

Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова

## Психопатологические состояния, синдром раздраженного кишечника, микрофлора кишечника и их взаимосвязь

**Под наблюдением находилось 40 пациентов с синдромом раздраженного кишечника (СРК), которые в дополнение к базисной терапии получали пробиотик «Трилакт» (состав: комплекс лактобактерий — штаммы *L. acidophilus*, *L. casei*, *L. plantarum*) по 10 мл в день в течение трех недель. По результатам исследования на фоне проводимой терапии наблюдалось исчезновение клинических проявлений (кишечной диспепсии и болевого синдрома) у 85% больных, дискомфорт и вздутие живота исчезло у 100% больных. В результате данной работы было показано, что применение Трилакта в комплексной терапии СРК значительно уменьшает клинические проявления данного заболевания, происходит улучшение состояния микрофлоры кишечника и снижение уровня невротизации, астении, депрессии и тревожности у пациентов.**

Взаимодействие функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта при синдроме раздраженного кишечника с психической патологией просматривалась еще в работах J. Da Costa, ученный связывал возникновение приступообразных болей в животе, сопровождавшихся диареей (учащением стула), с патологическими страхами, тревогой, повышенной возбудимостью. Данные многочисленных исследований подтверждают, что СРК представляет собой сложный психосоматический симптомокомплекс, в структуре которого интегрируются нарушения функций толстого кишечника и различные психопатологические образования. По оценкам различных исследователей, встречаемость психических расстройств при СРК достигает 70–90%. При этом гастроэнтерологические расстройства более чем в половине случаев манифестируют на фоне уже сформировавшейся психической патологии. С другой стороны, более 50% пациентов с СРК реагируют на стрессовые ситуации обострением как гастроэнтерологической, так и психопатологической симптоматики. Пациенты с СРК различаются по клиническим проявлениям (как психопатологическим, так и связанным с нарушениями функций ЖКТ) и динамике заболевания. По данным иностранных авторов около половины пациентов с СРК отмечают появление психических расстройств до начала абдоминальных

симптомов, у другой половины больных начало тревожных и депрессивных расстройств совпадает с дебютом кишечной симптоматики. Психические расстройства оказывают влияние на тяжесть клинических проявлений СРК — абдоминальной боли, диареи и вздутия живота. В этих условиях особое значение у больных СРК имеют депрессивные состояния и разнообразные по феноменологии тревожные расстройства, частота которых в совокупности достигает 40–70% и более. Термин «стресс» применялся Г. Селье для обозначения такого состояния, которое возникает в результате неспецифического напряжения в живой материи, проявляющегося через морфологические и функциональные изменения в различных органах. Состоянием физиологических систем неспецифической резистентности, запасом прочности механизмов адаптации определяется сопротивляемость организма воздействию неблагоприятных факторов и вероятность развития заболевания. Кроме того, следует учитывать, что развитие дисбиотических изменений кишечника негативно модулирует состояние психологического статуса пациентов вследствие дисбаланса нейротрансмиттеров, вырабатываемых бактериями ( $\gamma$ -аминомасляная кислота, серотонин, дофамин) (Шендеров Б.А., 2001). Анализируя многие работы можно увидеть, что существует взаимосвязь между концентрацией различных видов микроорганизмов в содержимом толстой кишки и клиническими симптомами заболевания. Уменьшение бифидобактерий сопровождается жалобами на отрыжку и изменением стула в сторону послабления. Уменьшение числа бактероидов соответствовало увеличению частоты метеоризма. По данным многих работ можно говорить о связи клинических проявлений (болевого, абдоминального и диспепсического синдромов), как со снижением содержания представителей анаэробной облигатной флоры, так и повышением уровня условно-патогенных микроорганизмов в толстой кишке. Во многих работах можно увидеть закономерную связь между изменением микробиоценоза кишечника и психологическими особенностями. Например, связь уменьшения *E. coli* с нормальной ферментативной активностью вело к повышению уровня депрессивных расстройств по шкале Цунга, а уровень гемолитических микроорганизмов сочетался с повышением выраженности тревоги

и депрессивных проявлений. Анализ качества жизни во многих работах продемонстрировал более значимое его приращение у пациентов, дополнительно получающих пробиотическую терапию, например, препаратами: «Трилакт», «Экофлор», «Бифидум № 791 БАГ». «Трилакт» представляет собой комплекс живых активных кислотоустойчивых лактобактерий и метаболитов, стимулирует перистальтику кишечника; «Экофлор», содержит комплекс живых антагонистически активных бифидо- и лактобактерий, иммобилизованных на энтеросорбенте СУМС-1; «Бифидум № 791 БАГ», состоит из метаболитов и кислотоустойчивого активного комплекса живых бифидобактерий в количестве  $10^{10}$  КОЕ/г. Мы изучили динамику клинических симптомов, тревожности, невротизации, депрессивного и астенического синдромов на фоне коррекции дисбиоза и синдрома раздраженного кишечника (СРК) комплексной терапией, включающей пробиотик — «Трилакт» (состав: комплекс лактобактерий (штаммы *L. acidophilus*, *L. casei*, *L. plantarum*)). Под наблюдением находилось 40 пациентов СРК, которые в дополнение к базисной терапии получали трилакт по 10 мл в день в течение 3 недель. Всем пациентам до лечения и по окончании курса лечения, включающий в комплексной

терапии пробиотик — трилакт (на 21 день) проводилась оценка болевого синдрома и проявлений кишечной диспепсии (стандартизированный распрос), исследовался уровень тревожности шкала Спилбергера-Ханина), уровень депрессии (опросник Готланда), уровень астении (шкала MFI), уровень невротизации (шкала Вассермана). По результатам исследования на фоне проводимой терапии наблюдалось исчезновение клинических проявлений (кишечной диспепсии и болевого синдрома) у 85% больных, дискомфорт и вздутие живота исчезло у 100% больных. После лечения проявления реактивной тревожности уменьшились с  $44,3 \pm 5,1$  (средняя степень) до  $41,6 \pm 4,8$  (легкая степень), а личностной тревожности уменьшились с  $51,8 \pm 6,7$  (средняя степень) до  $42,9 \pm 5,3$  (легкая степень); степень невротизации снизилась с  $21,3 \pm 0,7$  (высокая степень) до  $9,4 \pm 1,5$  (низкий уровень); показатель депрессии уменьшился с  $9,6 \pm 1,2$  (умеренная степень) до  $6,6 \pm 2,5$  (легкая степень); уровень общей астении снизился с 12,74 до 6,08. Такая терапия оказывает положительное влияние на изменение микрофлоры кишечника, что в последующем улучшает клиническое течение и способствует улучшению состояния психологического статуса и повышению качества жизни пациентов.

## Литература

1. Баранская Е. К. Синдром раздраженного кишечника: диагностика и лечение / Е.К. Баранская // Consilium medicum. -2000. - Т 2, №7. - С.292-297.
2. Голиков С. Н. Рациональная фармакотерапия гастроэнтерологических заболеваний / С.Н. Голиков, Е.С. Рысс, Ю.И. Фишзон - Рысс. - СПб.: Б.и. - 1993. - 288с.
3. Гребнев А. Л. Болезни кишечника / А.Л. Гребнев, Л.П. Мягкова. - М.: Медицина, 1994. - 398с.
4. Григорьев П. Я. Диагностика и лечение болезней органов пищеварения / П.Я. Григорьев, Э.П. Яковенко - СПб.: Сотис, 1997. с. 515 - 520.
5. Григорьев П. Я. Запор: от симптома к диагнозу и адекватному лечению / П.Я. Григорьев, Э.П. Яковенко // Терапевтический архив. - 1996. - №2. - С.27-30.
6. Рысс Е. С. Синдром раздраженного кишечника / Е.С. Рысс // Новые СПб врачебные ведомости. - 1998. - №4. - С. 40-42.
7. Рысс Е. С. Синдром раздраженного кишечника. Лекция 2 / Е.С. Рысс // Новые СПб врачебные ведомости. - 1999. - №1. - С. 38-41.
8. Ткаченко Е. И. Клиническое питание. Состояние и перспективы развития / Е.И. Ткаченко // Клиническое питание. - 2003. - №1. - С. 3-7.
9. Ткаченко Е. И. Новые подходы к терапии патологии внутренних органов / Е.И. Ткаченко // Мир медицины. - 1999. - №9-10 - С. 28-29.
10. Ткаченко Е. И. Питание, эндоэкология человека, здоровье, болезни. Современный взгляд на проблему их взаимосвязей / Е.И. Ткаченко // Терапевтический архив. - 2004. - №2. - С. 67-71.
11. Ткаченко Е. И. Теория адекватного питания и трофология как методологическая основа лечения и профилактики заболеваний внутренних органов / Е.И. Ткаченко // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2001. - Т.11, №4. - С. 15-22.
12. Ткаченко Е. И. Эрадикационная терапия, включающая пробиотики: консенсус эффективности и безопасности / Е.И. Ткаченко, Е.Б. Авалуева, Ю.П. Успенский, М.Ю. Волков, Е.В. Сказываева, Ю.В. Можелис, Н.В. Барышникова, М.М. Захарченко // Клиническое питание. - 2005. - № 1. - С. 14-20.

