

<https://doi.org/10.22416/1382-4376-2023-33-6-36-43>
УДК 616.34-008



Синдром раздраженной кишки: в чем причины неудовлетворенности лечения больных и врачей? (По опыту лечебных учреждений Северо-Западного федерального округа России)

А.Ю. Барановский, Т.В. Решетова, И.С. Сакеян*

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, Российская Федерация

Цель исследования: проанализировать результаты анонимного анкетирования пациентов с синдромом раздраженного кишечника (СРК) для оценки степени их удовлетворенности результатами проведенной терапии и на этом основании определить наиболее оптимальные подходы к лечению.

Материал и методы. Работа выполнена в 8 субъектах Северо-Западного федерального округа. Анонимное анкетирование проведено у 422 пациентов СРК легкой и средней степени. По оценке числа людей, отметивших исчезновение или существенное снижение интенсивности основных проявлений заболевания через 1 и 3 месяца после лечения, изучалась эффективность комплексной терапии. Среди больных, включенных в исследование, пациенты со смешанным вариантом СРК с преобладанием болевого синдрома ($n = 206$) проводили самооценку боли в животе по визуальной шкале интенсивности боли. Остальные ($n = 216$) выполняли самооценку своего состояния по частоте дефекаций и по Бристольской шкале формы стула. В каждой из этих групп формировали три подгруппы: 1-я — лечение препаратами гастроэнтерологического профиля; 2-я — лечение сочетанной фармакотерапией (с назначением психотропных средств); 3-я — лечение комбинацией гастроэнтерологических и психотропных лекарств и применение нелекарственных методов психотерапии.

Результаты. Максимальная разность субъективной удовлетворенности больных своим лечением была отмечена через 3 месяца после завершения курса лечения в 3-й подгруппе (79 % — легкий СРК, 71 % — СРК средней тяжести течения). Пациенты 2-й подгруппы через 3 месяца положительно оценили результаты своего лечения в 34 и 27 % случаев соответственно. У пациентов 1-й подгруппы рассматриваемые показатели оказались еще менее значимы — 28 и 22 %.

Выводы. Лечебный комплекс для пациентов СРК может считаться оптимальным при обязательном включении в него помимо симптоматических лекарственных средств целесообразных психотропных лекарственных препаратов на основании диагностической оценки психоэмоционального статуса конкретного больного, а также назначении индивидуально подобранных нелекарственных методов психологической коррекции в соответствии с психосоматической симптоматикой. В образовательные программы повышения квалификации врачей, работающих с пациентами с СРК, следует включать очные циклы по психодиагностике и психотерапии.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, СРК, психоориентированная терапия, эффективность лечения

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Барановский А.Ю., Решетова Т.В., Сакеян И.С. Синдром раздраженной кишки: в чем причины неудовлетворенности лечения больных и врачей? (По опыту лечебных учреждений Северо-Западного федерального округа России). Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2023;33(6):36–43. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2023-33-6-36-43>

Irritable Bowel Syndrome: What Are the Reasons for Dissatisfaction with the Treatment of Patients and Doctors? (Based on the Experience of Medical Institutions of the Northwestern Federal District of Russia)

Andrey Yu. Baranovsky, Tatyana V. Reshetova, Inga S. Sakeian*

Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russian Federation

Aim: analyze the results of an anonymous survey of patients with irritable bowel syndrome (IBS) to assess the degree of their satisfaction with the results of the therapy and, on this basis, determine the most optimal approaches to treatment.

Material and methods. The work was carried out in 8 subjects of the North-Western Federal District of Russia. An anonymous survey was conducted in 422 patients with mild to moderate IBS. By assessing the number of people who noted the disappearance or significant decrease in the intensity of the main manifestations of the disease one and three months after treatment, the effectiveness of complex therapy was studied. Among the patients included in the study, people with a mixed variant of IBS with a predominance of pain syndrome ($n = 206$) self-assessed abdominal pain using a visual pain intensity scale. The rest ($n = 216$) completed a self-assessment of their condition using the frequency of bowel movements and the Bristol Stool Form Scale. In each of these groups, three subgroups were formed: Subgroup 1 — treatment of patients with gastroenterological drugs; Subgroup 2 — treatment with combined pharmacotherapy (with the appointment of psychotropic drugs); Subgroup 3 — treatment with a combination of gastroenterological and psychotropic drugs and the use of non-medicinal methods of psychotherapy.

Results. The maximum difference in the subjective satisfaction of patients with their treatment was noted three months after the completion of the course of treatment in Subgroup 3 (79 % — mild IBS, 71 % — moderate IBS). Patients of Subgroup 2 after three months positively assessed the results of their treatment in 34 and 27 % of cases, respectively. In patients of Subgroup 1, the considered indicators were even less significant — 28 % (mild IBS) and 22 % (moderate IBS).

Conclusion. The treatment complex for IBS patients can be considered optimal if, in addition to symptomatic medications, appropriate psychotropic medications are necessarily included in it basing on diagnostic assessment of the psychoemotional status of a particular patient, as well as the appointment of individually selected non-medicinal methods of psychological correction in accordance with psychosomatic symptoms. Full-time cycles on psychodiagnostics and psychotherapy should be included in the educational programs of advanced training of doctors working with IBS patients.

Keywords: irritable bowel syndrome, IBS, psychooriented therapy, treatment effectiveness

Conflict of interest: the authors declare that there is no conflict of interest.

For citation: Baranovsky A.Yu., Reshetova T.V., Sakeian I.S. Irritable Bowel Syndrome: What Are the Reasons for Dissatisfaction with the Treatment of Patients and Doctors? (Based on the Experience of Medical Institutions of the Northwestern Federal District of Russia). Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology. 2023;33(6):36–43. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2023-33-6-36-43>

Введение

Синдром раздраженного кишечника (СРК) — заболевание, высокая частота которого в практике гастроэнтеролога, врача общей практики и терапевта уступает лишь хроническому гастриту. При этом если лечение больных с обострением хронического гастрита, тем более с использованием схем эрадикации пилорического хеликобактера, дает достаточно быстрый и устойчивый положительный эффект, то лечение пациентов с СРК требует весьма продолжительного времени, как правило, выходящего за пределы двух-трех и более месяцев, сопровождается частыми и длительными консультативными встречами врача с больным, необходимостью неоднократно изменять содержание медикаментозной терапии, персонифицируя ее под индивидуальные психосоматические особенности пациента. При этом значительная часть больных все же остается не удовлетворена результатами лечения, вплоть до конфликтов с лечащим специалистом.

В чем же причина таких ситуаций в практике врача? А если учесть, что эпидемиологические данные о СРК свидетельствуют, что от 10 до 13 % взрослого населения страдает от этого заболевания, почти 30 % среди которых наблюдаются у гастроэнтеролога или терапевта, и если даже небольшая часть среди этого контингента не удовлетворена результатами лечения, то число таких больных

у каждого из врачей, прежде всего амбулаторного звена медицинской помощи, оказывается весьма большим. Мы выполнили соответствующее исследование в Санкт-Петербурге и некоторых областях и республиках Северо-Западного федерального округа (СЗФО) [1].

Цель исследования: проанализировать результаты анонимного анкетирования пациентов с синдромом раздраженного кишечника (СРК) для оценки степени их удовлетворенности результатами проведенной терапии и на этом основании определить наиболее оптимальные подходы к лечению.

Материалы и методы

Изучение удовлетворенности пациентов с СРК эффективностью лечения своего заболевания выполнено в 8 субъектах СЗФО [2]. Анонимное анкетирование выполнили 422 больных СРК, прошедших амбулаторное лечение в 26 медицинских учреждениях, среди которых было 12 поликлиник, 4 гастроэнтерологических центра и 10 коммерческих медицинских центров. Проводилось изучение эффективности комплексной терапии по оценке числа больных, отметивших исчезновение или существенное снижение интенсивности основных проявлений заболевания через 1 и 3 месяца после лечения. В исследование включены

422 пациента с синдромом раздраженного кишечника легкой и средней степеней. Пациенты разделены по основной жалобе. Из них пациенты с преобладанием болевого синдрома ($n = 206$) проводили самооценку боли в животе по визуальной шкале интенсивности боли [3]. Остальные (86 пациентов с диареей, 76 пациентов с запором, 54 пациента со смешанным вариантом) выполняли самооценку своего состояния по частоте дефекаций и по Бристольской шкале формы стула.

Диета пациентам с СРК подбиралась индивидуально путем исключения продуктов, вызывающих усиление симптомов заболевания (элиминационная диета). Были рекомендованы умеренные физические нагрузки (ходьба, езда на велосипеде, занятия аэробикой).

Всем больным, вошедшим в исследование, назначалась однотипная фармакотерапия в соответствии с положениями клинических рекомендаций Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России [1]. Так, пациентам с СРК при наличии жалоб на боль в животе назначались спазмолитики для купирования болевого синдрома. В случае диареи назначались либо лоперамид, либо смектит диоктаэдрический, либо противодиарейные препараты биологического растительного происхождения. Пациентам с СРК с запором были рекомендованы слабительные препараты, увеличивающие объем кишечного содержимого для нормализации стула.

Результаты исследования и обсуждение

Прежде чем рассмотреть степень удовлетворенности пациентов с СРК лечением их заболевания, представим некоторые организационные аспекты медицинской помощи этой категории пациентов

в СЗФО, а именно характеристику медицинских учреждений, где проводится диагностика, лечение и динамическое наблюдение за пациентами данной категории в Санкт-Петербурге и субъектах СЗФО (табл. 1), степень обеспеченности пациентов СРК персонифицированной терапией в СЗФО (табл. 2) и обеспеченность пациентов СРК специализированной лечебно-консультативной помощью в СЗФО (табл. 3). Комплексная оценка организации лечебно-диагностической работы с пациентами СРК выполнена на основании отчетов ряда главных нештатных гастроэнтерологов СЗФО с анализом 648 верифицированных клинических случаев СРК. Анкетирование среди них проведено у 422 пациентов.

Как видно из представленных в таблице 1 данных, лечебно-диагностическую помощь больным СРК в субъектах СЗФО оказывают преимущественно участковые поликлиники, в меньшей степени — коммерческие медицинские центры и специализированные гастроэнтерологические центры (городской, в составе многопрофильных больниц и др.). В штате некоторых районных поликлиник Санкт-Петербурга имеются врачи-гастроэнтерологи. Небольшая часть пациентов СРК получает все виды необходимой лечебно-диагностической помощи в поликлиниках МЧС, Министерства обороны РФ, вузов и др. Подавляющее число пациентов СРК (96 %) в областях и республиках СЗФО получают по месту жительства все виды медицинской помощи, доступные в медицинских учреждениях.

Данные проведенного анализа содержания терапии пациентов с СРК (табл. 2) свидетельствуют, что во всех медицинских учреждениях при лечении данной категории больных отдается приоритет медикаментозному лечению, содержащему разнообразные средства купирования симптомов СРК, в том числе диареи, запоров, абдоминальной боли. Следует отметить, что почти у 85 % пациентов с СРК в Санкт-Петербурге и других субъектах СЗФО

Таблица 1. Медицинские учреждения СЗФО, которые оказывают медицинскую помощь пациентам с синдромом раздраженного кишечника

Table 1. Medical institutions of the Northwestern Federal District that provide medical care to patients with irritable bowel syndrome

| Медицинские учреждения <i>Medical institutions</i> | Санкт-Петербург <i>Saint Petersburg</i> | Субъекты СЗФО <i>Subjects of Northwestern Federal District of Russian Federation</i> |
|--|--|---|
| Специализированные государственные гастроэнтерологические центры <i>Specialized state gastroenterological centers</i> | 8 % | — |
| Участковые поликлиники, офисы врачей общей практики, различные медицинские пункты в сельской местности <i>Local clinics, general practitioners' offices, various medical centers in rural areas</i> | 76 % | 96 % |
| Коммерческие медицинские центры <i>For-profit medical centers</i> | 14 % | 3,5 % |
| Прочие медицинские учреждения <i>Other medical institutions</i> | 2 % | 0,5 % |

Таблица 2. Обеспеченность пациентов СРК персонализированной терапией в СЗФО
Table 2. Provision of personalized therapy for IBS patients in the Northwestern Federal District

| Вид медицинской помощи больным СРК <i>Type of medical care for patients with IBS</i> | Санкт-Петербург <i>Saint Petersburg</i> | Субъекты СЗФО <i>Subjects of Northwestern Federal District of Russian Federation</i> |
|---|--|---|
| Лекарственная терапия (без психотропных средств) <i>Drug therapy (without psychotropic drugs)</i> | 90 % | ~ 90 % |
| Лекарственная терапия + психотерапия <i>Drug therapy + psychotherapy</i> | 8 % | < 9 % |
| Лекарственная терапия + психотерапия + нелекарственная психотерапия <i>Drug therapy + psychotherapy + non-drug psychotherapy</i> | 2 % | < 1 % |

медикаментозный комплекс фармакотерапии соответствует рекомендациям Российской гастроэнтерологической ассоциации, а у остальных пациентов врачи используют советы различных научных и иных источников, в том числе публикаций в медицинских журналах и интернете, докладов конференций разного формата, раздаточных материалов фармацевтических фирм и др.

Оказалось, что полностью удовлетворены лечением своего заболевания лишь 23,2 % опрошенных больных, большинство среди которых (84 из 98 чел.) получали соответствующую терапию у гастроэнтерологов, остальные – у терапевтов поликлиник. Из всех анкетированных 12,7 % высказали частичное удовлетворение от проведенного им комплекса лечебных мероприятий. Оно складывалось из уменьшения выраженности симптомов СРК, в первую очередь абдоминальной боли, из снижения частоты поносов и продолжительности запоров. Большинство из опрошенных пациентов с СРК (79,6 %), высказали разной степени неудовлетворение от результатов лекарственной терапии СРК, которую получали все пациенты,

главным образом, в соответствии с рекомендациями Российской гастроэнтерологической ассоциации [1], положениями Римских критериев IV [4] и другими научно-методическими источниками.

Важным вопросом оценки состояния квалифицированной медицинской помощи пациентам с СРК для нас оказалась степень обеспеченности в СЗФО пациентов не только гастроэнтерологами и терапевтами, но и иными врачами-специалистами, обеспечивающими целесообразную консультативную помощь (табл. 3). Оказалось, что в Санкт-Петербурге, и тем более в других субъектах СЗФО, подавляющее число больных с СРК получают необходимую медицинскую помощь у участковых терапевтов или других клиницистов равного им первичного звена здравоохранения: 76 и 93 % соответственно. Диагностика заболевания и лечение пациентов с СРК под наблюдением гастроэнтерологов в Санкт-Петербурге осуществляется не более чем в 19 % случаев, в субъектах СЗФО – в пределах 7 %. Консультативное привлечение психотерапевтов и/или клинических (медицинских) психологов к лечебной работе с пациентами с СРК ограничивается редкими случаями

Таблица 3. Обеспеченность пациентов с СРК специализированной лечебно-консультативной помощью в СЗФО

Table 3. Provision of specialized medical and advisory care for IBS patients in the Northwestern Federal District

| Клинический профиль лечения пациентов с СРК <i>Clinical profile of treatment of patients with IBS</i> | Санкт-Петербург <i>Saint Petersburg</i> | Субъекты СЗФО России <i>Subjects of Northwestern Federal District of Russian Federation</i> |
|--|--|--|
| Лечение терапевтом <i>Treatment by a general practitioner</i> | 75 % | 92 % |
| Лечение гастроэнтерологом <i>Treatment by a gastroenterologist</i> | 19 % | 7 % |
| Совместное лечение гастроэнтерологом (или терапевтом) и психотерапевтом <i>Joint treatment by a gastroenterologist (or general practitioner) and a psychotherapist</i> | 5 % | 1 % |
| Совместное лечение гастроэнтерологом (или терапевтом), психотерапевтом и клиническим психологом <i>Joint treatment by a gastroenterologist (or general practitioner), psychotherapist and clinical psychologist</i> | 1 % | 0 |

и не превышает в общей сложности 6 % в Санкт-Петербурге и 1 % в областях и республиках СЗФО.

Таким образом, как показало исследование, наибольший объем и тяжесть работы с пациентами СРК по верификации диагноза, индивидуализации лечения, организации и проведению с ними всех мероприятий диспансерного динамического наблюдения лежит на врачах первичного звена медицинской помощи, но не на гастроэнтерологах. Поэтому мы поставили перед собой задачу — оценить степень знания терапевтов поликлиник и врачей общей практики СЗФО важнейших положений клинических рекомендаций Российской гастроэнтерологической ассоциации [1]. Как показало тестирование врачей, на 30 вопросов, отражающих знание терапевтами теоретических и практических аспектов СРК, 5 % врачей правильно ответили на 26 вопросов, 12 % — дали верный ответ на 22 вопроса, 26 % — на 18 вопросов и 57 % — лишь на 17 и менее вопросов. При этом самые слабые знания врачи показали в вопросах фармакотерапии СРК, особенно психофармакотерапии.

У психотерапевта, привлеченного к исследованию, в арсенале есть достаточно методов и средств психодиагностики и лечения, используемых в зависимости от выявленной психопатологии. При тревоге, например, это релаксационные техники, которым психотерапевт обучает пациента. Когнитивно-поведенческая терапия помогает определить источник сложных ситуаций-триггеров, скорректировать иррациональные

установки. Очень эффективны при тревоге методы осознанности (например, техника «Майндфулнесс»). Гипноз помогает быстро, но, к сожалению, временно смягчить тревогу. Аутотренинг позволяет уменьшить психосоматические проявления тревоги. Также имеются многочисленные дыхательные техники снижения тревоги. При высокой раздражительности помогают методы канализации агрессии. Это работа с мышечными зажимами, метод прогрессивной мышечной релаксации Джейкобсона, усиленная физическая нагрузка, методы арт-терапии и др. При астении у пациентов с СРК важно убрать ее причину (психическую или соматическую) и обсудить отдых как метод лечения. Эффективными оказались любые ресурсные техники. Психотерапевты показали, что при депрессии эффективна «техника маленьких шагов», полезно ведение дневника, нарративные методы. При этом специалист в программе нелекарственной психотерапии обучает пациента и самодиагностике, и самопомощи при данных состояниях в обычной жизни, а при необходимости — назначает курс психофармакотерапии.

У всех пациентов с СРК психотерапевт проводит психодиагностику и при наличии психических расстройств подбирает психофармакотерапию — индивидуализированно, в соответствии с имеющейся у пациента клиникой. Так, при выявлении у пациентов определенного уровня тревожности, канце-рофобии или депрессии из широкого рецептурного

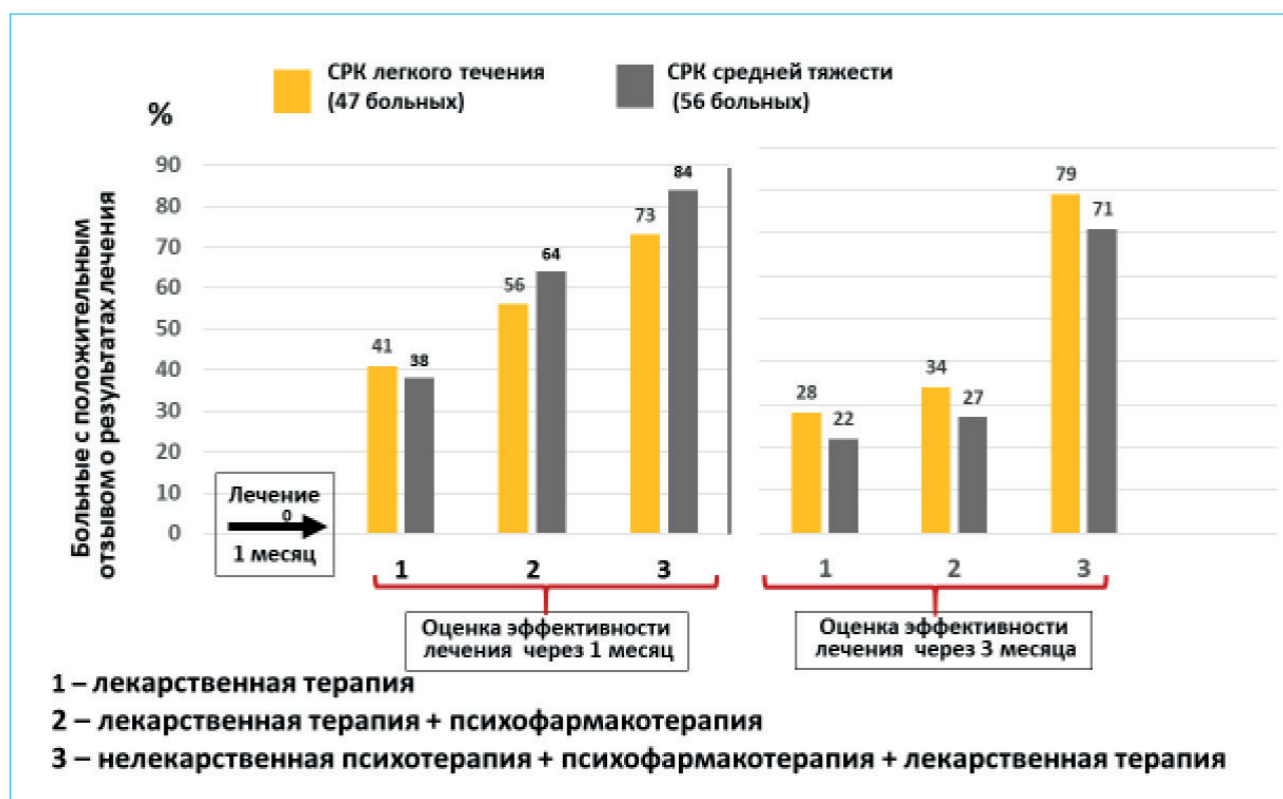


Рисунок 1. Эффективность купирования болевого синдрома у пациентов СРК легкой и средней тяжести (анкетирование больных)

Figure 1. Efficiency of pain relief in patients with mild and moderate IBS (patient survey)

и клинического спектров препаратов-анксиолитиков дифференцированно назначались средства, влияющие на разные аспекты тревоги. Из большого списка психотропных лекарственных средств важно индивидуально подобрать пациенту с СРК с соответствующей клиникой нейролептики (антипсихотики), антидепрессанты (при выявлении депрессии) и другие средства нормализации психических расстройств.

Исследование показало (рис. 1), что к концу первого месяца лечения пациентов с СРК с абдоминальной болью при назначении только лекарственных препаратов гастроэнтерологического профиля (без психотропных средств) 40 % больных с легкой формой заболевания и 36 % больных со среднетяжелой формой положительно оценили проведенную им терапию. Во второй группе пациентов, у которых терапия препаратами гастроэнтерологического профиля сочеталась с назначением психотропных средств, удовлетворены своим лечением и положительно его оценили 56 % пациентов с легким течением заболевания и 64 % — с СРК средней степени тяжести. Наконец, в третьей группе пациентов, получавших не только сочетанную фармакотерапию, но и нелекарственные методы психотерапии, через 1 месяц такого лечения выявили большую, чем в предыдущих двух группах, удовлетворенность от лечения: положительную оценку дали 75 % пациентов с легким СРК и 84 % — со среднетяжелым.

После 3 месяцев с момента окончания месячного курса лечения СРК (рис. 1) в первых двух группах пациентов, находившихся только на лекарственной терапии, удовлетворенность лечением значительно снизилась. Не более 34 % пациентов с легким течением СРК благоприятно отозвались о результатах проведенного им лечения. Вместе с тем 79 и 71 % пациентов с легкой и средней степенью тяжести СРК соответственно, получавших лекарственную терапию гастроэнтерологическими препаратами в сочетании с психофармакотерапией, усиленной индивидуализированными методами нелекарственной психотерапии, высказали удовлетворение от результатов комплексного лечения.

Следующий раздел исследования был посвящен изучению эффективности различных комплексов лечения по самооценке пациентов с СРК с диареей и запором. Так, оказалось, что 38 % пациентов с диареей, 24 % пациентов с запорами и 38 % пациентов со смешанным течением СРК, которым проводилась только терапия гастроэнтерологическими препаратами без психотропных средств, положительно оценили проведенное им лечение через месяц после окончания курса терапии (рис. 2).

Комплексная фармакотерапия с психотропными препаратами через 1 месяц после проведенного курса лечения СРК, как оказалось, дала хороший эффект у 44 % пациентов с СРК средней тяжести с диареей,

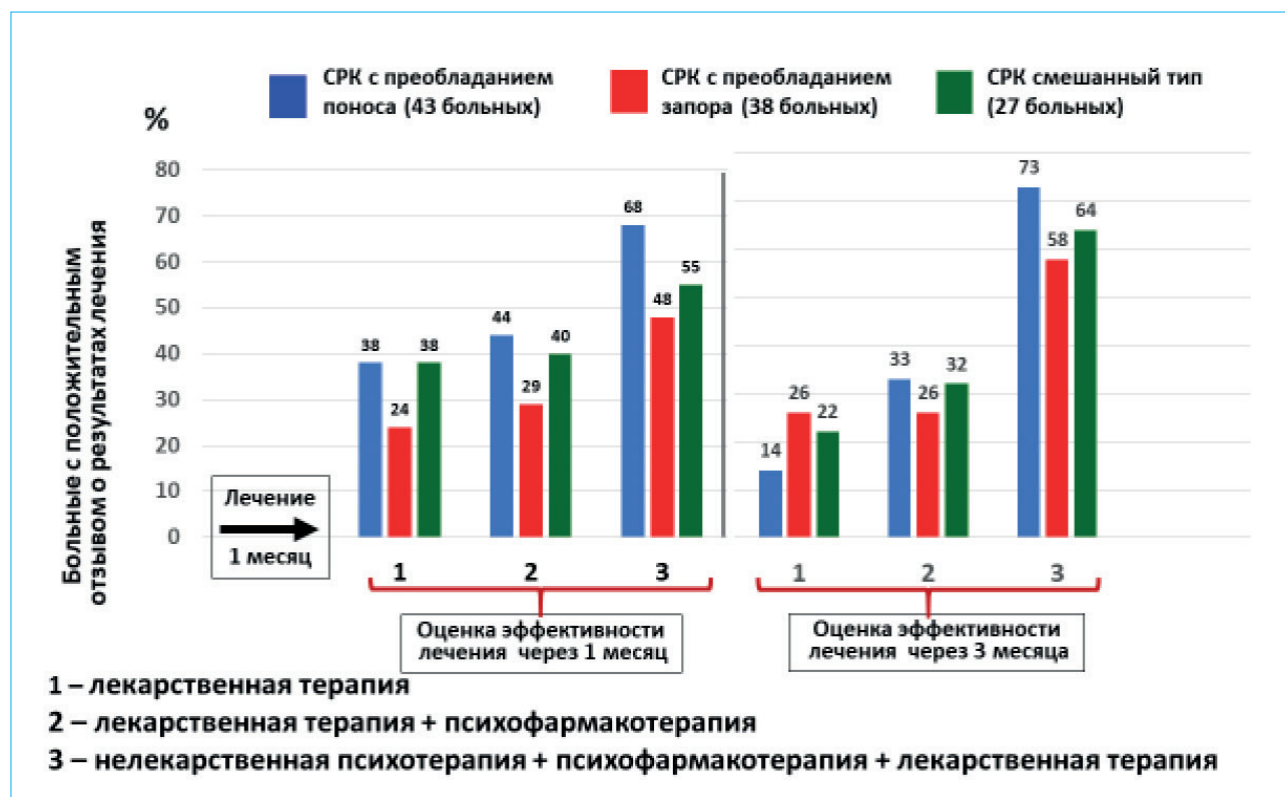


Рисунок 2. Эффективность терапии СРК средней степени (анкетирование пациентов)

Figure 2. Efficacy of treatment for moderate IBS (patient survey)

у 24 % пациентов с запорами и у 40 % больных с чередованием запоров и диарей.

Существенно отличаются в положительную сторону результаты самооценки пациентов с СРК средней степени, программа лечения которых также состояла из сочетания препаратов гастроэнтерологического профиля и психотропных лекарственных средств, но усиленных методами нелекарственной психокоррекционной терапии. Через 1 месяц после проведенного курса лечения хорошо оценили результаты терапии 68 % пациентов с диареей, 48 % больных с запорами и 55 % пациентов с сочетанной формой СРК.

Анализ клинической действенности через 3 месяца после окончания лечения у пациентов с СРК средней степени и в группе с использованием общепринятой фармакотерапии, рекомендованной клиническими рекомендациями Российской гастроэнтерологической ассоциации, и в группе пациентов с сочетанием препаратов гастроэнтерологического профиля с психотропными лекарственными средствами, обозначенных в том же документе, показал следующее: положительно во всех обследованных группах оценили результаты своего лечения не более 32–33 % пациентов [1].

Расширенный комплекс лечебных средств — «фармакотерапия + психотропные препараты + нелекарственная психокоррекционная терапия» через 3 месяца со дня окончания лечения оказался наиболее эффективным, и положительную оценку лечению дали 73 % больных с диареей, 58 % пациентов с запорами и 64 % с чередованием диарей и запоров.

С точки зрения принципов индивидуализации лечения пациентов с СРК и персонализированного назначения лечебных методов лекарственной и нелекарственной психотерапии, являющейся, согласно материалам нашего исследования, важнейшим стратегическим фактором лечения, существенно повышающим эффективность всего процесса лечения пациентов, важно отметить следующее. При лечении пациентов с СРК одна фармакотерапия или даже комбинация лекарственных средств, без использования методов и средств психотерапии, не обеспечивает надежного и длительного терапевтического действия. Однако в причинах неудовлетворенности пациентов результатами лечения и неудовлетворенности врачей результатами своей работы с пациентами СРК доминируют две проблемы сегодняшнего времени. Первая из них относится к категории профессионализма самих врачей, работающих с пациентами с СРК, и заключается в отсутствии у них знаний и навыков применения психотропных средств при лечении пациентов данной категории. Вторая проблема касается не только так называемой «периферийной медицины», но и медицины крупных городов. Это отсутствие реализации потребности в консультативной помощи пациентам с СРК медицинскими психологами и/или психотерапевтами.

Что можно сделать, чтобы пациенты с СРК были удовлетворены, видя положительный эффект

от проводимого лечения, и врачи эмоционально не выгорали, видя во многих случаях недостаточную результативность своей работы с пациентами с СРК? Если практически невозможно увеличить число дипломированных психотерапевтов и медицинских психологов в лечебно-профилактических учреждениях и, тем более, обеспечить соответствующими ставками этих специалистов периферийные медицинские учреждения, то необходимо найти другой путь. Мы видим в этих условиях лишь один выход — формирование базового (начального, элементарного) психотерапевтического образования клиницистов, оказывающих лечебно-диагностическую помощь пациентам с СРК. В этой связи для реализации обозначенной проблемы на кафедре гастроэнтерологии и гепатологии Санкт-Петербургского государственного университета начата подготовка к проведению учебных циклов «Психодиагностика и психотерапия в работе терапевта и гастроэнтеролога».

Многие клиницисты выступают против так называемого непрофильного обременения знаниями терапевтов, гастроэнтерологов, включения в их обязанности хотя бы элементов психодиагностики и психокоррекции при работе с психосоматической патологией. Действительно, прием первичного больного гастроэнтеролог должен осуществить за 30 минут, повторного — за 20 минут. Есть ли возможность у врача проводить дополнительные диагностические и тем более лечебные процедуры?

Закключение

На сегодня разработан и предложен для применения в терапевтической клинике ряд методов минимальной экспресс-психодиагностики, доступной гастроэнтерологу в повседневной работе. Так, например, госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) позволяет не более чем за 2–3 минуты диагностировать и определить степень депрессии и тревоги, вплоть до субклинических проявлений выявленных синдромов [5–7]. Еще один пример — тест «Субъективная шкала оценки астении» (Multidimensional Fatigue Inventory, MFI-20) в течение короткого времени (не более 10 минут) обеспечивает диагностику астении, в том числе постковидную астению у больных СРК [8]. В качестве дополнительной аргументации мнения авторов о доступности некоторых методов психодиагностики терапевту и гастроэнтерологу в его работе с пациентами СРК может служить опросник диагностики агрессии Басса — Перри (Buss — Perry Aggression Questionnaire, BPAQ), разработанный в 1992 г., за 6 минут обеспечивающий клинициста убедительной оценкой психологического статуса пациента [9]. Оперативно полученные данные о психологических триггерах СРК помогают врачу-терапевту и гастроэнтерологу либо самому проводить психоориентированную лекарственную терапию, либо мотивировать пациента на включение в лечебный процесс психотерапевта или психолога.

Литература / References

1. *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 России). *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 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. *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology*. 2021;31(5):74–95. (In Russ.)]. DOI: 10.22416/1382-4376-2021-31-5-74-95
2. *Larson E., Sharma J., Bohrenc M.A., Tunçalp Ö.* When the patient is the expert: measuring patient experience and satisfaction with care. *Bull World Health Organ*. 2019;97(8):563–9. DOI: 10.2471/BLT.18.225201
3. *How to recognize and evaluate pain*. 2022. URL: <https://www.verywellhealth.com/pain-assessment-1131968>
4. *Lacy B.E., Mearin F., Chang L., Chey W.D., Lembo A.J., Simren M., et al.* Bowel disorders. *Gastroenterology*. 2016;150(6):1393–1407.E5. DOI: 10.1053/j.gastro.2016.02.031
5. *Андрющенко А.В., Дробизhev М.Ю., Добровольский А.В.* Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS(d) в диагностике депрессий в общемедицинской практике. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2003;103(3):11–8. [Andryushchenko A.V., Drobizhev M.Yu., Dobrovolsky A.V. Comparative evaluation of CES-D, BDI and HADS(d) scales in the diagnosis of depression in general medical practice. *Zhurnal Nevrologii i Psikhiiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2003;103(3):11–8. (In Russ.)].
6. *Higashi A., Yashiro H., Kiyota K., Inokuchi H., Hata H., Fujita K., et al.* Validation of the hospital anxiety and depression scale in a gastro-intestinal clinic. *Nihon Shokakibyo Gakkai Zasshi*. 1996;93(12):884–92.
7. *Zigmond A.S., Snaith R.P.* The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361–70. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x
8. *Smets E.M., Garssen B., Bonke B., De Haes J.C.* The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. *J Psychosom Res*. 1995;39(3):315–25. DOI: 10.1016/0022-3999(94)00125-0
9. *Buss A.H., Durkee A.* An inventory for assessing different kinds of hostility. *J Consult Psychol*. 1957;21(4):343–9. DOI: 10.1037/h0046900

Сведения об авторах

Барановский Андрей Юрьевич — доктор медицинских наук, профессор, руководитель научно-клинического и образовательного центра гастроэнтерологии и гепатологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»; главный внештатный гастроэнтеролог Северо-Западного федерального округа РФ.

Контактная информация: baranovsky46@mail.ru;
199106, г. Санкт-Петербург, 21-я линия, 8.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9134-931X>

Решетова Татьяна Владимировна — доктор медицинских наук, профессор научно-клинического и образовательного центра гастроэнтерологии и гепатологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет».

Контактная информация: reshetova_t@mail.ru;
199106, г. Санкт-Петербург, 21-я линия, 8.
ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-2460-074X>

Сакеян Инга Суреновна* — ассистент научно-клинического и образовательного центра гастроэнтерологии и гепатологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет».

Контактная информация: smart.ina@mail.ru;
199106, г. Санкт-Петербург, 21-я линия, 8.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1070-7697>

Information about the authors

Andrey Yu. Baranovsky — Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Scientific, Clinical and Educational Center of Gastroenterology and Hepatology, Saint Petersburg State University, Chief freelance gastroenterologist of the North-Western Federal District of the Russian Federation.

Contact information: baranovsky46@mail.ru;
199106, St. Petersburg, 21st Line, 8.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9134-931X>

Tatiana V. Reshetova — Dr. Sci. (Med.), Professor of the Scientific, Clinical and Educational Center of Gastroenterology and Hepatology, Saint Petersburg State University.

Contact information: reshetova_t@mail.ru;
199106, St. Petersburg, 21st Line, 8.
ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-2460-074X>

Inga S. Sakeyan* — Assistant of the Scientific, Clinical and Educational Center of Gastroenterology and Hepatology, Saint Petersburg State University.

Contact information: smart.ina@mail.ru;
199106, St. Petersburg, 21st Line, 8.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1070-7697>

Поступила: 18.05.2023 Принята: 17.07.2023 Опубликовано: 29.12.2023
Submitted: 18.05.2023 Accepted: 17.07.2023 Published: 29.12.2023

* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author