

Психологическая коморбидность у пациентов с синдромом раздраженного кишечника



Синдром раздраженного кишечника (СРК) является наиболее часто диагностируемым функциональным желудочно-кишечным расстройством при оказании первичной и вторичной медико-санитарной помощи, которым страдает от 5% до 10% населения мира. Он характеризуется дискомфортом и болью в животе, изменениями в работе кишечника, которые могут серьезно повлиять на качество жизни пациента. СРК не имеет доступных биологических маркеров или этиотропной терапии, пациент может пройти дорогостоящие тесты и методы лечения [1].

СРК устанавливается на основе Римским диагностическими критериями IV (рис. 1), в которых можно обозначить несколько отличий от предыдущей редакции. Среди них – анамнез (начало клинических проявлений в течение не менее 6 мес. до постановки диагноза), текущая активность (наличие симптомов в течение последних 3 мес.), частота (указанные в критериях

симптомы присутствуют не реже 1 раза в неделю, в отличие от 3 дней в месяц, как предлагалось в Римских критериях III), и все это – при отсутствии очевидных анатомических и физиологических отклонений при проведении рутинного клинического обследования по показаниям, иными словами, при отсутствии «симптомов тревоги» [2].

Рис. 1. Римские диагностические критерии СРК IV.

Рецидивирующая абдоминальная боль в среднем как минимум 1 день в неделю за последние 3 мес., ассоциированная с 2 и более следующими симптомами:



связанная с дефекацией;

ассоциированная с изменением частоты стула;

ассоциированная с изменением формы стула.

Критерии валидны при условии их наличия в течение последних 3 мес. с началом симптомов не менее 6 мес. назад! [2]

Патофизиология СРК еще не до конца ясна. Было высказано предположение о нарушении так называемой «оси мозг-кишечник», которая определяет изменения в моторике и секреции пищеварительной системы, вызывает висцеральную гиперчувствительность и приводит к клеточным и молекулярным аномалиям в энтероэндокринной и иммунной системах. Генетические, экологические, воспалительные, неврологические и психологические факторы, помимо висцеральной гиперчувствительности, могут играть важную роль в сложном взаимодействии между кишечником и мозгом [3].

Последствия СРК могут вызывать у человека ощущение, что он не может жить в полной мере, нежелание выходить из дома из-за страха появления симптомов, что приводит к унынию и депрессии. Было продемонстрировано, что оценка собственного здоровья пациентами с СРК представляет собой сложную концепцию, которая охватывает физические, психологические и социальные факторы. Самооценка здоровья наиболее тесно связана с внекишечными жалобами и психосоциальным статусом. Особенно сильными коррелятами самооценки здоровья были переменные дистресса (стресс, депрессия, тревожность). Пациенты, которые характеризовали текущие жизненные обстоятельства как более стрессовые, сообщали о худшем состоянии здоровья, как и пациенты, которые сообщали о более высоком уровне депрессии [4].

В другом исследовании изучили сопутствующие психологические проблемы у пациентов с СРК и их влияние на прогноз в

течение 12 месяцев среди 807 пациентов, соответствующих Римским диагностическим критериям IV СРК. Из них 245 не имели психологических сопутствующих проблем, 177 (22%) имели одну, 139 (17%) - две, 103 (13%) - три, 89 (11%) четыре и 54 (7%) имели пять психологических сопутствующих проблем. Исходная тяжесть симптомов СРК значительно увеличивалась с увеличением количества сопутствующих психологических заболеваний; 72% пациентов с пятью психологическими сопутствующими заболеваниями сообщили о тяжелых симптомах по сравнению с 29% пациентов, у которых их не было ($P < 0,001$). Среди 452 (56,0%) участников, наблюдавшихся через 12 месяцев, те, у кого было больше психологических сопутствующих заболеваний на исходном уровне, значительно чаще обращались к гастроэнтерологу (33,3% из тех, у кого было 5 психологических сопутствующих заболеваний, по сравнению с 21,4% из тех, у кого их не было, $P = 0,001$). Взрослые с более серьезными психологическими проблемами также с большей вероятностью проходили курс лечения, сообщали о более серьезных симптомах СРК и постоянной боли в животе, а также сообщали, что симптомы влияли на их повседневную деятельность, по крайней мере, в половине случаев [5].

Психологическая оценка и доступ к терапии для пациентов с психологической коморбидностью могут улучшить прогноз СРК. Как пишет Spiegel [6], собранные в нужном месте и в нужное время, клинические данные, сообщаемые пациентами, могут эффективно помочь в выявлении и лечении состояний, повысить удовлетворенность пациентов и улучшить взаимоотношения между врачом и пациентом.

Литература

1. Whitehead WE, Palsson OS, Levy RR, Feld AD, Turner M, Von Korff M. Comorbidity in irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol*. 2007;102(12):2767-2776. doi:10.1111/j.1572-0241.2007.01540.x
2. Маев И.В., Черемушкин С.В., Кучерявый Ю.А., Черемушкина Н.В. Алгоритм ведения пациентов с синдромом раздраженного кишечника. Римские критерии IV. *РМЖ*. 2017;10:718-722.
3. Barbara G, Cremon C, Carini G, et al. The immune system in irritable bowel syndrome. *J Neurogastroenterol Motil*. 2011;17(4):349-359. doi:10.5056/jnm.2011.17.4.349
4. Bellini M, Gambaccini D, Stasi C, Urbano MT, Marchi S, Usai-Satta P. Irritable bowel syndrome: a disease still searching for pathogenesis, diagnosis and therapy. *World J Gastroenterol*. 2014;20(27):8807-8820. doi:10.3748/wjg.v20.i27.8807
5. Goodoory VC, Mikocka-Walus A, Yiannakou Y, Houghton LA, Black CJ, Ford AC. Impact of Psychological Comorbidity on the Prognosis of Irritable Bowel Syndrome. *Am J Gastroenterol*. 2021;116(7):1485-1494. doi:10.14309/ajg.0000000000001247
6. Spiegel BM. Patient-reported outcomes in gastroenterology: clinical and research applications. *J Neurogastroenterol Motil*. 2013;19(2):137-148. doi:10.5056/jnm.2013.19.2.137