

# Особенности ведения больных с синдромом раздраженного кишечника

Т.М. Гранкова, Е.И. Терехова  
ФГУ «Поликлиника №1» УД Президента РФ

Из 43 пациентов с синдромом раздраженного кишечника (СРК) у 36 больных имелись различные психовегетативные и психопатологические симптомы и отмечалась низкая эффективность стандартного лечения. После психотерапевтического обследования и назначения комплексной терапии, включая немедикаментозные методы лечения и применение препаратов, влияющих на состояние вегетативной нервной системы, отмечено существенное снижение уровня тревоги и депрессии и регресс симптомов СРК. В статье показана необходимость комплексного обследования и лечения пациентов с СРК гастроэнтерологом и психотерапевтом.

**Ключевые слова:** синдром раздраженного кишечника, психовегетативные и психопатологические нарушения.

Out of 43 patients with the syndrome of irritated bowel (SIB) 36 patients had various psychovegetative and psychopathologic symptoms and had low effectiveness of the standard treatment. After psychotherapeutic examination and new prescriptions for complex therapy including non-medicamentous techniques and preparations for vegetative nervous system, a marked decrease of anxiety and depression as well as regression of SIB symptoms were seen. The article draws attention to the necessity of consulting such patients by gastroenterologists and psychotherapists together.

**Key words:** syndrome of irritated bowel, psychovegetative and psychopathologic disorders.

В последние годы отмечается увеличение количества больных с синдромом раздраженного кишечника (СРК) и возрастает интерес специалистов к изучению этого заболевания. В различных исследованиях [1, 4, 6] убедительно показано, что больные с СРК достоверно чаще имеют психовегетативные и психопатологические нарушения по сравнению с популяцией в целом. Личностные особенности, «неотреагированный» стресс могут сформировать тревогу или депрессию, проявлением которых являются функциональные соматические расстройства, в том числе СРК.

Цель работы – выявление личностных особенностей пациентов с СРК, страдающих психовегетативными и психопатологическими расстройствами, и оценка эффективности комплексной терапии гастроэнтерологом и психотерапевтом.

## Материал и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 43 пациента с СРК; средний возраст  $40 \pm 9,5$  лет, среди них 30 женщин и 13 мужчин. Диагноз устанавливался после тщательного изучения анамнеза, клинических проявлений заболевания и данных обследований, исключающих органическую патологию. Картина заболевания у всех пациентов соответствовала Римским критериям III [7] диагноза СРК. Пациенты жаловались на дневные боли в кишечнике, дискомфорт в животе, уменьшающиеся после стула, изменение частоты и формы стула, императивные позывы, чувство неполного опорожнения прямой кишки, выделение слизи, вздутие живота, диарею, запор. У пациентов фиксировались признаки вегетативной дисфункции с преобладанием повышенного тонуса парасимпатической нервной системы (дистальный и общий гипергидроз, акроцианоз, выраженный красный дермографизм). Продолжительность заболевания – от нескольких недель до 2–3 лет.

## Результаты

Для исключения органической патологии желудочно-кишечного тракта проводилось обследование, включающее ультразвуковое исследование органов

брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопию, колоноскопию, анализ кала на скрытую кровь, клинический анализ крови, посевы кала для выявления дисбактериоза. При подтверждении функционального характера заболевания проводилось лечение, направленное, в основном, на нормализацию моторики и микрофлоры кишечника. Назначались спазмолитики (блокаторы мхолинорецепторов, блокаторы кальциевых каналов), прокинетики, пре- и пробиотики. Длительность терапии составляла от 2 до 4 недель. Различная степень клинической эффективности наблюдалась у 40% наблюдаемых больных. На консультацию к психотерапевту направлено 36 пациентов, в связи с недостаточной эффективностью лечения у гастроэнтеролога, сохраняющимися абдоминальными болями, метеоризмом, нерегулярностью стула, или непродолжительными интервалами между обострениями.

По наблюдениям психотерапевта манифестация симптоматики заболевания имела связь с эмоциональными перегрузками, переутомлением, посттравматическими воспоминаниями. Личностные особенности пациентов заключались в высокоэмоциональном переживании ощущений, значительной тревожности и быстрой истощаемости. Ипохондрическая фиксация внимания на своём заболевании изменяла поведение больных. Появлялось тревожное прислушивание к ощущениям, нарастало несоответствие выраженности соматических жалоб тяжести психотравмирующей ситуации. Вслед за тревожностью нарастала депрессивность, появлялись нарушения сна. У 8 пациентов СРК сопровождался паническими расстройствами. Для объективизации психовегетативных и психопатологических нарушений пациентам проводилось динамическое психологическое обследование (тест СМОЛ), подтверждавшее высокий уровень тревоги, эмоциональности, сниженный фон настроения и психастенические проявления, которые нарастали в случаях затянувшегося заболевания.

Всем пациентам назначалась дополнительная терапия, включающая немедикаментозные методы лечения – когнитивно-поведенческая психотерапия, релаксационный тренинг, кинезиологические упражнения, на-

правленные на снятие мышечных блоков в области шеи и шейно-воротниковой зоны.

Проведение терапии психотропными препаратами было направлено на стабилизацию функции вегетативной нервной системы, снятие тревожно-депрессивных и астенических проявлений. Вопрос о назначении психотропной терапии обсуждался с пациентами специально, так как терапия антидепрессантами длительна (3–6 месяцев), требует динамического наблюдения психотерапевтом, но является патогенетической и приводит к излечению пациента. Препаратами выбора были трициклические антидепрессанты и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) [3]. Широко использовался антидепрессант коаксил. При ипохондрической фиксации на ощущениях применялся нейролептик сульпирид и его аналоги. Хорошо зарекомендовал себя анксиолитик атаракс, уменьшающий тревогу, вегетативные нарушения, нормализующий сон. В качестве противотревожной симптоматической терапии больные получали препараты бензодиазепиновой группы (алпразолам, седуксен, феназепам).

Адекватно подобранные дозы, аккуратный прием лекарств, терпение пациента в ожидании положительного результата, выработка и закрепление новых способов реагирования на негативные эмоции, изменение образа жизни – всё это приносило ожидаемый эффект от проводимой комплексной терапии. Больные отмечали прекращение вздутия и болей в кишечнике, восстанавливался стул, регрессировала тревога и депрессия, повышалась устойчивость к стрессам, улучшалось качество жизни. Проводимое динамическое тестирование подтверждало, что у всех 36 пациентов уровень тревоги и депрессии имел тенденцию к снижению или приближался к норме. Можно полагать, что пациенты, у которых наступало излечение на фоне терапии, назначенной гастроэнтерологом, без участия психотерапевта, не имели психологических нарушений, либо стрессовые ситуации были ими адекватно разрешены самостоятельно.

Обсуждение результатов. Синдром раздражённого кишечника – это функциональное расстройство, при котором абдоминальные боли и симптомы кишечной диспепсии не связаны со структурными изменениями кишечной стенки [6]. Особая роль в формировании болевых ощущений при СРК принадлежит психогенному компоненту, так как выявлены нарушения в продукции серотонина – биогенного амина, образующегося из триптофана в нервной системе, кишечнике, тромбоцитах [6]. Физиологическая роль серотонина в центральной нервной системе – это перцепция боли, терморегуляция,

аппетит, поведение, память; в желудочно-кишечном тракте – расслабление и сокращение гладких мышц кишечника; серотонин оказывает влияние и на сосудистый тонус. Таким образом, включение в терапию СРК препаратов, нормализующих содержание серотонина, которыми являются трициклические антидепрессанты и СИОЗС, вполне обосновано.

Проведенное исследование показало, что наиболее часто заболевание возникает у лиц среднего возраста, причем чаще страдают женщины. Характерологическими особенностями пациентов с СРК являются высокая эмоциональность, тревожность, ответственность, сдержанность в реагировании и подавление негативных эмоций, фиксированность на своих ощущениях. Затяжное течение заболевания провоцирует нарастание тревоги, способствует появлению депрессивных расстройств.

### Заключение

Необходимо комплексное обследование и лечение пациентов с СРК гастроэнтерологом и психотерапевтом. Для более эффективной терапии СРК, сокращения сроков лечения и снижения медикаментозной нагрузки показано проведение психодиагностики и назначение немедикаментозных и медикаментозных методов коррекции психовегетативных и психопатологических нарушений в ранние сроки заболевания.

### Литература

1. Гиндикин В.Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства. // Справочник. – М. – 2000. – 28 С.
2. Курпатов В.И., Титова В.В. Депрессия и тревога у больных общемедицинской практике. // Медицина. – 2006. – № 1. – С. 21–24.
3. Полуэктова Е.А., Шептулин А.А., Ивашкин В.Т. и др. // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2006. – № 3. – С. 29–37.
4. Полуэктова Е.А., Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. и др. // РМЖ. – 2007. Прилож. том 9. – № 1. – С. 1–4.
5. Фирсова Л.Д. // РМЖ. – 2007. Прилож. том 9. – № 1. – С. 26–28.
6. Яковенко Э. П., Яковенко Н.А., Агафонова Н.А. и др. // РМЖ. – 2009. Прилож. том 11. – № 2. – С. 48–53.
7. George F. Longstreth. // Клиническая гастроэнтерология, гепатология. Русское издание. – 2008. – Том 1, № 4. – С. 224–228.