

Белялов Ф.И. "Необъяснимые" симптомы в практике терапевта. В кн.: Психосоматические и соматоформные расстройства в современной клинической практике. Иркутск; 2005. с. 3-6.

Пациент обычно обращается к врачу, когда неприятные ощущения существенно мешают жить и работать. Вместе с тем, во многих случаях при объективном исследовании поражения органов, объясняющие происхождение симптомов, не находят. Например, среди пациентов врачей общей практики органическая природа симптомов при 3-летнем наблюдении была подтверждена лишь в 16% случаев (рисунок 1). Наиболее распространены среди населения необъяснимые мышечные боли, головные боли, кардиалгии, абдоминальные симптомы, усталость, головокружение (Kroenke K., Swindle R., 1989; Kirmayer L.J. et al, 2004).

В целом около 15–30% пациентов врачей общей практики, преимущественно женщин (60–80%), предъявляют жалобы, не связанные с соматическим заболеванием (Peveler R. et al, 1997; Naug T.T. et al, 2004). Такие симптомы часто называют «необъяснимыми» (medically unexplained symptoms), соматизированными или функциональными. Эти термины означают не специфические расстройства, а скорее клинические и социальные феномены.

Природа данного явления пока недостаточно ясна. Одним из патофизиологических механизмов феномена «необъяснимых симптомов» считают соматосенсорное усиление (somatosensory amplification). Предположение, что алекситимия – неспособность к осознанию, выражению и описанию душевных переживаний – способствует появлению соматизированных симптомов не подтвердилось (Kooiman C.G. et al, 2004).

Терапевты чаще всего описывают эти симптомы в рамках так называемых функциональных расстройств, а психиатры рассматривают их как соматоформные, тревожные или депрессивные расстройства. Невозможность объяснить природу симптомов связана с ограниченностью медицинских знаний, в частности разрывом между физиологическими процессами и ощущениями, а также уровнем современных технологий.

Пациенты с симптомами неясной природы часто настойчиво ищут помощи в выявлении заболевания, а доктора многократно обследуют и нередко лечат несуществующие болезни. Это приводит к неоправданному использованию ресурсов системы здравоохранения и ятрогенной патологии.

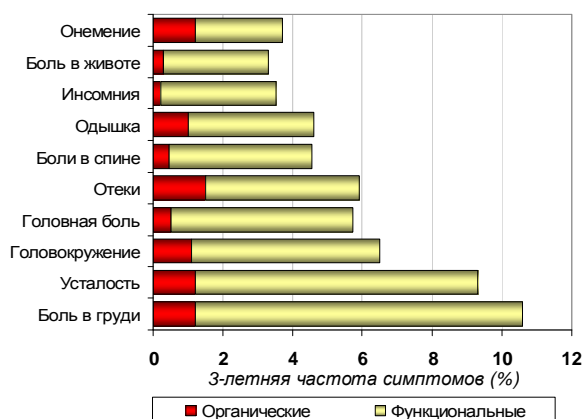


Рисунок 1. 3-летняя частота 10 симптомов у амбулаторных пациентов и доля «органических» причин (Kroenke K., Swindle R., 1989).

Общепринято рассматривать эти симптомы как доброкачественные, однако в эпидемиологическом исследовании ЕСА была выявлено небольшое увеличение годовой летальности (0.28% против 0.18%) (Engel С.С. et al, 2002). Кроме того, у этих пациентов повышена частота соматических заболеваний.

Связь «необъяснимых» симптомов с тревогой и депрессией. Обычно «необъяснимые» симптомы рассматривают в рамках соматоформных расстройств (соматизированное, болевое, ипохондрическое расстройство). Однако, в исследовании R.C.Smith с соавт. (2005) у

60% пациентов определили диагноз психиатрического несоматоформного заболевания (у 44.7% тревожное, а у 45.6% – депрессивное расстройство), соматоформное расстройство – лишь у 4.4%, а неполное соматоформное расстройство – у 18.9%. В мета-анализе P.Henningsen и соавт. (2003) показана связь наиболее частых функциональных синдромов (синдром раздраженного кишечника, функциональная диспепсия, синдром хронической утомляемости, фибромиалгия) с тревогой и депрессией. Среди пациентов с соматизированными симптомами в два раза чаще встречаются психические, в том числе депрессивные (в 5.4 раза чаще), тревожные (в 3.5–27 раз чаще), а также личностные расстройства (Feder A. et al, 2001; Noyes R. et al, 2001).

В большом исследовании 15 регионов планеты, проводимой по инициативе Всемирной организации здравоохранения, была показана сильная связь между депрессией, тревогой и соматическими симптомами (Simon G.E. et al, 1999; Gurege O. et al, 1997). В проспективном исследовании HUNT-II, включавшем более 50000 человек, выявили тесную связь тревоги и депрессии с функциональными соматическими симптомами.

Кроме того, у этих пациентов повышенная частота психических и соматических расстройств, снижение работоспособности и нарушение взаимоотношений с окружающими приводят к выраженному личностному дистрессу.

Отметим также, что именно наличие психического расстройства определяют частоту посещений врача этими пациентами (Herschbach P. et al, 1999).

Диагностика

Около 80% пациентов с депрессией и тревогой, посещающие врачей общей практики, вначале предъявляют исключительно соматические жалобы (Bridges KW, Goldberg DP., 1985). Заподозрить соматизированные симптомы можно по следующим признакам:

- Несоответствие с данными объективного исследования
- Необычный характер
- Многочисленность симптомов
- Яркая эмоциональная окраска
- Несоответствие локализации рецепторных зон
- «Легучесть» или выраженная стойкость
- Нет связи с традиционными провоцирующими факторами
- Неэффективность соматотропного лечения

Важным признаком психического расстройства являются множественные соматизированные симптомы (рисунок 2). Так в исследовании К.Кроенке и соавт. (1994) наличие у пациентов 0-1, 2-3, 4-5, 6-8, 9 или более симптомов соответствовало вероятности расстройства настроения в 2, 12, 23, 44 и 60%, а тревожного расстройства - в 1, 7, 13, 30 и 48% соответственно.

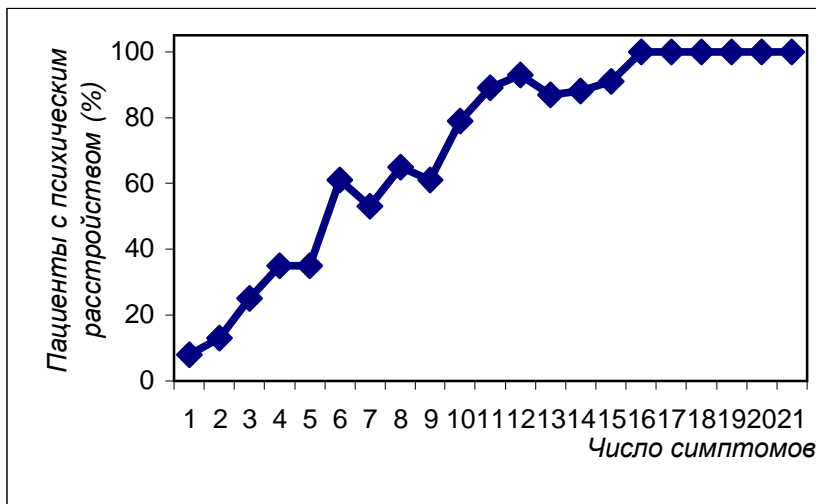


Рисунок 2. Зависимость числа соматизированных симптомов и частоты психического расстройства у амбулаторных пациентов (Kroenke K. et al, 1994).

Симптомы. Среди пациентов, обратившихся к врачу общей практики и страдающих психическими расстройствами, только 3.6% жалуются на психологические проблемы, 68.8% предъявляют жалобы на соматические симптомы и 27.6% отмечают одновременно соматические и психологические симптомы (Gastpar M., 1986).

Рассмотрим одни из наиболее частых «необъяснимых» симптомов – головную боль и сердцебиение.

Головная боль. Большинство врачей и пациентов уверены, что головная боль является следствием повышения артериального давления (АД), в то время как объективные исследования показывают иную картину.

По данным суточного мониторинга АД у пациентов с мягкой гипертензией не было связи вариации АД и головной боли, а АД во время эпизода боли не отличалось от такового за 1 час до и после эпизода (Gus M. et al, 2001). Для умеренной и тяжелой гипертензии также не было выявлено связи с головной болью (Fuchs F.D. et al, 2003; Bensenor I.M., 2003). Более того, в норвежском проспективном 11-летнем исследовании, включавшем 22685 пациентов, в случае $АД \geq 150$ мм рт. ст. немигренозные головные боли встречались на 30% реже, что объясняют гипалгезией.

Интересно отметить, что у пациентов с гипертензией частота головной боли возрастает, если пациенты знали о повышенном АД (Stewart McD.G., 1953; Weiss N.S., 1972).

По данным многих исследований в большинстве случаев головная боль ассоциируется с психическими дисфункциями. В крупном многоцентровом итальянском исследовании у пациентов с головными болями напряжения психические расстройства выявили в 84.8%: тревогу - в 52.5%, депрессию - в 36.4%, а психосоциальный стресс - в 29.5% (Puca F. et al, 1999). Депрессия наблюдалась чаще в форме дистимии (45.6%), а тревога - в форме генерализованного тревожного расстройства (83.3%). В другом исследовании среди пациентов с неорганической головной болью в 43% случаев диагностировали соматоформное расстройства, в 16% - дистимию, в 9% - рекуррентное депрессивное расстройство, а в 8% сочетание дистимии и рекуррентного депрессивного расстройства (Okasha A. et al, 1999).

Связь с психическими расстройствами отмечена для основных видов головной боли – мигрени и боли напряжения. Например, у пациентов с мигренью в 78% выявили психическое расстройство (57% большая депрессия, 11% – дистимия, 30% – паническое расстройство, 8% – генерализованное тревожное расстройство), а при головной боли напряжения в 64% случаев (51% – большая депрессия, 8% – дистимия, 22% – паническое расстройство, 1% – генерализованное тревожное расстройство) (Juang K.D., 2000).

По нашим данным, у пациентов с артериальной гипертензией в 70% случаев подъемы АД были бессимптомными, а в 76% головные боли не ассоциировались с повышением АД. Не было выявлено также достоверных различий величины АД в момент головной боли и во внеболевом периоде. В то же время, определялась сильная линейная связь головной боли с

уровнем депрессии ($r=0.56$, $p=0.01$). Уровень тревоги и депрессии у пациентов с симптомными подъемами АД был выше, чем при бессимптомной гипертензии

Сердцебиение. В 34-57% случаев сердцебиения не связаны с нарушениями сердечного ритма (Barsky A.J. et al, 1996). С другой стороны, 13% приступов суправентрикулярных тахикардий и 55% эпизодов фибрилляции предсердий протекают бессимптомно (Strickberger S.A. et al, 2005; Roche F. et al, 2002)

Кардиальная причина сердцебиений определяется лишь в 43% случаев, а одну треть составляют психические дисфункции, преимущественно депрессивное и паническое расстройства (Weber B.E., Karoor W.N., 1996; Barsky A.J. et al, 1999).

Сердцебиения психосоматической природы отличались развитием в молодом возрасте, большей интенсивностью и степенью нарушения работоспособности, ипохондрической озабоченностью здоровьем, длительностью >15 минут, дополнительной симптоматикой (Barsky A.J. et al, 1994, 1999).

Кроме того, аффективные нарушения, такие как тревога, могут повысить риск аритмии (Dunbar S.B. et al, 1999).

По нашим данным 76.5% экстрасистолий были бессимптомными, а 69.5% сердцебиений не сопровождалась экстрасистолами. Симптомные экстрасистолы были умеренно связаны с выраженностью депрессии ($r=0.46$, $p<0.05$) и тревоги ($r=0.44$, $p<0.05$), а ощущения сердцебиения тесно ассоциировались с уровнем тревоги ($r=0.71$, $p<0.001$)

Лечение. Несмотря на достаточно высокую частоту «необъяснимых» соматизированных симптомов, страдания пациентов, большие затраты здравоохранения, доказательных исследований эффективности лечения этих состояний явно недостаточно.

В настоящее время пациентам с «необъяснимыми» симптомами рекомендуют психотерапию, физические аэробные нагрузки и антидепрессанты (VHA, 2002).

Врачи и особенно пациенты стремятся найти объяснение симптомам. При успешном лечении отсутствие ясного объяснения неважно, когда же эффекта от лечения нет, то объяснение может утешить пациента, помочь адаптироваться к факту наличия симптомов. В случае отсутствия эффекта от лечения и адекватного объяснения, значительно усиливается тревога вследствие неопределенности.

Пациенты обычно хорошо воспринимают объяснения соматической природы симптомов, которые не зависят от них и сопротивляются психологическому объяснению, поскольку психологические процессы многие считают контролируемым. Пожалуй, наиболее приемлемо объяснять «необъяснимые» симптомы физиологическим нарушением (например, хроническое мышечное напряжение вызывает боль), которые усиливаются стрессами и конфликтами.

Врачу следует установить определенный диагноз, например, фибромиалгию, и продемонстрировать пациенту, что это распространенное заболевание и у врача есть опыт лечения таких состояний.

В разговоре врачу целесообразно сместить акценты с соматических жалоб на психосоциальные аспекты. Пациентам полезно вести дневник симптомов для уточнения их связи со стрессами и, когда необходимо, убедиться в беспочвенности опасений серьезных заболеваний, например рака, и отсутствии целесообразности дополнительных обследований. Вместе с тем, иногда нужно выполнять короткие лабораторно-инструментальные исследования области, с которой связаны жалобы.

Часто врачи под влиянием эмоционального описания состояния пациентом, сложности симптомов и социального эффекта назначают какое-то лечение (например витамины или инфузии), хотя большинство пациентов и не требуют медикаментов (Ring A. et al, 2004). Не следует обещать значительного улучшения состояния, так как возможны разочарования и страх.

Когнитивно-поведенческая терапия, проводимая специалистом, оказывает эффект, который однако у большинства пациентов исчезает вскоре после лечения (Smith R.C. et al, 2003).

Кроме того, проводится симптоматическое лечение, например, боли контролируются ненаркотическими анальгетиками, а диарея – лоперамидом.

Пациентам рекомендуют релаксационные упражнения, физические нагрузки и физиотерапию, которые могут быть полезны или хотя бы занимают пациента какой-либо деятельностью направленной на улучшение состояния (Smith R.C. et al, 2003).

Косвенным подтверждением психопатологической причины соматизированных симптомов служит положительный эффект психоактивных препаратов у многих пациентов. Например, по данным мета-анализа антидепрессанты (трициклические в большей степени, чем селективные ингибиторы захвата серотонина) улучшали состояние пациентов на 32% чаще, чем плацебо (O'Malley P.G. et al, 1999). Вместе с тем, нужно постараться, чтобы пациент отказался от частого и длительного употребления транквилизаторов, ввиду риска зависимости.

При сопутствующей депрессии показан эффект антидепрессантов в полных дозах. Здесь предпочтительнее выглядят селективные ингибиторы захвата серотонина ввиду низкой частоты побочных эффектов.

Проводя лечение, контролирующее симптомы, не следует забывать, что у пациентов с доброкачественными симптомами также могут развиваться и соматические заболевания. Поэтому врачу нужно внимательно оценивать изменение характера жалоб и своевременно проводить соответствующее соматическое обследование.