

Психосоматические соотношения у пациентов с дивертикулярной болезнью и синдромом раздраженного кишечника

Л.В. Ромасенко¹, В.М. Махов², Ю.А. Доронина², И.М. Пархоменко¹

¹ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации; Россия, г. Москва

² ФГАУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет); Россия, г. Москва

РЕЗЮМЕ

Цель исследования: выяснение специфики психосоматических соотношений, значимой для обоснования оптимальной лечебно-диагностической тактики у пациентов, страдающих гастроэнтерологическими заболеваниями органического/функционального характера.

Дизайн: междисциплинарное наблюдательное описательное исследование.

Материалы и методы. На основе междисциплинарного сотрудничества (гастроэнтеролог/психиатр), в соответствии со стандартами ведения больных с гастроэнтерологическими заболеваниями, Законом об оказании психиатрической помощи клиническим, психопатологическим, психометрическим методами обследованы 224 пациента отделения гастроэнтерологии, страдающих дивертикулярной болезнью толстой кишки (ДБТК) (112 чел., основная группа) и синдромом раздраженного кишечника (СРК) (112 чел., группа сравнения).

Результаты. Установлено, что при органической природе гастроэнтерологического заболевания (ДБТК) коморбидные психические расстройства носят симптоматический характер, преимущественно в рамках реакций личности на болезнь. Их выраженность коррелирует с особенностями течения соматического заболевания — его этапом, тяжестью. При СРК (функциональное гастроэнтерологическое расстройство) имеет место коморбидность отдельных психопатологических синдромов в рамках соматизированного психического расстройства. Его клиническое содержание представлено соматоформной вегетативной дисфункцией в структуре коморбидных синдромов — депрессивного, невротического, шизотипического.

Заключение. Выявленные принципиальные различия имеют значение для обоснования индивидуальной лечебно-диагностической концепции в процессе междисциплинарного сотрудничества гастроэнтерологов и психиатров.

Ключевые слова: коморбидные гастроэнтерологические и психические расстройства, характер психосоматических соотношений, междисциплинарное сотрудничество, дивертикулярная болезнь кишечника, синдром раздраженного кишечника.

Вклад авторов: Ромасенко Л.В. — обоснование психиатрического аспекта исследованной проблемы, обследование пациентов, анализ и интерпретация данных, обзор публикаций по теме статьи, оформление результатов исследования; Махов В.М. — обоснование гастроэнтерологического аспекта исследованной проблемы, обследование пациентов, анализ и интерпретация данных, обзор публикаций по теме статьи; Доронина Ю.А. — гастроэнтерологическое обследование пациентов, формирование выборок, обзор публикаций по теме статьи, оформление результатов исследования, статистическая обработка данных; Пархоменко И.М. — психиатрическое обследование пациентов, формирование выборок, обзор публикаций по теме статьи.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Ромасенко Л.В., Махов В.М., Доронина Ю.А., Пархоменко И.М. Психосоматические соотношения у пациентов с дивертикулярной болезнью и синдромом раздраженного кишечника. Доктор.Ру. 2020; 19(4): 55–60. DOI: 10.31550/1727-2378-2020-19-4-55-60

Psychosomatic Correlations in Patients with Diverticular Disease and Irritable Bowel Syndrome

L.V. Romasenko¹, V.M. Makhov², Yu.A. Doronina², I.M. Parkhomenko¹

¹ V.P. Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology (a Federal Government-funded Institution), Russian Federation Ministry of Health; 23 Kropotkinsky Pereulok, Moscow, Russian Federation 119034

² I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University) (a Federal Government Autonomous Educational Institution of Higher Education), Russian Federation Ministry of Health; 8 Trubetskaya St., Bldg. 2, Moscow, Russian Federation 119991

ABSTRACT

Objective of the Study: To identify the characteristics of psychosomatic correlations that could be significant in providing rationales for optimal diagnostic and treatment algorithms for patients with organic or functional gastroenterological disorders.

Ромасенко Любовь Владимировна (**автор для переписки**) — д. м. н., профессор, руководитель отделения психосоматических расстройств ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. 119034, Россия, г. Москва, Кропоткинский пер., д. 23. eLIBRARY.RU SPIN: 6225-4232. E-mail: lromasenko@mail.ru

Махов Валерий Михайлович — профессор кафедры факультетской терапии № 1 ФГАУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), д. м. н., профессор. 119991, Россия, г. Москва, Трубецкая ул., д. 8, стр. 2. E-mail: makhov-dok@mail.ru (Окончание на с. 56.)



Оригинальная
статья



Original
Paper

Study Design: This was a multidisciplinary observational descriptive study.

Materials and Methods: Two hundred and twenty-four gastroenterology department patients were examined by a multidisciplinary team (a gastroenterologist and a psychiatrist), who performed clinical examinations and used psychopathological and psychometric methods in accordance with the standards of care for patients with gastroenterological disorders and the Russian Mental Health Care Act. These were 112 patients with colonic diverticular disease (CDD) (main group) and 112 patients with irritable bowel syndrome (IBS) (comparison group).

Study Results: The study showed that in patients with organic gastroenterological disorders (such as CDD) comorbid mental disorders are symptomatic and primarily manifest as personality-based responses to the diagnosis. How marked these responses are correlates with the characteristics of the underlying medical condition (its phase and severity). IBS, a functional gastroenterological disorder, may be accompanied by a number of psychopathological syndromes, as a somatic symptom disorder. Its clinical signs include somatoform autonomic dysfunction, manifested as a part of comorbid syndromes (depressive, neurotic, or schizotypal).

Conclusion: The critical differences identified are significant as grounds for a personalized approach to diagnosis and treatment in multidisciplinary collaboration between gastroenterologists and psychiatrists.

Keywords: comorbid gastroenterological and mental disorders, nature of psychosomatic correlations, multidisciplinary collaboration, diverticular disease of intestine, irritable bowel syndrome.

Contributions: Romasenko, L.V. — provided the rationale for the psychiatric aspect of the issue studied; examined patients; analyzed and interpreted data; reviewed relevant publications; presented the results of the study; Makhov, V.M. — provided the rationale for the gastroenterological aspect of the issue studied; examined patients; analyzed and interpreted data; reviewed relevant publications; Doronina, Yu.A. — performed gastroenterological examinations; created the study populations; reviewed relevant publications; presented the results of the study; did statistical data analysis; Parkhomenko, I.M. — performed psychiatric examinations; created the study populations; reviewed relevant publications.

Conflict of interest: The authors declare that they do not have any conflict of interests.

For citation: Romasenko L.V., Makhov V.M., Doronina Yu.A., Parkhomenko I.M. Psychosomatic Correlations in Patients with Diverticular Disease and Irritable Bowel Syndrome. *Doctor.Ru.* 2020; 19(4): 55–60. (in Russian) DOI: 10.31550/1727-2378-2020-19-4-55-60

ВВЕДЕНИЕ

Проблема коморбидных соматических и психических расстройств в общемедицинской практике является одной из наиболее актуальных, в частности потому, что в этих случаях расходы на лечение повышаются на 50–75% [1]. Примерно у 50% пациентов гастроэнтерологического стационара не представляется возможным установить какую-либо органическую патологию, объясняющую гастроинтестинальные симптомы.

Наш собственный длительный опыт междисциплинарного сотрудничества психиатров и гастроэнтерологов позволяет утверждать, что ежегодно в гастроэнтерологической клинике до 35% пациентов нуждаются в консультативной/лечебной психиатрической помощи; имеют место практически все известные психические расстройства, начиная от невротических, личностных реакций и заканчивая грубыми психоорганическими синдромами.

Анализ характера соматопсихических/психосоматических соотношений на клиническом «срезе» больных, обследованных в течение года, свидетельствует, что у 47% пациентов гастроэнтерологического стационара наблюдаются соматизированные психические расстройства, у 37% — симптоматические (как соматогенные, так и психогенные), у 16% эти отношения могут быть определены как сочетание соматического заболевания и психического расстройства [2].

Наиболее сложные дифференциально-диагностические проблемы и, соответственно, трудности определения оптимальной лечебной тактики имеются при заболеваниях ЖКТ с актуальной психической патологией. Клинико-динамические закономерности последней существенно различаются в случаях органического либо преимущественно функционального характера основной болезни.

К числу актуальных в гастроэнтерологической практике заболеваний с установленной органической природой отно-

сят дивертикулярную болезнь толстого кишечника (ДБТК; К57 по МКБ-10) — различные клинические состояния — от дивертикулеза ободочной кишки (истонченных выпячиваний слизистой оболочки за пределы кишечной стенки) до дивертикулярной болезни, характеризующейся наличием не только дивертикулов, но и воспалительного процесса с возможными опасными для жизни осложнениями.

Установлено, что заболевание длительное время протекает бессимптомно; выявляется в возрасте 50–75 лет; имеет место тенденция к омоложению контингента больных и увеличению частоты встречаемости ДБТК в общей структуре заболеваний кишечника до 18–20%, а в старших возрастных группах — до 60%.

В последнее десятилетие актуальность проблемы ДБТК определяется не только медицинскими, но и экономическими аспектами (прямая и косвенная финансовая нагрузка на здравоохранение), так как все чаще она встречается у лиц трудоспособного возраста и занимает 5-е место среди гастроэнтерологических заболеваний [3].

Другое распространенное в гастроэнтерологии расстройство — синдром раздраженного кишечника (СРК) — в соответствии с современными диагностическими представлениями отнесено к категории функциональных гастроэнтерологических расстройств. Показательно, что эти расстройства являются предметом междисциплинарных исследований; в МКБ-10 они входят в классы и соматических (К58), и психических (F45) расстройств. Современные критерии (IV Римские согласительные критерии) предполагают многоосевую их диагностику (учет коморбидной психической патологии). Показателен и тот факт, что соответствующую международную ассоциацию возглавляет известный психиатр D.A. Drossman.

Клиническая картина ДБТК и СРК имеет сходство, в первую очередь в связи с такими основными проявлениями, как болевой синдром и нарушения стула. Установлено также, что СРК

Доронина Юлия Андреевна — аспирант кафедры факультетской терапии № 1 ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет). 119991, Россия, г. Москва, Трубецкая ул., д. 8, стр. 2. E-mail: doctororonina@mail.ru

Пархоменко Инна Михайловна — к. м. н., старший научный сотрудник отделения психосоматических расстройств ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. 119034, Россия, г. Москва, Кропоткинский пер., д. 23. eLIBRARY.RU SPIN: 6260-6722. E-mail: innaparkhomenko@inbox.ru

(Окончание. Начало см. на с. 55.)

на определенных этапах течения ДБТК имеет самостоятельное клиническое значение — на начальном этапе маскирует клинику текущей ДБТК, а на развернутом может ее усугублять [4].

С учетом отмеченной актуальности проведено настоящее исследование, **цель** которого состояла в выяснении специфики психосоматических соотношений, значимой для обоснования оптимальной лечебно-диагностической тактики у пациентов, страдающих гастроэнтерологическими заболеваниями органического/функционального характера.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В 2018–2019 гг. в Университетской клинической больнице № 1 в отделении гастроэнтерологии № 2 (ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России) совместно с сотрудниками отделения психосоматических расстройств ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России обследованы 224 пациента, страдающих ДБТК (112 чел., основная группа) и СРК (112 чел., группа сравнения). Их общие социально-демографические параметры приведены в *таблице 1*.

Обследование отобранных в группы пациентов (основной критерий — установленный клинический диагноз) проводилось в соответствии с стандартами ведения больных с гастроэнтерологическими заболеваниями в стационаре: сбор жалоб и анамнестических сведений, физикальное обследование; стандартное лабораторно-диагностическое обследование, включающее общий и биохимический анализы крови, анализ крови на неспецифические маркеры воспаления (СРБ, фибриноген), на кишечные инфекции (сальмонеллы, шигеллы, иерсинии); анализ кала на дисбактериоз,

скрытую кровь, токсины А, В, *Clostridium difficile*; исследование мочи. При изучении копрограммы проводились макроскопическое, микроскопическое, химическое исследования.

В качестве одного из критериев воспаления кишечника методом ИФА с использованием поликлональных антител определялась концентрация фекального кальпротектина (концентрацию более 50 мкг/г считали положительным результатом).

Состояние органов брюшной полости определяли с помощью УЗИ, видеоэзофагогастродуоденоскопии, видеоилеоколоноскопии и/или рентгенологического исследования (ирригоскопии). Оценивалось состояние слизистой оболочки пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки для обнаружения сопутствующих заболеваний, у пациентов с ДБТК — на предмет наличия или отсутствия дивертикулов пищевода, желудка, подвздошной кишки.

Обследование пациентов психиатром (после получения информированного согласия) предполагало клиническую беседу с выявлением актуальных жалоб, сбор анамнестических сведений, квалификацию психического состояния на синдромальном уровне (с учетом критериев МКБ-10). Соответствующие данные, а также рекомендации по лечению фиксировались в истории болезни пациента. Результаты психиатрического обследования обсуждались с лечащим врачом или на консилиуме врачей, учитывались при обосновании диагностической концепции (превалирование соматических/психических расстройств), соответственно, соматической/психосоматической лечебно-диагностической модели болезни. Такой подход позволял реализовать на паритетных

Таблица 1 / Table 1

Основные социально-демографические характеристики обследованных Basic social and demographic characteristics of study participants

Характеристики / Characteristics	Дивертикулярная болезнь толстого кишечника / Colonic diverticular disease (n = 112)	Синдром раздраженного кишечника / Irritable bowel syndrome (n = 112)
Средний возраст, годы / Mean age, years	64 ± 10,7	37,2 ± 12,6*
Пол, n (%) / Sex, n (%): • мужчины / Male • женщины / Female	26 (23,2) 86 (76,8)	31 (27,7) 81 (72,3)
Семейное положение, n (%) / Marital status, n (%): • состоят в браке / Married • не замужем/не женаты / Never married • разведена/разведен / Divorced • вдова/вдовец / Widowed	65 (58,0) 6 (5,4) 14 (12,5) 27 (24,1)	67 (59,8) 35 (31,2)* 6 (5,4) 4 (3,6)*
Образование, n (%) / Education, n (%): • высшее / University • среднее специальное / Vocational secondary school • среднее / High school	86 (76,8) 17 (15,2) 9 (8,0)	85 (75,9) 15 (13,4) 12 (10,7)
Инвалидность, n (%) / Disability, n (%)	11 (9,8)	3 (2,7)*
Средний возраст установления диагноза, годы / Mean age at diagnosis, years	58,9 ± 10,2	34,5 ± 11,9*
Средняя длительность заболевания по появлению жалоб, годы / Mean duration of disease (from onset of complaints), years	7,24 ± 4,63	4,9 ± 3,9
Средняя длительность заболевания с момента установления диагноза, годы / Mean duration of disease (from time of diagnosis), years	5,14 ± 4,84	2,7 ± 2,5

* P ≤ 0,01.

началах комплексное взаимодействие врачей разных специальностей. Терапия проводилась в период пребывания пациента в стационаре, а в дальнейшем амбулаторно.

Помимо клинического психиатрического проведено психометрическое обследование больных с применением опросника SCL-90-R (для выявления спектра преобладающих психических расстройств), анкеты Short Form-36 по оценке качества жизни.

Статистический анализ предполагал оценку значимости различий в выраженности количественного признака для двух несвязанных групп с использованием критерия Манна — Уитни ($p \leq 0,01$). Обработка результатов производилась с помощью программы Microsoft Excel и программного пакета Statistica 10.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Различия по отдельным проанализированным социально-демографическим показателям обусловлены (в том числе опосредовано) возрастной спецификой обследованных в группах (табл. 1, 2).

Обращает на себя внимание преобладание лиц пожилого возраста в основной группе по таким показателям, как средний возраст, число участников в возрасте от 61 года и старше, тогда как в группе сравнения было больше больных в возрасте до 60 лет. Соответственно, в основной группе значимо чаще встречались лица овдовевшие, являющиеся инвалидами. У пациентов основной группы диагноз устанавливался в более позднем возрасте.

В соответствии с целью исследования проведено сопоставление параметров, характеризующих: а) преморбид обследованных (относительно формирующейся соматической болезни); б) выявляемые психические расстройства (феноменология, генез и клиническая динамика, характер соотношений с соматической патологией); в) совокупность приоритетных диагностических проблем.

У пациентов основной группы до заболевания и на начальном его этапе не установлены какие-либо специфические преморбидные особенности. Их адаптация была удовлетворительной, 7 (6,3%) больных обращались за психиатрической помощью, находились на амбулаторном лечении по поводу шизотипического, депрессивного расстройства.

У 80 (71,4%) человек, страдающих ДБТК, по результатам оценки актуального психического состояния (ведущего психопатологического синдрома) выявлены психические расстройства: невротические — тревожные, тревожно-фобические, ипохондрические ($n = 39, 48,7\%$); депрессивные ($n = 23, 28,7\%$), личностные ($n = 13, 16,3\%$), шизотипические ($n = 5, 6,3\%$).

Показательно, что в большинстве случаев (70 (87,5%) наблюдений) эти расстройства представляли собой реакцию на болезнь, т. е. носили нозогенный характер. Кроме того, установлена и отчетливая корреляция выраженности актуальной психической патологии с этапом течения соматической болезни.

Так, на начальном этапе болезни (дивертикулез; $n = 16, 20\%$) реакция пациентов на факт выявленного заболевания проявлялась преимущественно тревожно-фобическими переживаниями, в некоторых случаях — заострением личностных особенностей. По мере прогрессирования заболевания (дивертикулярная болезнь; $n = 54, 67,5\%$) у пациентов актуализировались депрессивные, ипохондрические, СРК-подобные расстройства. У 10 (12,5%) человек с хронической дивертикулярной болезнью психогенно обусловленные переживания по мере усугубления соматического неблагополучия сменялись устойчивыми астеноипохондрическими расстройствами.

Таким образом, с учетом характера синдрома кинеза коморбидной патологии психосоматические соотношения в группе больных с ДБТК могут быть обозначены как преимущественно симптоматические. Психические расстройства в этих случаях представляют собой производные (психогенные/соматогенные) от основного заболевания, что имеет значение для выбора лечебной тактики. В связи с этим необходимо отметить и отдельную выборку основной группы, где симптоматические соотношения были, очевидно, преформированы за счет специфического преморбида обследованных, прежде всего шизотипического.

Ипохондрические расстройства в форме навязчивой или сверхценной ипохондрии у этих больных возникали задолго до манифестации ДБТК, характеризовались автономным от соматического заболевания стереотипом развития. Искаженная внутренняя картина болезни у таких пациентов с эксцентричным их поведением, приверженностью к нетрадиционным методам лечения (особые диеты, очищения и т. п.) иногда приводила и к развитию дивертикулита.

Отдельного клинического анализа заслуживают и пациенты группы ДБТК (61 (54,5%) наблюдение), заболевание которых нередко длительное время расценивалось как функциональное расстройство в форме СРК. Основаниями для таких диагностических суждений являлись, с одной стороны, недостаточное обследование (инструментальное прежде всего) на предмет дивертикулеза, а с другой — абсолютизирование сходных жалоб (болевой синдром, неустойчивость стула и др.). Показательно, что дифференциальная диагностика в этих случаях затруднялась и в связи с особенностями психического состояния пациентов, искаженной внутренней картиной болезни.

Данный факт отмечен в исследовании гастроэнтерологов [5], в соответствии с результатами которого дивертикулез коррелирует не только с хроническими СРК-синдромами, но и с длительными эмоциональными расстройствами, выходящими за рамки событий, связанных с болезнью.

Предложено обозначать этот синдром как СРК-подобный по аналогии с таковым после перенесенного инфекционного

Таблица 2 / Table 2

Возрастная характеристика обследованных, n (%) Age profile of study participants, n (%)

Возрастные группы / Age groups	Дивертикулярная болезнь толстого кишечника / Colonic diverticular disease (n = 112)	Синдром раздраженного кишечника / Irritable bowel syndrome (n = 112)
18–44 года / 18-44 years	7 (6,3)	86 (76,8)*
45–60 лет / 45-60 years	26 (23,2)	20 (17,8)
61–75 лет / 61-75 years	64 (57,1)	6 (5,4)*
Старше 75 лет / > 75 years	15 (13,4)	0*

* $P \leq 0,01$.

заболевания, высказано мнение о соматогенном происхождении СРК (функционального расстройства) в этих случаях.

Характеризуя преморбид обследованных группы сравнения, отметим, что больные с установленным диагнозом СРК значительно чаще ранее обращались за психиатрической помощью (23,2%). По данным же настоящего психиатрического обследования, те или иные психические расстройства разной степени выраженности имели место у большинства участников этой группы (107 наблюдений). Показательно, что их расстройства (личностные, аффективные, невротические) соотносились с определенным личностным складом («телесно реагирующие», по К. Шнайдеру).

Анамнестические данные свидетельствуют, что жалобы со стороны ЖКТ отмечались у больных с детства, выражались в неустойчивости аппетита, частых диспепсиях, непереносимости ряда продуктов, тошноты, рвоты. В ситуациях эмоционального напряжения у них возникали позывы на дефекацию, понос. При этом если соматогения способствовала непосредственному выявлению кишечных расстройств, то психогении часто провоцировали у больных вначале различные невротические реакции в виде ощущений учащенного сердцебиения, головных болей, лишь затем — нарушений функций кишечника. Указанные особенности личностного реагирования имели значение для клинического оформления заболевания у пациентов в этой группе.

На определенном возрастном этапе ($34,5 \pm 11,9$ года) перечисленная совокупность проблем со здоровьем уже соответствовала критериям диагностики расстройства как такового (МКБ-10) — препятствовала социальному функционированию, требовала оказания медицинской помощи.

Актуальные психические расстройства у 107 обследованных с установленным диагнозом СРК включали аффективные расстройства тревожно-депрессивного спектра (54 (50,5%) наблюдения); невротические (30 (28%) наблюдений), шизотипические расстройства (23 (21,5%) наблюдения).

Таким образом, психические расстройства были представлены преимущественно депрессивными синдромами различной структуры (тревожными, ипохондрическими, маскированными, истерическими); легкими и умеренно выраженными синдромами при расстройствах адаптации, циклотимии, рекуррентных и биполярных аффективных расстройствах. Помимо этого, имели место тревожно-фобические, панические и сенесто-ипохондрические расстройства.

Невротические расстройства формировались у больных с личностной патологией — преобладали лица с истерическим складом (истеро-возбудимые, истеро-эпилептоидные, истеро-шизоидные, истеро-циклоидные), реже встречались циклоидные, тревожно-мнительные личности. Пациенты с личностными расстройствами (достаточно компенсированными), как правило, ранее за психиатрической помощью не обращались. Основные жалобы (обычно драматического, преувеличенного характера), в связи с которыми они поступали в клинику, — понос, снижение веса, боли по ходу кишечника. Выявляемые расстройства оценивались как функциональные.

Обращает на себя внимание тот факт, что в каждом пятом случае у обследованных в группе сравнения обнаруживалось шизотипическое расстройство с синдромом сенсоипохондри, коморбидным СРК. Навязчивая ипохондрия проявлялась у этих пациентов астеноипохондрическими, субдепрессивными и тревожно-фобическими расстройствами с избегающим поведением. При сверхценной ипохондрии больным были присущи такие особенности, как охваченность болезненными переживаниями, стеничность с повторными

попытками обследования, установками на немедленное оперативное вмешательство, созданием собственной концепции заболевания, в ряде случаев имела место тяжелая ятрогенная патология в виде последствий необоснованных манипуляций, которых больные активно добивались.

Анализ историй болезни этих пациентов свидетельствовал, что и до появления кишечных дисфункций у них были определенные психические расстройства — эпизоды нервной анорексии, «невроз сердца», очерченные депрессивные состояния. Заболевание в данной группе отличалось худшим прогнозом, прежде всего потому, что больные отвергали адекватные методы терапии, предпочитая повторные длительные обследования.

Выявленные различия в группах подтверждаются и результатами психометрического обследования, в соответствии с которыми заболевание у пациентов основной группы (ДБТК) в значительно большей степени снижает качество жизни, чем у пациентов, страдающих СРК. Кроме того, у них значимо выше показатели соматизации и тревоги.

ОБСУЖДЕНИЕ

Исследованные состояния при внешнем сходстве их клинических проявлений имеют ряд принципиальных различий, значимых для обоснования индивидуальной лечебно-диагностической концепции.

При органической природе гастроэнтерологического заболевания (ДБТК) коморбидные психические расстройства носят симптоматический характер в рамках реакций личности на болезнь. Их выраженность коррелирует прежде всего с особенностями течения соматического заболевания — его этапом, тяжестью. Психогенно обусловленные психические расстройства на отдаленных этапах клинической динамики соматического заболевания усугубляются, замещаются соматогенными проявлениями психической дезадаптации. Наибольшую актуальность коморбидные психические расстройства приобретают на этапе развернутой картины болезни.

Во всех этих случаях задачей врача-психиатра является оказание психотерапевтической поддержки и медикаментозной помощи для адекватной адаптации пациента к ситуации, связанной с часто тяжелым соматическим заболеванием. В ряде случаев врач-психиатр становится «связующим звеном» между пациентом и врачом-гастроэнтерологом в силу двойного влияния соматической болезни на психику человека — соматогенного и психогенного.

При СРК (функциональном гастроэнтерологическом расстройстве) имеет место коморбидность отдельных психопатологических синдромов в рамках соматизированного психического расстройства. Его клиническое содержание представлено соматоформной вегетативной дисфункцией в структуре коморбидных синдромов — депрессивного, невротического, шизотипического [6]. Эта коморбидная патология определяет клиническую картину соматизированного психического расстройства, тяжесть течения заболевания в целом.

Роль врача-психиатра при ведении пациента с функциональным гастроэнтерологическим расстройством по понятным причинам становится существенно более важной. При этом расстройстве (соматизированном психическом) задача психиатра состоит прежде всего в адекватной дифференциальной диагностике, определении психопатологических синдром-мишеней, в дальнейшем — в обосновании оптимальной лечебно-реабилитационной тактики.

Диагностический аспект проблемы заслуживает особого внимания. Главная задача состоит в выяснении органической либо функциональной природы расстройства, что предопределяет выбор приоритетной модели болезни (соматическое гастроэнтерологическое заболевание/психическое расстройство), ведущего специалиста (гастроэнтеролога/психиатра) и весь последующий алгоритм ведения больного. Стандарт обследования такого рода больных предполагает обязательное проведение специфических инструментальных, лабораторных исследований.

Показательно, что в 50% наблюдений основной группы верифицированному по данным исчерпывающего обследования диагнозу ДБТК предшествовал диагноз СРК. Однако практика свидетельствует также о том, что диагностическое суждение о функциональной природе заболевания не может приниматься только по остаточному принципу — при отсутствии соответствующих патоморфологических данных. Для диагностики имеет значение, как показало исследова-

ние, и клинико-динамическая специфика коморбидной психической патологии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Психосоматический подход, согласно известному определению Ф. Александера, является многодисциплинарной процедурой. Приведенные данные свидетельствуют о многообразии механизмов становления психосоматических расстройств и о необходимости дифференциации их лечебно-диагностических моделей у пациентов гастроэнтерологического стационара. Многолетний опыт подтверждает эффективность междисциплинарного сотрудничества гастроэнтерологов и психиатров, которое дает возможность исчерпывающим образом оценить состояние пациента (многомерный клинический профиль, по D.A. Drossman), обосновать оптимальную лечебную тактику в зависимости от специфики психосоматических соотношений в индивидуальной картине болезни.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Rundell J.R. *Medical conditions associated with psychiatric disorder*. In: Gelder M., Andreasen N., Lopez-Ibor J., Geddes J., eds. *New Oxford textbook of psychiatry*. Oxford; 2012: 1081–90.
2. Ромасенко Л.В., Махов В.М., Пархоменко И.М., Турко Т.В., Угрюмова Л.Н. Психосоматические соотношения у пациентов гастроэнтерологического стационара. *Фарматека*. 2016; s4: 35–40. [Romassenko L.V., Makhov V.M., Parkhomenko I.M., Turko T.V., Ugryumova L.N. *Psychosomatic relations in hospital patients of gastroenterological profile*. *Farmateka*. 2016; s4: 35–40. (in Russian)]
3. Zullo A., Gatta L., Vassallo R., Francesco V., Manta R., Monica F. et al. *Paradigm shift: the Copernican revolution in diverticular disease*. *Ann. Gastroenterol.* 2019; 32(6): 541–53. DOI: 10.20524/aog.2019.0410
4. Cohen E., Fuller G., Bobus R., Modi R., Vu M., Shahedi K. et al. *Risk for irritable bowel syndrome after acute diverticulitis*. *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* 2013; 11(12): 1614–19. DOI: 10.1016/j.cgh.2013.03.007
5. Drossman D.A., Hasler W.L. *Rome IV — Functional GI disorders: disorders of gut-brain interaction*. *Gastroenterology*. 2016; 150(6): 1257–61. DOI: 10.1053/j.gastro.2016.03.035
6. Ромасенко Л.В. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике: диагностика, терапия. М.; 2016. 153 с. [Romassenko L.V. *Psychosomatic disorders in general practice: diagnosis and treatment*. М.; 2016. 153 p. (in Russian)]

Поступила / Received: 08.05.2020

Принята к публикации / Accepted: 22.05.2020