испытывает нарастающее внутреннее напряжение, иногда (но не всегда) тревогу, возникают сердцебиение, общая слабость. Ощущения общей слабости, нездоровья, сопровождающиеся переживанием «несвежей» головы, «налитых» и «тяжелых» конечностей, беспокоят и вне связи с кишечными расстройствами. Чаще они возникают в утренние часы. Такие утренние состояния больной связывает с неудовлетворенностью ночным сном – «не хватает ночи, чтобы полностью восстановиться».

Соматический ряд симптомов продолжают возникающие время от времени эпизодические боли в крупных суставах, боли в пояснице, головные боли (близкие по своим характеристикам к головной боли напряжения). Эта алгическая симптоматика носит транзиторный характер, не связана с физической нагрузкой, не поддается действию анальгетиков. Пациент, например, высказывает предположения, что боль в коленном суставе, могла возникнуть на фоне приема транквилизатора, а боль в спине – в результате внутрисемейного конфликта.

Психический ряд симптомов составляют преимущественно проявления тревоги, тягостные сомнения, навязчивые мысли о том, что его безнаказанно могут оскорбить, проигнорировать или использовать. Он часто и мучительно чувствует себя обманутым в значимых для него отношениях. Основной фон настроения составляет состояние взвинченности, генерализованного беспокойства, напряженности, нарастающей на людях. Это настроение сменяется состоянием тягостного одиночества, когда никого нет рядом. Нередко в такие минуты ему приходится справляться с мыслями о малой ценности жизни. Подобное состояние соответствует нескольким рубрикам МКБ-10. Прежде всего смешанному тревожно-депрессивному расстройству, а также соматоформному расстройству по типу вегетативной дисфункции.

Больному была назначена противотревожная терапия (транквилизатор бензодиазепинового ряда лоразепам до 3 мг в сутки). В результате лечения несколько облегчился тревожно-напряженный фон настроения, но соматический ряд симптомов и социальная дезадаптация сохранили свою актуальность.

Осенью, в ноябре того же 2001 г., уже на фоне приема лоразепама, пациент снова обратился к

гастроэнтерологу в связи с усилением боли в животе и вздутием живота, учащением стула до 2–4 раз в сутки, вновь появившимся ощущением неполного опорожнения кишечника и учащенным мочеиспусканием малыми порциями. Состояние ухудшилось за две недели до обращения из-за перенесенного эмоционального стресса (потеря работы).

Вследствие того, что характер гастроэнтерологических жалоб за истекший период не изменился, повторное обследование не проводилось. Однако с учетом жалоб на учащенное мочеиспускание было проведено урологическое обследование, на основании которого поставлен диагноз аденомы предстательной железы.

Таким образом, клинический диагноз у наблюдавшегося больного был сформулирован следующим образом: **синдром раздраженного кишечника (вариант с преобладанием диареи), аденома предстательной железы.**

Проводилось лечение спазмолитиками (дицетел), антидиарейными средствами (смекта), а также урологическими препаратами (трианол). На фоне лечения удалось добиться некоторого улучшения самочувствия. После достижения ремиссии пациент исчез из нашего поля зрения на год, но продолжил общение с психиатром.

Консультация психиатра (2002 г.).

После неудовлетворительных попыток сформировать устойчивый контроль над симптомами кишечного расстройства фармакологическими средствами (симптоматическая терапия, транквилизаторы, ТЦА) пациенту было предложено начать психоаналитически ориентированную психотерапию. К этому времени ему удалось с помощью врачей установить в своем сознании тесную связь между проявлениями соматического страдания, психическими и эмоциональными затруднениями, что стало достаточным основанием для попытки проведения психотерапевтического лечения. Заручившись договоренностью с врачом-интернистом о совместной курации, больной начал проходить сеансы психотерапии один раз в неделю.

В ходе лечения на первый план все больше выходили внутренние проблемы пациента, которые отождествлялись с актуальными и неотступными переживаниями соматического неблагополучия. Ведущими стали подавляемые им агрессивные импульсы. На фоне такой внутритерапевтической динамики больной стал активнее социально – у него появились «романы», он предпринял шаги по изменению своего социального статуса – устроился на работу, затем сменил одно место работы на другое, более выгодное. Но после психотерапевтических «каникул» состояние вновь резко ухудшилось. Значительно вырос уровень тревоги. На каждом психотерапевтическом сеансе Ч. «заваливал» своего терапевта жалобами на разнообразные болевые ощущения, беспокойством за свое

соматическое здоровье, возможную угрозу тяжелого заболевания, которое врачи «могут пропустить».

Вновь актуальными стали переживания обиды, несправедливости: ими оказывались заметно пропитаны все человеческие отношения пациента, в том числе в медицинском плане. Контакты с ним, как и в самом начале лечения, оставляли тягостный осадок от пассивной, но очень действенной агрессии. Для облегчения внутреннего тревожного напряжения, с которым могла быть связана интенсивность проявлений вегетативной дисфункции, был предложен курс психофармакотерапии – лечение агонист-антагонистом допаминовых рецепторов препаратом «сульпирид». Ответ на лекарственную интервенцию был парадоксальным, что не раз описано у больных с соматоформным расстройством. В первые дни, когда теоретически еще нельзя ждать терапевтического эффекта, пациент с радостью сообщил о значительном облегчении в соматических симптомах, но спустя 3 недели, как раз к тому времени, когда эффекты препарата должны консолидироваться и становиться устойчивыми, он с разочарованием и досадой сообщил о том, что все проблемы вернулись с новой силой. Больному было предложено обратиться за помощью (при условии продолжения психотерапии) к врачу-гастроэнтерологу.

Пациент вновь поступил в клинику осенью 2002 г. (т. е. ремиссия заболевания длилась 12 мес) с жалобами на учащение стула до 5 раз в сутки (преимущественно в утренние часы, без патологических примесей), боль в животе спастического характера, облегчающуюся после дефекации, учащенное мочеиспускание малыми порциями, а также на периодически возникающее ощущение тяжести в затылочной области, головокружение, шум в ушах, слабость, снижение работоспособности. Ухудшение состояния связывал с тем, что в его жизни много стрессовых ситуаций.

Формально ни одна из предъявляемых жалоб не противоречила установленному ранее диагнозу. Однако при осмотре был обнаружен акцент II тона над аортой, повышение АД на обеих руках до 165/100 мм рт. ст. Таким образом, учитывая предъявляемые жалобы, данные осмотра, наличие гипертонической болезни у отца пациента можно было думать о развитии у обследуемого гипертонической болезни, диагноз которой был подтвержден результатами ЭКГ: выявлено увеличение амплитуды зубца R в отведениях V₅, V₆ и амплитуды зубца S в отведениях V₁, V₂, смещение сегмента S–T в I, aVL, V₅, V₆, отведениях ниже изолинии и формирование в этих отведениях двухфазного зубца T. При УЗИ сердца определялась гипертрофия левого желудочка, офтальмологом обнаружены сосудистые изменения на глазном дне.

После проведенного комплексного обследования поставлен диагноз: **гипертоническая болезнь II стадии, атеросклероз аорты, сосудов сердца и**

мозга, синдром раздраженного кишечника (вариант с преобладанием диареи), аденома предстательной железы. Назначено лечение: имодиум плюс 1 таблетка 2 раза в неделю на протяжении 3 мес, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента — энап в дозе 5 мг/сут. В течение 3 мес больной находился под еженедельным амбулаторным наблюдением. Проводимое лечение оказалось эффективным. Артериальное давление удалось стабилизировать на цифрах 120/130/75–80 мм рт. ст. Кишечные жалобы также уменьшились.

Пациент не приходил в клинику на протяжении 15 мес, до января 2003 г. Однако в этот период исправно посещал своего психотерапевта.

Консультация психиатра (2003 г.).

Клинический статус больного вновь стал характеризоваться преобладанием «психического» ряда симптомов. Кроме того, он винил психотерапевта в невнимании, заполнил все пространство взаимоотношений с ним обидой и раздражением. Отыгрывая эти переживания в психотерапии, пациент смог вернуть утраченные за время имевшегося у него кризиса социальные достижения.

Рассматривался вопрос о возобновлении лекарственного лечения (седативные препараты). Но больной с тревогой воспринял предложение начать прием психотропных средств, и было принято решение не настаивать на этом.

В январе 2003 г. он вновь обратился в клинику. На этот раз жалобы несколько изменились. На первый план выступали симптомы функциональной диспепсии — ощущение тяжести в эпигастриальной области после еды, тошнота, отрыжка воздухом и съеденной пищей. Снова появились учащение стула до 5–6 раз в сутки (с примесью слизи и неизменной крови), боль в животе и метеоризм, облегчающиеся после дефекации.

Помимо акцента II тона над аортой, других отклонений от нормы не выявлено.

Однако изменение характера жалоб при функциональном расстройстве ЖКТ служит показанием к проведению повторного обследования. Поэтому больному были вновь выполнены УЗИ органов брюшной полости, ЭГДС, колоноскопия. Значимых отклонений от нормы не найдено.

Клинический диагноз был сформулирован следующим образом: **гипертоническая болезнь II стадии. Атеросклероз аорты, сосудов сердца, мозга. Синдром функциональной диспепсии, дискинетический вариант. Синдром раздраженного кишечника (вариант с преобладанием диареи). Аденома предстательной железы.**

Проводилось лечение антисекреторными препаратами и спазмолитиками с хорошим эффектом.

Консультация психиатра (2003 г.).

Пациент выглядит собранным и несколько напряженным. Обращают внимание корректность и предупредительность, возможно чрезмерные, но без прежнего гротеска и карикатурности.

В настроении преобладает чувство печали и грусти. С этими эмоциями тесно связаны размышления об упущенном в жизни, о нереализованном. При этом винит скорее себя и свой «характер», нежели других.

Вместе с тем в ходе беседы повышенный уровень раздражения и агрессии время от времени прорывается сарказмом или прямыми гневными ремарками. Адресованы эти негативные переживания больше к социальным обстоятельствам и обезличенным человеческим фигурам («чиновники», «начальство»), но не к близким людям, в отношении которых чаще звучат слова принятия и понимания.

Из жалоб передний план занимают меланхолические переживания возможной несостоятельности, зависимости, уязвимости, печальные размышления о надвигающейся старости. В сочетании с робкой, но отчетливой надеждой на некоторые «планы» и действительно тяжелым социальным положением людей его круга данные депрессивные переживания можно признать в большей степени реактивно обусловленными. Соматический ряд расстройств в настоящее время отошел на второй план, утратил былую клиническую актуальность и не определяет на текущий момент дезадаптацию пациента.

За прошедший с начала лечения период и соматические, и психические проблемы больного претерпели существенную динамику. Кишечная симптоматика перестала сказываться на его социальной дезадаптации. «Главными» темами в переживаниях стали сложности в человеческих отношениях. Круг общения пациента значительно изменился, отношения стали намного более удовлетворяющими его. Проблема совладения с агрессией сменилась проблемой получения удовольствия и, возможно, приобретения некоторой внутренней гармонии, что также оценивается психотерапевтом как более «зрелая» внутриспиритическая динамика.

Заключение: состояние пациента определяется характеристиками, соответствующими критериям МКБ-10 для «дистимии» или «депрессивного невроза» в старой клинической классификации (МКБ-9). Больному показаны продолжение систематического психотерапевтического лечения и эпизодический прием транквилизаторов при расстройствах ночного сна и для помощи в случаях возникновения острой тревоги.

С 2004 г. пациент ежегодно проходит обследование в клинике пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко. Каждое обращение в клинику согласовывается со своим психотерапевтом.

Поводом для обращений чаще всего служат неустойчивые цифры артериального давления, требующие коррекции гипотензивными средствами. На боль в животе и неустойчивый стул больной активно не жалуется, рассказывая об этих симптомах только в том случае, если врач спрашивает о них.

Таким образом, Ч., теперь ему уже 60 лет, — в настоящее время в большей степени пациент психиатра, чем гастроэнтеролога.

Размышления психиатра (2010 г.).

В ходе многолетнего наблюдения становится очевидным, что именно эмоциональные затруднения вносят наибольший вклад в социальную дезадаптацию больного. А соматические симптомы выступают в качестве телесного компонента целостной психосоматической реакции дезадаптации в труднопреодолимых житейских коллизиях. Психосоматический кризис представляется формой личностной слабости, несостоятельности. Такая личностная структурная организация, когда с юношеского или подросткового периода формируется травматичный для человека и его окружения способ жить, описывается в существующей классификации рубрикой «Личностные расстройства».

Из важных черт характера, приводящих к социальной дезадаптации, можно выделить следующие: чувство неполноценности, чрезвычайная чувствительность к негативным оценкам со стороны окружающих, избегание социального взаимодействия, склонность к морализации. Внутренние убеждения пациента отличаются, с одной стороны, уверенностью, что его личность не привлекательна для людей, что социальное взаимодействие приведет к тому, что он будет осмеянным, униженным, отверженным или к нему будут испытывать лишь неприязнь, с другой стороны, в глубине души он считает, что такое отношение является отражением некоторой высшей несправедливости и временами возникает интенсивное агрессивное чувство разочарования в тех людях, в чьей помощи и заботе он нуждался или нуждается. В случае оказания помощи такими людьми становятся врачи. Но их наш пациент всегда мучительно подозревал в недостаточном внимании и игнорировании его жалоб, «тестировал» на выдержку изнуряющими, оставляющими впечатление преследования, сомнениями.

Таким образом, наблюдение и лечение больного Ч. психиатром представляются в большей степени соответствующими проблемам пациента, и потому наиболее правильными. В то же время, было бы совершенно недопустимым вовсе отказаться в данном случае от помощи коллег-интернистов, поскольку изменение имеющихся соматических симптомов или возникновение новых может быть как проявлением вегетативной дисфункции в рамках декомпенсации личностного расстройства, так и свидетельствовать о возникновении сопутствующей соматической патологии.

Заключение

Приведенное типичное клиническое наблюдение отражает проблему большой группы пациентов, чьи соматические жалобы не могут быть исчерпывающе объяснены при объективном медицинском обследовании и которых традиционно, вне официальных классификаций, называют больными с «функциональными нарушениями». Эта форма патологии представлена в Международной классификации болезней X пересмотра в рубрике «Соматоформные расстройства» (СФР). Однако большая определенность в систематике не принесла большей определенности в отношении организации медицинской помощи таким пациентам. Здесь по-прежнему остается много вопросов как у интернистов, так и у психиатров.

В частности, все еще не существует согласованной позиции по лечению этих больных, значительная часть которых получает терапию, рекомендуемую при клинически похожей соматической болезни. В некоторых случаях их лечение может носить не только консервативный, но и инвазивный характер — проводятся повторные диагностические манипуляции, оперативные вмешательства и т. д.

Разработка терапевтических подходов для рассматриваемой категории пациентов сопряжена с рядом трудностей, в числе которых ведущее место занимает клиническое своеобразие психических нарушений. С одной стороны, при соматоформном расстройстве соматический ряд симптомов занимает первый план в картине болезни. С другой стороны, квалификация состояния как СФР подразумевает психическое происхождение соматических феноменов и заставляет внимательно отнестись к комплексу психических симптомов — клинически часто менее актуальному, чем соматический. Возникает определенный диагностический конфликт в оценке первичности и взаимного влияния между психическими и соматическими симптомами в картине СФР. Осознанно или интуитивно мишенью для терапии выбираются клинические симптомы, которые расцениваются как первичные и определяющие состояние [7]. Можно сказать, что терапевтический подход формируется исходя из клинической концептуализации соматоформного расстройства. Ключевую роль в этой ситуации играет индивидуальный клинический опыт и исходная теоретическая позиция врача [1, 3–5].

Вместе с тем все больше врачей признают патогенетическую связь между психическими нарушениями и физическими симптомами без видимого органического субстрата и соответственно необходимость создания междисциплинарных альянсов для оказания квалифицированной помощи таким больным.

Результаты проведенных исследований [2, 6] демонстрируют эффективность лечения психотропными препаратами (антидепрессанты, транквилизаторы) большинства (но не всех) клинических проявлений соматоформного расстройства, что может отражать патогенетическое сродство соматических и психических симптомов при СФР.

Итак, задача врача общей практики в отношении пациента, страдающего соматоформным расстройством, заключается, *во-первых*, в постановке правильного диагноза, *во-вторых*, в назначении симптоматического лечения, *в-третьих*, в привлечении к консультации психиатра и, *в-четвертых*, в создании и сохранении прочного сотрудничества со специалистом по психиатрии для осуществления длительной курации больного.

Список литературы

1. Бенишвили А.Г., Морозова М.А. Клиника и диагностика соматоформных расстройств в общей медицинской практике // Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2001. — № 3. — С. 62–65.
2. 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.
3. Морозова М.А., Бенишвили А.Г. Психотропные средства в общей медицинской практике. Проблемы лекарственных подходов к терапии больных с соматоформными расстройствами // Кремлевская медицина. Клинический вестник. — 2001. — № 3. — С. 57–62.
4. Полуэктова Е.А., Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Герман Е.Н. Обоснование применения психотропных препаратов у больных с синдромом раздраженного кишечника. // Consilium medicum. — 2007. — Т. 9, № 7. — С. 50–54.
5. Полуэктова Е.А., Шептулин А.А., Ивашкин В.Т. и др. Возможности улучшения результатов лечения больных с синдромом раздраженного кишечника // Клини. перспективы гастроэнтерол. гепатол. — 2006. — № 3. — С. 16–27.
6. Bass C., Benjamin S. The management of chronic somatization // Br. J. Psychiatry. — 1993. — Vol. 162. — P. 472–480.
7. Tillisch K., Labus J.S., Naliboff B.D. et al. Characterization of the alternating bowel habit subtype in patients with irritable bowel syndrome // Am. J. Gastroenterol. — 2005. — Vol. 100, N 4. — P. 896–904.