**С**ульпирид (эглонил) используется при широком диапазоне соматоформных расстройств в течение свыше 20 лет. Впоследние годы появился ряд новых положительных отзывов о его действенности как по данным историй болезни, так и по данным клинических испытаний вконтролируемых условиях. В настоящем обзоре приведен ряд сообщений о применении сульпирида для лечения различных соматоформных расстройств. Сульпирид широкоиспользуется для лечения и устранения различных нарушений, причем установлено, что он оказывается особенно полезен как средство лечебного воздействия при техсоматических нарушениях, происхождение или патогенез которых связаны с психическим фактором.  
Невзирая на тот факт, что сульпирид выявляет некоторое сходство с нейролептическими средствами, его отличает от таких средствотсутствие высокого уровня побочных действий, а также то, что он обладает активирующим и энергизирующим действием (психомоторная стимуляция, повышениебодрости, настроения и более мотивированное поведение). Поэтому сульпирид является одним из первых представителей атипичных нейролептиков.  
Лабораторные исследования показали, что сульпирид селективно связывается с дофаминовыми рецепторами и не связывается с другими типамирецепторов. Это обусловливает отсутствие у сульпирида адренергических, холинергических и гистаминергических эффектов, а значит и побочных действией,связанных с этими эффектами. Он проявляет преимущественное сродство к дофаминовым рецепторам D2 в лимбических участках и болеераспространенных рецепторах D2, но не тяготеет к рецепторам D1 и D4. Отсутствие воздействия сульпирида на стриарные дофаминовыерецепторы может объяснить низкий уровень экстрапирамидных побочных эффектов, о котором свидетельствует опыт его клинического применения. В центральной нервнойсистеме контроль за выделением и синтезомдофамина по механизму обратной связи осуществляют пресинаптические рецепторы; избирательная блокада этих рецепторов,следовательно, приводит к повышению дофаминергической передачи. Этот механизм может лежать в основе активирующих свойств сульпирида, а также может объяснитьего клиническую действенность при негативных (дефицитарных) симптомах (S.Turyanski).  
В то время как антипсихотическое действие сульпиридапроявляется при высоких дозах (600 - 1200 мг/день), его действенность против соматоформных расстройств, невротических состояний и депрессии проявляется приболее низких дозах (100 - 300 мг/день).  
Действенность лечебных свойств сульпирида изучалась наразличных формах головокружения как органического, так и функционального происхождения. Исследования проводились в клинических условиях на широкомспектре состояний, от болезни Меньера до головокружения, связанного с синдромом, возникающим после сотрясения головного мозга. Результатыиспользования сульпирида при головокружениях обсуждал Lemoine, который отметил, что по сей день в этой области было проведено всего пять клинических испытанийв контролируемых условиях с участием плацебо. Три из них были сравнительными; четыре были открытыми; как правило, применялась доза 150 мг/день;продолжительность испытаний составляла от 10 до 47 дней; клинические результаты оценивались по международной шкале с использованием параклинических методов(электронистагмографии). Результаты этих исследований неуклонно свидетельствуют в пользу сульпирида, в особенности когда в картине болезни явно прослеживаетсяневротический компонент. По данным испытаний, проведенных с плацебо, процент положительных результатов составил от 60 до 87% от числа пациентов, у которыхприменялся сульпирид. В работе А.М. Вейна с соавт. показана высокая эффективность сульпирида при мигрени в случае осложнения ее психологическиминарушениями и вегетативными расстройствами. Авторы связывают лечебный эффект сульпирида с его воздействием на депрессию, тревогу, вегетативные симптомы иголовные боли напряжения.  
Синдром раздраженной толстой кишки является расстройством механизма опорожнения кишечника, которому по сей день не найдено органическогообоснования. Он проявляется в виде запоров или жидкого стула (часто в виде чередования того и другого), как правило, с болями в области живота, и можетсопровождаться другими симптомами. Показана роль психологических факторов в патогенезе этого синдрома, а также то, что приступы синдрома раздраженнойтолстой кишки сопровождаются колебаниями настроения. До сих пор не найдено универсального средства лечения этого состояния; основными методами остаютсядиета и оказание психоэмоциональной поддержки. Вероятность существенного соматоформного компонента в синдроме раздраженной толстой кишки, однако,предполагает, что сульпирид оказывается полезным при его излечении. Результаты открытых исследований вполне благоприятны: две трети пациентов, которым былпрописан сульпирид, показали клиническое улучшение. Недавно было проведено исследование двойным слепым методом с использованием плацебо и сульпирида вдозе 150 мг/день этого синдрома (Y.Frexinos и соавт.). Основным критерием действенности препарата служила клиническая оценка болей в области живота (ихчастота и интенсивность); исследован также ряд вторичных критериев. Было обнаружено, что сульпирид эффективен, в частности, для снижения интенсивностиболей и уменьшения дистресса, связанного с этим состоянием, а также для общего улучшения состояния, оцениваемого самим больным. Следовательно, сульпиридпредставляет собой новое важное средство лечения этого распространенного и неприятного недуга.  
Обнаружено, что сульпирид является действенным средством лечения не только синдрома раздраженной толстой кишки, но и ряда другихрасстройств пищеварительного тракта. Эффективность сульпирида при лечении язвы желудка и двенадцатиперстной кишки объясняется его прямым действием нафизиологические процессы в пищеварительном тракте. Благодаря специфическому действию сульпирида на гипоталамус, который регулирует деятельность гипофиза, вэтом последнем происходит усиление выделения соматотропного гормона, который, как известно, обладает анаболическим действием и способствует заживлениюпораженных участков.   
Другим механизмом положительного действия сульпирида при язвенной болезни является то, что он улучшает кровоснабжение и моторику желудкаи кишечника. Кроме того, конечно, еще присутствует и компонент, связанный со способностью сульпирида восстанавливать психическое равновесие в условияхстресса. Это является очень важным аргументом при обсуждении вопроса о расширении применения сульпирида при лечении соматоформных расстройств.  
Клиническая депрессия повсеместно считается наиболее частой формой психиатрического расстройства, при этом она часто сопровождаетсясоматическими симптомами, которые могут возникнуть на очень ранней стадии заболевания. Существует доказательство того, что сульпирид в малых дозах (до200 мг в сутки) дает положительный клинический эффект при депрессии, что соответствует высокой действенности и хорошей переносимости, которые былипредсказаны сульпириду при фармакодинамических испытаниях. Исследования, проведенные по случайной выборке слепым методом, также как открытыеисследования показали, что пациенты с выраженной депрессией поддаются лечению сульпиридом. В ряде исследований показано, что сульпирид в малых дозах,принимаемый в течение 6 недель, дает надежный положительный эффект. Его эффективность как минимум сравнима с эффективностью амитриптилина, имипрамина,причем с меньшим количеством нежелательных побочных эффектов, чем те, что были отмечены у других средств (S.Turyanski, M.Ackenheil).  
Действие сульпирида изучалось не только при выраженной депрессии, но также и на других типах депрессии. Результаты клиническихиспытаний говорят об аналогичной действенности сульпирида. Маскированная депрессия, при которой доминируют соматические симптомы, и невротическаядепрессия, существенным компонентом которой является состояние тревоги, обе хорошо поддаются лечению сульпиридом, который в ряде испытаний проявил себялучше, нежели бензодиазепины, в снижении симптомов как депрессии, так и соматизации. Результаты других испытаний показывают, что сульпирид дает клиническийрезультат, эквивалентный эффекту, который наблюдался при применении сопоставимых лекарств. При лечении реактивной депрессии с соматоформнымирасстройствами сульпирид оказался более эффективным, чем диазепам, тианептин и толоксатон.  
Депрессия часто наблюдается у лиц старшего возраста, т.е. у той категории пациентов, для которых назначение лекарственных препаратов должнопроизводиться с особой осторожностью ввиду высокой степени подверженности таких пациентов побочным эффектам лекарственных препаратов. Благодаря своим высокимпоказателям переносимости сульпирид прописывался пожилым больным в состоянии депрессии, и было установлено, что примерно 75% пациентов благоприятно отреагировалина его применение.  
И хотя разница в диагностических критериях, применяемых различными исследователями, затрудняет проведение комбинированного анализа всехопубликованных данных о лечении депрессии с помощью сульпирида, тем не менее очевидно, что во всех испытаниях показан положительный эффект сульпирида (вдозах 100 - 300 мг/день) при лечении широкого спектра депрессивных симптомов. Также очевидна особая действенность сульпирида при депрессиях, сопровождающихсясоматическими симптомами, даже тогда, когда, как в случае с маскированной депрессией, соматические синдромы доминируют. Его показатели переносимости даютвозможность, в частности, применять его у пациентов, которые могут не переносить антихолинергического действия трициклических антидепрессантов.  
P.Lemoine подготовил обзор опубликованных данных о применении сульпирида при лечении широкого диапазона органических заболеваний, когда онисопровождаются психоэмоциональными отклонениями; к ним относятся астма, различные формы дерматологических нарушений, мигрень и прочие формы головнойболи, дисфункция мочеполовой системы, а также сердечно-сосудистые заболевания. В ряде публикаций не устанавливается связь с конкретным заболеванием, а всевнимание уделяется тем синдромам, о которых известно или предположительно известно, что они несут в себе соматоформный компонент. Результаты такихисследований свидетельствуют о высокой клинической эффективности сульпирида. Обнаружено, что при лечении мигрени сульпирид уменьшает число дней с головнойболью значительно больше, чем плацебо, при этом значительно снижается количество других соматических симптомов. Благоприятный эффект, которыйнаблюдался при назначении сульпирида больным астмой, связан с общим изменением отношения пациента к своему заболеванию. Обострение и последующая тяжестьмногих кожных заболеваний связаны с психологическими факторами, что дает основания полагать, что сульпирид может сыграть положительную роль в леченииэтой группы заболеваний [4]. Хотя опять же вряд ли от сульпирида можно ожидать прямого воздействия на физиологические механизмы, лежащие в основе развитиядерматозов. Действительно, имеются сообщения о положительном эффекте при лечении ряда кожных болезней, хотя и не существует убедительного доказательстватого, что такой эффект лучше проявляется у пациентов с определенными психологическими отклонениями [5]. Обнаружено уменьшение тяжести симптоматикипри сердечно-сосудистых заболеваниях после применения сульпирида, в основном за счет подавления состояний тревоги. Сульпирид может также оказаться полезным прилечении нарушений мочеполовой системы, когда это связано с эмоциональными проблемами. При ревматологических заболеваниях действие сульпирида оказалосьнаиболее эффективным в тех случаях, когда физические симптомы сопровождались астенодепрессивным расстройством.  
Эти результаты дают основание считать сульпирид ценным средством для лечения многих заболеваний, при которых физические симптомысопровождаются психоэмоциональными отклонениями. Также подчеркивается необходимость дальнейших исследований в этой области, особенно в связи с тем,что число больных с психосоматическими и соматоформными нарушениями неуклонно увеличивается во всех странах мира.  
***Все исследования выполнены с использованием препарата эглонил (сульпирид), производимого компанией Санофи-Синтелабо.***

Литература:   
1. М.С. Синячкин, А.М. Вейн и соавт. Сульпирид впрофилактическом лечении мигрени. Журн. невропатол. и психиатр., 1997; 11.  
2. Э.П. Яновенко, П.Я. Григорьев. Синдром раздраженногокишечника. Практикующий врач, 1998; 2.  
3. Точилов В.А., Протальская А.Г. Нейролептики - производныебензамидов в психиатрической практике. Социальная и клиническая психиатрия. 1998; 8.  
4. Черкасова М.В., Сергеев Ю.В. Эглонил в патогенетическойтерапии розацеа. В помощь практическому врачу. 1995; 4.  
5. Говорин Н.В. и соавт. Дифференцированнаяпсихофармакотерапия при ИБС. Клиническая фармакология и терапия. 1997; 6.