

## **ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ И БОЛЕЗНЬЮ КРОНА**

**Стяжкина С.Н.<sup>1</sup>, Чернышова Т.Е.<sup>2</sup>, Ковалев Ю.В.<sup>3</sup>, Климентов М.Н.<sup>4</sup>,  
Матусевич А.Е.<sup>5</sup>**

<sup>1</sup> Стяжкина Светлана Николаевна

доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры факультетской хирургии; федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ул. Коммунаров, 281, Ижевск, Удмуртская Республика, 426034, Российская Федерация. Тел.: 8 (341) 252-62-01.

<sup>2</sup> Чернышова Татьяна Евгеньевна

доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры врача общей практики и внутренних болезней с курсом скорой медицинской помощи ФПК И ПП; федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ул. Коммунаров, 281, Ижевск, Удмуртская Республика, 426034, Российская Федерация. Тел.: 8 (341) 252-62-01.

<sup>3</sup> Ковалев Юрий Владимирович

доктор медицинских наук, профессор; заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии; федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ул. Коммунаров, 281, Ижевск, Удмуртская Республика, 426034, Российская Федерация. Тел.: 8 (3412) 58-47-78.

E-mail: kov6161@mail.ru

<sup>4</sup> Климентов Михаил Николаевич

кандидат медицинских наук, доцент; федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ул. Коммунаров, 281, Ижевск, Удмуртская Республика, 426034, Российская Федерация. Тел.: 8 (341) 252-62-01.

<sup>5</sup> Матусевич Анна Евгеньевна

студентка 518 группы лечебного факультета; федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ул. Коммунаров, 281, Ижевск, Удмуртская Республика, 426034, Российская Федерация. Тел.: 8 (341) 252-62-01.

### **Аннотация**

**Цель:** изучение психосоматических расстройств при язвенном колите и болезни Крона.

**Материалы и методы.** В работе анализируются результаты лечения 110 больных в возрасте 16—75 лет с воспалительными заболеваниями толстой кишки (ВЗТК), находившихся на лечении в отделении колопроктологии Республиканской клинической больницы Удмуртии за период 2007—2018 гг. Все пациенты были разделены на две группы: основную группу — 17 прооперированных пациентов и группу сравнения — 93 пациента, получивших в стационаре консервативное лечение. Типы проведенных операций: одноэтапная и многоэтапная колопроктэктомия, в том числе видеолапароскопическая колопроктэктомия, илеостомия. О качестве жизни судили по опроснику SF-36. Уровень личностной (ЛТ) и реактивной (РТ) тревожности оценивался по шкале Спилбергера—Ханина, степень депрессии — по шкале А. Бека. Показатели оценивались при госпитализации и выписке больных из стационара.

**Результаты.** Наиболее часто ВЗТК регистрировались у работников умственного труда, из них экономисты составили 17 человек (28,3%), программисты — 8 (13,3%), 10 человек (16,6%) — специалисты с вредными условиями труда на производстве. Из условий труда имели значение высокие психоэмоциональные нагрузки — 49 (81,7%) случаев, длительная работа с компьютером — 21 (35,0%), напряженный умственный труд — 15 (25,0%) случаев. Хронические стрессовые ситуации на работе и в семье имели 90% пациентов. У 20% больных выявлена отягощенная наследственность по патологии желудочно-кишечного тракта.

Через 6 месяцев после операции были проанализированы результаты у 30 больных. Практически половина прооперированных пациентов была настроена оптимистично. Основным положительным фактором динамики показателей РТ и ЛТ больные определили снижение болевого синдрома после колэктомии ( $\chi^2=34,8$ ;  $n' = 2$ ;  $p<0,05$ ). Больные, которым была проведена консервативная терапия, связывали отсутствие положительной динамики своего состояния с сохранением проблемы: абдоминальным болевым синдромом ( $\chi^2 = 50,6$ ;  $p<0,001$ ), необходимостью продолжения гормонотерапии, терапии цитостатиками ( $\chi^2 = 64,7$ ;  $p<0,001$ ) и с их побочными эффектами. Полученные результаты позволили выявить необходимость широкого применения медико-психологических подходов в клинической практике.

**Ключевые слова:** психосоматические расстройства; шкала Спилбергера—Ханина; язвенный колит; болезнь Крона.

УДК 159.9:616.89:616.34

**Библиографическая ссылка**

Пути решения проблем психосоматических расстройств у больных с язвенным колитом и болезнью Крона / С.Н. Стяжкина, Т.Е. Чернышова, Ю.В. Ковалев [и др.] // Медицинская психология в России. – 2018. – Т. 10, № 4. – С. 6. doi: 10.24411/2219-8245-2018-14060

Поступила в редакцию: 04.07.2018 Прошла рецензирование: 21.07.2018 Опубликовано: 03.10.2018

Воспалительные заболевания толстой кишки (язвенный колит и болезнь Крона) являются одними из самых тяжелых и опасных заболеваний желудочно-кишечного тракта и представляют собой актуальную клиническую проблему, связанную с увеличением числа больных, со сложностью выбора оптимальной тактики лечения, возрастанием экономических затрат на лечение [1; 2; 4; 5; 6; 10; 17; 18; 19].

Современные методы лечения больных с язвенным колитом (ЯК) и болезнью Крона (БК) включают в себе комплекс патогенетически обоснованных и дополняющих друг друга хирургических и консервативных методов лечения. Тяжёлыми являются психосоматические расстройства, зачастую в виде длительной депрессии и астенического синдрома [3; 7; 8; 9; 11; 12; 13; 14; 15; 16].

**Цель:** изучение психосоматических расстройств при хронических воспалительных заболеваниях кишечника (ХВЗК), таких как язвенный колит и болезнь Крона.

**Материалы и методы**

Работа выполнена в клинике факультетской хирургии ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, на базе отделения колопроктологии БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница МЗ УР». Обследование и лечение пациентов проводилось с их добровольного информированного согласия в соответствии с международными этическими требованиями ВОЗ (правила GCP-Good Clinical Practice), предъявляемыми к медицинским исследованиям с участием человека (Женева, 1993), а также Хельсинской декларацией Всемирной медицинской ассоциации по проведению биометрических исследований на людях. Анализируются результаты лечения 110 больных с ХВЗК, из них 102 пациента с ЯК и 8 — с БК, находившихся за последние 10 лет на лечении в колопроктологическом отделении больницы.

## Результаты исследования

Особенностями язвенного колита и болезни Крона в Удмуртии является регистрируемый в последние 10 лет ежегодный прирост заболеваемости на 2–5%, увеличение числа пациентов молодого трудоспособного возраста. Возраст обследованных пациентов колебался от 16 до 75 лет. Средний возраст в основной группе составил  $40 \pm 9,8$  года, в группе сравнения —  $38 \pm 6,8$  года ( $p > 0,05$ ). Больше половины пациентов в обеих группах находились в возрастном диапазоне от 20 до 40 лет, что подчеркивает медико-социальную значимость исследования. Выявлено 2 пика заболеваемости ХВЗК: в возрасте  $32,4 \pm 10,2$  года и в возрасте  $60,6 \pm 8,4$  года.

Наиболее часто ХВЗК регистрировались у работников умственного труда, из них экономисты составляли 17 человек (28,3%), программисты — 8 (13,3%), 10 человек (16,6%) — специалисты с вредными условиями труда на производстве. Зарегистрирована статистически значимая взаимосвязь частоты заболевания с высокими психоэмоциональными нагрузками — 49 человек (81,7%), длительной работой с компьютером — 21 (35,0%), напряженным умственным трудом — 15 (25,0%). Имели хронические стрессовые ситуации на работе и в семье 90% обследованных. Роль работы в ночное время, тяжелого физического труда, запыленности помещения, шума на рабочем месте была недостоверна. В 20% случаев отмечена отягощенная наследственность по патологии желудочно-кишечного тракта.

Все наблюдавшиеся пациенты были разделены на две группы, из них 17 прооперированных пациентов включены в основную группу, и 93 пациента, получивших консервативное лечение, включены в группу сравнения. Пациенты обеих групп получали гормональную терапию (преднизолон, метипред), 5-аминосалицилаты (сульфасалазин, салофальк), по показаниям — цитостатики (азатиоприн, метотрексат), антибактериальную и антимикотическую терапию, эубиотики, метаболики (солкосерил, актовегин) и ферменты (креон, мезим-форте), препараты, улучшающие реологические свойства крови (курантил, пентоксифиллин).

После предоперационной подготовки, направленной на коррекцию нарушений функций жизненно важных органов, 17 прооперированным пациентам выполнено 20 операций. Виды и количество оперативных вмешательств представлено в таблице 1. В 6 случаях зарегистрированы послеоперационные осложнения: нагноение операционных ран у 3 пациентов, дерматит вокруг илеостомы — у двоих, нагноение полости раны — в 1 случае. Летальных послеоперационных исходов не было.

Таблица 1

Оперативные вмешательства у пациентов с ЯК

Операции	Число оперированных больных	
	абс.	%
Одноэтапная колопротэктомия, илеостомия	8	40
Видеолапароскопическая колопротэктомия, илеостомия	1	5
Многоэтапная колопротэктомия	9	45
Многоэтапная колопротэктомия с резервуаром	2	10
Всего	20	100

У всех пациентов при госпитализации и при выписке из стационара зарегистрированы сниженные показатели качества жизни с высоким уровнем тревоги и депрессии. Статистически значимых различий показателей в основной группе и группе сравнения не отмечено, поэтому в таблице 2 представлены суммарные показатели взаимосвязи качества жизни с уровнем реактивной и личностной тревожности.

Через 6 месяцев после операции практически половина прооперированных была настроена оптимистично. Показатели тревожности, отражающие степень напряжения и беспокойства оперированного пациента по отношению к ситуации, в которой он находился, представили положительную динамику, это связано со степенью адаптации пациентов к изменившимся условиям жизни в домашних условиях, т.е. с вниманием семьи, возможностями получения качественных калоприемников, с организацией диетического питания и др.

При анализе показателей качества жизни отмечено, что реактивная тревожность имела отрицательную корреляцию с психическим здоровьем, а личностная тревожность оказалась в прямой зависимости от болевых проявлений ( $p < 0,001$ ) и в обратной зависимости от социального функционирования ( $p < 0,05$ ), психического здоровья ( $p < 0,01$ ). Такие параметры, как общее состояние здоровья (ОЗ) и жизнеспособность (Ж), зависели в первую очередь от возраста и степени коморбидности. Физическое функционирование (ФФ) тесно связано как с ХВЗК, так и с патологией опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой, мочевыделительной и других систем организма.

Однако при сопоставимых значениях взаимосвязи показателей тревожности и критерия «Боль», мотивация и психологический настрой больных были различны.

Пациенты основной группы, которым была показана колоэктомия в связи с тяжестью состояния, операции ждали как избавления от страдания, прежде всего, от болевого синдрома.

Таблица 2

Взаимосвязь основных показателей качества жизни (SF-36) и уровня тревожности (шкала Спилбергера—Ханина) при госпитализации больных ЯК (суммарные показатели)

Показатели		ФФ	РФ	Б	ОЗ	Ж	СФ	РФ(э)	ПЗ
РТ	г	-0,35	-0,06	0,66	-0,02	-0,09	-0,16	-0,24	-0,44
	р	0,05	0,70	0,008	0,91	0,56	0,30	0,14	-0,013
ЛТ	г	-0,35	0,19	0,52	-0,14	0,12	-0,48	-0,16	-0,34
	р	0,035	0,23	0,011	0,39	0,45	0,001	0,33	0,032

*Примечание:* ФФ — физическое функционирование; РФ — влияние физического состояния на ролевое функционирование; Б — интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью; ОЗ — общее состояние здоровья; Ж — жизнеспособность; СФ — социальное функционирование; РФ(э) — влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование; ПЗ — оценка психического здоровья.

Основным положительным фактором улучшения показателей РТ и ЛТ больные определили снижение болевого синдрома при проведении колоэктомии ( $\chi^2 = 34,8$ ;  $n' = 2$ ;  $p < 0,05$ ). Пациенты, которым была проведена консервативная терапия, связывали отсутствие положительной динамики своего состояния с сохранением проблемы: абдоминальным болевым синдромом ( $\chi^2 = 50,6$ ;  $n' = 2$ ;  $p < 0,001$ ),

необходимостью продолжения гормонотерапии с ее побочными эффектами, в том числе проблемами стероидного диабета, с терапией цитостатиками ( $\chi^2 = 64,7$ ;  $n' = 2$ ;  $p < 0,01$ ) и их побочными и отрицательными эффектами.

В группе сравнения на всех этапах мониторинга зарегистрирована более высокая степень депрессивного состояния. Для этой группы больных было характерно формирование эгоцентризма со снижением интереса к другим людям, в том числе к членам семьи, родственникам. Эмоциональный фон был часто негативно окрашен чувством пессимизма, ощущением вины, с восприятием проблем со здоровьем как кары за явные или вымышленные грехи. В этой группе выявлена чрезвычайная озабоченность респондентов соматическими проблемами. Практически все пациенты начинали вести дневник своих ощущений с тщательными и многословными записями состояния стула, тенезмов, частоты изжоги, качества сна и других проявлений своих ощущений с подробнейшей детализацией. Во всех случаях регистрировалась утрата либидо. Положительная динамика показателей депрессии по шкале Бека за период наблюдения пациентов группы сравнения отмечена только в 2 случаях.

При детализации степени усталости и ее характеристик в группе сравнения было выявлено, что только 4 человека через 6 месяцев после выписки из стационара отметили положительную динамику по пунктам: «устаю больше, чем раньше», «сильно устаю от эмоциональной нагрузки», «не переношу любые эмоции». Каждый второй больной группы сравнения указал, что его проблемы настолько значимы, что ему «было бы легче умереть».

В основной группе анализ показателей депрессии выявил значительно больший позитивный настрой, который не вызывал дезадаптации в повседневной жизни, не ограничивал самостоятельности и независимости пациентов.

Динамика показателей самооценки депрессии по опроснику Л. Бека достоверно улучшилась с  $19,0 \pm 5,1$  балла при выписке больных из стационара до  $8,1 \pm 2,7$  балла через 6 месяцев и до  $9,3-12,3$  баллов через год,  $9,0$  баллов на 3-м году наблюдения.

Таким образом, через 6 месяцев после реализации программы реабилитации больных основной группы в большинстве случаев можно было говорить об отсутствии депрессии и хорошем эмоциональном фоне больных.

В группе сравнения динамика показателей практически отсутствовала. Значения показателя депрессии составили соответственно:  $13,6 \pm 4,4$ ;  $16,3 \pm 2,7$ ;  $14,1 \pm 5,2$ ;  $15,3 \pm 1,9$  балла, что можно расценить как ситуативную депрессию невротического генеза.

## Обсуждение

При ХВЗК стрессовые ситуации и депрессии выходят на одно из первых мест, определяющих прогноз течения послеоперационного периода. Тяжелый коморбидный фон, само оперативное вмешательство и наркоз вносят дополнительный вклад в срыв адаптационных механизмов, истощение иммунной системы и нарушение в нейроэндокринной регуляции. В связи с этим у большинства пациентов появляется страх за свое здоровье, боязнь нового заболевания или оперативного вмешательства, тревожность. Все это часто приводит к нагромождению эмоционального напряжения и нередко — к появлению панических атак. Причем, у ряда пациентов хронический стресс и психические травмы становятся ведущими в течение послеоперационного периода.

Важно учитывать, что с осознанием больными через некоторое время после колопроктэктомии того, что обратного пути нет, могут усугубляться психовегетативные нарушения. Этот период, по своей сути, является программируемым стрессом, следствием которого могут стать рефлекторные нарушения сердечно-сосудистой

деятельности, дыхательной, нейроэндокринной и других систем. Стресс стимулирует экспрессию целого ряда цитокинов. Кроме того, сам хирургический стресс потенциально способен вызвать депрессию иммунной системы с изменениями как в клеточном, так и гуморальном иммунитете. Необходимость широкого применения медико-психологических подходов в клинической практике курации этой категории больных не вызывает сомнений.

Анализ полученных результатов показал, что в основной группе, несмотря на тяжелую операцию и длительный послеоперационный период, уже через 6 месяцев показатели общего состояния здоровья были выше. Эта группа пациентов нацелена на здоровье. У них лучше был показатель физической активности, больные раньше начали двигаться, обслуживать себя, были нацелены на позитивные эмоции. Показатель самооценки психического здоровья был также выше в основной группе пациентов, что характеризует их настроение, уровень положительных эмоций. В отдаленном периоде после госпитализации пациенты группы сравнения вновь регистрируют у себя симптомы заболевания и понимают, что проблема не решена. Они более тревожны, склонны к депрессивному фону настроения.

На этом этапе для больного и их родственников чрезвычайно важна доступность контакта с лечащим хирургом. Важна адаптация пациента в социуме. Общая жизнеспособность были выше у пациентов основной группы, что обуславливало их более высокую социальную активность. Серьезную помощь может оказать консультация психоневрологов и наблюдение ими пациентов.

Критерием благоприятного течения послеоперационного периода является низкая степень коморбидной патологии, а при ее наличии — стойкая компенсация имеющихся функциональных сдвигов, отсутствие выраженных изменений показателей систем адаптации. Больные с психологической дезадаптацией — высокими показателями личностной и реактивной тревожности — входят в группу риска по затяжному течению послеоперационного периода. Установлено, что устранение патологического процесса не во всех случаях ликвидирует напряжение систем адаптации и может служить предпосылкой возникновения нарушений в системах жизнеобеспечения организма.

Психическая травма может явиться ведущей причиной дефектов реабилитации, особенно после проведенной колопротектомии. Прогноз реабилитации и частота функциональных расстройств после операции на фоне неизбежного в этих случаях срыва процессов адаптации во многом связаны с психологическим настроением пациента и его семьи. Кардинальное решение проблемы тяжелого течения ХВЗК хирургом-колопроктологом оказывает в целом положительное влияние на все системы адаптации организма, способствуя улучшению психоэмоционального статуса, качества жизни пациентов, что имеет большое значение для дальнейшей реабилитации больных, перенесших эту серьезную операцию.

У пациентов с язвенным колитом и болезнью Крона отмечаются выраженные нарушения психоэмоционального фона и высокий индекс коморбидности — от 6,4 до 7,6. Для улучшения отдаленных результатов необходима адекватная комплексная реабилитация с последующей психотерапией и разработкой методов адаптации. Прогностическим критерием благоприятного послеоперационного периода является низкая степень коморбидной патологии. Больные с психологической дезадаптацией, высокими показателями личностной реактивной тревожности входят в группу риска при проведении реабилитационных мероприятий.

## Литература

1. Адлер Г. Болезнь Крона и язвенный колит / пер. с нем. А.А. Шептулина. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. – 527 с.
2. Воробьев Г.И., Дульцев Ю.В., Зайцев В.Г. Организационные аспекты амбулаторной хирургической помощи проктологическим больным // Актуальные проблемы проктологии: тез. докл. Всерос. конф. – СПб., 1993. – С. 5–8.
3. Жуков Б.Н. Комплексное лечение больных с НЯК с применением ксеноспленотерапии // Неотложные состояния в хирургии. – Ижевск, 2007. – С. 28–32.
4. Каншина О.А., Каншин Н.Н. Неспецифический язвенный колит у детей (и взрослых). – М.: Биоинформсервис, 2002. – 208 с.
5. Комплексная терапия неспецифического язвенного колита и болезни Крона / С.Н. Стяжкина, С.С. Вахрушева, М.Н. Климентов [и др.] // Труды XV съезда хирургов Дагестана. – Махачкала, 2002. – С. 93–94.
6. Кондрашина Э.А. Язвенный колит: методическое пособие. – СПб., 2011. – 20 с.
7. Лазебник Л.Б. Здоровье, болезнь и промежуточные состояния (к 60-летию принятия ВОЗ формулы здоровья) // Клиническая геронтология. – 2009. – Т. 15, № 1. – С. 3–9.
8. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика. – М.: Эксмо, 2008. – 1024 с.
9. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. – Моск. гос. университет, 1987. – 168 с.
10. Оперативное лечение неспецифического язвенного колита / М.Н. Климентов, С.Н. Стяжкина, Э.А. Копосов [и др.] // Трудные и нестандартные ситуации в хирургии. – Ижевск, 2013. – С. 105–107.
11. Стяжкина С.Н., Климентов М.Н., Чернышова Т.Е. Неспецифический язвенный колит. – Ижевск, 2018. – 181 с.
12. Стяжкина С.Н., Чернышова Т.Е., Леднева А.В. Коморбидность в хирургической практике. – LAP Lambert Academic Publishing. – 2012. – 56 с.
13. Халиф И.Л. Использование салицилатов в лечении неспецифического язвенного колита // Лечащий врач. – 2000. – № 5–6. – С. 190–194.
14. Халиф И.Л., Лоранская И.Д. Воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит и болезнь Крона). Клиника, диагностика и лечение. – М.: Миклош, 2004. – 88 с.
15. Хирургическое лечение резистентных и осложненных форм неспецифического язвенного колита / Г.И. Воробьев, Н.В. Костенко, Т.Л. Михайлова [и др.] // Тезисы докл. I съезда колопроктологов России / под ред. акад. РАМН Г.И. Воробьева, чл.-корр. РАМН Г.П. Котельникова, проф. Б.Н. Жукова. – Самара: Перспектива; Сам. гос. мед. университет, 2003. – С. 444–447.
16. Comorbidity and glycemia control among patients with type 2 diabetes in primary care / C. Hudon, M. Fortin, M.-F. Dubois [et al.] // Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy. – 2008. – Vol. 1. – P. 33–37.
17. Parc Y.R., Radice E., Dozois R.R. Surgery for ulcerative colitis: Historical perspective: A century of surgical innovations and refinements // Diseases of the Colon and Rectum. – 1999. – Vol. 42, № 3. – P. 299–306.
18. Parente F., Marino B., Crosta C. Bowel preparation before colonoscopy in the era of mass screening for colorectal cancer: a practical approach // Digestive and Liver Diseases. – 2009. – Vol. 41, № 2. – P. 87–95.
19. Predicting declines in physical function in persons with multiple chronic medical conditions: what we can learn from the medical problem list / E.A. Bayliss, M.S. Bayliss, J.E. Ware [et al.] // Health and Quality of Life Outcomes. – 2004. – Vol. 2. – P. 47. – Available at: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-2-47> (accessed 20 June 2018).

## The solutions to the problems of psychosomatic disorders in patients with ulcerative colitis and Crohn's disease

Styazhkina S.N.<sup>1</sup>

Chernyshova T.E.<sup>1</sup>

Kovalev Yu.V.<sup>1</sup>

E-mail: kov6161@mail.ru

Klimentov M.N.<sup>1</sup>

Matusevich A.E.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Izhevsk State Medical Academy  
281 Kommunarov st., Izhevsk, 426034, Russia  
Phone: +7 (3412) 68-29-09

### Abstract

**Objective:** to Study psychosomatic disorders in ulcerative colitis and Crohn's disease. **Materials and methods:** the paper analyzes the results of treatment of 110 patients aged 16–75 years with inflammatory diseases of the colon (VZTK) who were treated in Department of Coloproctology of the Republican clinical hospital of Udmurt Republic for the period 2007–2018. All patients were divided into two groups: the main group — 17 operated patients) and a comparison group of 93 patients who received inpatient conservative treatment. Types of operations: one-stage and multi-stage colproctectomy, including videolaparoscopic colproctectomy, ileostomy. The quality of life was judged by the SF-36 questionnaire. The level of personal (LT) and reactive (RT) anxiety was evaluated on the Spielberg-Hanin scale, and the degree of depression — on the A. Beck scale. The indicators were evaluated during hospitalization and discharge of patients from the hospital. Long-term results in 30 patients were analyzed after 6 months.

**Results:** the most frequently VZTK was registered among employees of intellectual labor, among them economists were 17 (28.3%), programmers — 8 (13.3%), 10 (16.6%) people had harmful factors at work. Of the working conditions, high psycho — emotional loads were important — 49 (81.7%), long-term work with a computer — 21 (35.0%), hard mental work — 15 (25.0%). Chronic stressful situations at work and in the family had 90% of patients. 20% of patients were found to have a burdened heredity due to the pathology of the gastrointestinal tract. In 6 months after the operation, almost half of the operated patients were optimistic. The main positive factor in the dynamics of RT and LT parameters was the reduction of pain syndrome in patients after colectomy ( $\chi^2=34.8$ ,  $n' = 2$ ,  $p<0.05$ ). Patients who were conservative therapy was associated with the lack of positive dynamics of their condition with the preservation of the problem: abdominal pain syndrome ( $\chi^2=50.6$ ,  $p<0.001$ ), the need to continue hormone therapy, therapy with cytostatics ( $\chi^2=64.7$ ,  $p<0.001$ ), their side effects. The results revealed the need for widespread use of medical and psychological approaches in clinical practice.

**Key words:** psychosomatic disorders; Spielberg-Hanin scale; ulcerative colitis; Crohn's disease.

### For citation

Styazhkina S.N., Chernyshova T.E., Kovalev Yu.V., Klimentov M.N., Matusevich A.E. The solutions to the problems of psychosomatic disorders in patients with ulcerative colitis and Crohn's disease. *Med. psihol. Ross.*, 2018, vol. 10, no. 4, p. 6. doi: 10.24411/2219-8245-2018-14060 [in Russian, abstract in English].