Сравнительный анализ соматизированных симптомов и психоэмоциональных характеристик больных с синдромом раздраженного кишечника и воспалительными заболеваниями кишечника с СРК-подобными симптомами

А. П. Погромов, М. Г. Мнацаканян, О. В. Тащян, Г. М. Дюкова, К. Ю. Колосова

Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова

Цель исследования: сравнительный анализ клинических проявлений со стороны желудочно-кишечного тракта, спектра внекишечных ассоциированных симптомов, а также выраженности тревоги, депрессии и алекситимии у больных с синдромом раздраженного кишечника (СРК) и воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) в стадии ремиссии с СРК-подобными симптомами.

Материалы и методы. Исследование проводилось с 2010 по 2015 г., в него вошли 197 больных с СРК и 62 пациента с ВЗК. Использовали анкету соматизированных расстройств (SOMS-2), определяли уровни депрессии (опросник Бека), личностной и актуальной тревоги (опросник Спилбергера), а также степень алекситимии (Торонтская шкала).

Результаты. У пациентов с ВЗК в 38–63% случаев встречаются СРК-подобные симптомы , что статистически значимо ($p < 0,05$) реже, чем при «истинном» СРК. При этом спектр симптомов практически не отличается от симптомов при «истинном» СРК и полностью укладывается в современные критерии диагноза СРК (Римские критерии III). Исключением является симптом «стул, приносящий облегчение», который с равной частотой (более 60% случаев) наблюдается при обоих заболеваниях. Анализ ассоциированных внекишечных симптомов показал, что они встречаются в обеих группах, но статистически значимо ($p < 0,05$) преобладают в группе «истинного» СРК. В обеих группах выявлены умеренные степени депрессии и актуальной тревоги ($p > 0,05$). Пациенты с СРК и с ВЗК и СРК-подобными симптомами относятся к группе риска по алекситимии. Уровень личностной тревоги статистически значимо ($p = 0,0004$) выше в группе СРК по сравнению с группой с ВЗК и СРК-подобными симптомами.

Заключение. Пациенты с ВЗК и СРК-подобным синдромом демонстрируют сходные черты с пациентами с СРК в отношении как кишечных, так и внекишечных ассоциированных симптомов, при этом все эти проявления статистически значимо выше при «истинном» СРК. Депрессия и актуальная тревога характеризуют обе группы. Высокая личностная тревожность отмечена у больных с «истинным» СРК.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, воспалительные заболевания кишечника, СРК-подобные симптомы, внекишечные ассоциированные симптомы, психоэмоциональные нарушения.

Irritable Bowel Syndrome and Intestinal Bowel Disease Associated with IBS-Like Symptoms: Comparative Analysis of Somatoform Symptoms and Patient Psychological and Emotional Characteristics

A. P. Pogromov, M. G. Mnatsakanyan, O. V. Tashchyan, G. M. Diukova, K. Yu. Kolosova

I. M. Sechenov First Moscow State Medical University

Study Objective: To compare and analyze clinical gastrointestinal (GI) manifestations; extra-intestinal associated symptoms; and the intensity of anxiety, depression, and alexithymia in patients with irritable bowel syndrome (IBS) and with inflammatory bowel disease (IBD) in remission that is associated with IBS-like symptoms.

Materials and Methods: The study was conducted from 2010 to 2015 and included 197 patients with IBS and 62 patients with IBD. The following tools were used: the Screening for Somatoform Symptoms-2 scale, the Beck Depression Inventory to assess depression, the State-Trait Anxiety Inventory (Spielberger) to measure the state and trait anxiety levels, and the Toronto Alexithymia Scale to determine the degree of alexithymia.

Study Results: IBS-like symptoms were present in 38-63% of patients with IBD, which is significantly less frequent ($p < 0.05$) than in patients with *true* IBS. In patients with IBD, the range of these symptoms showed little difference from what was seen in patients with *true* IBS and was fully compatible with the current IBS diagnostic criteria (the Rome III Diagnostic Criteria). The only exclusion was the "improvement with defecation" symptom, which was observed at equal frequency (> 60%) in patients with *true* IBS and in those with IBD. An analysis of associated extra-intestinal symptoms showed that these were present in both groups but were more frequently seen in patients with *true* IBS; this difference was statistically significant ($p < 0.05$). In both groups, patients had moderate depression and state anxiety ($p < 0.05$). Patients who have IBS and IBD with IBS-like symptoms are at a higher risk for alexithymia. The level of trait anxiety was significantly higher ($p = 0.0004$) in patients with IBS than in those who had IBD with IBS-like symptoms.

Conclusion: In patients who have IBD with IBS-like symptoms, both intestinal and extra-intestinal associated manifestations are similar to those seen in patients with IBS. The frequency of all these manifestations is significantly higher in *true* IBS. Depression and state anxiety are present in both groups. Patients with *true* IBS had high levels of trait anxiety.

Keywords: irritable bowel syndrome, inflammatory bowel disease, IBS-like symptoms, extra-intestinal associated symptoms, emotional and psychological problems.

Синдром раздраженного кишечника (СРК) является классической моделью функциональных расстройств ЖКТ. Его распространенность в популяции оценивается в 10–20% [5], а в специализированных гастроэнтерологических стационарах достигает 40%. Нередко СРК протекает с внекишечными (коморбидными, ассоциированными) сим-

***Дюкова Галина Михайловна** — д. м. н., профессор кафедры нервных болезней Института профессионального образования ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России. 107150, г. Москва, ул. Лосиноостровская, вл. 43. E-mail: doctor.ru@rusmg.ru*

(Окончание на с. 74.)

птомами в сочетании с эмоциональными расстройствами. Диагностика СРК проводится в соответствии с Римскими рекомендациями III на основании характерных клинических проявлений и исключения органической патологии ЖКТ [9]. В последних Римских критериях III авторы рекомендуют использовать ассоциированные внекишечные симптомы при выборе тактики лечения.

В клинической практике наиболее часто приходится разграничивать СРК с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК), диагностика которых базируется исключительно на данных параклинических исследований. Многие авторы отмечают, что в дебюте и при ремиссии у больных с ВЗК обнаруживаются симптомы, аналогичные симптомам СРК. Такие формы обозначают как СРК-подобные симптомы при ВЗК. Недавно опубликованный метаанализ исследований у больных с ВЗК в стадии ремиссии показал, что 25–46% из них имеют симптомы, подобные СРК: при неспецифическом язвенном колите (НЯК) — 35%, при болезни Крона (БК) — 46% пациентов [15]. По данным отечественных авторов, СРК-подобные симптомы при ВЗК в стадии ремиссии встречаются у 33–39% больных [1].

Проблема СРК и СРК-подобных проявлений ВЗК широко обсуждается в литературе, и тем не менее в ней остается много неясных вопросов. В настоящий момент не существует биомаркеров, позволяющих подтвердить или исключить диагноз СРК, поэтому большинство выполненных к настоящему времени исследований базируется на сочетании симптомов СРК и ВЗК в ремиссии [3]. Напротив, согласно данным фонда CCFA (Crohn's and Colitis Foundation of America), СРК и ВЗК являются совершенно разными расстройствами. В публикациях этого фонда аргументируется точка зрения, что СРК не приводит к органической патологии кишечника, кишечным кровотечениям, более высокому риску развития рака толстой кишки и другим желудочно-кишечным заболеваниям, а также не требует лечения ГКС и цитостатиками. По мнению E. M. Quigley и соавт., СРК, несмотря на иногда встречающиеся иммунологические и микробиологические изменения, не следует рассматривать как часть спектра ВЗК. Скорее СРК и ВЗК являются обособленными расстройствами, при этом они могут сосуществовать и приводить к большим диагностическим трудностям для клинициста [24].

Хорошо известно, что у больных с «истинным» СРК встречается большое количество коморбидных (ассоциированных) симптомов, свидетельствующих о нарушениях восприятия боли, а также о вегетативных, эмоциональных и когнитивных расстройствах. Несколько исследований показали, что высокая распространенность СРК-подобных симптомов у больных с ВЗК может быть связана с повышенным уровнем тревожности [14, 18]. Стресс, тревога и депрессия являются общими для СРК и ВЗК [4, 10, 19]. Для анализа сходства и различия истинного СРК и СРК-подобных симптомов при ВЗК в стадии ремиссии могут быть использованы как клинические проявления со стороны ЖКТ, так и ассоциированные внекишечные симптомы, а также показатели тревоги и депрессии.

Цель исследования: сравнительный анализ клинических проявлений со стороны ЖКТ, спектра ассоциированных симптомов, а также степени тревоги, депрессии и алекситимии у больных с СРК и с ВЗК в стадии ремиссии и СРК-подобными симптомами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами были обследованы 197 больных с СРК: 141 женщина и 56 мужчин (соотношение женщин и мужчин составило 2,5 : 1), средний возраст — 44,29 ± 15,02 года. Из всех больных 88 имели диарейный вариант СРК и 109 — смешанный вариант. Диагноз устанавливался на основании Римских критериев III (2006) при отсутствии органической патологии.

Группа больных с ВЗК включала 62 пациента, соотношение женщин и мужчин составило 1 : 1, средний возраст — 41,60 ± 13,28 года. Из них 42 человека страдали НЯК, а 20 — БК. В группу ВЗК были отобраны пациенты, у которых кишечные симптомы продолжали сохраняться более 3 месяцев после достижения стадии гистологической ремиссии [26]. Это послужило поводом для ревизии ремиссии.

Все больные были обследованы на базе специализированного гастроэнтерологического отделения № 1 Университетской клинической больницы № 1 Первого МГМУ им. И. М. Сеченова. Обследование больных в стационаре включало:

1) анализ клинической симптоматики;
2) воспалительные тесты (С-реактивный белок, СОЭ, фибриноген, лейкоциты, иммуноглобулины);
3) колоноскопию с биопсией;
4) морфологическое исследование биоптатов;
5) энтерографию и ирригоскопию по показаниям;
6) исследование фекального кальпротектина;
7) мультиспиральную КТ брюшной полости с внутривенным и пероральным контрастированием по показаниям;
8) изучение коморбидных симптомов с помощью анкеты соматизированных расстройств (англ. Screening for Somatoform Symptoms — SOMS-2) [25];
9) психометрическое тестирование с использованием опросника тревоги Спилбергера — Ханина (англ. State-Trait Anxiety Inventory — STAI, 1976), опросника депрессии Бека (англ. Beck Depression Inventory, 1961), Торонтской шкалы алекситимии (англ. Toronto Alexithymia Scale — TAS-26, 1985).

Колосова Ксения Юрьевна *— к. м. н., врач-гастроэнтеролог гастроэнтерологического отделения № 1 клиники госпитальной терапии им. А. А. Остроумова УКБ № 1 ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России. 119435, г. Москва, ул. Б. Пироговская, д. 6, стр. 1. E-mail: doctor.ru@rusmg.ru*

Мнацаканян Марина Генриковна *— к. м. н., заведующая отделением гастроэнтерологии № 1 клиники госпитальной терапии им. А. А. Остроумова УКБ № 1 ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России. 119435, г. Москва, ул. Б. Пироговская, д. 6, стр. 1. E-mail: mnatsakanyan08@mail.ru*

Погромов Александр Павлович *— д. м. н., профессор кафедры госпитальной терапии № 1 лечебного факультета ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России. 119435, г. Москва, ул. Б. Пироговская, д. 6, стр. 1. E-mail: doctor.ru@rusmg.ru*

Тащян Ольга Валерьевна *— врач-гастроэнтеролог отделения гастроэнтерологии № 1 клиники госпитальной терапии им. А. А. Остроумова УКБ № 1 ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России. 119435, г. Москва, ул. Б. Пироговская, д. 6, стр. 1. E-mail: olgatash1@rambler.ru*

(Окончание. Начало см. на с. 73.)

Статистическая обработка полученных данных проводилась параметрическими и непараметрическими методами с использованием пакетов прикладных программ Statistica 8.0 и SPSS 17.0. Рассчитывались критерии Стьюдента, Манна — Уитни, Фишера и χ^2. Результат считали статистически значимым при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Сравнительный анализ симптомов, соответствующих Римским критериям III, у больных с СРК и с ВЗК в стадии ремиссии и СРК-подобными симптомами представлен в *таблице 1*.

Как следует из этих данных, в группе больных с ВЗК СРК-подобные симптомы, такие как боли в животе, метеоризм и жидкий стул, встречаются в 38–63% случаев. Сравнение частоты встречаемости СРК-подобных симптомов при ВЗК и при «истинном» СРК свидетельствует о статистически значимом их преобладании у больных с «истинным» СРК ($p < 0,05$). Надо подчеркнуть, что статистически значимых различий между группами не наблюдается только по одному симптому — «стул, приносящий облегчение».

В *таблице 2* представлен сравнительный анализ ассоциированных (внекишечных) симптомов в двух группах. По большинству ассоциированных симптомов больные с «истинным» СРК статистически значимо отличались от пациентов группы ВЗК с СРК-подобными симптомами. Подобная закономерность наблюдалась при сопоставлении вегетативных симптомов (тошнота, учащенное сердцебиение, перебои в работе сердца, головокружение, чрезмерная утомляемость, потливость, чувство прилива холода или тепла), а также болевых, когнитивных и урогенитальных симптомов.

Проанализированы психометрические показатели у больных с СРК и с ВЗК и СРК-подобными симптомами. Не было получено статистически значимых различий между группами СРК и ВЗК по уровням депрессии (16,48 ± 11,80 и 13,56 ± 9,78 соответственно), степени реактивной тревоги (44,03 ± 9,69 и 44,75 ± 10,11 соответственно) и алекситимии (65,57 ± 10,29 и 63,61 ± 10,40 соответственно). Полученные данные свидетельствуют об умеренной степени депрессии и субдепрессии у больных с СРК и с ВЗК и СРК-подобными симптомами. Показатели уровня реактивной тревоги свидетельствуют об умеренной тревожности в обеих исследуемых группах. По показателю алекситимии больные и с СРК, и с ВЗК и СРК-подобными симптомами относятся к группе риска. Статистически значимые различия были получены только по уровню личностной тревоги, которая была выше в группе СРК по сравнению с ВЗК и СРК-подобными симптомами (48,48 ± 10,23 и 43,57 ± 8,68 соответственно, $p = 0,0004$).

Представлялось целесообразным провести раздельную оценку ассоциированных симптомов внутри группы ВЗК (сравнивались больные БК и НЯК). В *таблице 3* представлены только статистически значимые различия. Данный анализ показывает, что у больных с БК и с НЯК статистически значимые ($p < 0,05$) различия получены по следующим ассоциированным симптомам: боли в груди, затруднения при мочеиспускании, равнодушие к сексу, боли при половом акте и чрезмерная утомляемость.

У больных с БК и НЯК не получено статистически значимых различий по уровням депрессии (15,40 ± 8,44 и 12,66 ± 10,35 соответственно), реактивной (45,20 ± 9,15 и 43,46 ± 10,0) и личностной тревоги (41,35 ± 8,57 и 44,68 ± 8,63 соответственно). Обе подгруппы пациентов с ВЗК и СРК-подобными симптомами относятся к группе риска по алекситимии, однако у больных БК уровень алекситимии статистически значимо выше по сравнению с больными НЯК (69,45 ± 6,72 и 60,62 ± 10,74 соответственно, $p = 0,0014$).

ОБСУЖДЕНИЕ

В нашем исследовании было поставлено несколько вопросов.

1. Насколько различаются кишечные симптомы у больных с СРК и с ВЗК и СРК-подобными симптомами?
2. Насколько различаются ассоциированные симптомы в группах больных с СРК и с ВЗК и СРК-подобными симптомами?
3. Какие психометрические показатели различают эти группы?
4. Как вышеупомянутые показатели различаются внутри ВЗК (между БК и НЯК)?

Таблица 1

Частота встречаемости основных симптомов у больных с синдромом раздраженного кишечника (СРК) и с воспалительными заболеваниями кишечника в стадии ремиссии и СРК-подобными симптомами, абс. (%)

Симптомы	Больные с ВЗК и СРК-подобными симптомами (n = 62)	Больные с СРК (n = 197)	Критерий Стьюдента	χ^2
Главные				
Боли в животе и/или дискомфорт	24 (38,7)	164 (83,2)	0,0000*	0,0000*
Стул, приносящий облегчение	39 (62,9)	131 (66,5)	0,6079	0,6033
Изменение формы стула	28 (45,2)	172 (87,3)	0,005*	0,005*
Дополнительные				
Ненормальная частота стула (менее 3 испражнений в неделю или больше 3 раз в день)	15 (24,2)	87 (44,2)	0,0023*	0,005*
Метеоризм	33 (53,2)	157 (79,7)	0,0002*	0,0000*

Примечание. ВЗК — воспалительные заболевания кишечника; (*) — различия между группами статистически значимы.

Таблица 2

Частота встречаемости ассоциированных (внекишечных) симптомов при синдроме раздраженного кишечника (СРК) и при воспалительных заболеваниях кишечника в стадии гистологической ремиссии с СРК-подобными симптомами, абс. (%)

Соматизированные симптомы	Больные с ВЗК и СРК-подобными симптомами (n = 62)	Больные с СРК (n = 197)	Критерий Стьюдента	χ^2
Рвота (кроме периода беременности)	6 (9,7)	24 (12,2)	0,5713	0,5908
Тошнота (кроме тошноты при беременности)	11 (17,7)	95 (48,2)	0,0000*	0,0000*
Непереносимость различных блюд	19 (30,6)	89 (45,2)	0,0347*	0,0430*
Боли в руках и ногах	18 (29,0)	93 (47,2)	0,0078*	0,0117*
Боли в спине	25 (40,3)	127 (64,5)	0,0008*	0,0008*
Боли в суставах	23 (37,1)	97 (49,2)	0,0882	0,0945
Боли при мочеиспускании	4 (6,5)	24 (12,2)	0,1423	0,2050
Другие боли	13 (21,0)	67 (34,0)	0,0356*	0,0526#
Одышка/нехватка воздуха	17 (27,4)	79 (40,1)	0,0578#	0,0714#
Учащенное сердцебиение/перебои в работе сердца	17 (27,4)	89 (45,2)	0,0084*	0,0131*
Боли в груди	8 (12,9)	77 (39,1)	0,0000*	0,0001*
Головокружение/чувство неустойчивости	18 (29,0)	103 (52,3)	0,0007*	0,0014*
Ухудшение памяти	15 (24,2)	86 (43,7)	0,0030*	0,0061*
Затруднение глотания	3 (4,8)	39 (19,8)	0,0002*	0,0053*
Потеря голоса	2 (3,2)	17 (8,6)	0,0734#	0,1547#
Снижение слуха/глухота	3 (4,8)	36 (18,3)	0,0006*	0,0099*
Снижение остроты зрения или двоение	19 (30,6)	100 (50,8)	0,0036*	0,0056*
Расплывчатое зрение	11 (17,7)	59 (29,9)	0,0378*	0,0591#
Слепота	0 (0,0)	0 (0,0)	–	–
Обморочные состояния/утрата сознания	3 (4,8)	29 (14,7)	0,0083*	0,0392*
Припадки/приступы судорог	6 (9,7)	13 (6,6)	0,4589	0,4175
Затруднения при ходьбе	6 (9,7)	26 (13,2)	0,4309	0,4625
Параличи или мышечная слабость	4 (6,5)	22 (11,2)	0,2209	0,2812
Задержка мочи/затруднение при мочеиспускании	6 (9,7)	21 (10,7)	0,8215	0,8253
Чувство жжения в промежности (половых органах и заднем проходе) вне полового акта	13 (21,0)	43 (21,8)	0,8852	0,8860
Равнодушие к сексу	16 (25,8)	67 (34,0)	0,2082	0,2273
Боли при половом акте	2 (3,2)	31 (15,7)	0,0003*	0,0100*
Импотенция	1 (1,6)	4 (2,0)	0,8253	0,8349
Необычные боли во время менструации	3 (4,8)	22 (11,2)	0,0742#	0,1411#
Нерегулярный менструальный цикл	10 (16,1)	41 (20,8)	0,3948	0,4178
Обильные менструации	4 (6,5)	37 (18,8)	0,0035*	0,0204*
Рвота во время беременности	3 (4,8)	16 (8,1)	0,3278	0,3872
Чрезмерная утомляемость	25 (40,3)	114 (57,9)	0,0149*	0,0157*
Снижение аппетита	10 (16,1)	57 (28,9)	0,0250*	0,0446*
Дрожание или чувство внутренней дрожи	19 (30,6)	84 (42,6)	0,0804#	0,0924#
Повышенная потливость	16 (25,8)	81 (41,1)	0,0206*	0,0298*
Чувство онемения или парестезия	12 (19,4)	53 (26,9)	0,2041	0,2318
Чувство прилива холода или тепла	11 (17,7)	87 (44,2)	0,0000*	0,0002*

Примечание. ВЗК — воспалительные заболевания кишечника; (*) — различия между группами статистически значимы; (#) — имеется тенденция к статистической значимости различий между группами.

По результатам проведенного исследования мы попытались ответить на эти вопросы.

Насколько различаются кишечные симптомы в группах больных с синдромом раздраженного кишечника и с воспалительными заболеваниями кишечника? Полученные нами результаты свидетельствуют о том, что у больных с ВЗК СРК-подобные симптомы встречаются в 38–63% случаев. Спектр симптомов практически не отличается от «истинного» СРК и полностью укладывается в современные критерии диагноза СРК (Римские критерии III [9]), при этом практически все симптомы, характерные для СРК, статистически значимо реже встречаются при ВЗК с СРК-подобными симптомами, чем при «истинном» СРК. Исключением является симптом «стул, приносящий облегчение», который с равной частотой (более 60% случаев) наблюдается при обоих заболеваниях. Можно предположить, что именно этот симптом является одним из ключевых факторов, позволяющих говорить о СРК-подобной симптоматике у больных с ВЗК в период ремиссии.

СРК-подобные симптомы при ВЗК достаточно давно обсуждаются в литературе. В 2004 г. была предпринята попытка оценить распространенность симптомов СРК согласно Римским критериям II у 73 больных НЯК и 34 больных БК в стадии ремиссии. СРК-подобные симптомы были обнаружены у одной трети пациентов с НЯК и у 42% пациентов с БК [19]. Недавний метаанализ, проведенный на основании Римских критериев III среди пациентов с ВЗК, показал, что 35–46% больных с ВЗК, находящихся в стадии ремиссии, имеют СРК-подобные симптомы [15].

Несмотря на многочисленные публикации, по-прежнему сохраняется неопределенность по поводу возможных причин перекреста СРК и ВЗК. В настоящее время рассматриваются следующие предполагаемые причины: субклиническое воспаление слизистой оболочки, микробиота кишечника, висцеральная гиперсенситивность, повышение кишечной проницаемости и генетические факторы. Сочетание всех названных факторов позволяет предположить, что перекрест между этими двумя заболеваниями биологически правдоподобен [13].

Насколько различаются ассоциированные симптомы в группах больных с синдромом раздраженного кишечника и с воспалительными заболеваниями кишечника? Анализ сопутствующих ассоциированных (внекишечных) симптомов показал, что они достаточно часто встречаются в обеих группах, но статистически значимо преобладают в группе «истинного» СРК.

Какие психометрические показатели различают группы больных с синдромом раздраженного кишечника и с воспалительными заболеваниями кишечника? Проведенный нами сравнительный анализ психометрических показателей не обнаружил статистически значимых различий по показателям депрессии, актуальной тревоги и алекситимии между больными с СРК и с ВЗК и СРК-подобными симптомами, однако выявил умеренную выраженность тревоги и депрессии в обеих группах. Только степень личностной тревоги была статистически значимо повышена в группе больных с «истинным» СРК ($p = 0,0004$).

По данным T. Surdea-Blaga и соавт., пациенты с СРК имеют более высокие показатели депрессии по сравнению со здоровой популяцией, но более низкие чем в психиатрической популяции [28]. В исследовании W. E. Whitehead и соавт. распространенность депрессии при СРК составляла 31,4%, при ВЗК — 21,4%, а в контрольной группе — 17,5% [32]. Тревога у пациентов с СРК встречается чаще, чем в общей популяции: 16,5% и 3,3% соответственно [17]. Как правило, она предшествует началу СРК, особенно при диарейном варианте [29]. По данным отечественных авторов, при обследовании 42 пациентов с язвенным колитом в стадии ремиссии у 38% больных была выявлена депрессия разной степени выраженности, что стало причиной снижения качества жизни [1].

В литературе разнятся мнения по поводу распространенности депрессии и тревоги у больных с ВЗК в ремиссии, по некоторым данным, она может достигать 29–35% [20]. Ряд авторов считают, что более высокая распространенность СРК-подобных симптомов у пациентов с ВЗК, по сравнению с населением в целом, может быть частично связана с повышением уровня тревожности, обнаруженным в этой группе больных [14, 18]. Еще одним фактором развития СРК-подобной симптоматики при ВЗК может быть алекситимический тип личности. Так, M. P. Jones и соавт. показали, что больные с СРК и ВЗК имеют более высокие показатели алекситимии по сравнению с контрольной группой и практически не отличаются по ним друг от друга [16]. Полученные нами данные также свидетельствуют о том, что больные с СРК и с ВЗК и СРК-подобными симптомами относятся к группе риска по алекситимии, при этом статистически значимых различий между ними не выявлено. D. A. Drossman и соавт. подчеркивают, что алекситимия не является специфичным маркером ВЗК и, независимо от присутствия или отсутствия алекситимии, пациенты с ВЗК испытывают большие трудности в описании своих чувств и характеризуются низким качеством жизни [8, 11, 21].

Ряд авторов предполагают, что психологические факторы, а именно повышенная тревога, депрессия и алекситимия, в качестве компонентов болезни могут модулировать клинические проявления ВЗК [8, 27].

Таблица 3

Статистически значимые различия ассоциированных (внекишечных) симптомов у пациентов с болезнью Крона и неспецифическим язвенным колитом в стадии ремиссии, абс. (%)

Соматизированные симптомы	Пациенты с БК (n = 20)	Пациенты с НЯК (n = 42)	Критерий Стьюдента	χ^2
Боли в груди	6 (30,0)	2 (4,8)	0,0223	0,0056
Задержка мочи/затруднение при мочеиспускании	5 (25,0)	1 (2,4)	0,0268	0,0019
Равнодушие к сексу	11 (55,0)	5 (11,9)	0,0008	0,0003
Боли при половом акте	2 (10,0)	0 (0,0)	0,0003	0,0100
Чрезмерная утомляемость	13 (65,0)	12 (28,6)	0,0058	0,0063

Примечание. БК — болезнь Крона; НЯК — неспецифический язвенный колит.

Как различаются симптомы и психометрические показатели в группе воспалительных заболеваний кишечника (у больных болезнью Крона и неспецифическим язвенным колитом)? Нами был проведен раздельный анализ между больными БК и НЯК как по кишечным и ассоциированным симптомам, так и по психометрическим показателям. Сравнительный анализ СРК-подобных симптомов у больных БК и НЯК не выявил статистически значимых различий. При сравнении ассоциированных симптомов статистически значимые различия между подгруппами больных БК и НЯК получены по таким коморбидным симптомам, как «боли в груди», «задержка мочи/затруднение при мочеиспускании», «равнодушие к сексу», «боли при половом акте» и «чрезмерная утомляемость».

Согласно данным I. M. Minderhoud и соавт., частота встречаемости СРК-подобных симптомов при БК выше, чем при НЯК (41,7% и 31,5% соответственно) [19]. S. J. Halpin и соавт. показали, что симптомы СРК встречаются у 46% больных БК и 36% больных НЯК [15]. По данным отечественных авторов, СРК-подобные симптомы встречаются у 17% пациентов с БК и 14% — с НЯК в стадии ремиссии [2]. В то же время другие авторы указывают на бо́льшую частоту симптомов СРК у больных НЯК по сравнению с БК (38% и 35,4% соответственно) [31]. В проспективном многоцентровом исследовании с участием 172 больных НЯК в стадии клинической и эндоскопической ремиссии СРК-подобные симптомы встречались у 26,7% [12].

Проведенный нами анализ психометрических показателей, включавших депрессию, личностную и реактивную тревогу, статистически значимых различий между подгруппами БК и НЯК не выявил. Наши результаты отличаются от данных литературы, где показано, что тревога до постановки диагноза — обычное явление при БК, в отличие от НЯК. По данным R. E. Tarter и соавт., у пациентов с БК с большей частотой, чем при НЯК, встречаются тревога, депрессия и панические расстройства [30]. Что касается алекситимии, по результатам нашего исследования данный показатель в подгруппе больных БК статистически значимо превысил аналогичный показатель в подгруппе больных НЯК. Эти данные не совпадают с результатами P. Porcelli и соавт., которые, изучив предполагаемую связь между алекситимией и ВЗК у 112 больных БК и НЯК, никаких существенных различий между двумя группами больных не выявили [23].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В современных публикациях нет однозначного ответа на вопрос о взаимоотношениях между синдромом раздраженного кишечника (СРК) и воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) с СРК-подобными симптомами. Существует несколько предположений:

1) СРК и ВЗК являются сторонами одного и того же процесса. Наличие генетических факторов, субклинического воспаления, изменения микробиоты кишечника, неупорядоченности иммунного ответа и ряда неизвестных других факторов в одних случаях формирует СРК, а других — ВЗК [13];
2) при внешней схожести своих симптомов ВЗК и СРК являются совершенно разными заболеваниями. При СРК, в отличие от ВЗК, не возникает желудочно-кишечных кровотечений, раковых заболеваний и внекишечных аутоиммунных заболеваний [6];
3) недоучитываются факторы постоянного психологического стресса и неадекватного ответа на него иммунной системы при возникновении ВЗК [27]. В подобных случаях дебют заболевания симптомами СРК не исключает возможности развития ВЗК;
4) сегодня можно констатировать, что при отсутствии знаний об этиологии СРК найдено чрезвычайно много факторов его патогенеза: изменение уровня цитокинов, целый комплекс генетических нарушений, морфологические изменения, касающиеся тучных клеток, и другие [31]. При этом по-прежнему придается большое значение механизмам периферической и центральной гиперсенситизации [7].

В настоящее время можно считать, что Римские критерии III, основанные исключительно на клинических симптомах, не могут полностью решить проблему дифференциального диагноза и лечения СРК. В этом смысле показательны недавно опубликованные мультидисциплинарные модификаторы, которые вводят дополнительные критерии оценки психологического и физиологического статуса больных СРК, что особенно важно при подборе индивидуализированного лечения [22].

ЛИТЕРАТУРА

1. *Белоус С. С., Головенко О. В., Халиф И. Л. Оценка качества жизни и психического статуса больных язвенным колитом в фазе ремиссии // Клин. перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. 2013. № 3. С. 23–25.*
2. *Бодрягина Е. С., Абдулганиева Д. И., Одинцова А. Х. Значение синдрома раздраженной кишки в ремиссии воспалительных заболеваний кишечника // Клин. перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. 2013. № 3. С. 33–37.*
3. *Berrill J. W., Green J. T., Hood K., Campbell A. K. Symptoms of irritable bowel syndrome in patients with inflammatory bowel disease: examining the role of sub-clinical inflammation and the impact on clinical assessment of disease activity // Aliment. Pharmacol. Ther. 2013. Vol. 38. N 1. P. 44–51.*
4. *Bryant R. V., van Langenberg D. R., Holtmann G. J., Andrews J. M. Functional gastrointestinal disorders in inflammatory bowel disease: impact on quality of life and psychological status // J. Gastroenterol. Hepatol. 2011. Vol. 26. N 5. P. 916–923.*
5. *Cremonini F., Talley N. J. Irritable bowel syndrome: epidemiology, natural history, health care seeking and emerging risk factors // Gastroenterol. Clin. North. Am. 2005. Vol. 34. N 2. P. 189–204.*
6. *Crohn's Colitis Foundation of America, 2012.*
7. *Drossman D. A., Camilleri M., Mayer E. A., Whitehead W. E. AGA technical review on irritable bowel syndrome // Gastroenterology. 2002. Vol. 123. N 6. P. 2108–2131.*
8. *Drossman D. A., Ringel Y. Psychological factors in ulcerative colitis and Crohn s disease // Kirsner s inflammatory bowel disease / R. Sartor and W. Sandborn, eds. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 2004. P. 340–356.*
9. *Drossman D. A. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process // Gastroenterology. 2006. Vol. 130. N 5. P. 1377–1390.*
10. *Farrokhyar F., Marshall J. K., Easterbrook B., Irvine E. J. Functional gastrointestinal disorders and mood disorders in patients with inactive inflammatory bowel disease: prevalence and impact on health // Inflamm. Bowel Dis. 2006. Vol. 12. N 1. P. 38–46.*
11. *Flett G. L., Baricza C., Gupta A., Hewitt P. L. et al. Perfectionism, psychosocial impact and coping with irritable bowel disease: a study of patients with Crohn s disease and ulcerative colitis // J. Health Psychol. 2011. Vol. 16. N 4. P. 561–571.*
12. *Fukuba N., Ishihara S., Tada Y., Oshima N. et al. Prevalence of irritable bowel syndrome-like symptoms in ulcerative colitis patients with clinical and endoscopic evidence of remission: prospective*

multicenter study // Scand. J. Gastroenterol. 2014. Vol. 49. N 6. P. 674–680.
13. Gracie D. J., Ford A. C. IBS-like symptoms in patients with ulcerative colitis // Clin. Exp. Gastroenterol. 2015. N 8. P. 101–109.
14. Graff L. A., Walker J. R., Bernstein C. N. Depression and anxiety in inflammatory bowel disease: a review of comorbidity and management // Inflamm. Bowel Dis. 2009. Vol. 15. N 7. P. 1105–1118.
15. Halpin S. J., Ford A. C. Prevalence of symptoms meeting criteria for irritable bowel syndrome in inflammatory bowel disease: systematic review and meta-analysis // Am. J. Gastroenterol. 2012. Vol. 107. N 10. P. 1474–1482.
16. Jones M. P., Wessinger S., Crowell M. D. Coping strategies and interpersonal support in patients with irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease // Clin. Gastroenterol. Hepatol. 2006. Vol. 4. N 4. P. 474–481.
17. Lee S., Wu J., Ma Y. L., Tsang A. et al. Irritable bowel syndrome is strongly associated with generalized anxiety disorder: a community study // Aliment. Pharmacol. Ther. 2009. Vol. 30. N 6. P. 643–651.
18. Mikocka-Walus A. A., Turnbull D. A., Moulding N. T., Wilson I. G. et al. Controversies surrounding the comorbidity of depression and anxiety in inflammatory bowel disease patients: a literature review // Inflamm. Bowel Dis. 2007. Vol. 13. N 2. P. 225–234.
19. Minderhoud I. M., Oldenburg B., Wismeijer J. A., van Berge Henegouwen G. P. et al. IBS-like symptoms in patients with inflammatory bowel disease in remission; relationships with quality of life and coping behavior // Dig. Dis. Sci. 2004. Vol. 49. N 3. P. 469–474.
20. Mittermaier C., Dejaco C., Waldhoer T., Oefferlbauer-Ernst A. et al. Impact of depressive mood on relapse in patients with inflammatory bowel disease: a prospective 18-month follow-up study // Psychosom. Med. 2004. Vol. 66. N 1. P. 79–84.
21. Moreno-Jiménez B., López Blanco B., Rodríguez-Muñoz A., Garrosa Hernández E. The influence of personality factors on health-related quality of life of patients with inflammatory bowel disease // J. Psychosom. Res. 2007. Vol. 62. N 1. P. 39–46.
22. Multi-Dimensional Clinical Profile (MDCP): For the Functional Gastrointestinal Disorders / D. A. Drossman et al., eds. A Rome Foundation Educational Product, 2015.
23. Porcelli P., Zaka S., Leoci C., Centonze S. et al. Alexithymia in inflammatory bowel disease. A case-control study // Psychother. Psychosom. 1995. Vol. 64. N 1. P. 49–53.
24. Quigley E. M., Bernstein C. N. "Irritable bowel symptoms" in inflammatory bowel disease: diagnostic uncertainty meets pathological reality // Am. J. Gastroenterol. 2012. Vol. 107. N 10. P. 1483–1485.
25. Rief W., Hiller W., Heuser J. SOMS — Das Screening fur Somatoforme Storungen: Manual zum Fragebogen. Bern: Huber, 1997.
26. Rutgeerts P., Sandborn W. J., Feagan B. G., Reinisch W. et al. Infliximab for induction and maintenance therapy for ulcerative colitis // N. Engl. J. Med. 2005. Vol. 353. N 23. P. 2462–2476.
27. Sajadinejad M. S., Asgari K., Molavi H., Kalantari M. et al. Psychological issues in inflammatory bowel disease: an overview // Gastroenterol. Res. Pract. 2012. Vol. 2012. ID 106502.
28. Surdea-Blaga T., Băban A., Dumitrascu D. L. Psychosocial determinants of irritable bowel syndrome // World J. Gastroenterol. 2012. Vol. 18. N 7. P. 616–626.
29. Sykes M. A., Blanchard E. B., Lackner J., Keefer L. et al. Psychopathology in irritable bowel syndrome: support for a psychophysiological model // J. Behav. Med. 2003. Vol. 26. N 4. P. 361–372.
30. Tarter R. E., Switala J., Carra J., Edwards K. L. et al. Inflammatory bowel disease: psychiatric status of patients before and after disease onset // Int. J. Psychiatry Med. 1987. Vol. 17. N 2. P. 173–181.
31. Vivinus-Nébot M., Frin-Mathy G., Bzioueche H., Dainese R. et al. Functional bowel symptoms in quiescent inflammatory bowel diseases: role of epithelial barrier disruption and low-grade inflammation // Gut. 2014. Vol. 63. N 5. P. 744–752.
32. Whitehead W. E., Palsson O. S., Levy R. L., Von Korff M. et al. Comorbid psychiatric disorders in irritable bowel (IBS) and inflammatory bowel disease (IBD) // Gastroenterology. 2003. Vol. 124. Is. 4. Suppl. 1. P. A398.

Библиографическая ссылка:
Погромов А. П., Мнацаканян М. Г., Тащян О. В., Дюкова Г. М. и др. Сравнительный анализ соматизированных симптомов и психоэмоциональных характеристик больных с синдромом раздраженного кишечника и воспалительными заболеваниями кишечника с СРК-подобными симптомами // Доктор.Ру. Гастроэнтерология. 2015. № 12 (113). С. 73–79.