



Нюансы коммуникации с больным функциональными заболеваниями органов пищеварения

Функциональная патология желудочно-кишечного тракта по-прежнему занимает существенное место в практике врача-гастроэнтеролога и требует особых профессиональных навыков. Современным возможностям ведения этой сложной категории больных была посвящена беседа главного редактора журнала «Эффективная фармакотерапия. Гастроэнтерология», заведующего отделом патологии поджелудочной железы, желчных путей и верхних отделов пищеварительного тракта Московского клинического научно-практического центра им. А.С. Логина, профессора кафедры пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова, профессора кафедры общей врачебной практики и семейной медицины Тверского государственного медицинского университета, д.м.н. Дмитрия Станиславовича БОРДИНА с заведующим гастроэнтерологическим отделением Ильинской больницы (Красногорск), доцентом, к.м.н. Юрием Александровичем КУЧЕРЯВЫМ.



Дмитрий Станиславович БОРДИН



Юрий Александрович КУЧЕРЯВЫЙ



Беседа экспертов

Д.С. Бордин: Не секрет, что в клинической практике функциональные заболевания органов пищеварения являются одной из наиболее частых причин визита пациента к терапевту или гастроэнтерологу. Между тем для врача ведение пациента с функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) зачастую сопряжено с большими временными затратами и проблемой выбора эффективной помощи, зато рационально подобранное лечение на основе правильной оценки состояния больного позволяет существенно улучшить качество его жизни. Каковы, на ваш взгляд, общие представления о функциональных заболеваниях органов пищеварения?

Ю.А. Кучерявый: В целом следует отметить отсутствие признаков органических заболеваний, способных объяснить имеющиеся симптомы, значимых изменений в лабораторных тестах, каких-либо специфических диагностических критериев. Прогноз при функциональных нарушениях ЖКТ, как правило, благоприятный, но влияние на качество жизни весьма негативное. Многообразие жалоб, значительное снижение качества жизни практически всегда сопровождаются развитием тревоги, иногда тревожно-депрессивных нарушений.

Д.Б.: Вариабельность симптомов характерна для пациентов с функциональными заболеваниями органов пищеварения. Каковы причины такого многообразия жалоб?

Ю.К.: Дело в том, что ЖКТ представляет собой единую систему. Сбой в одном органе может негативно сказаться на работе сопряженных и тесно функционально связанных с ним соседних органов. Не случайно у каждого второго

пациента с функциональной патологией ЖКТ наблюдаются два и более функциональных расстройства, например, сочетание синдрома раздраженного кишечника (СРК) и функциональной диспепсии или билиарной дисфункции.

Д.Б.: Как показывает собственный клинический опыт и данные литературы, каждая вновь возникающая сопутствующая патология отягощает и изменяет течение первичного заболевания. Когда мы можем заподозрить смену фенотипа заболевания, наличие сочетанных расстройств? На что необходимо обращать внимание?

Ю.К.: Действительно, в гастроэнтерологической практике присоединение очередного функционального расстройства к длительно протекающему функциональному заболеванию ЖКТ – характерное явление. Предположим, пациент с сформировавшейся постинфекционной формой СРК на протяжении нескольких лет получает терапию, которая не купирует, но смягчает клинические симптомы заболевания, такие как боли в животе, вздутие, запор или диарея. Позже может произойти контакт с инфекционным агентом, что проявится острым гастроэнтеритом, после разрешения которого останутся тяжесть или боли в эпигастрии. Одновременно с этим усугубляются и симптомы СРК. Спустя несколько месяцев пациент предъявляет жалобы уже на целый микст симптомов кишечных и желудочных расстройств. В качестве провоцирующего механизма также может выступать острый или хронический стресс. Например, у пациентов с СРК на фоне определенного жизненного потрясения часто отмечаются клинические проявления функциональной диспепсии.

Иногда наблюдается не синхронное, а метасинхронное чередование подобных симптомов. Триггерами могут выступать пищевые аллергены, инфекционные агенты, стресс или их комбинация.

Д.Б.: Необходимо также учитывать, что наличие клинических симптомов функциональных нарушений ЖКТ само по себе является источником стресса и причиной изменений в психоэмоциональной сфере пациента. Эти изменения через механизмы гиперсенситивности и моторные нарушения ведут к формированию клинических проявлений, замыкая патологический круг. Задача врача – разорвать этот круг. Крайне важны доверительная беседа и адекватное информирование врачом пациента о его состоянии, обсуждение механизмов формирования симптомов. В противном случае их наличие становится дополнительным источником тревоги, что закрепляет рецидивирующее течение, а возможно, и запустит функциональные расстройства на новый виток развития.

Ю.К.: Совершенно верно. Я добавил бы, что дополнительным стрессорным агентом можно считать развитие псевдосимптомов тревоги. Пациент в таком состоянии начинает коренным образом менять рацион и образ жизни, что приводит к редукции веса. Прогрессирующее снижение веса, в частности на 5–7 кг в течение полугода, или развитие железодефицитной анемии на фоне жесткой диеты только усиливает чувство тревоги.

Д.Б.: Следовательно, огромное значение в изменении восприятия пациентом подобных расстройств при функциональном заболевании имеет



Беседа экспертов

эффективная коммуникация с врачом. Существуют ли, на ваш взгляд, простые пути решения такой сложной задачи?

Ю.К.: Решение кроется в плоскости доверительных отношений врача с пациентом. Во время первичного приема важно внимательно выслушать жалобы пациента, спокойно обсудить с ним план обследования, особенно при наличии симптомов тревоги, который четко регламентирован клиническими рекомендациями Российской гастроэнтерологической ассоциации. Если это невозможно выполнить в течение одного приема, следует назначить повторный визит. Двигаться стоит от простых, неопределенных диагностических тестов к сложным. Пациенту назначают минимальный скрининг, включающий физикальное обследование с тщательным сбором жалоб и построением последовательности событий в рамках единой системы, лабораторное исследование крови, эндоскопию, УЗИ. Отсутствие по результатам скрининга какой-либо патологии позволяет начать терапевтическое лечение, отвечая на которое, пациент также делает первый шаг на пути продуктивной коммуникации с врачом и вкладывает свою лепту в процесс формирования доверительных отношений.

Д.Б.: В определенной степени диагностический тест нередко становится не только этапом диагностики, но и лечебной процедурой, помогающей успокоить больного и разорвать описанный выше патологический круг, когда нарушение на оси «мозг – кишечник» вызывает симптомы, симптомы – тревогу, а тревога соответствует поддерживающему симптому. Поэтому без определенных диагностических процедур, позволяющих

убедить пациента в отсутствии у него органической патологии, не обойтись. В этом случае диагностическая процедура способна оказать психотерапевтический эффект, который также станет дополнительным кирпичиком в создании доверительных отношений с пациентом. Тем не менее процесс дифференциальной диагностики требует хорошей клинической оценки с учетом риска, связанного с избыточным объемом исследований.

Ю.К.: В этом вопросе я на стороне экспертов Российской гастроэнтерологической ассоциации. К тому же в последнее время в нашей стране возможности выполнения эндоскопии существенно расширились, а в мегаполисах уже запущены программы ОМС по эндоскопии с использованием седации, что делает проведение процедуры более комфортным для пациентов. Поэтому, если без эндоскопии не обойтись и пациент к ней готов, выбор целесообразно сделать в пользу исследования. Опытные специалисты могут определить, какие пациенты нуждаются в таком обследовании. Например, для юноши, впервые обратившегося за помощью к специалисту по поводу эпизодов спазма в животе и диареи, достаточно минимального обследования, без колоноскопии, ведь вероятность обнаружить у него колоректальный рак ничтожно мала. Безусловно, не следует спешить с назначением повторной колоноскопии пациенту с СРК в течение нескольких месяцев после успешно проведенного эндоскопического исследования, предъявляющему жалобы на прежние симптомы. Как показывает собственный клинический опыт, даже пациент с гематехезией, развившейся через полгода после проведенной

колоноскопии, и отягощенным анамнезом нуждается прежде всего в консультации проктолога для оценки состояния прямой кишки. Такой подход будет разумным, поскольку вторая колоноскопия за месяц-два и более – это уже избыточная диагностика.

Д.Б.: По мнению ведущих экспертов в области функциональных заболеваний органов пищеварения, конструктивный диалог между врачом и пациентом повышает приверженность пациента лечению и улучшает клинические исходы. Каковы основные правила такого диалога?

Ю.К.: Одним из элементов конструктивного диалога является правдивое информирование пациента о болезни. Уже к концу первого визита врач должен проинформировать пациента о хроническом течении заболевания, которое характеризуется невысокими шансами на полное излечение, в зависимости от различных провоцирующих факторов. При этом врач должен быть доброжелательно настроен по отношению к пациенту, проявлять эмпатию. Он должен дать возможность пациенту выговориться и почувствовать равнодушное отношение специалиста к его проблемам. Необходимо постараться ободрить пациента, используя определенные формулировки, например: «У Вас нет жизнеугрожающих симптомов» или «Обследование показывает достаточно оптимистичные результаты». В случае если не удалось уточнить причину, важно убедить больного в том, что механизм болезни вполне понятен и нет необходимости использовать дополнительные тесты. Уменьшить опасения поможет утверждение: «Мы не видим долгосрочного эф-



Беседа экспертов

фекта от различных неизученных вмешательств и технологий, поэтому мы с Вами будем идти по тому пути, который прошли с другими пациентами с аналогичными проблемами и достигли хороших результатов». Таким образом, налаживание доверительных отношений с пациентом не позволит ему в дальнейшем обратиться к неквалифицированным источникам и некомпетентным специалистам.

Д.Б.: Безусловно, пациенты должны быть правильно информированы о механизмах развития заболевания и о своем состоянии. Им следует знать, что функциональные заболевания органов пищеварения не обусловлены какими-либо органическими причинами, не несут риска жизни и имеют благоприятный прогноз. При этом функциональные нарушения могут протекать как хронические заболевания с переменными симптомами, которые снижают качество жизни и которые при неблагоприятных обстоятельствах рецидивируют. К этому пациентам тоже нужно быть готовыми, что позволяет им не реагировать излишне эмоционально. Важно, исходя из индивидуальных особенностей пациентов, подобрать такую фармакотерапию, которая способна быстро и надежно взять под контроль симптомы и обеспечить приемлемое качество жизни. Для этого нужен конструктивный диалог между врачом и пациентом. Насколько он достижим в условиях амбулаторного приема?

Ю.К.: Все зависит от того, каким лимитом времени располагает врач. Так, пациенты с СРК обычно попадают на прием к специалистам, у которых лимитировано время 30 минутами, а то и меньше, на каждого

пациента. За это время можно многое решить, но не все, особенно при наличии у пациента сочетанных, перекрестных расстройств. Прежде всего пациенту нужно дать время, чтобы немного выговориться, а затем, проявляя эмпатию, перевести его монолог в форму диалога, задав ряд ключевых вопросов, касающихся семейного анамнеза, наиболее частых сочетанных симптомов, качества сна, применения психотропных препаратов и др. Доверительный характер беседы позволит спланировать определенные действия. Врач должен объяснить пациенту, зачем назначается то или иное исследование, лекарственный препарат, какие результаты ожидаются, какие возможны побочные эффекты. Только тогда пациент покинет кабинет удовлетворенным и будет соблюдать рекомендации врача. Бесспорно, лечить пациентов с функциональными нарушениями органов пищеварения трудно, необходим постоянный контроль за симптомами, что предполагает частые посещения и последующее наблюдение. Важно запастись терпением.

Д.Б.: Итак, доверительные отношения между врачом и пациентом, информированность последнего о заболевании, симптомах, их функциональном происхождении, связанном с психоэмоциональным статусом, благоприятно сказываются на эффективности лечения. Давайте обсудим роль медикаментов. Сегодня мы понимаем, что при лечении функциональных заболеваний может быть высокая роль и плацебо-эффекта. Как вы подходите к выбору препаратов?

Ю.К.: Я руководствуюсь клиническими рекомендациями и личным опытом. Важно определить, какие симптомы

доминируют и какая фармакотерапия с наибольшей вероятностью приведет к улучшению. Чтобы купировать боль и спазмы, используются спазмолитики. Современные спазмолитики можно применять длительно, они безопасны. Для улучшения состояния микрофлоры кишечника можно назначить хорошо изученный пробиотик или пребиотик. Соответственно, если есть основания для назначения антимикробной терапии, выбор лучше остановить на антимикробном средстве широкого спектра действия с высоким профилем безопасности и хорошей переносимостью. Для регуляции стула применяются лаксативы. Всегда обсуждается план Б, то есть резервный препарат по требованию на случай, когда симптомы плохо контролируются. При этом следует учитывать и схему приема препарата, делая акцент на том лекарственном средстве, которое принимают один или два раза в сутки. Не следует одновременно с основной фармакотерапией назначать второстепенные препараты, а также рассчитывать стоимость лечения. Наша задача – назначить средства с доказанными эффективностью и безопасностью. Отсутствие побочных эффектов, удобная схема приема, хорошая эффективность назначенного препарата, возможно с элементами плацебо, позволят быстрее достигнуть желаемого эффекта.

Д.Б.: Важно, что перечисленные правила, основу которых составляют доверительные отношения между пациентом и врачом, помогают уменьшить выраженность и воздействие симптомов функциональных нарушений на самочувствие и качество жизни и повысить удовлетворенность обеих сторон проведенным лечением. ●