

УДК 616.009

СОЧЕТАНИЕ СОМАТИЧЕСКОГО И ПСИХИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Шиланкова С.О.

ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Минздрава России», Иваново

Статья посвящена вопросу сочетания соматического и психического компонентов при функциональных заболеваниях желудочно-кишечного тракта, в частности при синдроме раздраженного кишечника. Проведен анализ литературных источников, отмечено, что диагностические критерии на протяжении долгого времени основывались на разных признаках, что приводило к сложностям в постановке диагноза. В настоящее время признаки структурированы, выявлены группы факторов, предшествующих развитию заболевания. Однако при диагностике и лечении подобных ситуаций в реальной гастроэнтерологической практике отсутствует инструментальный полноценный исследования психической функции больного. В связи с этим, направление нашего дальнейшего исследования будет направлено на создание комплексной методики обследования больного синдромом раздраженного кишечника в условиях соматической клиники, с учетом дополнительного психологического и частично психиатрического обследования.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, психические симптомы

COMBINATION SOMATIC AND MENTAL COMPONENT AT FUNCTIONAL DISEASES DIGESTIVE TRACT

Shilankova S.O.

Ivanovo state medical Academy, Ivanovo

Article is devoted to a question of a combination of somatic and mental components at functional diseases of a digestive tract, in particular at a syndrome of the angry intestines. The analysis the literatknykh of sources is carried out, is noted that diagnostic criteria throughout long time were based on different signs that resulted in difficulties directed by the diagnosis. Now signs are structured, revealed groups of the factors preceding development of a disease. However at diagnostics and treatment of similar situations in real gastroenterologicheskuy practice there are no tools of full research of mental function of the patient. In this regard, the direction of our further research will be directed on creation of a complex technique of inspection of the patient with a syndrome of the angry intestines in the conditions of somatic clinic, taking into account additional psychological and partially psychiatric inspection.

Keywords: syndrome of the angry intestines, mental symptoms

Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта в практике врача-гастроэнтеролога составляют высокий процент. По данным разных авторов синдром раздраженного кишечника среди указанной патологии занимает одно из первых мест. Исследование данного заболевания ведется с конца 19 века. Первые упоминания встречаются в 1871г. у Коста под названием «мукозный энтерит». В 1892 г. Ослер при описании «слизистого колита» обратил внимание на то, что наиболее часто он развивается у пациентов, склонных к истерии и депрессии, указав тем самым на связь с психической патологией. В 1929 г. был предложен термин «синдром раздраженной толстой кишки», который используется до сих пор.

Синдром раздраженного кишечника исследовался совместно гастроэнтерологами и психиатрами, так как явной была связь соматической и пограничной психической симптоматики. М.В. Коркина и В.В. Марилов отнесли СРК к психосоматозу, приводящему в результате к психопатизации личности [7]. Той же позиции придерживаются В.Д. Менделевич, С.Л. Соловьева и неко-

торые другие авторы [12]. А.Б. Смулевич включает данную патологию в группу психосоматических заболеваний [16].

Диагностические критерии на протяжении долгого времени основывались на разных признаках, что приводило к сложностям в постановке диагноза. На данный момент используются Римские критерии III, в основу которых положены предложенные А. Маннингом в 1978г [20]. При изучении психосоматических заболеваний, И.А. Новикова выделяет три основных критерия – наличие психогенного фактора или стрессора, наследственная отягощенность или предрасположенность и особенности личностного психического преморбиды [13]. Дальнейшие исследования подтверждают, что в развитии заболевания играют роль психотравмирующие ситуации, особенности личности, социальное окружение и особенности регуляции нервной системы. А.И. Парфенов в своих исследованиях показывает наличие связи СРК с вегетативными нарушениями с преобладанием парасимпатических влияний.[14]. Н.В. Эльштейн приводит доказательства сочетания гастро-

энтерологических симптомов с явлениями вегетативной дистонии с функциональными заболеваниями других систем.

С увеличением числа доказанных факторов, приводящих к заболеванию, СРК так же представляет интерес для исследований гастроэнтерологами, психологами, социологами, психиатрами, неврологами и физиологами.

Актуальность исследований в настоящее время определяется несколькими факторами. В первую очередь большой распространенностью. Это может быть связано как с улучшением диагностики, большей доступностью обследований, так и с увеличившимся количеством стрессорных ситуаций. Снижение качества жизни у пациентов с СРК, сравнимое с таковым у больных с органической патологией (сахарный диабет, гипертоническая болезнь, инфаркт миокарда, панкреатит и др.). Некоторые авторы рассматривают СРК как «маску» депрессии или иных психических заболеваний, включающих в себя депрессивный, ипохондрический и тревожный компоненты. Существующие схемы лечения недостаточно эффективны, о чем говорит большой процент повторной обращаемости и короткой клинической ремиссии. Так же лечение дорогостоящее, что отрицательно влияет на приверженность к нему. Многие больные часто испытывают затруднения в профессиональной сфере и находят на обеспечении государства, хотя основную группу составляют пациенты молодого и среднего возраста. Помимо этого страдают и межличностные отношения.

В исследованиях В.Д. Тополянского и М.В. Струковской показано, что психогенные факторы и эмоциональное напряжение в 80% являются причиной желудочно-кишечных расстройств [18]. У личностей, развивающихся в определенном социальном окружении, занимающихся преимущественно творческим трудом, а так же интеллектуальным, формируются психологические особенности характера, что при воздействии стрессорных факторов приводит к функциональной патологии различных систем, в том числе к расстройствам ЖКТ. Высокий уровень чувствительности к стрессорам, низкая социальная поддержка, все это приводит к снижению сопротивляемости и истощению нервной системы, сказываясь на регуляции моторики. В сочетании с другими факторами, такими как перенесенные кишечные инфекции, соматическая патология, дисбактериоз, формируется симптомокомплекс раздраженного кишечника.

У многих пациентов по данным Т.А. Климушевой отмечаются количествен-

ные и качественные нарушения пищевого стереотипа [5]. Сюда относится сухоядение, сыроядение, злоупотребление жирной пищей, нарушение пищевого режима, формирование собственной системы питания с исключением многих продуктов, а так же имели место эпизоды голодания и частые очистительные клизмы. Эти данные могут свидетельствовать о фиксации на проблемах с кишечником, педантичности, наличии навязчивостей.

Из факторов, предшествующих развитию заболевания имеется связь с такими событиями, как алкоголизм родителей и их жестокое обращение с детьми, эпизоды агрессии по отношению к пациентам, разводы, воспитание другими родственниками или в детском доме, смерть родителей, сексуальное насилие до достижения совершеннолетия. Все это приводит к формированию тревожности, депрессивным эпизодам и к характерным преморбидным особенностям. В более позднем возрасте имеет значение смерть близких людей, разводы, неудачный брак, конфликты на работе, завышенные требования и ответственность, трудности с воспитанием детей, серьезные заболевания близких, алкоголизм и наркомания супруга и детей, низкий уровень доходов, смена места жительства – все это может послужить пусковым механизмом для начала функционального заболевания.

Кроме воздействия внешних факторов и преморбидных особенностей, ряд авторов выделяет влияние наследственной предрасположенности, однако роль ее неоднозначна. С одной стороны генетика определяет механизмы регуляции на уровне «мозг – кишечник», облегчает возникновение патологических связей и порочных кругов, что создает благоприятные условия для возникновения функционального заболевания при малейшем воздействии стрессорного фактора. С другой стороны – не следует забывать про стереотипы поведения, которые передаются из поколения в поколение. Так, если родители часто болели и обращались за медицинской помощью, то и дети будут вести себя схоже, у них закрепится ипохондричность.

Результаты, получаемые при обследовании пациентов, страдающих СРК, у разных исследователей разные, часто возникает несоответствие по основным вопросам. Обяснить это можно различными подходами к обследованию и применением разнообразных методик, так же отличаются выборки (одни пациенты находятся на стационарном лечении, другие на амбулаторном, наличие сопутствующей соматической и психической патологии) и группы контроля. Все это

приводит к тому, что нет единства мнений и результатов. Единой шкалы или опросника для обследования больных с СРК не существует, что и создает трудности в описании.

При обследовании пациентов с СРК обращает на себя несоответствие объективных данных при оценке тяжести состояния и жалоб самого больного, однако сопоставимо с выявленными нарушениями невротического и аффективного спектров. По данным Т.В. Турко и В.М. Махова только у 5% при психиатрическом обследовании не было установлено наличие каких-либо психических расстройств [19]. У таких пациентов расстройства гастроэнтерологического профиля имели симптоматический характер и купировались стандартными схемами лечения с установлением длительной ремиссии. У остальных пациентов имелись аффективные расстройства в виде циклотимии и дистимии, различные личностные расстройства и ипохондрические. При тестировании по К. Леонгарду, было выявлено преобладание эмоционально нестабильных акцентуаций, таких как эмотивные, циклоидные, демонстративные.

Среди наиболее часто встречающихся симптомов депрессивные расстройства с суицидальными мыслями, снижение самооценки, снижение аппетита до анорексии, нарушение цикла сон-бодрствование, ипохондрическая фиксация на болезненных ощущениях в проекции кишечника.

В исследовании А.П. Погромова, Г.М. Дюковой и М.Л. Леоновой представлено, что больные с функциональными заболеваниями ЖКТ достоверно чаще предпочитают домашнюю еду, имеют навязчивые ритуалы, такие как мытье рук, ограничивают свои карьерные возможности, озабочены проблемой туалета и др [15]. У них формируется нарушение социальной адаптации, что негативно влияет на их самочувствие.

Ожидание нового приступа болезни приводит к усилению тревоги, что становится причиной симпатикотонии, которая в свою очередь может спровоцировать расстройство стула. Пациенты вынуждены изменять свой ритм жизни, вставать на несколько часов раньше, чтобы успеть на работу, отказаться от общественного транспорта, изменять привычный маршрут, на тот, на пути которого встречаются общественные туалеты, питаться однообразно и только в определенных местах или стараться есть как можно меньше. На работе сложно сосредоточиться, возникает страх перед посещением туалета или боязнь того, что он будет занят. Возникает необходимость поиска работы с индивидуальным графиком. Появляются трудности

в сексуальной жизни вплоть до импотенции и фригидности, пациенты склонны избегать интимной близости по причине неуверенности в себе и опасений возникновения новых приступов боли и расстройства стула. Явления растерянности, неуверенности, тревожности и навязчивых страхов сочетается с потребностью в сочувствии и поддержке близких людей.

Т.А. Климушева приводит связь психических проявлений с вариантами течения СРК [5]. Так, при диарейном варианте преобладает синдром тревоги с сочетанием с субдепрессией. Имеет место «избегающее поведение». Характерно для сенситивных, тревожно-мнительных и шизоидных сенситивного круга пациентов. При течении СРК с преобладанием запоров чаще встречаются ипохондрические и тревожно-ипохондрические синдромы. Возникали опасения заболеть раком или другим серьезным заболеванием. Появлялись сверхценные идеи и панические атаки. Встречался при исследовании дисморфофобический синдром с анорексией и формированием неправильного поведения в виде искусственного вызывания рвоты, прием слабительных, постановка очистительных клизм. Вариант течения с чередованием диареи и запоров характеризовался сочетанием тревожной и депрессивной симптоматики, психалгий. При алгическом течении СРК расстройства несут вид алгической депрессии.

Влияние особенностей личности на протекание заболевания не оставляет сомнений, но в дальнейшем присоединяются такие расстройства как депрессия, тревожность, ипохондрия, что утяжеляет состояние пациента. Ухудшение соматического статуса негативно влияет на выздоровление и приводит к еще более серьезным психическим нарушениям. Таким образом, одна патология может выступать под «маской» другой, что затрудняет диагностику и лечение. Формируется «порочный круг», который создает необходимость привлечения к лечению таких специалистов как психиатр и психотерапевт, а так же включение в схему лечения препаратов, влияющих на психическую патологию, например антидепрессантов и других.

Стандарты лечения СРК допускают назначение дополнительных препаратов. Используются различные сочетания лекарственных средств с методами психотерапии, причем наилучшие результаты наблюдаются при совместном ведении пациента гастроэнтерологом и психиатром или психотерапевтом.

Согласно Римским критериям III, в первую очередь необходимо нормализовать об-

раз жизни пациента, исключить из рациона продукты, провоцирующие приступ заболевания, соблюдение сбалансированной диеты и назначение лекарственных препаратов и пробиотиков в зависимости от варианта течения и ведущих клинических проявлений.

Проводились исследования лечения дулоксетином. Через 8 месяцев терапии у большинства пациентов наблюдалось клиническое улучшение, но требовалось продолжение лечения в виду сохранения отдельных жалоб. Хорошие результаты показывает назначение эглонила и amitриптилина. При использовании психотерапевтических методик наблюдается уменьшение проявлений аффективного спектра, снижается уровень депрессии и тревожности, однако остается настороженность в отношении своего здоровья, что связано с большой длительностью течения заболевания. Имеются улучшения соматического состояния, снижение тревожности не запускает механизм возникновения болей. Качество жизни пациентов улучшается за счет уменьшения проявления психической и соматической симптоматики.

Т.о. имеется достаточная проработанность вопроса сочетания соматического и психического компонентов при функциональных заболеваниях желудочно-кишечного тракта, в частности при синдроме раздраженного кишечника. Однако при диагностике и лечении подобных ситуаций в реальной практике отсутствует инструментарий полноценного исследования этих двух составляющих.

В связи с этим, направление нашего дальнейшего исследования будет направлено на создание комплексной методики обследования больного синдромом раздраженного кишечника в условиях соматической клиники, с учетом дополнительного психологического и частично психиатрического обследования.

Список литературы

1. Есаулов В.И., Марилев В.В. Комплексная психотерапия синдрома раздраженного кишечника // Вестник РУДН. Серия: Медицина. – 2001. – № 2. – С.54-57.
2. Есаулов В.И. О динамике психоэмоционального состояния у пациенток с болевой формой синдрома раздраженного кишечника при психотерапии // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – №6.
3. Есаулов В.И. О некоторых эмоционально-личностных характеристиках пациентов с синдромом раздраженного кишечника // European research. – 2015. – № 5 (6). – С.76-78.
4. Иванов С.В. Клиника и терапия психосоматических расстройств в гастроэнтерологии // Депрессия в общей практике: проявления и терапия. – 2003. – № 6. – С. 9–11.
5. Климушева Т.А. Синдром раздраженного кишечника глазами психиатра // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2008. – Т. 18, № 4. – С. 82-86.
6. Конорев М.Р. Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта: синдром раздраженного кишечника // Медицинские новости. – 2002. – № 4. – С. 15-19.
7. Коркина М.В., Марилев В.В. Психосоматические расстройства толстой кишки // Неврол. психиатр. – 1989. – Т. 89, № 11. – С. 96–100.
8. Маев И.В., Черемушкин С.В. Синдром раздраженного кишечника: пособие для врачей. – М.: Форте принт, 2012. – 52 с.
9. Марилев В.В., Есаулов В.И. Психические нарушения при синдроме возбудимой толстой кишки // Вестник РУДН. Серия: Медицина. – 2000. – № 3. – С. 98-101.
10. Марилев В.В. Клинические варианты психосоматической патологии желудочно-кишечного тракта: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1993. – 48 с.
11. Мартынов А.И., Шилов А.М., Макарова И.А. Синдром раздраженного кишечника – патогенетические механизмы // Лечащий врач. – 2010. – №5. -www/lvrach.ru/2010/05/13771999.
12. Менделевич В.Д., Соловьёва С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 607 с.
13. Новикова И.А. Патофизиологические аспекты формирования психосоматических заболеваний (патофизиология, психиатрия): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Архангельск, 2005. – 51 с.
14. Парфенов А.И. Синдром раздраженного кишечника // Московский медицинский журнал. 1999. – № 1. – С. 12–15.
15. Погромов А.П., Дюкова Г.М., Леонова М.Л. Психовегетативные аспекты функциональной желудочной диспепсии и синдрома раздраженного кишечника, эффективность терапии дулоксетином // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2012. – Т. 22, № 3. – С. 26-32.
16. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства // Соц. клин. психиатрия. – 1997. – № 1. – С. 5–18.
17. Смулевич А.Б., Сыркин А.М., Рапопорт С.И. и др. Органые невроты как психосоматическая проблема // Журн. неврол. психиатр. – 2000. – Т. 100, № 12. – С. 4–42.
18. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. – М.: Медицина, 1986.
19. Турко Т.В., Махов В.М. Синдром раздраженного кишечника // Болезни органов пищеварения. РМЖ. – 2006. – №1. – С.52-61.
20. Шептулин А.А. Римские критерии III синдрома раздраженного кишечника: что мы ожидали и что мы увидели? // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2007. – Т. 17, № 2. – С. 63-68.