

УДК 616.33-008.13-06:616.34-008.6

О сочетании синдрома функциональной диспепсии и синдрома раздраженного кишечника

В.Т. Ивашкин, Е.А. Полуэктова

(Кафедра пропедевтики внутренних болезней лечебного факультета
Первого Московского государственного медицинского университета им И.М. Сеченова)

Combination of functional dyspepsia syndrome and irritable bowel syndrome

V.T. Ivashkin, Ye.A. Poluektova

Цель публикации. На примере клинического наблюдения осветить особенности диагностики и подбора терапии у пациентки с сочетанным функциональным расстройством.

Основные положения. Больная М., 36 лет, обратилась в клинику с многочисленными жалобами, такими как тяжесть и боль в эпигастрии после еды, рвоту желчью, боль в правом подреберье, возникающую без видимой причины, ноющую боль в животе в дневное время без четкой локализации, усиливающуюся к вечеру, метеоризм, учащение стула до 3 раз в день (ночной диареи нет), стул неоформленный, с примесью слизи. Отмечает слабость, сонливость, головокружение, эпизоды субфебрильной температуры, сопровождающиеся ломотой в костях, частое безболезненное мочеиспускание.

Больная с 7-летнего возраста, ухудшения в самочувствии напрямую были связаны с событиями (или возможностью событий), требующими мобилизации внутренних сил – учеба в школе и институте, внутрисемейный конфликт, самостоятельная работа и т. д.

Неоднократно обследовалась. Дифференциальная диагностика проводилась между органической патологией желудочно-кишечного тракта, а именно эрозивно-язвенным поражением верхних его отделов, глютеновой энтеропатией, воспалительными заболеваниями кишечника, функциональной патологией. Проводимое лечение приносило кратковременный и неполный эффект.

При поступлении в клинику в ходе объективного обследования существенных отклонений от нормы не выявлено за исключением повышенной кожной чувствительности при пальпации всех отделов живота. На основании жалоб, данных анамнеза и проведенного

The aim of publication. To demonstrate features of diagnostics and adjustment of treatment in the patient with combined functional disorder, by the example of clinical case.

Original positions. Patient M., 36 years old, female, has referred to the clinic with multiple complaints, such as postprandial feeling of heaviness and epigastric pain, bile vomiting, pain in the right hypochondrium, developing without any obvious cause, poorly localized aching abdominal pain in the afternoon, intensified at the evening time, meteorism, frequent bowel movements, up to 3 times per day (night-time diarrhea was absent), loose stool with admixture of mucus. Patient complained of weakness, drowsiness, dizziness, attacks of subfebrile fever, accompanied by bone aching, frequent painless micturition.

Patient felt sick for the first at the age of 7, deteriorations in state of health were directly related to events (or risk of events), requiring mobilization of inner forces – study at school and institute, intrafamily conflicts, individual activity, etc.

Patient was investigated repeatedly. Differential diagnostics was carried out between organic disease of gastro-intestinal tract, i.e. gastroduodenal erosions or ulcers, celiac disease, inflammatory bowel diseases, functional disorders. Treatment, that was carried out brought incomplete and inconsistent effect.

At admission during physical examination no significant deviations from normal values were revealed except for increased skin sensitivity at palpation of all regions of abdomen. On the basis of complaints, data of past history and physical examination the diagnosis: functional dyspepsia syndrome and irritable bowel syndrome with diarrhea was established. Treatment by trime-dat, that

Полуэктова Елена Александровна – кандидат медицинских наук, врач-терапевт отделения общей терапии клиники пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им В.Х. Василенко УКБ № 2 ПМГМУ им И.М. Сеченова. Контактная информация для переписки: polouektova@rambler.ru

обследования поставлен диагноз: синдром функциональной диспепсии, синдром раздраженного кишечника с диареей. Назначено лечение тримедатом – препаратом, изменяющим нервную реактивность на уровне кишечной стенки и синапсов спинного мозга.

На фоне терапии удалось добиться значительного улучшения в самочувствии. Однако в целом прогноз у пациентки неблагоприятный. Назначение фармакологических средств вряд ли приведет к полному излечению, поскольку наличие практически постоянных жалоб имеет для больной «вторичную психологическую выгоду».

Заключение. Фактором, определяющим относительно низкую эффективность фармакотерапии при сочетанных функциональных расстройствах, могут служить личностные особенности больного, определяющие отношения с обществом, и формирование симптомов заболевания как адаптивного механизма, защищающего от необходимости быть социально активным.

Ключевые слова: функциональное расстройство, синдром раздраженного кишечника, синдром функциональной диспепсии.

Функциональные расстройства *желудочно-кишечного тракта* (ЖКТ) сложно диагностировать и еще сложнее лечить. Данное утверждение справедливо для каждого отдельно взятого случая. Вместе с тем в клинике часто встречается сочетание синдромов, например синдром функциональной диспепсии и синдром раздраженного кишечника, функциональное пищеводное расстройство в виде функциональной дисфагии и функциональное расстройство желчного пузыря в виде его дисфункции. Такие комбинации во много раз усложняют процесс диагностического поиска и в большей степени подходы к лечению.

Мы представляем случай комбинированного функционального расстройства у женщины 36 лет.

Пациентка М. обратилась в нашу клинику с многочисленными симптомами, которые можно было сгруппировать, *во-первых*, как жалобы, относящиеся к верхним отделам ЖКТ, такие как тяжесть и боль в эпигастрии после еды («как будто на груди лежит могильный камень»), рвоту желчью, возникающую в ситуациях, когда перерыв между приемами пищи составляет более 6 ч, боль в правом подреберье («как будто обруч скручивают»), возникающую без видимой причины 3–4 раза в год; *во-вторых*, жалобы, относящиеся к нижним отделам ЖКТ, – ноющую боль в животе без четкой локализации в дневные часы, усиливающуюся к вечеру, метеоризм, усиливающийся во время еды, учащение стула до 3 раз в день (без ночной диареи), неоформленный стул с примесью слизи. Если перерыв между приемами пищи составляет более 6 ч, появляется императивный позыв на дефекацию, при этом выделяется небольшое количество каловых масс со слизью и газами. Периодически возникает неконтролируемое выде-

ление содержимого из прямой кишки, что обычно связано с «экспертными» или неприятными для пациентки ситуациями: например, когда останавливает инспектор ГИБДД, подвергается критике выполненная работа и др.

Беспокоили пациентку также жалобы, неспецифические для какого-либо конкретного заболевания – слабость, сонливость (не может встать с постели раньше 12–13 ч дня), головокружение, эпизоды субфебрильной температуры длительно до месяца, сопровождающиеся ломотой в костях, частое безболезненное мочеиспускание

Таким образом, анализируя жалобы, мы приходим к выводу, что пациентка серьезно больна: после пробуждения она испытывает слабость и головокружение; в том случае, когда пытается позавтракать, к жалобам добавляются боль в эпигастрии и метеоризм; если она решит остаться без завтрака – появляются рвота желчью и позыв на дефекацию; если в течение дня возможна даже незначительная неприятная ситуация, возникает инконтиненция – неконтролируемое отхождение газов и содержимого из прямой кишки. То есть больная ограничена, *во-первых*, в выполнении своих естественных потребностей и приеме пищи, а *во-вторых*, в общественном устройстве своей жизни, так как вынуждена значительно сокращать межличностные контакты, чтобы не спровоцировать неконтролируемое отхождение газов и кишечного содержимого.

Какова же история заболевания в рассматриваемом наблюдении?

Из анамнеза известно, что больная родилась в творческой семье. Отец – сценарист, мать – актриса, рано оставившая профессию и посвятившая себя ведению домашнего хозяйства. В семье на

протяжении 15 лет не было детей. Беременности заканчивались выкидышами на ранних сроках, один ребенок умер в возрасте нескольких дней. Наша пациентка родилась глубоко недоношенной, на 32-й неделе беременности. Сразу после рождения была помещена в реанимационное отделение, в дальнейшем провела в педиатрической клинике около 3 мес, балансируя, со слов матери, «между жизнью и смертью». Между тем к трем годам по степени умственного и физического развития девочка практически не отличалась от сверстников. Мать полностью посвятила себя воспитанию долгожданной дочери, считала ее крайне талантливым ребенком и всем своим знакомым рассказывала о том, что ее дочь гениальна, но слабое здоровье мешает ей реализовывать природные данные. Однако, как отмечает наша больная, она не припоминает, чтобы в дошкольном возрасте часто и тяжело болела.

Когда в 7 лет пришло время идти в школу, она оказалась самой высокой и крупной девочкой в классе. Однако мать в присутствии дочери продолжала говорить о том, что девочка очень одаренная, но крайне болезненная. Успеваемость школьницы с самых первых дней оставляла желать лучшего. Родители обвиняли в этом учителей, которые «не нашли подхода», ссылались на слабое здоровье дочери, не позволявшее ей учиться в полную силу. И действительно, утром того дня, когда должна была бы состояться контрольная работа или предстоял ответ у доски, у девочки часто возникали рвота или понос, или начинал болеть живот, или повышалась температура и она оставалась дома.

По рекомендации знакомого педиатра, начиная с первого класса, наша пациентка обучалась по облегченной программе — ей выделялся дополнительный свободный день. В дальнейшем училась средне — по гуманитарным предметам получала «хорошо» и «отлично», по точным наукам — «удовлетворительно». Часто болела. Ухудшение в самочувствии по-прежнему чаще всего было связано с контрольными работами, сочинениями и ожидаемыми вызовами к доске для устного ответа. Наблюдалась у гастроэнтеролога с «дежурными» диагнозами «хронический гастрит», «дискинезия желчевыводящих путей». Получала желчегонные препараты, ферменты, пробиотики с неустойчивым эффектом. В выпускном классе во время подготовки к первому экзамену (сочинению) у больной, несмотря на прием ферментных препаратов и спазмолитиков, стали возникать резкая слабость, головокружение, тошнота и рвота по утрам, боль в животе, неустойчивый стул, в связи с чем по настоятельной просьбе матери знакомый врач выписала справку, освобождающую девочку от сдачи выпускных экзаменов. Тем не менее после получения аттестата она, успешно сдав экзамены, поступила в Литературный институт.

Уже на первом году учебы боль в животе, учащенный до 3–4 раз в сутки неоформлен-

ный стул и субфебрилитет стали практически постоянными, хотя лечение симптоматическими препаратами проводилось практически постоянно. В связи с данными симптомами пациентка была госпитализирована в стационар гастроэнтерологического профиля для уточнения диагноза. Дифференциальная диагностика проводилась между органической патологией ЖКТ, а именно эрозивно-язвенным поражением верхних его отделов, глютенной энтеропатией и воспалительными заболеваниями кишечника. Больной были выполнены *эзофагогастродуоденоскопия* (ЭГДС) с биопсией из двенадцатиперстной кишки, колоноскопия с осмотром подвздошной кишки. Органической патологии обнаружено не было. Пациентка выписалась из стационара с диагнозом: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: катаральный эзофагит, недостаточность кардии, хронический гастродуоденит в стадии обострения, хронический геморрой вне обострения, вегетативная дистония с пароксизмальными проявлениями. Проводилось лечение прокинетики, обволакивающими, седативными препаратами и ферментами без существенного эффекта.

Одним из положительных моментов данной госпитализации была ее длительность, позволившая пациентке оформить годичный академический отпуск уже на первом году обучения. В этот период она в основном находилась дома, не работала, чувствовала себя хорошо, поэтому никаких попыток к продолжению обследования и лечения не предпринимала, хотя соблюдала жесткую диету с ограничением острого, соленого и жареного и принимала ферментные препараты в режиме «по требованию». Во время учебы на втором курсе у больной на протяжении учебного года (1992/93) на фоне постоянной умеренно выраженной боли в животе, неустойчивого стула и слабости трижды возникали эпизоды острой боли в околопупочной области, в связи с чем бригадой скорой медицинской помощи она доставлялась в хирургический стационар, при этом два раза ее отпускали, исключив острую хирургическую патологию, а на третий раз состояние расценено как желчная колика и выполнена холецистэктомия. В удаленном желчном пузыре конкрементов не оказалось. Но сама больная была крайне напугана столь неожиданно проведенным оперативным вмешательством. В последующие три года, несмотря на продолжающиеся жалобы на боль в животе и неустойчивый стул, продолжала учиться, принимать спазмолитики, ферменты и к врачам не обращалась.

После окончания института (1996 г.) удачно вышла замуж. Ее муж, спортсмен, относился к слабому здоровью жены с пониманием. Пациентка не работала, за время замужества, которое продолжалось четыре года, диету не соблюдала, поправилась на 20 кг, чувствовала себя хорошо. На четвертом году семейной жизни супруг стал

говорить о том, что в семье должны быть дети. Однако жена категорически отказывалась от перспективы стать матерью, ссылаясь на слабое здоровье. В конечном итоге несходство взглядов по данному вопросу привело в 2000 г. к полному разрыву отношений.

После развода больная вынуждена была устроиться на работу в издательство одной из газет. С началом ежедневной работы самочувствие ухудшилось. Вновь появились субфебрилитет, ощущение общего недомогания, кома в горле, затруднение глотания, тошнота по утрам, боль в животе, неустойчивый стул, кроме того, возникли новые симптомы — сухость, ощущение инородного тела и жжения в глазах, практически постоянная сухость во рту, сухость и шелушение кожных покровов, стали выпадать волосы. Пациентка вновь была обследована в стационаре гастроэнтерологического профиля. При проведении общего анализа крови обращало внимание увеличение СОЭ до 25 мм/ч, некоторое снижение количества лейкоцитов, в иммунологическом анализе отмечалось умеренное увеличение количества IgG и наличие ревматоидного фактора. При выполнении УЗИ органов брюшной полости, ЭГДС, колоноскопии с осмотром подвздошной кишки патологии не выявлено.

С учетом названных жалоб, объективных данных, изменений в лабораторных анализах у больной заподозрен синдром Шегрена и она была направлена на консультацию в Институт ревматологии. После проведения специфических методов обследования (тест Ширмера, сиалография) диагноз синдрома Шегрена был отвергнут. Данных за какое-либо аутоиммунное заболевание также не получено. Впервые в жизни пациентки предъявляемые ею жалобы были расценены врачом как связанные с ее эмоциональной сферой и рекомендована консультация психиатра. Заключение психиатра нам неизвестно, но в результате консультации был назначен amitриптилин — 50 мг на ночь с постепенным увеличением дозы до 50 мг 3 раза в день. Неожиданно для самой больной препарат оказал положительное действие в виде облегчения гастроэнтерологических симптомов и исчезновения субфебрилитета. Однако через две недели лечения появилась желтушность кожных покровов, повысился уровень трансаминаз в 5 раз, поэтому пациентка без необходимости на то рекомендации перестала принимать amitриптилин и к назначившему его врачу больше не обращалась. Возможно, выявленные изменения были проявлениями лекарственного гепатита, разрешившегося самостоятельно после отмены препарата. Документального подтверждения этим изменениям нет.

С работы из-за растянувшегося по времени обследования пришлось уволиться. Пациентка перешла на иждивение родителей. Работала внештатным корреспондентом, что позволяло самой дозировать рабочую нагрузку. К жалобам на сла-

бость, тошноту по утрам, боль в животе, неустойчивый стул присоединилась практически постоянная боль в правом подреберье, которую больная связывала с тем, что прием amitриптилина нанес непоправимый вред печени. Следующие полтора года она посвятила ее тщательному исследованию: неоднократно выполнялись общий, биохимический и иммунологический анализы крови, УЗИ, данные которых оказывались без изменений, однократно была выполнена сцинтиграфия печени. В результате сделано следующее заключение: функциональная активность гепатоцитов не нарушена, дискинезия холедоха по гипермоторному типу. Специального лечения не предлагалось в связи с отсутствием какого-либо субстрата заболелания.

В конечном итоге пациентка перестала искать медицинской помощи, боли в правом подреберье прошли самостоятельно и она сосредоточилась на написании литературного труда. Немалую роль в принятии такого решения сыграло то, что однокурсница и бывшая подруга обрела к тому времени популярность как автор произведений детективного жанра. Следующие два года больная полностью посвятила созданию романа, который должен был по ее замыслу стать бестселлером, но, к сожалению, не смогла его завершить, поскольку снова напомнили о себе проблемы со здоровьем, что послужило поводом для прекращения литературной деятельности. Вновь усилилась боль в животе, стал более неустойчивым стул, нарушился ночной сон (не могла заснуть до 4–5 часов утра), и пациентка вынуждена была обратиться за консультацией к неврологу, который поставил диагноз: соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы у акцентуированной личности. Рекомендованы соблюдение режима сна и бодрствования, прием имована на ночь, консультация психиатра. От приема имована пациентка отказалась, опасаясь развития лекарственного гепатита. Рекомендацией обратиться к психиатру также не воспользовалась.

Таким образом, больная оставила попытки нормализовать сон и снова переключилась на решение «кишечных проблем», в связи с чем обратилась к гастроэнтерологу. В ходе проведенной колоноскопии во всех отделах толстой и в терминальном отделе подвздошной кишки патологических изменений не выявлено. При микроскопическом исследовании фрагментов сигмовидной и ободочной кишки — неизменная слизистая оболочка толстой кишки. Больной был поставлен диагноз «синдром раздраженного кишечника», рекомендован прием ферментных препаратов, спазмолитиков. Назначенный курс лечения не привел к значимому улучшению в самочувствии и в 2008 г. больная обратилась за консультацией в нашу клинику.

При тщательном анализе истории заболевания нам удалось выявить крайне интересную законо-

мерность. Оказывается, все ухудшения в самочувствии пациентки напрямую были связаны с событиями (или возможностью событий), требующими мобилизации внутренних сил — это учеба в школе и в институте, внутрисемейный конфликт в связи с нежеланием иметь ребенка, самостоятельная работа, попытка написания литературного произведения. И только в период замужества, находясь в ситуации, когда можно было просто жить, ничего никому не доказывая (до тех пор, пока не возникла проблема с нежеланием забеременеть), она ощущала себя комфортно и не предъявляла никаких жалоб.

В нашу клинику больная обратилась с огромным количеством жалоб: на тяжесть и боль в эпигастрии, возникающую после еды; рвоту желчью, боль в правом подреберье без видимой связи с внешними факторами, ноющую боль в животе без четкой локализации на протяжении всего дня, усиливающуюся к вечеру, метеоризм, усиливающийся во время еды, учащение стула до 3 раз в сутки (стул неоформленный, с примесью слизи, императивные позывы на дефекацию), периодически возникающее неконтролируемое выделение содержимого из прямой кишки, сонливость, головокружение, слабость, эпизоды субфебрильной температуры длительностью до месяца, сопровождающиеся ломотой в костях, частое безболезненное мочеиспускание, которые мешают работать и вести полноценную жизнь.

Однако при объективном обследовании существенных отклонений от нормы выявлено не было за исключением повышенной кожной чувствительности при пальпации всех отделов живота.

На основании жалоб, данных анамнеза и объективного обследования мы поставили больной следующий предварительный диагноз. Функциональная диспепсия: синдром боли в эпигастрии. Синдром раздраженного кишечника с диареей.

Какие основания были для постановки такого диагноза?

Во-первых, жалобы нашей пациентки соответствовали диагностическим критериям имеющихся у нее расстройств.

Для обоснования синдрома боли в эпигастрии на протяжении 3 мес в течение полугода, предшествующего постановке диагноза, должны обнаруживаться следующие симптомы: умеренно выраженная или сильная волнообразная боль (жжение) в эпигастрии не реже одного раза в неделю, не распространяющаяся на другие области живота и грудной клетки, не облегчающаяся после дефекации или отхождения газов. К дополнительным критериям указанного диагноза можно отнести отсутствие загрудинной боли, возможную связь боли с приемом пищи, сопутствующее ощущение тяжести в эпигастрии после еды и чувство раннего насыщения.

Для обоснования диагноза синдрома раздраженного кишечника с диареей необходимо соот-

ветствие жалоб следующим критериям: боль (дискомфорт) в животе, возникающая не реже 3 раз в месяц на протяжении полугода, предшествующего постановке диагноза, облегчающаяся после дефекации, начало которой связано с изменением частоты и формы стула — более чем в 25% всех дефекаций должен быть жидкий или водянистый стул и менее чем в 25% — твердый или фрагментированный [5].

Такие симптомы, как сонливость, головокружение, слабость, эпизоды субфебрильной температуры, частое безболезненное мочеиспускание могут быть отнесены к внекишечным проявлениям функциональных расстройств. Правомочность такого предположения уже подтверждена проведенными ранее как зарубежными, так и нашими собственными исследованиями [1, 6].

Во-вторых, болезнь у наблюдаемой пациентки течет длительно и волнообразно, не отмечается прогрессирующего ухудшения в самочувствии. *В-третьих*, не обнаруживается каких-либо изменений в статусе больной при объективном обследовании. *В-четвертых*, согласно результатам проведенного ранее обследования, не выявлялось какой-либо органической патологии. Тем не менее поставленный нами диагноз оставался на данном этапе предварительным, т. е., для его подтверждения необходимо было достоверно исключить органическую патологию ЖКТ. Мы постарались обойтись в этом случае минимумом инструментальных исследований, так как на догоспитальном этапе пациентка была обследована достаточно тщательно.

В общем и биохимическом анализах крови отклонений от нормы выявлено не было. Уровень гормонов щитовидной железы также оказался в пределах нормальных значений. Для исключения глютеновой энтеропатии был определен уровень антител к эндомиозию и он не превышал нормальных показателей.

У больных целиакией поступление глютена в кишечник вызывает выработку специфических антител к его компоненту — глиадину (антиглиадиновые антитела — AGA). Затем, при прогрессировании процесса, запускается аутоиммунный механизм, в результате которого вырабатываются аутоантитела к тканевой трансглутаминазе (tTG) и, как следствие, к эндомиозию — рыхлой соединительной ткани, окружающей гладкомышечные клетки. Теоретически исследование всех специфических антител может применяться для серологической диагностики целиакии.

Открытие в 1958 г. антител к глиадину ознаменовало прорыв в понимании проблемы целиакии и особенно ее распространенности. Именно благодаря этому лабораторному тесту стало возможным выявлять случаи заболевания, протекающие со стертой клинической картиной, и проводить соответствующее лечение. К сожалению, тест, сыгравший ключевую роль в диагностике целиакии в сере-

дине прошлого века, на сегодняшний день утратил свое значение вследствие низкой чувствительности и специфичности (60 и 50% соответственно) и может применяться только тогда, когда отсутствуют другие, более точные лабораторные параметры. Большие возможности для диагностики глютеновой энтеропатии открываются при исследовании антител к тканевой трансглутаминазе (чувствительность 95%, специфичность 97,5%) и эндомизию (соответственно 93–98 и 95–99%) [4].

Анализ мочи и кала у пациентки также оказались в пределах нормы.

Для уточнения состояния желчных протоков, поджелудочной железы больной было выполнено УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена — левая доля 42/53 мм, хвостатая — 26 мм, правая — 108/110 мм, контуры ровные, паренхима средней эхогенности с подчеркнутыми портальными трактами. Воротная вена 9,8 мм. Желчный пузырь удален. В области ворот (проекция холедоха) визуализируется холедох шириной 8,5–9,6 мм с гиперэхогенным включением 3,6 мм (шовный материал внутри). В желудке натощак большое количество содержимого. Поджелудочная железа визуализируется нечетко, размер ее не увеличен (20–15–19 мм), контуры волнистые, паренхима гиперэхогенная. Селезенка не увеличена (86×39 мм), контуры ровные, паренхима однородная, селезеночная вена в воротах 4,4 мм. Почка нормальных размеров: правая 100×35 мм, левая 90×39 мм, контуры ровные, паренхима сохранена, чашечно-лоханочная система не расширена.

По данным эзофагогастродуоденоскопии: пищевод проходим, в желудке желчь, слизистая его в антральном отделе гиперемирована, угол не изменен, привратник проходим, луковица двенадцатиперстной кишки средних размеров, слизистая гиперемирована, постбульбарный отдел проходим, слизистая гиперемирована. Заключение: гастродуоденит, дуоденогастральный рефлюкс. Пилорический геликобактер не обнаружен. Данных за целиакию при морфологическом исследовании биоптата двенадцатиперстной кишки не получено.

От проведения колоноскопии было решено воздержаться, поскольку с момента последнего исследования прошло менее года.

Встал вопрос о назначении адекватного лечения. За время болезни пациентке неоднократно назначались спазмолитики, прокинетики, ферментные, антисекреторные и обволакивающие препараты, которые, к сожалению, не оказывали существенного влияния на симптомы заболевания. Какой вывод из этого следует сделать? Можно предположить, что когда-то, очень давно, причиной жалоб больной действительно были нарушения, локализованные в ЖКТ. Наличие симптомов было связано с раздражением периферических рецепторов или биологически активными веществами, или изменением кишечного кровотока,

или растяжением кишечной стенки. Если бы тогда удалось за короткий период устранить постоянное раздражающее действие на рецепторы, результатом стало бы полное выздоровление пациентки. Однако, поскольку этого не произошло и стимуляция рецепторов продолжалась длительное время, у нее вероятнее всего сформировалась гиперчувствительность первичных кишечных нейронов. При проведении иммуногистохимического исследования нам, возможно, удалось бы выявить количественное увеличение уровня фактора роста нервов, который играет важную роль в регенерации поврежденных нейрональных структур, индуцирует ветвление дендритов и рост аксонов, приводя к образованию новых и усилению существующих полисинаптических связей. Гипотетически увеличение уровня фактора роста нервов может приводить к увеличению возбудимости и площади рецептивных полей спинальных нейронов и усилению как болевых, так и неболевых сигналов из ЖКТ [7].

Таким образом, при длительно существующей избыточной информации со стороны кишечных рецепторов в регуляцию процесса включаются центральные структуры — спинномозговые ганглии, задние корешки и задний рог спинного мозга, кора головного мозга, а также эмоциональная составляющая и характерологические особенности, облегчающие возможность субъективного искажения ощущения боли.

Можно ли облегчить симптомы заболевания у данной больной? Теоретически можно медикаментозно воздействовать на каждый из вышеперечисленных механизмов или назначить средства, обладающие комбинированным действием. Целесообразно начинать лечение с препаратов периферического действия (спазмолитики, прокинетики, ферментные, антисекреторные и обволакивающие средства). Однако препараты всех этих групп уже назначались нашей пациентке ранее и не приводили к существенному улучшению, что указывает на то, что в формировании симптомов участвуют центральные механизмы и нужно применять медикаменты с более широким спектром действия, например средства, уменьшающие висцеральную гиперчувствительность на уровне стенки кишки и спинномозговых ганглиев. К этой группе относятся агонисты периферических опиоидных рецепторов и их представитель препарат тримедат, уже давно подтвердивший свою эффективность и безопасность при функциональных расстройствах [3], а также антиконвульсанты, влияющие на нервную реактивность не только на уровне спинного, но и головного мозга, или препараты, воздействующие как на периферическом уровне, так и на уровне спинного и головного мозга и оказывающие влияние на эмоциональную сферу (трициклические антидепрессанты, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина).

Коррекция когнитивных нарушений — это удел психиатров, здесь чаще всего эффективной оказывается длительная психотерапия.

Но вернемся к нашей больной. На каком этапе лечения она сейчас находится?

Пациентка получает тримедат, изменяющий нервную реактивность на уровне кишечной стенки и синапсов спинного мозга. Самочувствие ее несколько улучшилось. По крайней мере, она уже ощутила в себе силы продолжить работу над литературным произведением.

Каков прогноз? К сожалению, не столь благоприятный, как хотелось бы. Вероятнее всего, в дальнейшем понадобятся препараты, оказывающие влияние на центральную нервную систему, на физиологические процессы, определяющие эмоциональную жизнь больной. Но и назначение психофармакологических средств, оказывающих яркое системное действие, вряд ли приведет к полному излечению, поскольку наличие практически постоянных жалоб имеет персонально важное адаптивное значение: защищает нашу пациентку от необходимости работать, заботиться о близких, принимать важные решения — другими словами, несет «вторичную психологическую выгоду».

М., безусловно, относится к разряду интравертированных личностей, строящих свои отношения с окружающим обществом исходя из собственной внутренней сконструированной, идеальной с ее точки зрения, модели поведения. Из основных психологических функций, которые доминируют у того или иного типа личности, а именно мышления, интуиции, чувства или ощущений, у нашей пациентки определяющей выступает функция ощущений, которая и лежит в основе ее интравертированной идеальной модели поведения в социуме. Можно полагать, что сформированная на этих основах внутренняя установка есть установка недоверия ко всему и всем, что делает возможным отклонение в неблагоприятном направлении внутреннего комплекса ощущений. Последний представляет для пациентки внутренний измеритель психологической шкалы, охватывающей все оттенки от очень комфортного состояния до абсолютно непереносимого.

Чем же определяется так называемая жизненная зона комфорта, какими факторами — генетическими или средовыми, психологическими или

нервно-вегетативными, культурно-образовательными или семейно-племенными, религиозными или космогоническими? Перечень этих факторов можно продолжить. Вся сложность в том, что именно врач, в том числе интернист, должен отвечать на эти вопросы применительно к тем клиническим наблюдениям, которые вызывают у него внутреннее напряжение.

В данном случае мы сталкиваемся в полной мере с моделью болезненного поведения, заключающейся в стремлении получить консультацию врача по поводу любых незначительных симптомов, которые большинство людей не сочли бы достойными внимания, убеждении в наличии серьезного заболевания, даже если результаты всех проведенных исследований находятся в пределах нормы.

В своей крайней степени выраженности болезненное поведение может доходить до градаций, которые уже находятся в сфере психиатрических диагнозов, таких как соматоформное или ипохондрическое расстройство.

Соматоформное расстройство характеризуется невозможностью обнаружить соматическое заболевание в сочетании с неустанными поисками причин его возникновения и средств для лечения, принятием стиля жизни, в котором человек избегает роли здорового и вовлекает в эту «игру» всех членов семьи. Существует множество причин, по которым болезненное поведение принимает крайнюю форму выраженности, но суть их сводится к тому, что пациент не справляется с возложенными на него социальными обязательствами.

К сожалению, существует значительная проблема в лечении таких больных — им показано наблюдение у гастроэнтеролога и психиатра. Однако, согласно данным, полученным в нашей клинике, из всех больных, направленных на консультацию к психиатру, соглашается на это только 38% пациентов. Таким образом, 62% больных (в том числе и наша пациентка), которым показана консультация психиатра, отрицают наличие каких-либо психологических проблем и необходимость приема психотропных препаратов и предпочитают лечиться только у гастроэнтеролога [2], что значительно ухудшает прогноз.

Список литературы

1. Полуэктова Е.А., Шептулин А.А., Ивашкин В.Т. Частота и характер «внекишечных» жалоб у больных с синдромом раздраженного кишечника // Материалы 7-й Российской гастроэнтерологической недели // Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол. — 2001. — Т. 11, № 5 (прил. 15). — С. 57.
2. Юрманова Е.Н. Отдаленные результаты лечения и прогноз пациентов с синдромом раздраженного кишечника: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 2007.
3. Hiyama T., Yoshihara M., Matsuo K. et al. Meta-analysis of the effects of prokinetic agents in patients with functional dyspepsia // J. Gastroenterol. Hepatol. — 2007. — Vol. 22, N 3. — P. 304–310.
4. Kelly C.P. Managing Non-Responsive Celiac Disease: AGA Spring Postgraduate Course, 2010.
5. Longstreth G.F., Thompson W.G., Chey W.D. et al. // Gastroenterology. — 2006. — Vol. 130. — P. 1480–1491.
6. Maxton D.G., Morris J., Whorwell P.J. More accurate diagnosis of irritable bowel syndrome by the use of «non-colonic» symptomatology // Gut. — 1991. — N 32. — P. 784–786.
7. Woolf C.J., Salter M.W. Neuronal plasticity: increasing the gain in pain // Science. — 2000. — Vol. 288. — P. 1765–1769.