



# Особенности ведения пациентки с синдромом раздраженного кишечника и соматизированным расстройством

Е.А. Труш\*, Е.А. Полуэктова, А.Г. Бениашвили, О.С. Шифрин

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет) Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Российская Федерация

**Цель:** продемонстрировать тактику ведения пациентки с соматизированным расстройством и симптомами, соответствующими синдрому раздраженного кишечника.

**Основные положения.** Пациентка 41 года была госпитализирована в клинику с жалобами на спастическую боль в нижних отделах живота, плотный стул один раз в 1–2 дня на фоне приема слабительных (макрогол), вздутие живота, повышенную тревожность — ожидание подтверждения угрожающего жизни заболевания, ощущение внутреннего напряжения, затруднение засыпания, поверхностный сон. Имеет длительный анамнез заболевания, характеризующийся появлением разнообразных соматических симптомов (головная боль, тахикардия, боль в суставах, расстройства стула, боль в животе и др.) на фоне психоэмоционального стресса и отсутствием при обследовании признаков, подтверждающих наличие органического заболевания. По результатам обследования в клинике (клинический и биохимический анализы крови, копрограмма, дыхательный тест с лактулозой с определением водорода и метана в выдыхаемом воздухе, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопия, ректосигмоколоноскопия) значимых отклонений также не выявлено. По предварительному согласию пациентка консультирована психиатром, установлен диагноз соматизированного расстройства и легкого тревожного расстройства. При выписке из стационара рекомендовано проведение когнитивно-поведенческой психотерапии, продолжение приема макрогола, а также лечение препаратом «Колофорт». Через 3 месяца комплексного лечения отмечалось значительное уменьшение выраженности как симптомов синдрома раздраженного кишечника, так и тревожного расстройства.

**Заключение.** Для пациентов, жалобы которых соответствуют диагностическим критериям СРК, может быть оправданным двухступенчатый дифференциальный диагноз: на первом этапе проводится дифференцирование СРК и органических заболеваний ЖКТ; на втором этапе — СРК и соматизированного расстройства. Препарат «Колофорт» может быть препаратом выбора как у пациентов с СРК, так и фармакологической частью терапии у пациентов с соматизированным расстройством.

**Ключевые слова:** функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта, синдром раздраженного кишечника, соматизированное расстройство, соматоформное расстройство, психотерапия

**Конфликт интересов:** статья опубликована при поддержке ООО «НПФ «Материя Медика Холдинг».

**Для цитирования:** Труш Е.А., Полуэктова Е.А., Бениашвили А.Г., Шифрин О.С. Особенности ведения пациентки с синдромом раздраженного кишечника и соматизированным расстройством. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2022;32(5):95–102. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2022-32-5-95-102>

## Management of a Female Patient with Irritable Bowel Syndrome and Somatoform Disorder

Elizaveta A. Trush\*, Elena A. Poluektova, Allan G. Beniashvili, Oleg S. Shifrin

Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russian Federation

**Aim:** to demonstrate the management of a patient with somatization disorder and irritable bowel syndrome.

**Key points.** A 41-yo female patient was admitted with complains of spastic lower abdomen pain, hard stool once every 1–2 days under laxative treatment (macrogol), bloating, anxiety, waiting for confirmation of a life threatening illness, internal stress, difficulty in falling asleep, shallow sleep. Has a long history of disease, characterized by the appearance of a variety of somatic symptoms (headache, tachycardia, joint pain, stool disorders, abdominal pain, etc.) during periods of emotional tension, lack of data suggesting organic disease. No abnormal changes were detected in examination at the clinic (complete blood count, serum chemistry tests, urinalysis or fecal tests, hydrogen and methane breath tests with lactulose, abdominal ultrasound, esophagogastroduodenoscopy, colonoscopy). With the prior agreement of patient, she was consulted by a psychiatrist and diagnosed with somatization disorder and

mild anxiety disorder. On discharge from hospital recommended cognitive-behavioral therapy, continue taking macrogol, as well as treatment with Kolofort. After 3 months of complex treatment, there was a significant decrease in the severity of both the symptoms of irritable bowel syndrome and anxiety disorder.

**Conclusion.** For patients whose complaints meet the diagnostic criteria for IBS, a two-stage differential diagnosis may be justified: at the first stage, differentiation of IBS and organic diseases of the gastrointestinal tract is carried out; at the second stage - IBS and somatization disorder. Kolofort can be the drug of choice both in patients with IBS and the pharmacological part of therapy in patients with somatization disorder.

**Keywords:** functional diseases of the gastrointestinal tract, irritable bowel syndrome, somatization disorder, somatoform disorder, psychotherapy.

**Conflict of interest:** the article was published with the support of NPF Materia Medica Holding LLC.

**For citation:** Trush E.A., Poluektova E.A., Beniashvili A.G., Shifrin O.S. Management of a Female Patient with Irritable Bowel Syndrome and Somatoform Disorder. Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology. 2022;32(5): 95–102. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2022-32-5-95-102>

Синдром раздраженного кишечника (СРК) — хроническое функциональное заболевание кишечника, проявляющееся рецидивирующей болью в животе, возникающей по меньшей мере один раз в неделю, которая характеризуется следующими признаками (двумя или более): связана с дефекацией, изменением частоты стула, изменением формы (внешнего вида) стула. Вышеуказанные симптомы возникают на протяжении последних 3-х месяцев при общей продолжительности не менее полугода, предшествующих постановке диагноза [1]. Несмотря на многочисленные исследования, этиология и патогенез СРК остаются недостаточно ясными. Рассматривается роль генетической предрасположенности, изменения состава микробиоты, нарушения проницаемости слизисто-эпителиального барьера ЖКТ, а также психоэмоционального стресса в формировании висцеральной гиперчувствительности и моторики кишечника [2]. По данным метаанализа 2021 года 28 % пациентов с СРК страдают депрессивным расстройством, 29 % — тревожным расстройством [3], по другим данным, у 42 % пациентов СРК был установлен диагноз соматизированного расстройства [4]. Больные с сопутствующими эмоциональными нарушениями или психологическими особенностями, которые приводят к снижению стрессоустойчивости (повышенная чувствительность к социальным правилам и нормам, самокритика, перфекционизм), чаще обращаются за медицинской помощью, поскольку имеют большую выраженность соматических симптомов [5].

С другой стороны, нередко симптомы СРК могут быть частью соматизированного расстройства, основными чертами которого являются многочисленные повторяющиеся изменчивые соматические симптомы, имеющие место по крайней мере на протяжении двух лет. Течение расстройства хроническое и часто ассоциируется с нарушением социального и семейного поведения [6].

Своевременное распознавание соматизированного расстройства в клинической практике может существенно повысить эффективность терапии таких пациентов.

В клиническом наблюдении представлен подход к лечению пациентки с соматизированным расстройством, у которой на первый план выходили жалобы со стороны ЖКТ, полностью удовлетворяющие диагностическим критериям СРК с запором.

**Пациентка Б., 41 года,** была госпитализирована в отделение хронических заболеваний кишечника и поджелудочной железы Клиники пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко Сеченовского Университета с жалобами на спастическую боль в нижних отделах живота, не связанную с приемом пищи, уменьшающуюся после дефекации (интенсивность боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) — 6 баллов), плотный стул (1–2-й тип по Бристольской шкале) один раз в 1–2 дня на фоне приема слабительных (макрогол), необходимость в дополнительном натуживании при дефекации, вздутие живота, усиливающееся через 30–40 минут после еды (интенсивность вздутия по ВАШ 4 балла), повышенную тревожность — ожидание подтверждения угрожающего жизни заболевания, ощущение напряжения, затрудненное засыпание, поверхностный сон (суммарный балл по шкале для оценки выраженности гастроинтестинальных симптомов «7×7» — 18, суммарный балл по шкале Гамильтона для оценки тревоги (HARS) — 13) [7].

Из анамнеза известно, что с 14 лет в периоды эмоционального напряжения (разногласия с одноклассниками, повышенные требования учителей в школе) отмечалась головная боль, общая слабость, эпизоды учащенного сердцебиения, из-за чего часто пропускала школьные занятия. Консультирована кардиологом. Проводилось суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру — выявлялись эпизоды синусовой тахикардии. Консультирована неврологом, был установлен диагноз тревожного расстройства, назначена аминифенилмасляная кислота. На фоне лечения отмечала улучшение самочувствия — головная боль и эпизоды тахикардии сохранялись, но возникали значительно реже. В 18 лет на фоне стресса при подготовке к вступительным экзаменам в университет отметила появление боли в крупных суставах в покое, преимущественно во второй

половине дня. Осмотрена ревматологом, обследована. Данных за наличие системного заболевания соединительной ткани не получено, симптомы прошли самостоятельно во время зимних каникул. С 19 лет отмечает запоры до 3-х дней, чаще связанные с периодами напряженности на учебе, в семейных отношениях (конфликты с родителями), за медицинской помощью не обращалась, эпизодически прибегала к приему осмотических слабительных, ректальных глицериновых свечей. Также периодически продолжали беспокоить головные боли, ощущение сердцебиения, боли в суставах, нарушения сна при эмоциональных перегрузках.

Далее в кризисные периоды жизни (развод с мужем, переезд) отмечала появление разнообразных соматических симптомов, по поводу которых искала медицинской помощи у врачей различных специальностей. Так, в августе 2020 года после выраженного психоэмоционального стресса отметила появление интенсивной боли в нижних отделах живота при задержке стула до 2-х дней. Принимаемые ранее меры для коррекции стула не приносили желаемого результата, что послужило поводом для обращения к гастроэнтерологу и проведения обследования. На основании жалоб пациентки, данных анамнеза, объективного обследования, лабораторных и инструментальных исследований был установлен диагноз синдрома раздраженного кишечника, варианта с преобладанием запоров.

Гастроэнтерологом применялись различные схемы лечения в рамках клинических рекомендаций Российской гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации колопроктологов России [2] по лечению СРК, включающие препараты, регулирующие моторику желудочно-кишечного тракта, слабительные различных групп. Пациентка отмечала неполный положительный эффект от приема мебеверина в отношении боли в животе, макрогола в отношении частоты стула. При попытке отмены макрогола задержка стула могла достигать 3-х дней и сопровождалась выраженной болью в нижних отделах живота. Учитывая неполную эффективность лечения, пациентка самостоятельно ограничивала себя в питании. На фоне гипокалорийной диеты с исключением продуктов, провоцирующих запоры и боль в животе (хлебобулочные изделия, красное мясо, зерновые каши на молоке, бобовые), похудела на 3 кг за год, однако попытка расширения рациона приводила к усилению выраженности симптомов. В связи с усилением боли в животе в октябре 2021 года повторно обследована. Фекальный кальпротектин не превышал нормальных значений. Скрытая кровь в кале не обнаружена. По данным УЗИ органов брюшной полости выявлены диффузные изменения поджелудочной железы, двусторонний нефроптоз. При эзофагогастродуоденоскопии — поверхностный гастрит, не ассоциированный с *H. pylori*. Продолжала получать спазмолитические препараты и макрогол.

В связи с неэффективностью стандартной терапии и сомнениями в функциональной природе заболевания госпитализирована в отделение хронических заболеваний кишечника и поджелудочной железы для дообследования и подбора терапии.

Из анамнеза жизни известно, что родилась в 1981 году, росла и развивалась в соответствии с возрастом. Образование высшее, работает репетитором, занимается индивидуальной подготовкой учеников к вступительным экзаменам. Из профессиональных вредностей отмечает высокий уровень стресса (переживания за успехи учеников, ожидание оценки результата подготовки их родителями). Семейное положение: разведена, 2 детей. Материально-бытовые условия — удовлетворительные, проживает с детьми и мамой. При разногласиях с детьми, переживаниях за здоровье мамы отмечает ухудшение самочувствия и усиление соматических симптомов. Психологическую поддержку получает от старшей дочери. Гинекологический анамнез: менструации с 13 лет, регулярные, через 31 день, продолжительностью до 3–4 дней, необильные; в анамнезе 2 беременности, 2 родов. Аллергологический анамнез — не отягощен. Перенесенные заболевания: детские инфекции. Наследственный анамнез пациентки отягощен по онкологическим и сердечно-сосудистым заболеваниям: отец умер в 45 лет от онкологического заболевания неуточненной этиологии с метастазами в головной мозг, мать (76 лет) страдает ишемической болезнью сердца, тетя со стороны матери умерла в 59 лет от колоректального рака.

Объективные данные при поступлении в клинику: состояние средней тяжести, обусловленное снижением качества жизни из-за гастроинтестинальных симптомов и тревоги по поводу состояния своего здоровья. Температура тела 36,6 °С. Рост 160 см. Вес 48,0 кг. ИМТ — 18,7 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, нормальной окраски и влажности. Телосложение астеническое. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Развитие мышечной системы удовлетворительное. Болезненность при пальпации мышц отсутствует, тонус нормальный. При исследовании костно-суставной системы — деформаций и болезненности при пальпации и поколачивании не выявлено. Суставы нормальной конфигурации, кожные покровы над ними обычной окраски. Деформации, отека и болезненности при пальпации суставов не определяется. Периферические лимфоузлы не увеличены. Над легкими дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений 17 в минуту. Тоны сердца ритмичные, частота сердечных сокращений 64 в минуту, артериальное давление 110/70 мм рт. ст. Перкуторные размеры печени и селезенки не увеличены. Живот умеренно вздут, аускультативно — выслушивается хаотичная перистальтика, при поверхностной пальпации — безболезненный, при глубокой методической пальпации по В.П. Образцову и Н.Д. Стражеско

пальпируется болезненная, урчащая, подвижная нисходящая ободочная кишка в виде гладкого плотноэластического тяжа диаметром около 3,5 см. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. При пальцевом ректальном исследовании объемных образований, крови не обнаружено.

*Психический статус:* ориентирована в пространстве, времени, собственной личности. Контактна, охотно общается с врачом, однако отмечается повышенная напряженность, настороженность, чувство неловкости в разговоре, что выражено в нахмуривании бровей, напряженной позе, избыточной жестикуляции, опускании глаз, глубоких вздохах, большим количестве уточняющих вопросов. Восприятие не нарушено, внимание не ослаблено, способна долго сосредоточиться на одной теме разговора. Память сохранена, интеллект соответствует уровню развития. Мышление не нарушено, настроение тревожное. Поведение адекватное. Головные боли 1–2 раза в месяц, головокружений, обмороков нет. Сон поверхностный, отмечаются трудности в засыпании.

На основании жалоб, данных анамнеза и объективного осмотра пациентке был поставлен предварительный диагноз: синдром раздраженного кишечника, вариант с преобладанием запора. В круг проведения дифференциальной диагностики были включены: дивертикулярная болезнь (вероятность развития дивертикулярной болезни у лиц старше 40 лет — 10 % [8]), новообразования толстой кишки (учитывая, что двое родственников умерли от злокачественных новообразований, один из них — родственник первой линии родства — умер в возрасте до 50 лет), соматизированное расстройство (учитывая полиморфность и изменчивость соматических симптомов, отсутствие признаков органического заболевания согласно данным ранее выполненных лабораторных и инструментальных тестов).

В клинике проведено обследование. В общем и биохимическом анализах крови, анализах мочи и кала патологических изменений не выявлено. При электрокардиографии ритм синусовый с ЧСС в 64 в минуту. Вертикальное положение ЭОС. Учитывая жалобы пациентки на вздутие живота, а также данные объективного обследования (вздутие живота, хаотичная перистальтика) для исключения синдрома избыточного бактериального роста (СИБР) у пациентки с запором проведен дыхательный тест с лактулозой с исследованием уровня водорода и метана в выдыхаемом воздухе. По результатам теста данных за наличие синдрома избыточного бактериального роста не получено.

*У пациентов с запором целесообразно проведение дыхательного теста с лактулозой с определением водорода и метана в выдыхаемом воздухе, так как метановый СИБР ассоциирован с задержкой стула и предположительно может являться одной из причин развития запора [9].*

При УЗИ органов брюшной полости: УЗ признаки диффузных изменений ткани печени.

При ЭГДС: эндоскопическая картина поверхностного гастрита, не ассоциированного с *H. pylori*. По данным колоноскопии патологических изменений слизистой оболочки толстой кишки и терминального отдела подвздошной кишки выявлено не было.

Учитывая невербальные признаки тревоги и напряжения (напряженная поза, нахмуривание бровей, беспокойная жестикуляция), а также самостоятельно высказываемые жалобы на повышенную тревожность, беспокойный сон, тревожные опасения по поводу прогноза своего заболевания, существенно снижающего качество жизни, пациентке была предложена консультация психиатра. Пациентка признала психотерапевтическую помощь полезной для себя, достаточно обоснованной и дала свое согласие на консультацию.

*Заключение психиатра: у пациентки умеренно выраженное, но клинически значимое тревожное расстройство. Содержание тревоги характеризуется неопределенным ожиданием травматических событий и опасениями за свое здоровье. Кроме тревожного расстройства, при разговоре отмечаются трудности в формулировании своих потребностей, явное чувство неловкости при обнаружении физиологических реакций (урчание в животе), особые личностные реакции, когда в нейтральной или даже дружеской коммуникации легко возникают подозрения о скрытом ироничном или прямо обесценивающем отношении. Описанное состояние наилучшим образом отвечает критериям соматизированного расстройства (СР) и сопутствующего тревожного расстройства согласно критериям МКБ 10. Рекомендации по лечению СР адресованы прежде всего к качеству и надежности терапевтического альянса между пациентом и врачом, также можно рекомендовать когнитивно-поведенческую психотерапию. Психофармакологические средства при соматизированном расстройстве не имеют достаточной доказательной базы.*

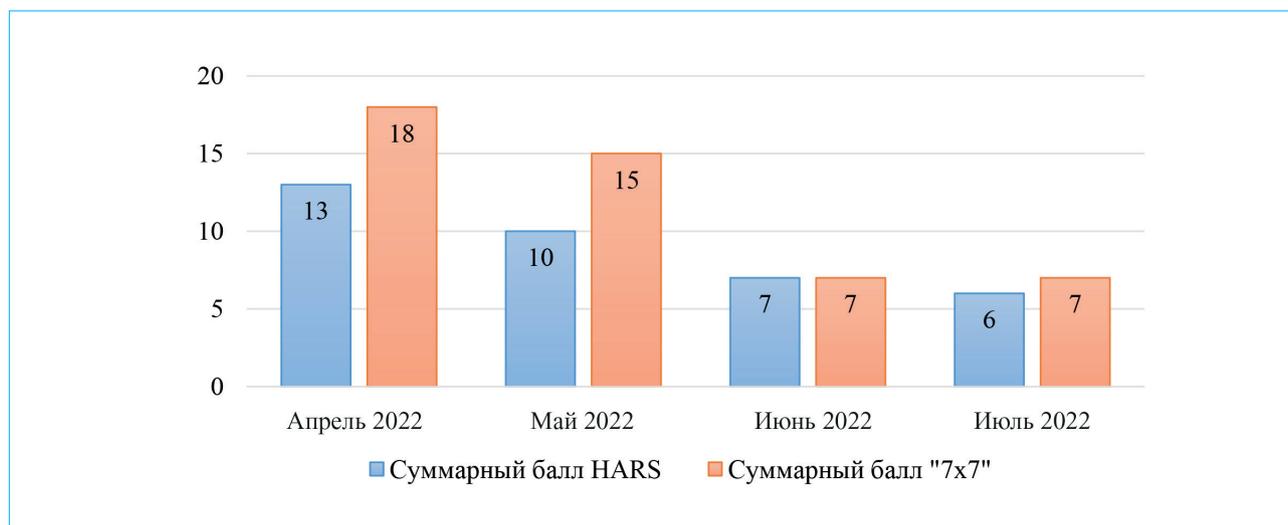
Таким образом, на основании жалоб, данных анамнеза, объективного осмотра, лабораторных и инструментальных данных установлен клинический диагноз:

*Основное заболевание:* Синдром раздраженного кишечника, вариант с преобладанием запора.

*Фоновое заболевание:* Соматизированное расстройство. Умеренно выраженное тревожное расстройство.

Для достижения создания терапевтического альянса между врачом и пациенткой было необходимо соблюдение следующих условий [10].

1. Позволить самостоятельно сформулировать главную жалобу.
2. Выяснить представление пациентки о ее болезни.
3. Обсудить ожидания относительно результатов консультации, лечения.



Примечание. Через 3 месяца наблюдения отмечалось снижение суммарного балла по опроснику «7x7» – с 18 до 7 баллов, отражающее уменьшение тяжести симптомов со средней до легкой степени. Согласно опроснику HARS отмечалось снижение уровня тревоги с 13 до 6 баллов, что соответствует её купированию.

Рис. Динамика симптомов СРК и тревожного расстройства у пациентки Б., 41 года, на фоне лечения

4. Выяснить предыдущий опыт консультаций, обследования и лечения.

5. Предоставить информацию о заболевании, опираясь на представления пациентки, но не противореча им.

6. Рассказать о диагностических и терапевтических ресурсах.

7. Поставить четкие, реалистичные цели терапии совместно с пациенткой.

8. В сложной ситуации привлечь специалистов смежных специальностей.

Из рекомендованных подходов нами были выполнены все вышеперечисленные пункты. Кроме того, с пациенткой была проведена беседа о безопасности и пользе постепенного расширения рациона (не менее 2400 ккал в сутки), рекомендована работа с психотерапевтом, разъяснена необходимость в регулярном амбулаторном наблюдении в клинике для своевременной коррекции проводимого лечения. Учитывая неэффективность проводимой ранее медикаментозной терапии, проявление гастроинтестинальных жалоб в рамках соматизированного расстройства, рекомендован прием препарата «Колофорт» по 2 таблетки 2 раза в сутки на протяжении 3 месяцев, продолжение приема макрогола по одному пакетику в день на ночь.

На протяжении трех месяцев с пациенткой проведено 10 сеансов когнитивно-поведенческой психотерапии с периодичностью один раз в неделю, две амбулаторные консультации врача-гастроэнтеролога в клинике (один раз в месяц). На первой консультации в связи с жалобами на чувство тяжести в нижних отделах живота и вздутие живота после приема макрогола было принято решение об отмене препарата и продолжении мототерапии препаратом «Колофорт». На второй консультации

пациентка жалоб не предъявляла, коррекция терапии не потребовалась.

Через 3 месяца наблюдения боль в нижних отделах живота, связанная с дефекацией, вздутие живота существенно уменьшились (с 6 до 2 баллов по ВАШ), стул регулярный, оформленный (суммарный балл по опроснику «7x7» снизился с 18 до 7) (рис.). У пациентки улучшилось настроение, снизился уровень тревоги (согласно опроснику HARS отмечалось снижение уровня тревоги с 13 до 6 баллов, что соответствует ее купированию) (рис.), нормализовался сон.

## Обсуждение

Соматоформные расстройства характеризуются соматическими симптомами, причина которых не обнаруживается при тщательном обследовании пациента; а также настойчивыми требованиями больного в дальнейшем обследовании, несмотря на заверения врачей, что симптомы не имеют органической природы. Соматизированное расстройство – это одна из форм соматоформного расстройства, отличающаяся многочисленностью и изменчивостью телесных ощущений и физиологических реакций, имеющих место, по крайней мере, в течение двух лет, природа и степень выраженности которых не объясняются имеющимися у пациента соматическими заболеваниями. Такие пациенты имеют длительную историю обращений к врачам и проведения многочисленных обследований, в ходе которых не обнаруживается органической патологии, которая могла бы являться причиной симптомов [6].

Среди пациентов с СРК условно можно выделить две группы:

1. Пациенты, у которых проявления СРК являются составной частью общей картины полиморфных соматических симптомов, сопровождающейся тревогой, депрессией, активным поиском медицинской помощи и подтверждения серьезности своего заболевания различными методами обследования.

2. Пациенты с гастроинтестинальными жалобами различной степени выраженности без сопутствующих негастроинтестинальных соматических симптомов, эмоциональных расстройств и поведенческих особенностей.

Первая группа — пациенты с соматизированным расстройством, на фоне которого развивается СРК как одно из проявлений данного состояния [11].

СРК и соматизированное расстройство в настоящее время рассматриваются как разные заболевания, но очень близко связанные друг с другом по механизму развития симптомов, включающим гиперчувствительность центрального генеза. Соматизированное расстройство может проявляться симптомами не только СРК, но и симптомами заболеваний других органов и систем, и подразумевает в первую очередь проявления эмоциональных переживаний в форме телесных ощущений. Возможно, в формировании данного расстройства участвуют генетически обусловленные нейрофизиологические особенности реагирования на стресс гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой и вегетативной нервной системы, а именно более высокий уровень кортизола в крови и повышенная активация симпатической нервной системы [11–13]. В свою очередь, симптомы СРК формируются вследствие нарушения функции слизисто-эпителиального барьера ЖКТ, изменения микробного состава толстой кишки, воспалительных изменений кишечной стенки, изменения моторики и висцеральной гиперчувствительности. Эмоциональные нарушения в данном случае рассматриваются как дополнительный фактор, приводящий к возникновению/усилению симптомов [2]. Известно, что симптомы 15–48 % пациентов СРК соответствуют критериям соматизированного расстройства, при этом остальные 52–85 % имеют только симптомы СРК. Таким образом, первая группа пациентов нуждается в междисциплинарном подходе, а именно в наблюдении как у гастроэнтеролога, так и у психиатра, в то время как вторая группа пациентов нуждается в только в стандартном лечении СРК у гастроэнтеролога согласно принятым клиническим рекомендациям.

### Литература / References

1. Lacy B.E., Mearin F., Chang L., Chey W.D., Lembo A.J., Simren M., et al. Bowel disorders. *Gastroenterology* 2016;150(6):1393–407. DOI: 10.1053/j.gastro.2016.02.031
2. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Шелыгин Ю.А., Баранская Е.К., Белоус С.С., Белоусова Е.А. и др. Диагностика и лечение синдрома раздраженного кишечника (Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов

В клинической практике может быть предложен двухступенчатый дифференциальный диагноз.

1. На первом этапе проводится дифференцирование СРК и органических заболеваний ЖКТ с применением алгоритма, предложенного в «Рекомендациях по диагностике и лечению синдрома раздраженного кишечника».

2. На втором этапе проводится дифференциальный диагноз СРК и соматизированного расстройства с участием психиатра.

Этиотропное лечение как для СРК, так и для соматизированного расстройства не разработано. Помимо общих подходов, таких как создание терапевтического альянса «врач — пациент», психотерапия, применяется симптоматическое лечение, которое, несмотря на многообразие схем лечения, имеет ограниченную эффективность.

Лекарственный препарат «Колофорт», содержащий технологически обработанные аффинно очищенные антитела к фактору некроза опухоли альфа (анти-ФНО- $\alpha$ ), мозгоспецифическому белку S-100 (анти-S100) и гистамину (анти-H), оказывает спазмолитическое, противовоспалительное и анксиолитическое действие [14].

«Колофорт» может быть как препаратом выбора у пациентов с СРК [2], так и фармакологической частью терапии у пациентов с соматизированным расстройством. Эффективность препарата у пациентов СРК доказана в отношении уменьшения интенсивности боли в животе, выраженности вздутия живота, а также нормализации консистенции и частоты стула вне зависимости от варианта течения заболевания. У 93,81 % пациентов, согласно данным опросника «7×7», через 12 недель после лечения отмечалось достоверное уменьшение степени выраженности всех симптомов заболевания [15]. Кроме того, препарат зарекомендовал себя как эффективное средство для уменьшения выраженности тревожного и депрессивного расстройств [16], что может существенно улучшить прогноз у пациентов как с соматизированным расстройством, так и с СРК.

Таким образом, для пациентов, жалобы которых соответствуют диагностическим критериям СРК, может быть оправданным двухступенчатый дифференциальный диагноз: на первом этапе проводится дифференцирование СРК и органических заболеваний ЖКТ; на втором этапе — СРК и соматизированного расстройства. Препарат «Колофорт» может быть как препаратом выбора у пациентов с СРК, так и фармакологической частью терапии у пациентов с соматизированным расстройством.

России). Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол 2021;31(5):74–95. [Ivashkin V.T., Maev I.V., Shelygin Yu.A., Baranskaya E.K., Belous S.S., Belousova E.A., et al. Diagnosis and Treatment of Irritable Bowel Syndrome: Clinical Recommendations of the Russian Gastroenterological Association and Association of Coloproctologists of Russia. *Rus J Gastroenterol Hepatol Coloproctol.*

- 2021;31(5):74–95 (In Russ.]. DOI: 10.22416/1382-4376-2021-31-5-74-95
3. *Hu Z., Li M., Yao L., Wang Y., Wang E., Yuan J., et al.* The level and prevalence of depression and anxiety among patients with different subtypes of irritable bowel syndrome: a network meta-analysis. *BMC Gastroenterol.* 2021 Jan 7;21(1):23. DOI: 10.1186/s12876-020-01593-5. PMID: 33413140; PMCID: PMC7791666
  4. *Miller A.R., North C.S., Clouse R.E., Wetzel R.D., Spitznagel E.L., Alpers D.H.* The association of irritable bowel syndrome and somatization disorder. *Ann Clin Psychiatry.* 2001 Mar;13(1):25–30. DOI: 10.1023/a:1009060731057. PMID: 11463682
  5. *Tornkvist N.T., Aziz I., Whitehead W.E., Sperber A.D., Palsson O.S., Hreinsson J.P., et al.* Health care utilization of individuals with Rome IV irritable bowel syndrome in the general population. *United European Gastroenterol J.* 2021 Dec;9(10):1178–88. DOI: 10.1002/ueg2.12153. Epub 2021 Oct 1. PMID: 34599559; PMCID: PMC8672084
  6. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). [International Classification of Diseases, 10th revision (ICD-10)]. URL: <https://mkb-10.com/index.php?pid=4274>
  7. Клинические рекомендации «Генерализованное тревожное расстройство» (утв. Минздравом России). Приложение П1. Шкала М. Гамильтона для оценки тревоги. 2021. [Clinical recommendations “Generalized anxiety disorder” (approved by the Ministry of Health of Russia). Appendix D1. Hamilton Anxiety Rating Scale. 2021 (In Russ.]. URL: <https://legalacts.ru/doc/klinicheskie-rekomendatsii-generalizovannoe-trevozhnoe-rasstroistvo-utv-minzdravom-rossii/>
  8. *Ардатская М.Д., Ачкасов С.И., Веселов В.В., Зароднюк И.В., Ивашкин В.Т., Карпукhin О.Ю.* и др. Дивертикулярная болезнь. *Колoproктология.* 2021;3(20):10–27. [Ardatskaia M.D., Achkasov S.I., Veselov V.V., Zarnodniuk I.V., Ivashkin V.T., Karpukhin O.I., et al. Divertikuljarnaia bolezn'. *Koloproktologija.* 2021;20(3):10–27 (In Russ.]. DOI: 10.33878/2073-7556-2021-20-3-10-27
  9. *Gandhi A., Shah A., Jones M.P., Koloski N., Tallery N.J., Morrison M., et al.* Methane positive small intestinal bacterial overgrowth in inflammatory bowel disease and irritable bowel syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Gut Microbes.* 2021 Jan-Dec;13(1):1933313. DOI: 10.1080/19490976.2021.1933313. PMID: 34190027; PMCID: PMC8253120
  10. *Cammilleri M., Spiller R.C.* Irritable Bowel Syndrome. Diagnosis and Treatment. *Elsevier Science Limited and Mayo Clinic,* 2002.
  11. *Hausteiner-Wiehle C., Henningsen P.* Irritable bowel syndrome: relations with functional, mental, and somatoform disorders. *World J Gastroenterol.* 2014 May 28;20(20):6024–30. DOI: 10.3748/wjg.v20.i20.6024. PMID: 24876725; PMCID: PMC4033442
  12. *Yildirim A.E., Korkmaz M., Altun R., Sandikçi S.C., Ocal S., Selçuk H.* Is there any association between irritable bowel syndrome subgroups and autonomous dysfunction. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2016 Apr;20(7):1315–22. PMID: 27097952
  13. *Heitkemper M.M., Cain K.C., Deechakawan W., Poppe A., Jun S.E., Burr R.L., et al.* Anticipation of public speaking and sleep and the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in women with irritable bowel syndrome. *Neurogastroenterol Motil.* 2012 Jul;24(7):626–31, e270–1. DOI: 10.1111/j.1365-2982.2012.01915.x
  14. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Колофорг ЛП-№(000027)-(PFRU). [Patient information leaflet for Kolofort LP-No. (000027)-(PFRU) (In Russ.].
  15. *Ivashkin V.T., Poluektova E.A., Glazunov A.B., Putilovskiy M.A., Epstein O.I.* Pathogenetic approach to the treatment of functional disorders of the gastrointestinal tract and their intersection: results of the Russian observation retrospective program COMFORT. *BMC Gastroenterol.* 2019 Dec 31;20(1):2. DOI: 10.1186/s12876-019-1143-5
  16. *Avalueva E.B., Adasheva T.V., Babaeva A.R., Burdina E.G., Kireeva N.V., Lenskaja L.G., et al.* Efficacy and safety of preparation Kolofort in treatment of irritable bowel syndrome: results of multicenter double blind placebo controlled clinical trial. *Consilium Medicum Gastroenterologija.* 2014;01(Suppl):43–50.

### Сведения об авторах

**Труш Елизавета Александровна\*** — аспирант кафедры пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет) Министерства здравоохранения Российской Федерации.  
 Контактная информация: [dr.gon-fly@mail.ru](mailto:dr.gon-fly@mail.ru);  
 119435, г. Москва, ул. Погодинская, д. 1, стр. 1.  
 ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2449-6912>

**Полужкова Елена Александровна** — доктор медицинских наук, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет) Министерства здравоохранения Российской Федерации; врач-гастроэнтеролог отделения хронических заболеваний кишечника и поджелудочной железы Клиники пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии имени В.Х. Василенко ПМГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет) Министерства здравоохранения Российской Федерации.  
 Контактная информация: [poluektova\\_e\\_a@staff.sechenov.ru](mailto:poluektova_e_a@staff.sechenov.ru);  
 119435, г. Москва, ул. Погодинская, д. 1, стр. 1.  
 ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9038-3732>

\* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author

### Information about the authors

**Elizaveta A. Trush\*** — Postgraduate Student of the Department of Propaedeutics of Internal Diseases, Gastroenterology and Hepatology of I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University).  
 Contact information: [dr.gon-fly@mail.ru](mailto:dr.gon-fly@mail.ru);  
 119435, Moscow, Pogodinskaya str., 1, bld. 1.  
 ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2449-6912>

**Elena A. Poluektova** — Dr. Sci. (Med.), Professor of the Department of Propaedeutics of Internal Diseases, Gastroenterology and Hepatology of the I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); Gastroenterologist of the Department of Chronic Intestinal and Pancreatic Diseases of V.H. Vasilenko Clinic of Propaedeutics of Internal Diseases, Gastroenterology and Hepatology Sechenov Moscow State Medical University (Sechenov University).  
 Contact information: [poluektova\\_e\\_a@staff.sechenov.ru](mailto:poluektova_e_a@staff.sechenov.ru);  
 119435, Moscow, Pogodinskaya str., 1, bld. 1.  
 ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9038-3732>

**Бениашвили Аллан Герович** — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник лаборатории психофармакологии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья РАН». Контактная информация: [beniashvilia@yandex.ru](mailto:beniashvilia@yandex.ru); 115522, Москва, Каширское шоссе, 34.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5149-3760>

**Шифрин Олег Самуилович** — доктор медицинских наук, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет) Министерства здравоохранения Российской Федерации; заведующий отделением хронических заболеваний кишечника и поджелудочной железы Клиники пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии имени В.Х. Василенко ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет) Министерства здравоохранения Российской Федерации.  
Контактная информация: [shifrin\\_o\\_s@staff.sechenov.ru](mailto:shifrin_o_s@staff.sechenov.ru); 119435, г. Москва, ул. Погодинская, д. 1, стр. 1.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8148-2862>

**Allan G. Beniashvili** — Cand Sci. (Med.), Senior Researcher at the Laboratory of Psychopharmacology of the Scientific Center of Mental Health of the Russian Academy of Sciences. Contact information: [beniashvilia@yandex.ru](mailto:beniashvilia@yandex.ru); 115522, Moscow, Kashirskoye highway, 34.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5149-3760>

**Oleg S. Shifrin** — Dr. Sci. (Med.), Professor of the Department of Propaedeutics of Internal Diseases, Gastroenterology and Hepatology of the I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); Head of the Department of Chronic Intestinal and Pancreatic Diseases of V.H. Vasilenko Clinic of Propaedeutics of Internal Diseases, Gastroenterology and Hepatology of the I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University).  
Contact information: [shifrin\\_o\\_s@staff.sechenov.ru](mailto:shifrin_o_s@staff.sechenov.ru); 119435, Moscow, Pogodinskaya str., 1, bld. 1.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8148-2862>

Поступила: 25.04.2022 Принята: 27.08.2022 Опубликовано: 15.10.2022  
Submitted: 25.04.2022 Accepted: 27.08.2022 Published: 15.10.2022