

**А. А. МАРТЫНЧУК**

*А. А. Мартынчук, доцент кафедри внутрішньої медицини № 1
Національного медичного університету
імені А. А. Богомольця, кандидат медичних наук*

**А. К. СИЗЕНКО**

*А. К. Сизенко, асистент кафедри внутрішньої медицини № 1
Національного медичного університету
імені А. А. Богомольця, кандидат медичних наук*

Обоснование применения сульпирида при функциональных заболеваниях желудочно-кишечного тракта

Наряду с органическими заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) встречаются болезни, которые характеризуются наличием лишь некоторых симптомов, не сопровождающихся структурными изменениями (боль, тошнота, рвота, вздутие живота, диарея, запор или затрудненное прохождение пищи по ЖКТ). Такие заболевания без наличия морфологического субстрата были названы функциональными, они меньше поддаются объяснению и лечению. Часто причинами этих расстройств считаются жизненные проблемы, физиологические, психические и социально-культурные факторы, которые усиливают дискомфорт, поэтому такие симптомы воспринимаются тяжелее, влияя в последующем на повседневную жизнедеятельность. Лица, страдающие такими симптомами, считают себя больными и самостоятельно обращаются за медицинской помощью. Традиционно врачи пытаются найти структурные, патологические

изменения (воспалительные, инфекционные, опухолевые и другие нарушения), для того чтобы диагностировать конкретную болезнь и назначить ее лечение. В большинстве случаев, не найдя никаких органических изменений, врач приходит к выводу, что у пациента «функциональная» проблема, и лечит его соответствующим образом.

В случайно отобранных работах 704 членов Американской гастроэнтерологической ассоциации наиболее часто встречалось такое описание функциональных желудочно-кишечных (ЖК) расстройств: «...без наличия каких-либо органических изменений, инфекционных или метаболических причин» (81 %). Позже появился термин «стресс-индуцированное расстройство», который использовался 57 % практикующих врачей и 34 % научных работников, и последнее название «расстройство моторики» применялось 43 % практикующих врачей и 26 % научных работников. Результаты более

позднего международного исследования показали, что в разных странах врачи описывали функциональные гастроинтестинальные дисфункции (ФГИД) как психологические расстройства или просто как отсутствие заболевания, часто давая пациентам пейоративные психологические характеристики. Некоторые врачи отрицают само существование функциональных гастроинтестинальных расстройств, другие и вовсе демонстрируют пренебрежительное или негативное отношение к таким пациентам [7, 23, 34]. Ряд специалистов считают необходимым проведение ненужных диагностических исследований, чтобы найти что-то «реальное» [9], в результате это приводит к увеличению расходов на здравоохранение и, возможно, нерелевантному лечению [20]. Подобные убеждения могут снизить «легитимность» ФГИД и серьезность отношения к пациентам с этими заболеваниями.

При наличии таких внутренних убеждений и предрассудков нет четкого понимания истинного происхождения симптомов при ФГИД, признания их негативного влияния на жизнь пациентов, рационального обоснования для назначения диагностических процедур и лечения. В последние десятилетия произошли важные события, которые заставили

исследователей и общественность обратить внимание на эти распространенные расстройства и в процессе их изучения вынести на передовую проблем современной медицины.

Первый толчок произошел 30 лет назад вместе со сдвигом концепции этиологии заболеваний от трехвековой редукционистской модели (при которой усилия врача были направлены на обнаружение одного этиологического фактора) к комплексной биопсихосоциальной модели [8, 12, 13]. С помощью биопсихосоциальной модели этиологических факторов можно достоверно объяснить наличие симптомов и их модификацию социально-культурными и психологическими факторами.

В молодости факторами, которые влияют на психосоциальное развитие индивида (с позиции восприимчивости его к стрессу), являются генетика и факторы окружающей среды (такие, как влияние семьи на течение болезни, вредные привычки, воздействие инфекций). Эти факторы могут также повлиять на дисфункцию пищеварительного тракта, вызывая нарушение моторики, иммунного статуса слизистой оболочки ЖКТ или провоцируя висцеральную гиперчувствительность. Таким образом, ФГИД являются продуктом взаимоотношения

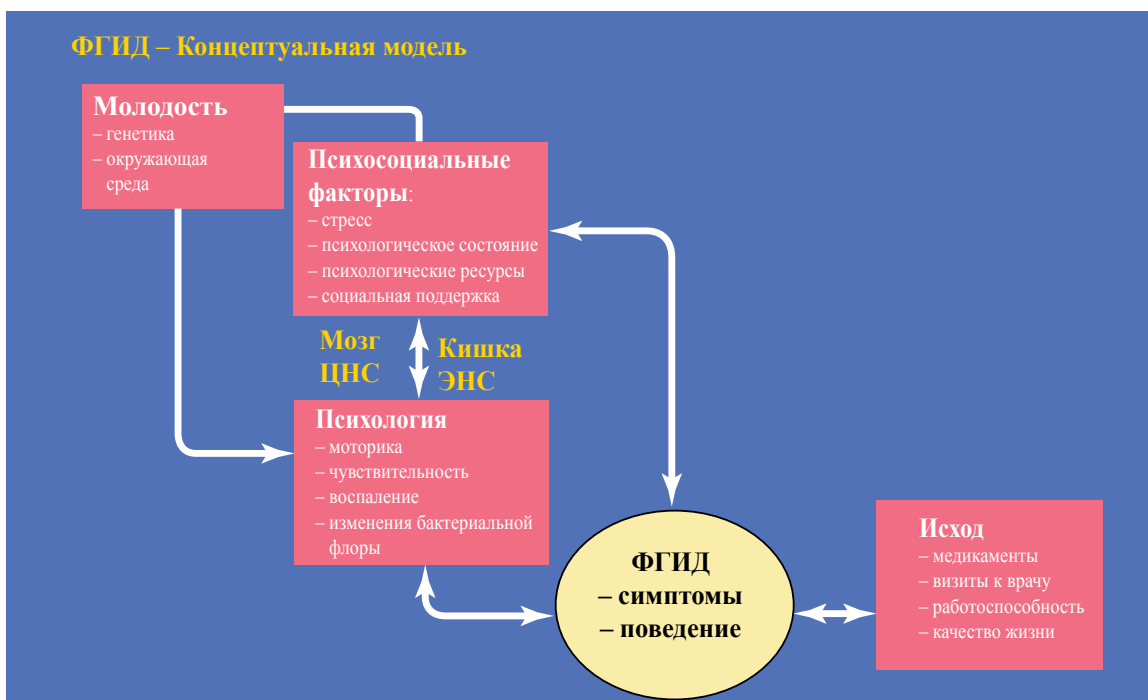


Рис. Схема взаимоотношений между психосоциальными и физиологическими факторами, влияющими на возникновение функциональных ЖК-симптомов и их последствий

психологических факторов и измененной физиологии ЖКТ вследствие нарушения регуляции по оси «ЦНС-ЖКТ». Для примера: клинические симптомы могут не проявляться (или же не беспокоить больного) бактериальным гастроэнтеритом или другим заболеванием ЖКТ при отсутствии в текущий момент сопутствующих психологических расстройств на фоне удовлетворительного качества жизни. Такой человек не будет видеть необходимости в визитах к врачу. У других пациентов с тем же заболеванием на фоне сопутствующих психологических нарушений, постоянных стрессов, наличия вредных привычек в анамнезе могут развиваться различные ЖК-синдромы (например, постинфекционный синдром раздраженного кишечника (СРК) или диспепсия); они будут часто обращаться к врачу и, как правило, иметь неблагоприятные последствия, которые, в свою очередь, повлияют на тяжесть расстройства (двусторонняя стрелка на рисунке).

В сфере здравоохранения большое значение имеет взаимоотношение «врач – пациент», в котором отсутствие сомнений в достоверности жалоб пациента, наличие эмпатии в общении приводят к снижению тяжести ощущения симптомов больным и к уменьшению частоты повторных обращений за помощью [30]. И наоборот, ситуация, когда врач, неоднократно выполняя ненужные диагностические исследования с целью исключения органической патологии, не обращая внимания на психологическое здоровье пациента, может тем самым способствовать возникновению порочного круга в нарастании симптомов у больного, более частому его обращению за медицинской помощью.

Вторым толчком, произошедшим за последние два десятилетия, является стремительное развитие методов исследования, которые позволяют обнаружить изменения при функциональных заболеваниях. Улучшилась методика оценки моторики кишечника [2, 21, 22], барометрия теперь стала стандартом для тестирования висцеральной гиперчувствительности [33]. Исследование острофазовых белков, иммунологического статуса слизистой оболочки при воспалительных процессах и бактериальной микрофлоры кишечника дает основу для объяснения причин ЖК-симптомов. Получение изо-

бражений мозга с использованием методов позитронно-эмиссионной томографии и функциональной магнитно-резонансной томографии помогает в определении центральной его роли в модуляции ЖК-функций и их связи с эмоциональными и когнитивными областями [6], в то время как более стандартизированные психологические методы позволяют категоризировать и давать количественную оценку эмоциям, стрессу и качеству жизни.

Третьим событием, произошедшим в последнее десятилетие, стали разработка и выпуск новых фармакологических препаратов для лечения ФГИД. Они включают в себя 5-НТ агонисты и антагонисты, а также другие препараты, влияющие на рецепторы кишечника, при запорах и поносах [10, 18, 28], центрально действующие препараты для лечения стрессопосредованных влияний ЦНС на функцию кишечника [3, 10, 29] и многие другие агенты.

Хотя психосоциальные факторы не определяют наличие ФГИД и не требуются для постановки диагноза, они являются модуляторами поведения пациента и, в конечном счете, влияют на клинический исход. Исследования в области психологических аспектов у пациентов с ФГИД обнаружили три общих особенности: 1) психологический стресс обостряет ЖК-симптомы, он влияет на функции ЖКТ и вызывает появление перечисленных выше симптомов у здоровых людей, при этом усиливает таковые у пациентов с уже существующими ФГИД; 2) психосоциальные факторы модифицируют ощущение болезни и поведение больного, подталкивают его к поиску медицинской помощи. Несмотря на то, что психологические расстройства встречаются чаще у пациентов с ФГИД, чем у здоровых людей и у пациентов с органическими заболеваниями, есть пациенты с ФГИД, которые не обращаются за медицинской помощью. Интересно, что в плане психического здоровья такие пациенты мало чем отличаются от общей популяции. Это объясняет тот факт, что психосоциальные травмы (например, сексуальное или физическое насилие) чаще встречаются в анамнезах в историях болезни специализированных центров, чем в центрах первичной медико-санитарной помощи; 3) функциональные расстройства ЖКТ

могут иметь психологические последствия. Как и любое другое хроническое заболевание, ФГИД ведут к психологическим последствиям, влияющим на общее самочувствие человека, его ежедневную работоспособность и на будущее качество жизни, функциональность на работе и дома.

У здоровых людей сильные эмоции или стресс могут приводить к усилению моторики пищевода, желудка, тонкого кишечника и толстой кишки. Больные ФГИД характеризуются наличием более выраженного усиления моторики в ответ на стресс (психологический или физиологический) по сравнению со здоровыми людьми [1, 19, 22, 32]. Такие нарушения моторики могут быть частично связанными с различными кишечными симптомами, в частности, со рвотой, диареей и запорами, но не объясняют появление хронической или периодической боли в животе.

Ось «мозг – кишечник» характеризуется двусторонней связью, соединяя эмоциональные и когнитивные центры мозга с периферическими функциями ЖКТ и наоборот. Таким образом, внешняя (зрение, обоняние и т. д.) или проприоцептивная (эмоции, мысли) афферентная импульсация имеет возможность вследствие своей природной связи с высшими нервными центрами воздействовать на ЖК-чувствительность, моторику и секрецию. С другой стороны, органы импульсы (например, по висцеральным афферентным путям, связанным с мозгом) влияют на восприятие боли, настроение и поведение. Например, спонтанно индуцированное сокращение толстой кишки у экспериментальных крыс приводит к активации голубого пятна в области моста, которая тесно связана с болевыми и эмоциональными центрами в мозгу [26]. И наоборот, излишнее возбуждение или беспокойство связано с уменьшением частоты перистальтических волн в тонкой кишке, с висцеральной гиперчувствительностью и вегетативной реактивностью среди пациентов с СРК [11].

Одной из особенностей течения ФГИД является повышенная моторная и сенсорная реактивность в ответ на стимулы окружающей среды, что также означает более высокую реактивность кишечника в ответ на стресс [11] или на увеличение концентрации нейрохимических стресс-

медиаторов, таких, как кортикотропин-рилизинг-гормон [10, 14, 24, 27]. Вполне возможно, что ЦНС в ответ на стресс способствует повышению выделения/активности периферических цитокинов, как это происходит, например при СРК [16].

Лечение психологических расстройств у гастроэнтерологических больных должно начинаться с рациональной психотерапии, ориентированной на осознание пациентом связи своих жалоб с психогенными факторами и на возможность их коррекции. Больному необходимо разъяснить в доступной форме сущность возникающих у него симптомов, их связь с психоэмоциональным стрессом, повышенной тревожностью. Следует подчеркнуть важность сотрудничества с врачом и готовность к выполнению всех назначений, что обеспечивает благоприятный прогноз заболевания, несмотря на тяжесть восприятия симптомов и переносимости.

Схема ведения данной категории пациентов, помимо препаратов для лечения основного соматического заболевания, должна включать также психотропные средства, сочетающиеся при необходимости с немедикаментозной терапией. Лечение должно осуществляться гастроэнтерологом или терапевтом по рекомендациям психоневролога. Лечащий врач обязан не только оценивать эффективность назначенного препарата, при необходимости изменять дозировку или заменять его, но и тщательно контролировать переносимость, своевременно выявлять побочные эффекты.

На протяжении последних десятилетий в современной психофармакологии сформировалось несколько важнейших классов психотропных средств: антидепрессанты, нейролептики, анксиолитики, ноотропы.

Наиболее эффективным и безопасным классом психотропных препаратов, применяемых в гастроэнтерологической практике, являются антидепрессанты. Они способствуют нормализации эмоционального состояния пациентов, улучшают их настроение. Антидепрессанты последних поколений сочетают мягкий тимоаналептический (улучшающий настроение) эффект с хорошей переносимостью. Назначение антидепрессантов, обладающих центральной анальгетической активностью, играет определенную роль в борь-

бе с болью, а также облегчает симптомы, связанные с депрессией. Некоторые препараты могут быть менее эффективными в снижении интенсивности боли, но могут улучшить качество жизни больного, уменьшая беспокойство и связанные с болью изменения настроения.

Однако применение этих препаратов сопряжено с определенными сложностями, обусловленными их свойствами, а именно: частыми побочными эффектами, особенностями их взаимодействия с другими, прежде всего соматотропными препаратами. При этом методика фармакотерапии должна быть максимально простой.

Таким образом, препарат, применяемый в фармакопсихотерапии ФГИД, должен обладать широким спектром психотропной активности, иметь благоприятный профиль безопасности с минимальным негативным воздействием на соматические функции, оказывать терапевтическое действие на сопутствующую соматическую патологию и проявлять минимальную выраженность или отсутствие седативных эффектов — сонливость в дневное время, нарушение внимания и т.д.

Среди современных препаратов, отвечающих вышеперечисленным требованиям, можно выделить сульпирид, имеющий в последнее время все большую доказательную базу в эффективности лечения ФГИД. Он обладает как противорвотными, так и прокинетическими свойствами, поскольку является антагонистом допаминовых рецепторов в ЦНС, а также в ЖКТ, где допамин оказывает сильный ингибирующий эффект на моторику [17]. Кроме того, что сульпирид действует на допаминовые рецепторы, он также способствует высвобождению ацетилхолина в интрамуральных сплетениях в подслизистом слое кишечной стенки, путем активации серотониновых 5HT₄ — рецепторов, что нормализует моторику, угнетенную допамином [31]. Так, С. Mensi et al. [4] провели двойное слепое исследование, в котором сравнивали эффективность длительного применения сульпирида и цизаприда (холиномиметическое средство, применяющееся при парезе желудка, рефлюкс-эзофагите, атонии кишечника (хронических запорах)) у пациентов с функциональной диспепсией и гастропарезом.

Исследование не показало выраженных различий в снижении времени полувыведения пищи из желудка. Также эффективность сульпирида не отличалась от эффективности цизаприда в плане общего облегчения симптомов. Однако сульпирид показал более высокую эффективность относительно уменьшения негативного влияния симптомов на ежедневную работоспособность обследуемых и снижения выраженности определенных симптомов, таких как тошнота, рвота и раннее постпрандиальное насыщение. G. R. Corazza et al. [5] было выполнено многоцентровое, двойное, слепое, контролируемое исследование с участием 1300 пациентов, проводившееся в 45 гастроэнтерологических центрах в Италии, где оценивалась эффективность и безопасность сульпирида в краткосрочном лечении пациентов с функциональной диспепсией. Пациенты отбирались на основании: 1) наличия на протяжении последних четырех недель, по крайней мере, пяти из десяти перечисленных симптомов (анорексия, тошнота, рвота, боль в верхнем отделе живота, вздутие живота, ощущение тяжести после еды, регургитация, изжога, раннее насыщение и т.д.); 2) отсутствия каких-либо изменений в данных рутинных биохимических, ультразвуковых и эндоскопических исследований. При применении сульпирида существенное улучшение отмечалось на 10–28-й день во всех исследуемых группах. Сульпирид оказывал действие не только на общее клиническое состояние, но и на индивидуальные жалобы в разных подгруппах, облегчая их (изжога, вздутие, боль в эпигастрии).

Результаты недавнего исследования, проведенного в Японии с участием пациентов с СРК, подтвердили, что у данной категории пациентов с высокой вероятностью также встречаются различные психотические симптомы, включая депрессию, тревогу, напряженность, повышенную раздраженность и бессонницу. В результатах исследования указывалась эффективность применения различных антидепрессантов, в особенности сульпирида [25].

Таким образом, ФГИД является распространенной патологией, которая не имеет морфологического субстрата и, тем не менее, вызывает выраженное сниже-

ние качества жизни у пациентов, заставляя их снова и снова обращаться за медицинской помощью. У больных с патологией ЖКТ также часто наблюдаются различные депрессивные и психотические проявления, что свидетельствует о необходимости тщательного подхода к их диагностике и лечению. Дополнительное назначение психофармакологических средств, наряду с препаратами базисной терапии гастроэнтерологических заболеваний, способствует ликвидации депрессии и тревоги, восстановлению нарушенной адаптации организма к дей-

ствию психотравмирующих факторов и улучшению качества жизни у данной категории больных. Многочисленные исследования доказали эффективность применения у них сульпирида. Препарат не только способен снимать симптомы заболевания, но и снижать уровень депрессии и других психотических расстройств, которые часто сопровождают ФГИД или являются причиной их появления или усиления. Сульпирид не имеет выраженных побочных эффектов, как при применении других классических антидепрессантов.

Список литературы

1. AGA technical review on irritable bowel syndrome / D. A. Drossman, M. Camilleri, E. A. Mayer, W. E. Whitehead // *Gastroenterology*. — 2002. — № 123. — P. 2108–2131.
2. Azpiroz F. Anorectal functional testing: review of collective experience / F. Azpiroz, P. Enck, W. E. Whitehead // *Am. J. Gastroenterology*. — 2002. — № 97. — P. 232–240.
3. Cognitive-behavioral therapy vs. education and desipramine vs. placebo for moderate to severe functional bowel disorders/ D. A. Drossman, B. B. Toner, W. E. Whitehead [et al.] // *Gastroenterology*. — 2003. — № 125. — P. 19–31.
4. Comparative effects of levosulpiride and cisapride on gastric emptying and symptoms in patients with functional dyspepsia and gastroparesis/ C. Mansi, P. Borro, M. Giacomini [et al.] // *Aliment. Pharmacol. Ther.* — 2000. — № 14. — P. 561–569.
5. Corazza G.R. Levosulpiride in functional dyspepsia: a multicentric, double-blind, controlled trial / G. R. Corazza, F. Biagi, O. Albano // *It. J. Gastroenterol.* — 1996. — № 28. — P. 317–323.
6. Drossman D. A. Brain imaging and its implications for studying centrally targeted treatments in IBS: a primer for gastroenterologists/ D.A. Drossman // *Gut*. — 2006. — № 200. — P. 569–573.
7. Drossman D. A. Challenges in the physician-patient relationship: feeling «drained»/ D. A. Drossman // *Gastroenterology*. — 2001. — №121. — P. 1037–1038.
8. Drossman D. A. Presidential address: gastrointestinal illness and biopsychosocial model / D. A. Drossman // *Psychosom. Med.* — 1998. — № 60. — P. 258–267.
9. Drossman D. A. The «organification» of functional GI disorders: implications for research/ D.A. Drossman // *Gastroenterology*. — 2003. — № 124. — P. 6–7.
10. Effect of a corticotrophin-releasing hormone receptor antagonist on colonic sensory and motor function in patients with irritable bowel syndrome/ Y. Sagami, Y. Shimada, J. Tayama [et al.] // *Gut*. — 2004. — № 53. — P. 958–964.
11. Effect of acute physical and psychological stress on gut autonomic innervation in irritable bowel syndrome/ A. V. Emmanuel, C. D. Murray, J. Flynn [et al.] // *Gastroenterology*. — 2004. — № 127. — P. 1695–1703.
12. Engel G. L. The clinical application of the biopsychosocial model / G. L. Engel // *Am. J. Psychiatry*. — 1980. — № 137. — P. 535–544.
13. Engel G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine / G. L. Engel // *Science*. — 1977. — № 196. — P. 129–136.
14. Fukudo S. Impact of corticotropin-releasing hormone on gastrointestinal motility and adrenocorticotrophic hormone in normal controls and patients with irritable bowel syndrome / S. Fukudo, T. Nomura, M. Hongo // *Gut*. — 1998. — № 42. — P. 845–849.
15. Galligan J. J. Basic and clinical pharmacology of new motility promoting agents/ J. J. Galligan, S. Vanner // *1. Neurogastroenterol. Motil.* — 2005. — № 17. — P. 643–653.
16. Hypothalamic-pituitary-gut axis dysregulation in irritable bowel syndrome: plasma cytokines as a potential biomarker/ T. G. Dinan, E. M. Quigley, S. Ahmed [et al.] // *Gastroenterology*. — 2006. — № 130. — P. 304–311.
17. Inhibitory effect of dopamine on gastric motility in rats / Y. Nagahata, Y. Azumi, N. Kawakita [et al.] // *Scand. J. Gastroenterol.* — 1995. — № 30. — P. 880–885.
18. Lembo A. Alosetron in irritable bowel syndrome: strategies for its use in a common gastrointestinal disorder/ A. Lembo, H. C. Weber, F. A. Farraye // *Drugs*. — 2003. — № 63. — P. 1895–1905.
19. Locke G. R. AGA technical review on constipation / G. R. Locke, J. H. Pemberton, S. F. Phillips // *Gastroenterology*. — 2000. — № 119. — P. 1766–1778.

20. Longstreth G.F. Severe irritable bowel and functional abdominal pain syndromes: managing the patient and health care costs / G. F. Longstreth, D. A. Drossman // *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* — 2005. — № 3. — P. 397–400.
21. Pandolfino J. E. AGA technical review on the clinical use of esophageal manometry/ J. E. Pandolfino, P. J. Kahrilas // *Gastroenterology.* — 2004. — № 128. — P. 209–224.
22. Parkman H. P. American Gastroenterological Association technical review on the diagnosis and treatment of gastroparesis / H. P. Parkman, W. L. Hasler, R. S. Fisher // *Gastroenterology.* — 2004. — № 127. — P. 1592–1622.
23. Perceptions of physicians and patients with organic and functional gastroenterological diagnoses/ C. B. Dalton, D. A. Drossman, M. D. Hathaway, S. I. Bangdiwala // *J. Clin. Gastroenterol. Hepatol.* — 2004. — № 2. — P. 121–126.
24. Role of corticotrophin releasing factor subtype 1 in stress-related functional colonic alterations: implications in irritable bowel syndrome / Y. Tache, V. Martinez, M. Million, C. Maillot // *Eur. J. Surg.* — 2002. — № 168. — P. 16–22.
25. Sato M. Treatment for irritable bowel syndrome-psychotherapeutic drugs, antidepressants and so on / M. Sato, M. Murakami // *Nichon Rinso.* — 2006. — № 64(8). — P. 1495–1500.
26. Svensson T. H. Peripheral, autonomic regulation of locus coeruleus noradrenergic neurons in brain: putative implications for psychiatry and psychopharmacology / T. H. Svensson // *Psychopharmacology.* — 1987. — № 92. — P. 1–7.
27. Tache Y. Corticotropin releasing factor receptor antagonists: potential future therapy in gastroenterology/ Y. Tache // *Gut.* — 2004. — № 53. — P. 919–921.
28. Tegaserod for the treatment of irritable bowel syndrome / B. W. Evans, W. K. Clark, D. J. Moore, P. J. Whorwell // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2004. — CD003960.
29. The cost-effectiveness of psychotherapy and paroxetine for severe irritable bowel syndrome / F. Creed, L. Fernandes, E. Guthrie [et al.] // *Gastroenterology.* — 2003. — № 124. — P. 303–317.
30. The impact of patient-centered care on outcomes/ M. Stewart, J. B. Brown, A. Donner [et al.] // *J. Fam. Pract.* — 2000. — № 49. — P. 796–804.
31. Tonini M. A re-assessment of the pharmacodynamics of levosulpiride in the guinea pig gastrointestinal tract/ M. Tonini, V. Spelta, R. De Giorgio // *Gastroenterology.* — 1999. — № 116. — A1093 (Abstract).
32. Quigley E. M. M. AGA technical review on nausea and vomiting/ E. M. M. Quigley, W. L. Hasler, H. P. Parkman // *Gastroenterol.* — 2001. — № 120. — P. 263–286.
33. Whitehead W.E. Standardization of procedures for testing smooth muscle tone and sensory thresholds in the gastrointestinal tract / W. E. Whitehead, M. Delvaux // *Dig. Dis. Sci.* — 1994. — № 42. — P. 223–241.
34. Women with irritable bowel syndrome: differences in patients' and physicians' perceptions/ M. Heitkemper, E. Carter, V. Ameen, K. Olden, L. Cheng // *Gastroenterol. Nurs.* — 2002. — № 25. — P. 192–200.

Резюме

Summary

Обоснование применения сульпирида при функциональных заболеваниях желудочно-кишечного тракта*A. A. Мартычук,
A. K. Сизенко*

В статье рассматриваются болезни желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), характеризующиеся наличием лишь некоторых симптомов, не сопровождающихся структурными изменениями. Факторы, которые воздействуют на психосоциальное развитие индивида, также могут повлиять на дисфункцию пищеварительного тракта, вызывая нарушение моторики, иммунного статуса слизистой оболочки ЖКТ или провоцируя висцеральную гиперчувствительность. Подчеркивается, что функциональные гастроинтестинальные расстройства (ФГИД) являются продуктом взаимоотношения психологических факторов и измененной физиологии ЖКТ вследствие нарушения регуляции по оси «ЦНС-ЖКТ». Схема ведения данной категории пациентов, помимо препаратов для лечения основного соматического заболевания, должна включать психотропные средства, сочетающиеся при необходимости с немедикаментозной терапией. Эффективность применения сульпирида у таких больных доказана в многочисленных исследованиях. Препарат не только уменьшает интенсивность симптомов заболевания, но и снижает уровень депрессии и других психотических расстройств, которые часто сопровождают ФГИД или становятся причиной их появления или усиления. Сульпирид не имеет выраженных побочных эффектов, как при применении других классических антидепрессантов.

Ключевые слова: функциональная гастроинтестинальная дисфункция, антидепрессанты, сульпирид.

Substantiation of Application of Sulpiridum in Functional Diseases of the Gastrointestinal Tract*A. A. Martynchuk,
A. K. Syzenko*

Alongside variety diseases of the intestinal tract, there are conditions that have produced multiple symptoms without structural alterations. Different factors may affect one's psychosocial development in terms of one's susceptibility to life stress or psychological state, as well as susceptibility to gut dysfunction-abnormal motility, altered mucosal immunity, or visceral hypersensitivity. Furthermore, these "brain-gut" variables reciprocally influence their expression. Therefore, functional gastrointestinal dysfunctions (FGID) are the clinical product of this interaction of psychosocial factors and altered gut physiology via the brain-gut axis. Treatment of these patients, in addition to the basic individualized treatment of physical illness should include supplementation of psychotropic drugs combined with non-drug therapy. Numerous studies have proven the efficacy of sulpiride in these patients. Sulpiride able to remove the symptoms of the disease and could reduce the level of depression and other psychotic disorders, which often accompany FGID. It also has no significant side effects, such as the use of other classical antidepressants.

Key words: functional gastrointestinal diseases, antidepressants, sulpiride.

Обґрунтування застосування сульпіриду при функціональних захворюваннях шлунково-кишкового тракту*A. A. Мартинчук,
A. K. Сизенко*

У статті розглянуто захворювання шлунково-кишкового тракту (ШКТ), що характеризуються наявністю лише деяких симптомів і не супроводжуються структурними змінами. Фактори, що діють на психосоціальний розвиток індивіда, також можуть впливати на дисфункцію травного тракту, спричиняючи порушення моторики, імунного статусу слизової оболонки ШКТ або провокуючи вісцеральну гіперчутливість. Підкреслено, що функціональні гастроінтестинальні дисфункції (ФГІД) є продуктом взаємовідносин психологічних факторів і зміненої фізіології ШКТ через порушення регуляції по осі «ЦНС-ШКТ». Схема ведення цієї категорії пацієнтів, окрім засобів базисного лікування соматичного захворювання, повинна включати додаткове призначення психотропних засобів, які доцільно поєднувати з немедикаментозною терапією. Ефективність застосування сульпіриду в таких хворих доведено в численних дослідженнях. Препарат не тільки зменшує інтенсивність симптомів захворювання, але й знижує рівень депресії та інших психотичних розладів, які часто супроводжують ФГІД або стають причиною їх появи або посилення. Сульпірид також не має виражених побічних ефектів, як при застосуванні інших класичних антидепресантів.

Ключові слова: функціональна гастроінтестинальна дисфункція, антидепресанти, сульпірид.