

## ТРЕВОЖНЫЕ-ФОБИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ

Гафурова С.Ш.<sup>1</sup> Юсупхаджаева С.Т.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ассистент кафедры неврологии с медицинской психологией и психотерапией Ташкентской медицинской академии, Ташкент, Узбекистан.

<sup>2</sup>Ассистент кафедры неврологии с медицинской психологией и психотерапией Ташкентской медицинской академии, Ташкент, Узбекистан.

<https://doi.org/>

**Аннотация:** В данной статье представлена информация о выявлении и анализе тревожно-фобических расстройств, наблюдаемых при синдроме раздраженного кишечника, об эффективности оказания психотерапевтической и психофармакотерапевтической помощи при них. Отмечена важность психотерапевтической помощи при синдроме раздраженного кишечника и достигаемость желаемого результата в краткосрочной перспективе.

**Ключевые слова:** синдром пораженного кишечника, тревожно-фобические расстройства, психотерапия, психофармакотерапия, шкала Спилбергера-Ханина.

**Актуальность:** По статистическим данным 10–16% населения болеют СРК. Этот синдром чаще встречается у людей в возрасте от 20 до 40 лет. Среди женщин его распространенность превалирует в два раза. Также увеличивается заболеваемость в детском и подростковом возрасте. По данным специалистов, почти половина пациентов с диагнозом СРК не обращаются к врачу [1].

Основная причина возникновения СРК – это, постоянные психоэмоциональные стрессы. По этой причине данный синдром входит в состав психосоматических расстройств. Постоянные психоэмоциональные перенапряжения, меланхолия и формирование личности по невротическому типу служит толчком для развития настоящего заболевания. Люди, которые мысленно сосредоточены на деятельности желудочно-кишечного тракта (например, гастрофобия, канцерофобия), также, более склонны к развитию СРК. Если они съедят любую подозрительную пищу, у них сразу же разовьется кишечная дисфункция. Такие пациенты не переносят газированные и сладкие напитки, не могут переваривать жирную пищу, у них болит живот при употреблении алкоголя, возникают спазмы в животе по ночам и часто ходят в туалет.



Синдром раздраженного кишечника - это функциональное заболевание, в патогенезе которого не участвует морфологический субстрат [7]. При СРК широко используются такие психотерапевтические методы, как когнитивно-бихевиоральная терапия, психоанализ и гипноз [5].

На основании вышеизложенного, мы сочли актуальным усовершенствовать принципы медико-психологической помощи при синдроме раздраженного кишечника. Наиболее распространены такие психоэмоциональные расстройства, как тревожно-фобический, ипохондрический, депрессивный, истерический синдромы [2].

Пациенты с синдромом раздраженного кишечника обращаются к врачу в среднем 3 раза в год. 19% пациентов обращаются к врачу 5 и более раз в год. Однако не все пациенты находятся на приеме у врача, и около 2/3 из них лечатся в домашних условиях [3].

**Цель:** Тревожно-фобические расстройства при синдроме раздраженного кишечника и эффективность психотерапии и психофармакотерапии при них.

### Материалы и методы:

Исследование проводилось в 2020 году в отделении гастроэнтерологии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. Проанализированы пациенты с диагнозом синдрома раздраженного кишечника. Обследовано всего 44 пациента. Средний возраст пациентов составил  $31 \pm 4,5$  года. Было 20 мужчин и 24 женщины. Пациенты были исследованы в двух группах:

1. Первая группа - 20 пациентов получили стандартное базовое медикаментозное лечение, которое применяется только при СРК.
2. Вторая группа - 22 пациента, которые дополнительно к стандартному лечению прошли курс психотерапии.

### Схема №1.

#### Анализ пациентов по группам.





Пациенты проходили клинико-психологическое обследование на 1-3 и 27-30 дни после поступления в клинику. В целях диагностической верификации были выполнены следующие обследования: помимо терапевтических обследований, была использована медико-психологический анкета Ибодуллаева З.Р. (2008г.), а также опросник Спилбергера-Ханина для выявления тревожно-фобических расстройств. Тест Спилбергера-Ханина состоял из 40 вопросов и был разделен на две части: 20 вопросов, направленных на выявление реактивной тревожности, и 20 вопросов на выявление личной тревожности. Структура анкеты состоит из двух разных бланков, а результаты оценивались по баллам. Опросник можно проводить индивидуально или в группах. Пациенты сначала отметили бланк для обнаружения реактивной тревоги (РТ), а затем бланк для определения личной тревожности (ЛТ). РТ указывает на субъективный дискомфорт, беспокойство, напряжение и вегетативное возбуждение пациента в проблемных ситуациях. Каждый фактор, влияющий на высокий индекс ЛТ, отражает субъективно сильную тревогу пациента. Очень высокие уровни ЛТ указывают на невротические конфликты, психические и аффективные всплески и психосоматические заболевания.

В качестве психокоррекционных методик использовались психологическая беседа, когнитивная терапия и аутотренинг. Продолжительность каждой беседы составила в среднем 45-60 минут, один раз в 3-4 дня в течение 30 дней. Общее количество проведенных бесед составило 6-8 раз в зависимости от состояния пациента. Две беседы проводились стационарно, остальные - амбулаторно.

В качестве психофармакокоррекции обе группы пациентов получали Фабоматизол по 1 таблетке 3 раза в день в течение 30 дней. В качестве метода психотерапии выбрана когнитивно-поведенческая психотерапия. Психотерапия применялась на 3-7 курсах. Пациенты обеих групп обследовались динамически каждые 10 дней в течение 1 месяца.

**Результаты исследования:** При изучении уровня тревожности у пациентов основной и контрольной групп по опроснику Спилбергера-Ханина получились следующие показатели: у 23 пациентов реактивная тревожность составила 27-32 балла ( $29,5 \pm 1,2$ ) - легкая степень, у 14 пациентов - 34-43 балла ( $39 \pm 2,3$ ) - средняя степень тяжести, у 7 пациентов - 45-52 балла ( $48,5 \pm 2,1$ ) - высокой тревожность. Личная тревожность у 15 пациентов составила - 28-31 балл ( $29,5 \pm 1,2$ ) - легкая

степень, у 16 пациентов – 34-45 баллов ( $39,3 \pm 2,9$  балла) - средняя степень тяжести, у 13 пациентов – 60-69 баллов ( $64,5 \pm 2,6$  балла) - высокой тревожность. ( $P < 0,05$ )

**Таблица №1.**

**Показатели тревожности у больных до лечения.**

Показатель	Легкая степень	Легкая степень	Средняя степень тяжести	Средняя степень тяжести	Тяжелая степень	Тяжелая степень
	Количество пациентов	Показатель	Количество пациентов	Показатель	Количество пациентов	Показатель
<b>Реактивная тревожность</b>	23	$29.5 \pm 1.2$	14	$39 \pm 2.3$	7	$48.5 \pm 2.1$
<b>Личностная тревожность</b>	15	$29.5 \pm 1.2$	16	$39.5 \pm 2.9$	13	$64.5 \pm 2.6$

Пациенты были повторно обследованы в амбулаторных условиях после прохождения полного курса лечения в течение 1 месяца.

В 1-ой группе пациентов проведенный тест Спилбергера-Ханина выявил небольшое снижение реактивной тревожности за счет использования базисной терапии при лечении синдрома раздраженного кишечника, но показатели личностной тревожности практически не изменились, что говорит о том, что пациент проявлял внутреннюю, личностную тревожность, и данные показатели не коррелируют с проведенной базисной терапией.

А у пациентов 2-ой группы обнаружено значительное снижение реактивной тревожности за счет применения психотерапии и психофармакотерапии. У нескольких пациентов показатели были совершенно низкими. Поскольку личностную тревожность трудно корректировать, целесообразно более длительное проведение коррекции пациентам с высоким уровнем тревожности. Большинство пациентов с высоким уровнем ЛТ составляли женщины. Это связано с конституциональными особенностями и особенностями строения нервной системы, социальной жизнью и гормональным статусом женщины.

При исследовании тревожности, чувства страха и опасения с помощью опросника Спилбергера-Ханина были выявлены следующие результаты: Реактивная тревожность в 1-ой группе была у 8 из 20 пациентов в легкой степени – 28–31 ( $29,5 \pm 1,7$ ), у 6 пациентов была умеренной – 33–42 ( $37,5 \pm 2,3$ ) балла, а у 4-х больных составила 45-52 балла ( $48,5 \pm 2,1$ ), что означает высокий уровень реактивной тревожности. Личностная тревожность



составила 28-31 ( $29,5 \pm 1,2$ ) балла у 10 пациентов (легкая степень), 32-43 ( $38,5 \pm 2,5$ ) балла у 7 пациентов (средняя степень тяжести) и 58-64 ( $61 \pm 2,1$ ) балла у 5 пациентов (высокий уровень тревожности).

Во 2-ой группе получены следующие данные: реактивной тревожности нет у 3 из 22 пациентов, у 9 пациентов она составила 25-29 ( $27 \pm 1,2$ ) баллов – легкая степень тревожности, у 7 пациентов – 31-41 ( $36 \pm 2,3$ ) балла – средняя степень тревожности, у 3 пациентов – 45-52 ( $48,5 \pm 2,1$ ) балла) – тяжелая степень тревожности. Личная тревожность составила 26-30 ( $28 \pm 1,2$ ) баллов у 7 пациентов (легкая степень) и 33-41 ( $37 \pm 2,6$ ) балла у 13 пациентов (высокая степень тревожности).

**Выводы.** В заключение следует отметить, что коррекция тревожности, наблюдаемой у пациентов с синдромом раздраженного кишечника, облегчает течение заболевания и продлевает продолжительность ремиссий. Использование психотерапии и транквилизаторов одновременно с базисным лечением даёт возможность снизить риск развития рецидивов и повторных случаев болезни, восстановить трудоспособность, и даже ускорить выздоровление от болезни и повысить приверженность к базисному лечению.

Опираясь на эти результаты, рекомендуется использование психотерапии и психофармакотерапии в дополнение к базисному лечению пациентов с синдромом раздраженного кишечника.

### Использованная литература:

1. Tibbiyot psixologiyasi Ibodullaev Z.R. (2019)
2. Chang F., Lu C., Chen T. The Current Prevalence of Irritable Bowel Syndrome in Asia // J. Neurogastroenterol. Motil. 2017. Vol. 16, № 4. P. 389-400.
3. Психосоматические расстройства в практике терапевта: рук-во для врачей / под ред. В. И. Симаненкова. СПб.: СпецЛит, 2016. 335 с.
4. Ривкин В. Л., Капуллер Л. Л., Белоусова Е. А. Коло-проктология: рук-во для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 368 с.
5. Darvish-Damavandi M., Nikfar S., Abdollahi M. A systematic review of efficacy and tolerability of mebeverine in irritable bowel syndrome // World J. Gastroenterol. 2015. Vol. 1, № 5. P. 547-553.
6. Asian consensus on irritable bowel syndrome / K.A. Gwee, Y. T. Bak, U. C. Ghoshal [et al.] // J. Gastroenterol. Hepatol. 2014. Vol. 25, № 7. P. 1189-1205.
7. Association of symptoms with gastrointestinal microbiota in irritable bowel syndrome / E. Malinen, L. Krogus-Kurikka, A. Lyra [et al.] // World J. Gastroenterol. 2017. Vol. 16, №36. P. 4532-4540.

