



Соматоформное расстройство в практике гастроэнтеролога

Л.Д. Фирсова, д.м.н.

Адрес для переписки: Людмила Дмитриевна Фирсова, firsovald@gmail.com

Для цитирования: Фирсова Л.Д. Соматоформное расстройство в практике гастроэнтеролога // Эффективная фармакотерапия. 2019. Т. 15. № 28. С. 72–75.

DOI 10.33978/2307-3586-2019-15-28-72-75

Ряд функциональных нарушений в работе органов пищеварения следует рассматривать с позиции соматоформного расстройства. В статье представлены классификация и патогенез данного заболевания, проанализированы особенности личности данной категории больных, а также функциональные гастроэнтерологические симптомы с позиции нарушений в соматосенсорной системе.

Ключевые слова: соматоформное расстройство, соматосенсорная система, функциональные нарушения

Соматоформное расстройство – патологическое состояние, проявляющееся симптомами нарушения деятельности различных органов и систем при отсутствии в них органических изменений, которые могли бы вызвать подобную симптоматику [1]. Согласно результатам эпидемиологических исследований, проведенных в конце прошлого века, соматоформное расстройство выявляется у 10–26% больных общесоматической сети [2]. Более поздние клинические наблюдения (в частности, проведенные сотрудниками лаборатории клинической психологии Московского клинического научно-практического центра им. А.С. Логинова)

свидетельствуют о неуклонном росте частоты симптомов, обусловленных соматоформным расстройством, и патоморфозе клинических проявлений заболевания.

Говоря о сути заболевания, следует иметь в виду, что соматоформное расстройство – нарушение в соматосенсорной системе, отвечающей за восприятие импульсов, идущих от тела. Нарушения могут возникать как в ее периферических (на уровне рецепторов), так и центральных отделах, взаимно усиливая друг друга. Первичные дистрофические изменения рецепторов на периферии обусловлены разными причинами (например, изменение рецепторов пищевода как результат воздействия

патологически кислого рефлюктата из желудка). При этом неадекватные (ошибочные) сигналы о болевых ощущениях активизируют центральные механизмы поддержания боли. Их гиперактивность вызывает ретроградное усиление возбуждения периферических рецепторов и развитие сенсбилизации в отношении боли. Возможно и первичное напряжение центральных механизмов регуляции на фоне стресса или психического конфликта, что сопровождается снижением порога восприятия физического дискомфорта (аналогично порогу болевой чувствительности) с последующей передачей патологического возбуждения на периферические рецепторы соматосенсорной системы. Внешние проявления отличаются многообразием и изменчивостью соматических симптомов. Поэтому пациенты обращаются за помощью к врачам различных специальностей, в том числе гастроэнтерологам. Постоянное ощущение неблагополучия отражается и на эмоциональном состоянии. Разнообразные реакции тревожного спектра врачи общей практики часто трактуют как «придумыв-



вание» симптомов, «заикливание» на болезни. Это ошибочная трактовка: пациенты с соматоформным расстройством не придумывают, а действительно испытывают необычные ощущения.

На начальной стадии болезни новые телесные ощущения отличаются от проявлений нормального функционирования организма лишь некоторым усилением интенсивности (усиление урчания в животе или ощущение вздутия живота, дискомфорт в правом подреберье, эпизодическое незначительное нарушение глотания, необычное ощущение жжения в какой-либо части тела и др.). Физиологической основой подобных ощущений может быть транзиторная вегетативная дисфункция при избыточных пищевых нагрузках, хроническом эмоциональном переутомлении, острым стрессе. Пристальное внимание к какой-либо части тела может быть спровоцировано также тревожными мыслями после смерти близкого человека. Это особенно характерно в случае онкологического заболевания, когда диагноз установлен слишком поздно. Впервые зафиксированные эпизоды физического дискомфорта могут повторяться, что со временем вызывает тревожную реакцию на необычные ощущения в теле. Дальнейшее развитие событий зависит от особенностей личности: чем более выражена склонность к длительным переживаниям, тем более вероятно, что все последующие ощущения «раскрашиваются» тревогой и воспринимаются острее. Длительно существующему тревожному состоянию всегда сопутствуют вегетативные нарушения. Не случайно они называются вегетативными коррелятами тревоги. Достигнув устойчивости, вегетативный дисбаланс выражается в функциональных нарушениях в работе различных органов и систем. В отличие от начальных симптомов заболевания нарушения на этой

стадии можно подтвердить инструментальными методами обследования.

Сбои в работе пищеварительного тракта связаны с нарушением моторной функции и interoцептивной чувствительности. Чаще подтверждаются нарушения моторной функции пищеварительного тракта [3]. В этом случае велика роль рентгенологического исследования, позволяющего установить дискинезию пищевода, функциональный перегиб желудка, гипертонус или гипокинезию разных отделов кишечника. Наглядным примером более точных методов диагностики моторных нарушений служит манометрия пищевода [4, 5].

Сложнее дела обстоят с инструментальным подтверждением нарушений interoцептивной чувствительности, проявляющихся усилением или искажением восприятия импульсов, идущих от внутренних органов [6]. При анализе клинической картины и ее сопоставлении с результатами инструментальных исследований часто удается лишь предположить наличие таких нарушений. Примером гиперестезии (патологического усиления реакции рецепторов на раздражение обычной силы) служит гиперчувствительность пищевода. Это заключение специалисты выносят при несоответствии клинической картины (интенсивная мучительная изжога) данным суточной рН-метрии, свидетельствующим о наличии гастроэзофагеального рефлюкса в пределах физиологических значений. В подобной ситуации отсутствует эффект кислотоснижающих препаратов. Это говорит о том, что механизм развития симптомов связан не с агрессивностью желудочного рефлюктата, а с повреждением рецепторов соматосенсорной системы [7, 8].

Нарушения в соматосенсорной системе подтверждаются наличием так называемых сенсорных феноменов (сенсопатий),

то есть качественного изменения восприятия импульсов. Наиболее распространенным вариантом сенсопатии являются парестезии – необычные ощущения жжения, горения, сверления, покалывания и т.п. При парестезии больные четко указывают на беспокоящий их орган, например «жжение в желудке». Характерна эмоциональная окраска с описанием ощущения как «огонь», «кипяток», «пожар». В случае, когда ощущение характеризуется пациентом как боль, правомочен термин «сенесталгия». Сенесталгии различной локализации обозначаются соответствующими терминами: стомалгия (жжение слизистой оболочки ротовой полости), глоссалгия (жжение языка) и т.п. Если необычное, часто тягостное, с трудом поддающееся описанию ощущение не связано с каким-либо органом, оно обозначается термином «сенестопатия».

Сенсопатии возможны не только в сфере восприятия боли, но и в других отделах, в частности вкусовой сенсорной системе. Патологическое возбуждение вкусовых рецепторов (луковиц) проявляется расстройством вкуса – дисгевзией. Наиболее характерное нарушение – парагевзия (появление вкусовых ощущений в отсутствие соответствующих раздражителей). В гастроэнтерологии особенно актуальна парагевзия в виде изнуряющего ощущения кислоты во рту, которую в ряде случаев ошибочно относят к внепищеводным проявлениям гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Другие варианты нарушений вкусовой чувствительности у гастроэнтерологических больных встречаются реже. Относительно редким симптомом считается изменение обоняния, или дизосмия.

Нарушение висцерального восприятия может возникнуть в любом отделе пищеварительного тракта и проявиться абдоминальными болевыми расстройствами (эпигастральный

гастроэнтерология



болевым синдромом, билиарная боль, прокталгия) или иными функциональными нарушениями (функциональная диспепсия, функциональное расстройство дефекации).

Многочисленные нарушения наблюдаются и в других системах и органах, полностью иннервируемых и контролируемых вегетативной нервной системой (сердечно-сосудистая, дыхательная, урогенитальная). Типичными считаются следующие жалобы:

- ✓ ощущение давления, сжатия, жжения, покалывания в области сердца;
- ✓ нарушения сердечного ритма в виде ощущения учащенного сердцебиения или «замирания» в работе сердца;
- ✓ ощущение нехватки воздуха с невозможностью компенсации глубоким вдохом, затруднение или учащение дыхания;
- ✓ боль внизу живота, затруднения или боль при мочеиспускании, сексуальные нарушения и т.д.

Как видим, симптомы во многом напоминают признаки органических поражений данных органов и систем. Характерным отличием является их многообразие, переменчивость и расплывчатость.

Пациенты с соматоформным расстройством нередко предъявляют жалобы неспецифического характера – быстротечная боль по всему телу, приливы жара или озноба, ощущение тяжести, усталости, вялости, хроническая головная боль, головокружение, ощущение внутренней дрожи, подрагивание рук и ног.

В целом жалобы настолько разнообразны, что представить их полный перечень не представляется возможным. Считается, что для диагностики соматоформного расстройства необходимо наличие не менее четырех соматических жалоб у мужчин и шести у женщин.

Соматические жалобы на этой стадии заболевания сочетаются с выраженными тревожными

(реже депрессивными) реакциями, природу которых больные однозначно объясняют реакцией на длительно существующую и не поддающуюся лечению симптоматику болезни. Поэтому они крайне редко жалуются на нарушение настроения, стараясь направить беседу с врачом в русло детального описания и обсуждения соматических симптомов. Как правило, пациенты отказываются от психофармакологического лечения, но даже если начинают принимать назначенные врачом психофармакологические препараты, вскоре самостоятельно отменяют их, опасаясь побочных эффектов.

В силу описанных обстоятельств пациенты с соматоформным расстройством считаются трудными пациентами, требующими особого внимания и индивидуального подхода. Прежде всего это касается тех, кто полностью «погрузился в болезнь». Такое состояние неизменно сопровождается нарушением межличностных отношений и социальных связей.

Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра, заболевание поименовано в разделе психических расстройств и имеет код F45 [9]. При этом выделяется несколько вариантов соматоформного расстройства в зависимости от клинических проявлений [10]:

- F45.0 – соматизированное расстройство;
- F45.1 – недифференцированное соматоформное расстройство;
- F45.2 – ипохондрическое расстройство;
- F45.3 – соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы;
- F45.4 – соматоформное болевое расстройство.

Первые три варианта имеют схожую симптоматику. Ее основу составляют многочисленные и разнообразные жалобы, часто меняющиеся в зависимости от проявлений и локализации. Вегетативные симптомы малоэ-

метны, поскольку минимальны и нестойки.

При наличии выраженной соматической симптоматики на протяжении двух и более лет, сопровождающейся стойким изменением эмоционального фона и социальной дезадаптацией, правомочен диагноз «соматизированное расстройство» (F45.0). При более коротком (но не менее шести месяцев) анамнезе и достаточно расплывчатой, нетипичной клинической картине диагностируется недифференцированное соматоформное расстройство (F45.1). В случае, когда болезнь напоминает о себе постоянно и в течение длительного периода времени (не менее шести месяцев) доминирует устойчивое беспокойство по поводу соматических жалоб, сформулированное как тяжелая, прогрессирующая болезнь, ставят диагноз ипохондрического расстройства (F45.2).

Особый интерес для гастроэнтерологов представляет соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы (F45.3). Кроме нарушений гастроинтестинального функционирования (связь жалоб с определенным органом – распирание в кишечнике, жжение в пищеводе, тяжесть в желудке и т.п.) у больных имеют место описанные выше выраженные вегетативные симптомы общего характера и функциональные нарушения в других органах и системах. При объективном осмотре определяются симптомы, основанные на объективных признаках вегетативного раздражения: потливость, покраснение кожи, дермографизм, учащенное сердцебиение, невербальные признаки тревоги – выраженный страх и беспокойство на лице, тремор конечностей.

Соматоформное болевое расстройство (F45.4) диагностируют в том случае, если центральным звеном клинической картины является тяжелая и мучительная боль в разных



частях тела, не связанная с нарушением функционирования органа, на котором сфокусировано внимание пациента. При постановке диагноза необходимо учитывать временной фактор: боль должна присутствовать большинство дней не менее чем шестимесячного периода. Несмотря на различия, соматоформные расстройства имеют много общего:

- ✓ разнообразие жалоб в отсутствие признаков органических заболеваний по данным лабораторных и инструментальных исследований;
- ✓ многократные обращения к врачам разных специальностей и повторяющиеся лабораторно-инструментальные обследования;
- ✓ отсутствие эффекта от традиционного гастроэнтерологического лечения;
- ✓ отрицательное отношение к психофармакологическому лечению.



Итак, в гастроэнтерологической практике целесообразно рассматривать проявления соматоформного расстройства прежде всего с позиций патологии соматосенсорной системы. При этом необходимо учитывать, что данное забо-

левание развивается у лиц определенного склада, склонных к тревожным реакциям и длительным переживаниям.

Пациенты с соматоформным расстройством нуждаются в комплексном лечении, включающем прием гастроэнтерологических препаратов с учетом выявленных функциональных нарушений и психофармакологических препаратов с подбором индивидуальной дозы и продолжительности курсового лечения на основании особенностей психического статуса и степени выраженности вегетативных нарушений. ☉

Литература

1. Гиндикин В.Я. Справочник: соматогенные и соматоформные расстройства (клиника, дифференциальная диагностика, лечение). М.: Триада-Х, 2000.
2. Холмогорова А.Б., Довженко Т.В., Гаранян Н.Г. Соматоформное расстройство: боли и соматические симптомы без органической причины // Сборник инструктивно-методических материалов для врачей первичного звена здравоохранения по оказанию помощи пациентам с непсихотическими психическими расстройствами (на основе полипрофессионального взаимодействия различных специалистов) / под ред. В.Н. Краснова. М.: Медпрактика-М, 2012. Ч. 2. С. 306–314.
3. Фирсова Л.Д., Пичугина И.М., Березина О.И. и др. Клинико-патогенетические особенности эзофагоспазма // Терапевтический архив. 2015. Т. 87. № 4. С. 36–40.
4. Бордин Д.С., Валитова Э.Р. Методика проведения и клиническое значение манометрии пищевода. Методические рекомендации Департамента здравоохранения г. Москвы № 50 / под ред. Л.Б. Лазебника. М.: Медпрактика-М, 2009.
5. Кайбышева В.О., Bredenoord A.J., Бордин Д.С. и др. Методология проведения, анализ результатов и клиническое значение манометрии пищевода высокого разрешения // Доказательная гастроэнтерология. 2018. Т. 7. № 1. С. 4–27.
6. Маев И.В., Бордин Д.С., Еремина Е.Ю. и др. Синдром раздраженного кишечника. Современные аспекты эпидемиологии, патогенеза и лечения (обзор) // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2018. Т. 158. № 10. С. 68–73.
7. Лазебник Л.Б., Бордин Д.С., Машарова А.А. и др. Факторы, влияющие на эффективность лечения ГЭРБ ингибиторами протонной помпы // Терапевтический архив. 2012. Т. 84. № 2. С. 16–21.
8. Бордин Д.С., Машарова А.А., Дроздов В.Н. и др. Диагностическое значение альгинатного теста при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2010. № 12. С. 102–107.
9. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. М.: Медицина, 1997.
10. Чутко Л.С., Фролова Н.Л. Психовегетативные расстройства в клинической практике. СПб.: Наука, 2005. С. 23–33.

Somatoform Disorder in the Practice of the Gastroenterologist

L.D. Firsova, MD, PhD

A.S. Loginov Moscow Clinical Scientific and Practical Center

Contact person: Lyudmila D. Firsova, firsovald@gmail.com

The lecture is intended for practicing gastroenterologists, as the most competent approach in many cases of the functional disorders in the digestive system is to consider them from the standpoint of somatoform disorder. The classification and pathogenesis of this disease, the characteristics of the personality of this category of patients, the explanation of the functional gastroenterological symptoms from the standpoint of the violations of the somatosensory system are discussed in the lecture.

Key words: somatoform disorder, somatosensory system, functional disorders

гастроэнтерология