



Диагностика и лечение соматоформного расстройства с гастроэнтерологическими симптомами

Сарсенбаева А. С.¹, Малинина Е. В.¹, Митюшкин А. Е.¹, Чинарев В. А.^{1,2}, Михайлина В.-К. В.¹, Покидушева А. В.¹

¹ ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, (ул. Воровского, 64, г. Челябинск, 454092, Россия)

² ГБУЗ «Областная клиническая специализированная психоневрологическая больница № 1 (ул. Кузнецова, 2А, г. Челябинск, 454087, Россия)

Для цитирования: Сарсенбаева А. С., Малинина Е. В., Митюшкин А. Е., Чинарев В. А., Михайлина В.-К. В., Покидушева А. В. Диагностика и лечение соматоформного расстройства с гастроэнтерологическими симптомами. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2024;(8): 251–257. doi: 10.31146/1682-8658-ecg-228-8-251-257

✉ Для переписки:

Малинина

Елена Викторовна

malinina.e@rambler.ru

Сарсенбаева Айман Силкановна, д.м.н., профессор кафедры Терапии, декан Института дополнительного профессионального образования

Малинина Елена Викторовна, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой Психиатрии

Митюшкин Андрей Евгеньевич, клинический ординатор кафедры Психиатрии

Чинарев Виталий Александрович, ассистент кафедры Психиатрии, заведующий девятого мужского клинического психиатрического отделения первичного эпизода

Михайлина Виктория-Кристина Витальевна, студентка 6 курса лечебного факультета

Покидушева Анастасия Владимировна, студентка 6 курса лечебного факультета

Резюме

Соматические симптомы, под маской которых могут скрываться психические расстройства, являются проблемой для пациентов, врачей-психиатров и врачей других специальностей, которые сталкиваются с этим в первую очередь. Тревога за своё здоровье, субъективно переживаемые телесные ощущения вынуждают пациента многократно обращаться за медицинской помощью, что может усугублять дезадаптацию и наносить значительный ущерб ресурсам, вызывает дополнительный стресс, замыкая порочный круг.

Цель исследования: проанализировать клинические проявления, проблемы диагностики и лечения психопатологических расстройств на примере клинического наблюдения соматоформного расстройства у юноши с гастроэнтерологическими симптомами.

Материалы и методы: диагноз пациента соответствовал коду МКБ –10 F45.3 Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы. Были использованы клиничко-anamnestический, клиничко-психопатологический, лабораторные и инструментальные методы. Данный клинический случай демонстрирует определенные сложности диагностики и лечения соматоформных расстройств, обусловленные необходимостью исключения соматической патологии, неспецифичной и трудно дифференцируемой симптоматикой, субъективно не осознаваемой пациентом, индивидуального подбора терапии и низкой комплаентностью к ней, необходимостью психотерапевтической помощи.

Ключевые слова: диагностика, соматоформное расстройство, депрессия, ипохондрия, кишечная дисфункция

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

<https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-228-8-251-257>

Diagnosis and treatment of somatoform disorder with gastroenterological symptoms

A.S. Sarsenbaeva¹, E.V. Malinina¹, A.E. Mityushkin¹, V.A. Chinarev^{1,2}, V.C.V. Mikhailina¹, A.V. Pokidusheva¹

¹ South Ural State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, (64, Vorovskogo St., Chelyabinsk, 454092, Russia)

² Regional Clinical Specialized Psychoneurological Hospital No. 1, (2A, Kuznetsova St., Chelyabinsk, 454087, Russia)

For citation: Sarsenbaeva A. S., Malinina E. V., Mityushkin A. E., Chinarev V. A., Mikhailina V. C. V., Pokidusheva A. V. Diagnosis and treatment of somatoform disorder with gastroenterological symptoms. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2024;(8):251–257. (In Russ.) doi: 10.31146/1682-8658-ecg-228-8-251-257

✉ **Corresponding author:**

Elena V. Malinina

malinina.e@rambler.ru

Ayman S. Sarsenbaeva, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Therapy, Dean of the Institute of Further Professional Education; ORCID: 0000–0001–5922–2271

Elena V. Malinina, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Psychiatry; ORCID: 0000–0002–5811–4428, Scopus Author ID: 36700078600

Andrey E. Mityushkin, clinical resident of the Department of Psychiatry; ORCID: 0009–0001–7631–3068

Vitaly A. Chinarev, assistant of the Department of Psychiatry, head of the ninth male clinical psychiatric department of the primary episode; ORCID: 0000–0003–3471–5293

Victoria-Christina V. Mikhailina, 6th year student of the Faculty of Medicine

Anastasia V. Pokidusheva, 6th year student of the Faculty of Medicine

Summary

Somatic symptoms, under the guise of which mental disorders can be hidden, are a problem for patients, psychiatrists and doctors of other specialties who are faced with this in the first place. Anxiety for one's health and subjectively experienced bodily sensations force the patient to repeatedly seek medical help, which can aggravate maladjustment and cause significant damage to resources, causing additional stress, closing a vicious circle.

Purpose of the study: to analyze the clinical manifestations, problems of diagnosis and treatment of psychopathological disorders using the example of clinical observation of somatoform disorder in a young man with gastroenterological symptoms.

Materials and methods: the patient's diagnosis corresponded to ICD-10 code F45.3 Somatoform dysfunction of the autonomic nervous system. Clinical-anamnestic, clinical-psychopathological, laboratory and instrumental methods were used. This clinical case demonstrates certain difficulties in diagnosing and treating somatoform disorders due to the need to exclude somatic pathology, nonspecific and difficult to differentiate symptoms that are not subjectively realized by the patient, individual selection of therapy and low compliance with it, and the need for psychotherapeutic assistance.

Keywords: diagnosis, somatoform disorder, depression, hypochondria, intestinal dysfunction

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interest.

В психиатрической практике могут иметь место случаи, когда психическое расстройство протекает под маской соматических заболеваний. Такие феномены могут быть выражены ярко и весьма разнообразно, выходя на первый план и затрудняя постановку диагноза, либо вовсе являясь единственным начальным проявлением расстройства.

Соматические симптомы доставляют большие неудобства, ухудшая качество жизни. Особенно восприимчивые пациенты начинают часто посещать специалистов различного профиля: терапевтов, хирургов, гастроэнтерологов, онкологов и других. Несмотря на тщательно проведенные клинические, лабораторное, инструментальные обследования никаких объективных признаков патологий со стороны органов и систем у таких

пациентов не обнаруживается. Однако, тревога или субъективно переживаемые телесные ощущения подталкивает пациента многократно обращаться за медицинской помощью, искать новых специалистов, новые методы обследования, иногда труднодоступные и дорогостоящие. Потребность в постоянном контроле состояния здоровья может дезадаптировать пациента и наносить ущерб его временным и финансовым ресурсам. В случае назначения лечения, оно чаще оказывается малоэффективным или вообще не приводит к какой-либо положительной динамике, угнетая человека усилением стресса и подрывом авторитета лечащих врачей.

Соматические проявления психической патологии являются трудной проблемой не только для самого пациента, но и для врачей различного

профиля. Врачу общетерапевтического профиля важно своевременно обратить внимание и выявить такого пациента, провести тщательное обследование и рекомендовать консультацию врача-психиатра или психотерапевта, если не было выявлено какой-либо соматической патологии, а самочувствие пациента прогрессивно ухудшается, что провоцирует у него сильное беспокойство и страх за свое здоровье и жизнь [1, 2].

В 1818 году доктор медицины Лейпцигского университета Иоганн Хайнрот ввел термин «психосоматика» (от др.греч: ψυχή – душа и σῶμα – тело), подчеркивая тесную связь психического и телесного. Психосоматическими называли заболевания, в происхождении и течении которых ведущая роль принадлежит воздействию психотравмирующих факторов. В своем развитии это понятие прошло ряд этапов, на каждом из которых доминировала та или иная теоретическая концепция, количество которых сейчас может насчитывать более 300. В актуальной международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) схожие расстройства относятся к разделу соматоформных расстройств (F45) [3].

Важно отметить, что зачастую психические расстройства сопровождаются симптомами именно со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Существуют гипотезы, объясняющие это специфическим строением нервной системы ЖКТ и её связями с центральной нервной системой (ЦНС), которые были описаны ещё в классических трудах И. П. Павлова. В этих исследованиях было доказано, что раздражение передних отделов гипоталамуса по парасимпатическим путям приводит к усилению моторики желудка и секреции соляной кислоты и пепсина, в то время, как стимуляция задних отделов гипоталамуса приводит к активации симпатической системы с последующим спазмом сосудистого русла, выделению медиаторов и нарушению трофики тканей. Таким образом, дисбаланс в работе вегетативного отдела нервной системы можно рассматривать как патогенетический фактор психогенных желудочно-кишечных симптомов и связующее звено между психикой и соматической патологией. Исследователями высказано предположение, что количество нервных клеток в ЖКТ может превышать сумму нейронов спинного мозга, что явилось основанием для выделения энтеральной нервной системы (ЭНС). Пищеварительный тракт подвергается воздействию большого количества физических и химических стимулов, исходящих от внешних раздражителей. Около 90% волокон блуждающего нерва являются афферентными и несут информацию от пищеварительного тракта в головной мозг, что может свидетельствовать о значимой роли обратной связи из ЖКТ для функционирования ЦНС. Развитию висцеральных симптомов могут способствовать как изменения периферического звена, так и нарушения работы ЦНС. Многие аспекты взаимодействия ЦНС и ЭНС все еще остаются спорными, что требует дальнейших исследований [4]. Дальнейшее развитие событий зависит от особенностей личности: чем более выражена склонность к длительным переживаниям, тем

более вероятно, что все последующие ощущения «раскрашиваются» тревогой и воспринимаются острее [4–7].

Длительно существующему тревожному состоянию всегда сопутствуют вегетативные нарушения. Не случайно они называются вегетативными коррелятами тревоги. Достигнув устойчивости, вегетативный дисбаланс выражается в функциональных нарушениях в работе различных органов и систем.

Сбои в работе пищеварительного тракта связаны с нарушением моторной функции и interoцептивной чувствительности [8]. Наиболее изученным и клинически выраженным расстройством, демонстрирующим эти связи, является синдром раздраженного кишечника [9, 10, 11].

Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра, соматоформные расстройства рассматриваются в разделе психических расстройств и имеют код F45. При этом выделяется несколько вариантов соматоформного расстройства в зависимости от клинических проявлений [8]:

F45.0 – соматизированное расстройство;

F45.1 – недифференцированное соматоформное расстройство;

F45.2 – ипохондрическое расстройство;

F45.3 – соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы;

F45.4 – соматоформное болевое расстройство.

Первые три варианта имеют схожую симптоматику. Ее основу составляют многочисленные и разнообразные жалобы, часто меняющиеся в зависимости от проявлений и локализации. Вегетативные симптомы малозаметны, поскольку минимальны и нестойки.

При наличии выраженной соматической симптоматики на протяжении двух и более лет, сопровождающейся стойким изменением эмоционального фона и социальной дезадаптацией, правомочен диагноз «соматизированное расстройство» (F45.0). При более коротком (но не менее шести месяцев) анамнезе и достаточно расплывчатой, нетипичной клинической картине диагностируется недифференцированное соматоформное расстройство (F45.1). В случае, когда болезнь напоминает о себе постоянно и в течение длительного периода времени (не менее шести месяцев) доминирует устойчивое беспокойство по поводу соматических жалоб, сформулированное как тяжелая, прогрессирующая болезнь, ставят диагноз ипохондрического расстройства (F45.2).

Особый интерес для гастроэнтерологов представляет соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы (F45.3). Кроме нарушений гастроинтестинального функционирования (связь жалоб с определенным органом – распирание в кишечнике, жжение в пищеводе, тяжесть в желудке и т.п.) у больных имеют место описанные выше выраженные вегетативные симптомы общего характера и функциональные нарушения в других органах и системах. При объективном осмотре определяются симптомы, основанные на объективных признаках вегетативного раздражения: потливость, покраснение кожи, дермографизм,

ущащенное сердцебиение, невербальные признаки тревоги – выраженный страх и беспокойство на лице, тремор конечностей.

Соматоформное болевое расстройство (F45.4) диагностируют в том случае, если центральным звеном клинической картины является тяжелая и мучительная боль в разных частях тела, не связанная с нарушением функционирования органа, на котором сфокусировано внимание пациента. При постановке диагноза необходимо учитывать временной фактор: боль должна присутствовать большинство дней не менее чем шестимесячного периода [8].

Материал и методы

Медицинская карта пациента Ч. Диагноз соответствовал коду МКБ-10 F45.3, установлен в соответствии с диагностическими критериями согласно клиническим рекомендациям ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» Минздрава России, 2015 г. Соматоформные расстройства. Диагностика, лечение, профилактика.

В исследовании использовались клиничко-анамнестический, клиничко-психопатологический методы. Исследование соответствовало положению Хельсинкской декларации.

Пациент Ч., 18 лет, находился на стационарном лечении в клиническом отделении первого эпизода для мужчин Челябинской Областной клинической специализированной психоневрологической больницы № 1 с диагнозом «F45.32 Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы нижней части желудочно-кишечного тракта, ипохондрический синдром».

Анамнез жизни. Наследственность психопатологически не отягощена. Родился от третьей беременности (предыдущие завершились искусственным прерыванием по медицинским показаниям), протекающей на фоне хронической фетоплацентарной недостаточности, хронической гипоксии плода, уреоплазмоза. Роды преждевременные на сроке 32–33 недели, самостоятельные, масса при рождении 1860 гр., длина тела – 44 см, по шкале Апгар 5/6 баллов. После рождения находился в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей с гипоксически-геморрагическим поражением ЦНС. Рос в неполной семье, воспитывался матерью и бабушкой, между которыми постоянно возникали конфликты, с отцом общение не поддерживал. Дошкольные учреждения посещал, в развитии не отставал от сверстников, адаптировался в детских коллективах достаточно быстро. Окончил 9 классов по общеобразовательной программе, получает среднее-специальное образование (повар-кондитер).

Анамнез заболевания. Весной около двух лет назад испытал ситуационные сложности с учебой по причине параллельного обучения в автошколе, судебного процесса с отцом по поводу лишения его родительских прав. Одновременно с этим, на фоне полного здоровья впервые стал чувствовать болевые ощущения в эпигастральной области, «вздутие

Обращая внимание на молодой возраст, нельзя не упомянуть, что в группе подростков старшего возраста и молодежи следует сохранять настороженность относительно манифестации психических расстройств, в том числе эндогенных, имитирующих клиническую картину патологии внутренних органов.

Цель исследования: провести анализ клинических проявлений, проблем диагностики и лечения психопатологических расстройств на примере клинического наблюдения соматоформного расстройства у пациента молодого возраста с гастроэнтерологическими симптомами.

живота», «запоры» и одновременно «диарею после приема молочных продуктов». Пытаясь облегчить состояние, стал придерживаться диеты, основанной на принципах элиминационной с исключением жирного и жареного, содержащей в основном детские каши, овощи, вследствие чего потерял около 12 кг массы тела за 3 месяца. За это время стал ощущать постоянную «слабость» и беспричинную раздражительность, с акцентуацией на негативном влиянии кишечника на общее самочувствие и учебу. Обратился за помощью к гастроэнтерологу, в течении 3-х недель проходил обследование и лечение в гастроэнтерологическом стационаре. В перечне диагнозов при выписке обращает внимание попытка врача гастроэнтеролога отразить хотя бы в общих чертах, присутствие в состоянии пациента психических и поведенческих расстройств: E 44. Белково-энергетическая недостаточность питания умеренной и слабой степени. K 29.9 Гастродуоденит неуточненный, обострение. Гипербилирубинемия неуточненная. K 52 Другие неинфекционные гастроэнтериты и колиты. F50 Расстройства приема пищи. I49 Другие нарушения сердечного ритма. F4. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства. F40 Фобические тревожные расстройства G90 Расстройства вегетативной [автономной] нервной системы.

После выписки принимал лечение, назначенное гастроэнтерологом, но с полным отсутствием эффекта, «становилось только хуже». Со временем в пищевом поведении появлялись новые ритуалы: стал озабочен подсчетом калорий из съеденной пищи, внимательным изучением состава каждого продукта. Стал крайне недоверчив к «качеству» пищи, приготовленной кем-либо, старался делать это самостоятельно, испытывая тревогу при выборе ингредиентов. Изучал реакцию «кишечника» на разнообразные продукты, особенно молочные и «клетчатку», вел пищевой дневник, отмечая, «что вызывает газообразование», стараясь в дальнейшем ограничить их потребление. С помощью поверхностного изучения симптомов в интернете предпринимал попытки самодиагностики гастроэнтерологических заболеваний. Самостоятельно покупал и применял лекарственные препараты. Периодически стал применять по собственному решению глицериновые свечи и микроклизмы (каждые 2 дня), ссылаясь на «твердость кала».

Обратился за помощью к психиатру по рекомендации лечащего гастроэнтеролога, настоящая госпитализация в психиатрический стационар первичная.

Психический статус: На беседу пришёл по приглашению. Внешность опрятная, астеничен, худощав, поддерживает стильную стрижку. Занимает на стуле скованную позу, жестиккулирует при необходимости, демонстрируя проекцию ощущений в кишечнике, голос слабо модулирован. Беседует охотно, делясь переживаниями. На поставленные вопросы отвечает в плане заданного. В жалобах фиксирован на соматических переживаниях, связанных «с кишечником», детализирует сведения анамнеза, перечисляет многочисленные изменения пищевого поведения, процедуры, принимаемые лекарственные препараты, обосновывает их необходимость, называя это «лечебным столом». Часто возвращается к описанию влияния «продуктов на газообразование и характер стула», которые фиксировал и анализировал в «дневнике». Всячески связывает проблемы с обучением с предъявляемым состоянием. Во время беседы показывает на различные участки брюшной области, поясняя: «Мучают кишки, они постоянно вздуваются от всей еды, бурчат, выпирают, начинают тыкать от вздутия и жечь». Во время осмотра живота отмечает болезненные участки, меняя их топiku при повторной пальпации, выражает особенную обеспокоенность усиленным урчанием в животе и ощущением выделения из кишечника зловонного газа с запахом тухлых яиц. Тревожно интересуется: «Когда я был за дверью, было газообразование, может быть Вы слышали, как газ выходил? Слава Богу, что не услышали». Рассказал, что испытал сильный «стресс» во время длительной поездки с матерью на автомобиле, т.к. был вынужден «впопыхах покупать с собой лекарства», тревожился, что «не смог взять те, которые нужно хранить в холодильнике», отмечал у себя «сильную боль в желудке, золотистый понос», требовал останавливаться на каждой автозаправочной станции для освобождения кишечника от избытка газов. Причиной своих неприятных ощущений считает употребление некачественной пищи, не исключая при этом, что еда могла быть заведомо отравлена. Фон настроения ближе к ровному, несколько снижен. Мышление формально логичное, в обычном темпе, внимание устойчивое, фиксирован на собственных переживаниях. Галлюцинаторной симптоматики не выявляет, однако, описывает телесные ощущения различной, постоянно и стремительно меняющейся локализации, используя при этом глаголы, подчеркивающие необычность симптомов. Пациент высказывает и подтверждает своим поведением переживания ипохондрического характера. Интеллектуально-мнестические функции не нарушены, соответствуют возрасту и полученному жизненному опыту. Критика к своему состоянию формальна, намеревается далее «разбираться со здоровьем», оформить академический отпуск в колледже, настаивает на этом, борется с отказом администрации колледжа, считая, что физическое состояние и постоянные боли не позволяют ему продолжать учебу.

С целью дифференциальной диагностики и выбора дальнейшей тактики ведения для пациента и с учетом результатов обследования пациента в гастроэнтерологическом отделении в нашей клинике проводились обследования, направленные на поиск /исключение органических изменений центральной нервной системы. Мультиспиральная компьютерная томография головного мозга, магнитно-резонансная ангиография головного мозга, магнитно-резонансная томография головного мозга данных за очаговый патологический процесс, за патологические органические изменения интракраниальных артерий, за наличие изменений очагового характера в веществе головного мозга не выявила. У пациента определялась МР-картина диффузного, местами умеренного расширения периваскулярных пространств, в большей степени лобных и теменных долей; минимального увеличения вертикального размера гипофиза, с линейным участком измененного МР-сигнала на границе адено- и нейрогипофиза, было констатировано инфильтративное утолщение и кистозная гипертрофия слизистой оболочки на уровне визуализации левой верхнечелюстной и левых отделов фронтальной пазух, левых отделов решетчатого лабиринта. Пациент был осмотрен неврологом, заключением явились синдром вегетативной дисфункции и синдром неспецифической соединительнотканной дисплазии.

Заключение экспериментально-психологического исследования было следующим: полная оценка интеллекта по методике Векслера соответствует средней норме. Выявляется неравномерность общего темпа психических процессов, снижение оперативной памяти, сохранность всех функций внимания. При исследовании мыслительной деятельности у испытуемого на фоне в целом достаточного уровня обобщения и абстрагирования прослеживается тенденция к актуализации слабых латентных признаков. Диагностируется состояние без депрессии. Неопределенный уровень невротизации и психопатизации. Диагностируется лабильно-сензитивный характерологический тип, риск социальной дезадаптации.

В процессе пребывания в психиатрическом стационаре наш пациент длительное время был охвачен разнообразными переживаниями соматического характера, для коррекции стула с регулярностью один раз в 3 дня самостоятельно использовал слабительные средства, в основном, глицериновые свечи, микроклизмы, принесенные с собой из дома на госпитализацию, отмечая при этом отсутствие эффекта от лечения. От еды пациент не отказывался, но часто был разборчив к составу, пытался оценить «количество клетчатки». Тяготясь «газообразованием» преимущественно избегал общения с другими пациентами, периодически старался найти в отделении безлюдное место, опасаясь выхода неприятных газов из кишечника. В процессе наблюдения в условиях стационара пациент постепенно адаптировался в компании сверстников, включился в психокоррекционные мероприятия с клиническим психологом. Антипсихотическая терапия проводилась нейрорептиком Тиоридазин до 20 мг/сут перорально, курсом 29 дней, субъективно

был отмечен положительный эффект, дезактуализация соматических ощущений, переносимость препарата была хорошая. За время стационарного лечения аппетит достиг нормального уровня, в отношении пищи стал менее избирателен, прибавил

в весе 1,2 кг. Выписан из отделения в удовлетворительном состоянии. Диагноз при выписке F45.3 Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы. Стационарный этап в психиатрической больнице составил 29 дней

Обсуждение и выводы

Данный клинический случай иллюстрирует определенные сложности диагностики и лечения соматоформных расстройств.

В первую очередь, сложность обусловлена отсутствием субъективно осознаваемых самим пациентом симптомов, которые могли бы быть расценены как признаки нарушений психической сферы (дистимия, тревога и т.д.), что практически исключает возможность самостоятельного и своевременного обращения за психиатрической помощью и приводит к дрейфу между врачами-интернистами. Это влечет за собой потерю времени, повышает вероятность гипердиагностики и нерационального лечения соматических заболеваний.

Для постановки диагноза необходимо исключить возможную органическую патологию, что требует прицельного обследования и включения в диагностический процесс врачей различных специальностей. Стоит учитывать, что обнаружение соматического заболевания само по себе не исключает психогенного характера симптомов, если не может полностью объяснить их характер, динамику, или резистентность к терапии, что можно увидеть в представленном клиническом случае.

Важно отметить несоответствие обилия жалоб физическому состоянию пациента, отсутствие органических заболеваний по данным лабораторных

и инструментальных исследований; отмечена хронологическая связь патологических ощущений пациента с стрессовыми ситуациями, тревогой и снижением настроения; переоценка телесных ощущений, что может производить впечатление аггравации.

Лечение, проведенное пациенту антипсихотическим монопрепаратом, оказалось эффективным, но, как правило, в подобных ситуациях могут потребоваться анксиолитики и антидепрессанты в различных комбинациях, по индивидуальному подбору.

Прогноз заболевания сомнительный, в нередких случаях, соматоформное расстройство имеет склонность к хронизации и низкой комплаентности. Пациент при сверхценном отношении к состоянию организма подвержен риску из-за нерационального самолечения, ограничительного пищевого поведения; а также социальной дезадаптации, борьба с мнимым заболеванием становится приоритетной деятельностью, нарушая социальное взаимодействие, учебную и трудовую деятельность. Пациент нуждается в длительном наблюдении у психиатра, гастроэнтеролога, в психофармакологической и психотерапевтической помощи, направленной на преодоление перенесенных психических травм, изменение отношения к болезни и изменение стратегии поведения, включая когнитивно-поведенческие методы и методы релаксации.

Литература | References

1. Perezhogin L.O. [Somatoform disorders. Diagnostics, treatment, prevention]. Moscow. 2015. (in Russ.)
Пережогин Л. О. Соматоформные расстройства. Диагностика, лечение, профилактика. Москва. 2015.
2. Chegodaeva L.V. et al. Difficulties in diagnostic search and treatment of a patient with irritable bowel syndrome against the background of senesto-hypochondriacal disorder (clinical case). *Medical and pharmaceutical journal "Pulse"*. 2019; 21(7): 3–8. (in Russ.) doi: 10.26787/nydha-2686–6838–2019–21–7–3–8.
Чегодаева Л. В. и др. Сложности диагностического поиска и лечения пациента с синдромом раздражённого кишечника на фоне сенесто-ипохондрического расстройства (клинический случай). *Медико-фармацевтический журнал «Пульс»*. 2019; 21(7): 3–8. doi: 10.26787/nydha-2686–6838–2019–21–7–3–8.
3. Sidorov P.I., Novikova I. A. Synergetic concept of the formation of psychosomatic diseases. *Social and clinical psychiatry*. 2007; 17(3): 76–81. (in Russ.)
Сидоров П. И., Новикова И. А. Синергетическая концепция формирования психосоматических заболеваний. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2007; 17(3): 76–81.
4. Elfimova E.V., Elfimov M. A., Berezkin A. S. Psychosomatic relationships in diseases of the gastrointestinal tract on the model of irritable bowel syndrome. *Experimental and clinical gastroenterology*. 2015; 4(116): 83–88. (in Russ.)
Елфимова Е. В., Елфимов М. А., Березкин А. С. Психосоматические взаимоотношения при заболеваниях желудочно-кишечного тракта на модели синдрома раздраженного кишечника. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2015; 4(116): 83–88.
5. Ivashkin V.T. et al. Dynamics of somatic and comorbid mental disorders (distress, anxiety, somatization and depression) in patients with irritable bowel syndrome during therapy with alimemazine: results of a non-interventional observational program ("TERRA"). *Russian Journal of Gastroenterology, hepatology, coloproctology*. 2019; 28 (6): 38–50. (in Russ.) doi: 10.22416/1382–4376–2018–28–6–38–50.
Ивашкин В. Т. и др. Динамика соматических и коморбидных психических расстройств (дистресса, тревоги, соматизации и депрессии) у пациентов с синдромом раздраженного кишечника на фоне терапии алимемазином: результаты неинтервенционной наблюдательной программы («TERRA»). *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2019; 28 (6): 38–50. doi: 10.22416/1382–4376–2018–28–6–38–50

6. Klimusheva T. A. Irritable bowel syndrome through the eyes of a psychiatrist. *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology*. 2008; 18(4): 82–86. (in Russ.)
Климушева Т. А. Синдром раздраженного кишечника глазами психиатра. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2008; 18(4): 82–86.
7. Drossman D.A. et al. AGA technical review on irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 2002; 123 (6): 2108–2131. doi: 10.1053/gast.2002.37095.
8. Firsova L. D. Somatoform disorder in the practice of a gastroenterologist. *Effective pharmacotherapy*. 2019; 15(28): 72–75. (in Russ.) doi: 10.33978/2307–3586–2019–15–28–72–75.
Фирсова Л. Д. Соматоформное расстройство в практике гастроэнтеролога. Эффективная фармакотерапия. 2019; 15(28): 72–75. doi: 10.33978/2307–3586–2019–15–28–72–75.
9. Esaulov V. I. Experience in the use of various psychotherapeutic techniques in the treatment of patients with irritable bowel syndrome. *Modern problems of science and education*. 2016; 6: 19–19. (in Russ.) doi: 10.17513/spno.25468.
Есаулов В. И. Опыт применения различных психотерапевтических техник в лечении пациентов с синдромом раздраженного кишечника. Современные проблемы науки и образования. 2016; 6: 19–19. doi: 10.17513/spno.25468.
10. Ivashkin V.T. et al. Clinical recommendations of the Russian Gastroenterological Association, the Association of Coloproctologists of Russia for the diagnosis and treatment of patients with irritable bowel syndrome. *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology*. 2014; 4(2): 92–101. (in Russ.)
Ивашкин В. Т. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации, Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению больных с синдромом раздраженного кишечника. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2014; 4(2): 92–101.
11. Sarsenbaeva A. et al. Irritable bowel syndrome: some aspects of pathogenesis and complex therapy. *Doctor*. 2016;10: 52–56. (in Russ.)
Сарсенбаева А. и др. Синдром раздраженного кишечника: некоторые аспекты патогенеза и комплексной терапии. Врач. 2016;10:52–56.