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.)

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 ФГАУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет). 119991, Россия, г. Москва, Трубецкая ул., д. 8, стр. 2. E-mail: doctordoronina@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.

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*

* $P \leq 0,01$.

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. Искривленная 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 картины 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

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. [Romashenko 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. [Romashenko L.V. Psychosomatic disorders in general practice: diagnosis and treatment. M.; 2016. 153 p. (in Russian)]

Поступила / Received: 08.05.2020

Принята к публикации / Accepted: 22.05.2020

ЧИТАЙТЕ
Доктор.Ру

синдром раздраженного кишечника

Статья схожей тематики в выпуске «Доктор.Ру» Гастроэнтерология:

- Погромов А.П., Мнацаканян М.Г., Ташян 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. 2015. № 12 (113). С. 73–79.

Полные версии статей доступны на сайте journaldoctor.ru

Аллергия и «проблемы с иммунитетом» как социокультурный феномен

О.И. Сидорович¹, А.С. Нелюбина^{2, 3}, Л.А. Лусс⁴

¹ ФГБУ «Государственный научный центр Институт иммунологии» Федерального медико-биологического агентства Российской Федерации; Россия, г. Москва

² ФГБОУ ВО «Российский государственный гуманитарный университет»; Россия, г. Москва

³ НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа»; Россия, г. Москва

⁴ ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»; Россия, г. Москва

РЕЗЮМЕ

Цель статьи: попытаться объяснить с клинико-психологической точки зрения рост обращаемости за медицинской помощью в иммунологические центры.

Основные положения. Основываясь на эпидемиологических данных, авторы говорят о крайней неоднородности контингента иммунологических клиник, большая часть которого не имеет алерго- и иммунопатологии. Это пациенты с соматическими заболеваниями, венерическими, психическими — чаще всего соматоформными расстройствами и аффективной патологией. Принимая проявления другого соматического заболевания или соматизации за признаки аллергии или иммунного дефицита, такие пациенты обращаются за консультацией алерголога-иммунолога. Авторы предлагают рассматривать феномен роста обращаемости в иммунологические клиники как социокультурный феномен, определенную «моду в культуре», описывают наиболее популярные среди больных убеждения в непереносимости ими лактозы, глютена, пищевых консервантов, а также необходимости очищения организма от «шлаков» и «токсинов», «стимуляции» иммунитета. Особое внимание уделяется неадаптивному поведению «непрофильных» больных — способам их самолечения и ограничительному поведению, ипохондрическим реакциям из-за неверной интерпретации своего состояния. При помощи клинических примеров демонстрируются варианты неправильного означивания (интерпретации) пациентами своего самочувствия как аллергических реакций или признаков «проблем с иммунитетом». Намечаются стратегии первичной и вторичной профилактики.

Заключение. Необходимо проведение просветительской работы среди населения для улучшения первичной профилактики, а также повышение компетентности врачей первичного звена в области дифференциальной диагностики психических (в частности, соматоформных) расстройств и истинных аллергических реакций и иммунодефицитных состояний.

Ключевые слова: аллергия, иммунитет, социокультурный феномен, психология больного, поведение больного, интерпретация симптомов, первичная профилактика.

Вклад авторов: Сидорович О.И. — отбор клинических случаев, сбор клинического материала, обработка, анализ и интерпретация данных; Нелюбина А.С. — обзор публикаций по теме статьи, статистическая обработка данных, написание текста рукописи; Лусс Л.А. — проверка критически важного содержания, утверждение рукописи для публикации.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Источник финансирования: Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 19-013-00945.

Для цитирования: Сидорович О.И., Нелюбина А.С., Лусс Л.А. Аллергия и «проблемы с иммунитетом» как социокультурный феномен. Доктор.Ру. 2020; 19(4): 61–66. DOI: 10.31550/1727-2378-2020-19-4-61-66

Allergy and “Immune Problems” as a Sociocultural Phenomenon

O.I. Sidorovich¹, A.S. Nelyubina^{2, 3}, L.A. Luss⁴

¹ National Research Center – Institute of Immunology (a Federal Government-funded Institution), Russian Federation Federal Medical and Biological Agency; 24 Kashirskoye Shosse, Moscow, Russian Federation 115522

² Russian State University for the Humanities (a Federal Government-funded Educational Institution of Higher Education); Miuskaya sq. 6, Moscow, Russian Federation 125993

³ Moscow Institute of Psychoanalysis (Non-governmental Private Educational Institution of Higher Education); 34 Kutuzovsky Prospect, Bldg. 14, Moscow, Russian Federation 121170

⁴ Mental Health Research Center (a Federal Government-funded Scientific Institution); 34 Kashirskoye Shosse, Moscow, Russian Federation 115522

ABSTRACT

Objective of the Paper: To attempt to explain, from the standpoint of clinical psychology, the increase in the number of patients seeking medical help at immunology centers.

Key Points: Using epidemiological data, the authors point out that immunology clinics deal with a very broad spectrum of patients, most of whom do not have any allergic or immune disorders. These are patients with medical diseases, including venereal, or mental disorders (most

Сидорович Ольга Игоревна (**автор для переписки**) — к. м. н., старший научный сотрудник научно-консультативного отделения ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России. 115522, Россия, г. Москва, Каширское шоссе, д. 24. eLIBRARY.RU SPIN: 9757-8172. E-mail: olga_smail@yahoo.com (Окончание на с. 62.)

Клинический
случай

Clinical
Case

often somatoform or affective disorders). These patients mistake the symptoms of another medical condition or of somatization for those of allergy or an immune deficiency, and thus seek a consultation with an allergist and/or immunologist. The authors suggest regarding the increased number of patients seeking help at immunology clinics as a sociocultural phenomenon, a kind of cultural trend, and describe the most common health-related beliefs held by patients, such as being intolerant to lactose, gluten or food preservatives, or needing to undergo procedures to cleanse “waste” and “toxins” from the body or “stimulate” the immune system. Special attention is paid to non-adaptive behaviors on the part of patients without immune disorders, such as various types of self-treatment, self-limiting behaviors, and hypochondriacal reactions based on misinterpretation of their health status. The authors describe a number of clinical cases to demonstrate the varieties of patients’ erroneous designation (interpretation) of their ailments as allergic reactions or signs of “immune problems.” They also outline several primary and secondary prevention strategies.

Conclusion: Public education is necessary, to improve primary prevention. Primary-care physicians should be further educated on differentiating between mental illnesses (particularly somatoform disorders) and true allergic reactions or immunodeficiencies.

Keywords: allergy, immunity, cultural phenomenon, patient psychology, patient behavior, interpretation of symptoms, primary prevention.

Contributions: Sidorovich, O.I. — was responsible for selection of clinical cases; assisted with collecting clinical material; contributed to data processing, analysis and interpretation; Nelyubina, A.S. — reviewed relevant publications; assisted with statistical analysis of the study data; participated in writing the final manuscript; Luss, L.A. — checked critically important content; approved the final version of the manuscript submitted for publication.

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

Source of funding: This research was conducted as part of scientific project No. 19-013-00945 with financial support from the Russian Foundation for Basic Research.

For citation: Sidorovich O.I., Nelyubina A.S., Luss L.A. Allergy and “Immune Problems” as a Sociocultural Phenomenon. Doctor.Ru. 2020; 19(4): 61–66. (in Russian) DOI: 10.31550/1727-2378-2020-19-4-61-66

ВВЕДЕНИЕ

В последнее время в нашей стране и за рубежом отмечается значительный рост распространенности аллерго- и иммунопатологии в популяции [1]. Так, по данным Global Atlas of Allergy, аллергическими заболеваниями страдает более 30% населения, а в экологически неблагоприятных районах этот показатель превышает 50% [2, 3]. Следует отметить, что увеличивается и количество обращающихся за помощью в иммунологические клиники, что порождает открытие все большего числа специализированных центров (в том числе на коммерческой основе).

На наш взгляд, это не совсем связанные между собой феномены. Среди первичных пациентов иммунологической клиники больные с аллергическими заболеваниями составляют от 19% до 40% взрослого населения, свыше 27% — дети и подростки [4]. В частности, регистр распространенности первичных иммунодефицитов содержит информацию о 472 пациентах с различными их формами, наблюдавшихся в ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России с 1983 по 2017 г. [5]. В остальном это очень неоднородные по нозологической отнесенности группы больных — за помощью к врачу аллергологу-иммунологу обращаются и пациенты с венерическими, хроническими соматическими и психическими расстройствами.

Целью данной статьи является попытка объяснить с клинико-психологической точки зрения рост обращаемости за медицинской помощью в иммунологические центры.

Коснемся сначала вопроса популярности аллергии и иммунопатологии как причины обращения за помощью к врачу в современном обществе. История медицины знает примеры так называемых «культурных заболеваний», господствующих в разные эпохи и принимающих характер эпидемий (не являясь инфекционными). Каждое столетие или эпоха имели свои культурные болезни. Выбор

симптома меняется от эпохи к эпохе и обусловлен социальными, политическими и культурными факторами [6, с. 195]. Для того чтобы болезнь стала модной, необходимо сочетание разных социокультурных факторов. Так, например, в XVIII веке был распространен «культ чувствительности» — романтическая модель нервных расстройств как признака интеллектуального и морального превосходства части общества [7, 8].

В современной культуре господствует культ тела и в то же время постоянное «прислушивание» к нему [6], своеобразный «гипохондрический дискурс» [9]. Существует тенденция преувеличивать и неправильно понимать сигналы, которые посылает нам наше тело, так что каждое ощущение интерпретируется как признак болезни, которая имеет культурно-специфическую патологическую картину [6].

Этот феномен получил название «соматизации» — переживания и выражения психологического расстройства через телесные симптомы. Соматизация может быть понята как эмоциональное состояние, которое было представлено символически, или как защита от невыносимых эмоций и фантазий [10]. В первом случае часто упоминается феномен алекситимии, который связан с трудностями идентификации и символизации эмоциональных состояний. Систематические исследования также показали наличие защитной соматизации при расстройствах настроения, в частности тревожных и панических расстройствах [10]. Склонность пациента к соматизации рассматривается как признак аномального поведения в ситуации болезни (abnormal illness behavior), требующего своевременного распознавания и коррекции [11].

Соматизированные пациенты представляют собой значительную проблему для служб здравоохранения, поскольку стремятся получить «соматический диагноз», иначе их страдания будут ошибочно восприниматься другими людьми

Нелюбина Анна Сергеевна — к. психол. н., доцент кафедры нейро- и патопсихологии ФГБОУ ВО «РГГУ». 125993, Россия, г. Москва, Миусская пл., д. 6; доцент кафедры нейро- и патопсихологии взрослых НОЧУ ВО МИП. 121170, Россия, г. Москва, Кутузовский пр-т, д. 34, стр. 14. eLIBRARY.RU SPIN: 2077-5896. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6449-8811>. E-mail: nelubina-anna@mail.ru

Лусс Людвиг Александрович — к. м. н., старший научный сотрудник отдела детской психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». 115522, Россия, г. Москва, Каширское шоссе, 34. E-mail: l.luss66@rambler.ru
(Окончание. Начало см. на с. 61.)

как «неподлинны» [6]. Пациенты с различного рода соматоформными расстройствами часто страдают коморбидными расстройствами (тревожными и депрессивными), они составляют значительную долю среди больных общей практики [12]. Так, J.C. Hassel и соавт. (2011) в своем исследовании показывают, что пациенты с аллергическими проявлениями (лекарственной непереносимостью) имеют высокий риск соматизации и развития аффективных расстройств [13].

Показатели распространенности психических расстройств в общемедицинской сети в 1,5 раза превышают популяционные. При этом современные тенденции позволяют прогнозировать дальнейший рост частоты депрессий, тревожных, ипохондрических и некоторых других психических расстройств, формирующихся в связи с хроническими или жизнеугрожающими соматическими заболеваниями [14].

При некоторых соматических (кардиологических, пульмонологических, онкологических и пр.) заболеваниях тревожные расстройства встречаются в 48–90% случаев. Распространенность панических атак в течение жизни в общесоматической сети составляет 22,7% [15], частота соматоформных расстройств колеблется в широких пределах — от 20% до 84% [16].

Очень часто психическая патология в общемедицинской практике не сводится лишь к субсиндромальным невротическим нарушениям, распознать которые успешно могут врачи-терапевты. Наряду с относительно простыми нарушениями могут наблюдаться сложные симптомокомплексы, правильное распознавание которых требует специальной психиатрической подготовки и опыта. Речь идет о маскированных алгиях и соматовегетативной симптоматикой депрессий, различных бредовых расстройств (идей отношения и преследования, сутяжно-паранойяльных образований и т. д.) [16].

У пациентов, обращающихся в ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России с жалобами на «аллергию» и «проблемы с иммунитетом», часто выявляются сопутствующие пограничные психические нарушения. Обычно они представлены невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами, а также расстройствами настроения.

В истории аллергологии описано, как с накоплением научных знаний об этой патологии к середине XX века само понятие «аллергия» проникает в массовое сознание. «Аллергия» стала модным словом. Она появилась в газетах, романах и песнях, имеющих как медицинское, так и немедицинское значение. Так, J. Freeman (1950) [17] сравнил слово «аллергия» с красивой женщиной — красота и привлекательность этого слова покорили не только врачей, но и широкую публику [18].

В наше время обыденные представления об аллергии дополнились понятием непереносимости отдельных видов пищи, запахов, материалов и т. д., оно приобрело массовый характер и обозначается терминами «корторексия» и «гиперчувствительность». Среди населения (особенно более образованной, обеспеченной и социально активной его части) популярны идеи «детокса» (процедур очищения от «токсинов и шлаков», последствий плохой экологии), безглютеновые и безлактозные диеты, гипоаллергенные материалы для предметов домашнего обихода и одежды и т. д.

Попробуем объяснить с психологической точки зрения то, как происходит появление «симптома», вызванное социокультурными факторами. В концепции психологии телесности [19] существует представление о превращении телесного ощущения в «симптом болезни» путем его означивания через систему знаний и представлений «больного» (и его окружения)

о строении тела, причинах и проявлениях болезней. Этот процесс означивания может происходить как «снизу вверх» — от ощущения к «симптому», так и «сверху вниз» — от «диагноза» к поиску соответствующих ему телесных сенсаций.

Особенно ярко этот эффект проявляется на субъективных симптомах, которые трудно оценить объективными методами (тошнота, головная боль, слабость, чувство тяжести, ощущение отека носоглотки или другой части тела, чувство онемения и т. д.) [20]. Представления о болезни отражаются на том, как пациент интерпретирует свой телесный опыт (чувственный уровень внутренней картины болезни) и как ведет себя в ситуации болезни (illness behavior). Субъективные представления о болезни (называемые у нас в стране обыденными или житейскими, на западе — социальными представлениями) не являются строго рациональными, не следуют формальной логике, причудливо сочетают в себе научные знания и обыденные наблюдения, наглядны, образны и эмоционально значимы для их обладателя [21]. Вышесказанное иллюстрирует, например, исследование восприятия болезни у пациентов с аллергическим и неаллергическим ринитом, проведенное O. Rydén и соавт. [22].

У субъективных представлений о болезни и последующем лечении может быть множество источников: собственное образование и жизненный опыт, СМИ и социальные сети в Интернете, родственники и другое ближнее социальное окружение, врачи, провизоры в аптеке, телемедицина, пациентские сообщества. При этом для обывателя мнение врача не является приоритетным, и часто эмоционально насыщенный опыт другого пациента с похожими проявлениями болезни воспринимается как более значимый, истинный, а его способ «излечения» вызывает больше доверия, чем «сухие» рекомендации врача [23].

Отметим также, что чем опытнее больной, чем дольше он болеет, тем аксиоматичнее его субъективная концепция болезни [21]. История болезни приобретает характер нарратива, в котором факты перепутаны во времени, а начало заболевания или его обострения связываются с эмоционально значимыми событиями жизни и интерпретируются как их следствия. Тем сложнее врачу разбить эту легенду и собрать объективный анамнез.

Для иллюстрации вышесказанного приведем несколько клинических примеров.

Довольно много больных, обращающихся к аллергологам, имеют другую истинную органическую патологию (например, СД или заболевания ЖКТ), у которой есть вторичные симптомы (крапивницы и пр.). Пациенты, зная о своем основном заболевании, не проводят связи между ним и высыпаниями и означивают (интерпретируют) их как признаки «аллергии». К ним же мы можем отнести лиц с такой патологией, как лабиальный или генитальный герпес, которые ведут противопоказанный при их заболевании образ жизни, приводящий к учащению рецидивов, не связывая эти факты друг с другом. С точки зрения психопатологических синдромов подобное может рассматриваться как тревожный синдром в рамках расстройства адаптации в результате повторяющихся стрессовых ситуаций. С такого рода пациентами необходима разъяснительная беседа.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР № 1

Пациентка А., 22 года.

Жалобы на герпетические высыпания на губах.

Вышеуказанные высыпания наблюдаются в течение последних 4,5 лет, когда после переезда в Москву из маленького

города больная стала отмечать склонность к частым простудам и последующим пузырьковым высыпаниям на губах.

Неоднократно лечилась от герпеса стандартными схемами противовирусных препаратов.

Со слов, режим труда и отдыха не соблюдает, учится, работает на двух работах, однако причины частых обострений в этом не видит. Обратилась для того, чтобы врач прописал «таблетку для поднятия иммунитета». С недоверием относится к рекомендациям врача, перебивает врача, пытается убедить его в том, что ей необходимо «специальное лечение для поднятия иммунной системы».

Аллергоанамнез, пищевой, лекарственный не отягощен
Сопутствующие заболевания — хронический тонзиллит.
Данные за иммунодефицитное состояние не получены.

Другая группа пациентов — те, кто имеет истинную аллергию, но проявления ее не считает важными и требующими лечения (этот факт на примере аллергического ринита отмечает ряд авторов). К аллергологу такие больные обращаются по поводу предполагаемой у себя другой аллергии из разряда «модных» (на глютен, на лактозу и т. д.) и просят провести скрининговые исследования для ее обнаружения. Не получая объективного подтверждения предполагаемой аллергии, пациенты в качестве аргументов предъявляют врачу результаты самонаблюдения — реакций на различные виды пищи, физической активности, — которые не подтверждаются осмотром и их невозможно проверить объективными методами.

У таких больных может быть развернутая ипохондрическая концепция в рамках тревожно-ипохондрического синдрома, стойкая ипохондрическая фиксация внимания не только на болезни, но и на «укреплении здоровья», здоровом образе жизни, наблюдается избирательное пищевое поведение, избегающее поведение, отражающее их представления о болезни. Этим пациентам, помимо разъяснительной беседы, часто необходима консультация клинического психолога или психотерапевта.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР № 2

Пациентка С., 31 год.

Жалобы на заложенность носа, чихание, зуд век в апреле — мае, а также зуд в ротоглотке, чихание и заложенность носа при употреблении косточковых фруктов и орехов.

Вышеуказанные жалобы появились 4 года назад, когда, по мнению пациентки, она «неправильно вышла из очередного процесса детокса и голодания, начав сразу есть все подряд». На сезон цветения уезжает в другую климатическую зону.

Также (и пациентка уделяет этим проявлениям большее внимание) при употреблении кофе с овсяным молоком («возможно, там же глютен») — слизистые выделения из носа, при употреблении творога — слабость и запоры, цельное молоко — боли в животе, курица и индейка изредка — запоры. Безлактозное молоко, сырники покупные — без реакций, рыбу ест без реакций.

Со слов больной, при отдыхе на море реакций на пищу не отмечает вообще, ест все продукты. Выражает удивление, что в Москве, даже несмотря на обильный прием про- и пребиотиков, беспокоят запоры.

В январе 2019 г. она посещала детокс-программу в Таиланде, где получала гидроколонотерапию и клизмы с чесноком, с ее слов, «с отличным эффектом», после возвращения ела все продукты без реакций и проблем со стулом

не было. Однако через 3–4 недели все симптомы (слабость, вялость, боли в животе, вздутие и запоры) вернулись вновь.

Самостоятельно диагностирует себе синдром раздраженного кишечника и депрессию. Судя по беседе, основное заболевание (сезонный аллергический ринит и пищевая аллергия к косточковым и орехам) пациентку не так волнует, как потенциальная аллергия к белкам коровьего молока и глютену.

Она считает, что болезнь вызвана «психосоматикой», беспокоится, отчего «все это происходит». Иммунитет представляет, как что-то, что играет важную роль в качестве жизни, принятии событий, защите от болезней, долгой жизни и хорошем настроении. Рассказывает, что читает по поводу здорового образа жизни много литературы, принимает множество БАДов, «пытается быть экспертом в вопросах здоровья».

Третью группу составляют пациенты с различного рода соматизацией и ипохондрическими реакциями. В своей практике мы наблюдаем практически весь спектр соматоформных расстройств (очень часто ипохондрическое расстройство). Часто обращаются также больные с расстройствами аффективного спектра, которые интерпретируют соматические корреляты тревоги, апатии, сниженного настроения как признаки «проблем с иммунитетом». Ниже приведен вариант сенестопихондрического синдрома с ипохондрической фиксацией на заболевании, проявляющийся неопределенными, неприятными и иногда довольно мучительными ощущениями (стягиванием, натяжением, переливанием, жжением, щекотанием и т. п.), локализующимися в различных частях тела, в сочетании со сверхценными идеями о наличии тяжелого, угрожающего заболевания. Обращает на себя внимание крайне необычный характер этих ощущений. При тщательном исследовании современными методами не удается выявить заболевание, которое могло бы вызвать эти разнообразные ощущения.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР № 3

Пациент М., 36 лет.

Жалобы на отек головки полового члена, головные боли, вялость, слабость, подверженность частым простудам.

Вышеуказанные жалобы стал отмечать после перенесенной в 2016 г. хламидийной инфекции. После курса антибактериальной терапии ПЦР к хламидиям отрицательная, болей, выделений нет, однако отмечает отек головки полового члена.

Обследован у иммунолога в Европе, обнаружено незначительное, клинически не значимое изменение иммунорегуляторного индекса в иммунном статусе (обычно сильное снижение индекса может говорить о вирусной инфекции, в частности ВИЧ, пациент неоднократно сдавал все анализы на вирусы — результаты отрицательные), остальные показатели без изменений.

После проведения вакцинации АКДС около 2 лет назад — полный регресс вышеуказанных жалоб на 2 недели, то же самое сразу после вакцинации от гриппа и от использования курса свечей противовирусного препарата, причем ровно в дни использования, а также при занятиях в спортзале и бегом.

В процессе разговора выясняется, что у пациента представление о вакцине как о препарате, «поднимающем общий иммунитет организма». Объяснение, что любая вакцина защищает лишь от определенного инфекционного агента и выработка защитных антител происходит спустя 2 недели после введения, а не сразу, вызывает у пациента замешательство и тревогу.

Аллергоанамнез, пищевой, лекарственный не отягощен, сопутствующие заболевания, операции и травмы отрицает.

Часто по работе ездит в Европу, с его слов, любит обследоваться там у своего врача, которая назначает ему препараты для повышения иммунитета в свечах, дающие временный хороший эффект. Характерно, что вирусных и бактериальных инфекций, которые позволили бы заподозрить у пациента иммунодефицитное состояние, нет.

Вышеприведенные варианты ипохондрической фиксации внимания на здоровье (его укреплении) или факте болезни часто определяются личностным радикалом пациента (чаще истерическим). Такие пациенты используют «симптом» в качестве самопрезентации, как средство коммуникации в семье, для улаживания межличностных конфликтов. Проявление «аллергии» в подобном случае будет вычурным, оригинальным, что укладывается в картину истеро-ипохондрического психопатологического синдрома (характеризующегося повышенной эмоциональной возбудимостью, театральностью поведения, склонностью к фантазированию, бурным аффективным реакциям и даже конверсионной симптоматикой). Приведем пример из практики.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР № 4

Пациентка Е., 37 лет.

Жалобы на тошноту при употреблении яиц.

Вышеуказанное состояние продолжается около 1–2 лет, после того как, со слов больной, она долго сидела на яичной диете. После окончания диеты «сложно стало переносить запах яиц, даже от скорлупы». Симптомы беспокоят только дома, за границей таких проявлений нет. Пациентка описывает красочную симптоматику, выходит из кухни, когда муж чистит или готовит яйца, чтобы избежать ощущения тошноты от неприятного запаха, но в отпуске в Прибалтике летом спокойно могла готовить ему омлет.

Красочно описывает, что «где-нибудь в дровяной печи в Италии яйца на сковородке красиво выглядят и даже пахнут по-другому, и на них наверняка не будет реакции, в отличие от здешних».

Аллергоанамнез — аллергический риноконъюнктивит, сенсibilизация к пыльце деревьев и эпидермальным аллергенам.

Сопутствующие заболевания, операции и травмы отрицает.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Целью статьи была попытка некоторой квалификации неоднородных клинических картин пациентов, обращающихся за помощью в иммунологические центры. В фокусе внимания — больные, интерпретирующие свои жалобы как симптомы какой-то определенной аллерго- и иммунопатологии, но не имеющие объективных данных за нее. Авторы считают, что это проявление культурного феномена, определенной моды в нашей культуре на «аллергию» и «снижение» иммунитета. Такая интерпретация нетипичной для истинной аллерго- и иммунопатологии клинической картины более социально приемлема, чем предлагаемая в итоге — как проявление психического расстройства (соматоформного, тревожного, расстройства настроения, расстройства личности и пр.).

На основании клинических наблюдений авторами были выделены следующие типы пациентов, не имеющих аллерго- и иммунопатологии, в наличии которой они были убеждены:

- а) больные с истинной соматической патологией, проявления которой они ошибочно интерпретируют как «аллергию»;
- б) пациенты с ипохондрической фиксацией внимания на здоровье, здоровом образе жизни, с избегающим и избирательным пищевым поведением, релевантным культурным модам;
- в) лица, склонные к соматизации, с ипохондрической фиксацией на болезни.

Мы сознательно исключили из описания случаи тяжелой психической патологии с бредовой ипохондрией (сенестопатическая и ипохондрическая шизофрения, шизотипическое расстройство и пр.), встречающиеся в практике врача аллерголога-иммунолога намного реже, чем пограничная психическая патология.

Отметим, что необходимо проведение просветительской работы среди населения для улучшения первичной профилактики, а также повышение компетентности врачей первичного звена в области дифференциальной диагностики психических (в частности, соматоформных, тревожных и пр.) расстройств и истинных аллергических реакций и иммунодефицитных состояний, поскольку, получая неверные означения своего состояния от врачей общей практики (направление на дополнительное обследование к аллергологу-иммунологу), пациенты могут фиксироваться на них, годами искать причину «аллергии» и «снижения» иммунитета и не обращаться по поводу своего основного соматического заболевания или пограничных психических расстройств.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Поддубная Т.В. Обзор зарубежных исследований, посвященных различным аспектам психодерматологии (2010–2013). Современная зарубежная психология. 2014; 1: 58–71. [Poddubnaya T.V. Review of foreign studies devoted to various aspects of psychodermatology (2010–2013). Journal of Contemporary Foreign Psychology. 2014; 1: 58–71. (in Russian)]
2. Akdis C.A., Agache I., eds. Global Atlas of Allergy. Published by the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. 2014. 388 p.
3. Лусс Л.В., Ильина Н.И. Актуальные направления и медико-социальные проблемы в клинической аллергологии: аллергены, скрытые аллергены, пищевые добавки. ГМО. Проблемы медицинские и не только. Российский аллергологический журнал. 2018; 5: 5–16. [Luss L.V., Ilyina N.I. Actual directions and medical and social problems in clinical allergology: allergens, hidden allergens, food additives, GMO. Medical and other problems. Russian Journal of Allergy. 2018; 5: 5–16. (in Russian)]
4. Ильина Н.И., Богова А.В., Лусс Л.В. Тенденции в изучении эпидемиологии аллергических заболеваний в России за последние 10 лет. Российский аллергологический жур-

нал. 2008; 6: 3–14. [Ilyina N.I., Bogova A.V., Luss L.V. Trends in the epidemiological research of allergic diseases prevalence in Russia for the past 10 years. Russian Journal of Allergy. 2008; 6: 3–14. (in Russian)]

5. Латышева Е.А., Латышева Т.В., Пащенко М.В., Климова С.В., Манто И.А. Первичные иммунодефициты у взрослых — анализ регистра Института иммунологии. Российский аллергологический журнал. 2018; 4: 17–25. [Latysheva E.A., Latysheva T.V., Pashenkov M.V., Klimova S.V., Manto I.A. Primary immunodeficiency — analysis of registry of Institute of immunology. Russian Journal of Allergy. 2018; 4: 17–25. (in Russian)]
6. Ehlers L. Pain and new cultural diseases. Dental Traumatology. 1999; 15(5): 193–7. DOI: 10.1111/j.1600-9657.1999.tb00773.x
7. Shuttleton D.E. The fashioning of fashionable diseases in the eighteenth century. Lit. Med. 2017; 35(2): 270–91. DOI: 10.1353/lm.2017.0012
8. Andrews J., Lawlor C. Introduction "An Exclusive Privilege ... to Complain": framing fashionable diseases in the long eighteenth century. Lit. Med. 2017; 35(2): 239–69. DOI: 10.1353/lm.2017.0015
9. Тхостов А.Ш., Райзман Е.М. Субъективный телесный опыт и ипохондрия: культурно-исторический аспект. В кн.: Тхостов А.Ш.

- Культурно-историческая психология. М.: Канон-плюс; 2020: 143–57. [Tkhostov A.Sh., Raizman E.M. Subjective corporeal experience and hypochondria: cultural and historical aspects. In: Tkhostov A.Sh. Cultural and historical aspects of pathopsychology. M.: Kanon-Plus; 2020: 143–57. (in Russian)]
10. Busch F.N. Clinical approaches to somatization. *J. Clin. Psychol.* 2014; 70(5): 419–27. DOI: 10.1002/jclp.22086
 11. Chaturvedi S.K., Desai G., Shaligram D. Somatoform disorders, somatization and abnormal illness behavior. *Int. Rev. Psychiatry.* 2006; 18(1): 75–80. DOI: 10.1080/09540260500467087
 12. Hüsing P., Löwe B., Piontek K., Shedden-Mora M. Somatoform disorder in primary care: the influence of co-morbidity with anxiety and depression on health care utilization. *J. Eval. Clin. Pract.* 2018; 24(4): 892–900. DOI: 10.1111/jep.12898
 13. Hassel J.C., Danner D., Hassel A.J. Psychosomatic or allergic symptoms? High levels for somatization in patients with drug intolerance. *J. Dermatol.* 2011; 38(10): 959–65. DOI: 10.1111/j.1346-8138.2011.01249.x
 14. Amos J.J., Robinson R.G., eds. *Psychosomatic medicine: an introduction to consultation-liaison psychiatry.* Cambridge: Cambridge University Press; 2010. 290 p.
 15. Kessler R.C., Cox B.J., Green J.G., Ormel J., McLaughlin K.A., Merikangas K.R. et al. The effects of latent variables in the development of comorbidity among common mental disorders. *Depress. Anxiety.* 2011; 28(1): 29–39. DOI: 10.1002/da.20760
 16. Смулевич А.Б., ред. *Психосоматические расстройства в клинической практике.* М.: МЕДпресс-информ; 2016. 776 с. [Smulevich A.B., ed. *Psychosomatic disorders in clinical practice.* M.: MEDpress-Inform; 2016. 776 p. (in Russian)]
 17. Freeman J. Hay-Fever: a key to the allergic disorders. London: William Heinemann Medical Books; 1950. 321 p.
 18. Igea J.M. The history of the idea of allergy. *Allergy.* 2013; 68: 966–73. DOI: 10.1111/all.12174
 19. Тхостов А.Ш. Болезнь как семиотическая система. В кн.: Тхостов А.Ш. Культурно-историческая психология. М.: Канон-плюс; 2020: 78–112. [Tkhostov A.Sh. Disease as a semiotic system. In: Tkhostov A.Sh. Cultural and historical aspects of pathopsychology. M.: Kanon-Plus; 2020: 78–112. (in Russian)]
 20. Neng J.M.B., Wec F. Attribution of somatic symptoms in hypochondriasis. *Clin. Psychol. Psychother.* 2015; 22(2): 116–24. DOI: 10.1002/cpp.1871
 21. Тхостов А.Ш., Нелюбина А.С. Обыденные представления о болезни в структуре идентификации пациента и врача как предиктор выбора пациентом способа лечения (на модели сердечно-сосудистых заболеваний). В кн.: Тхостов А.Ш. Культурно-историческая психология. М.: Канон-плюс; 2020: 113–42. [Tkhostov A.Sh., Nelyubina A.S. Common views of illness in the system of patient and physician identification as a predictor influencing the patient's choice of treatment (in a model of cardiovascular disease). In: Tkhostov A.Sh. Cultural and historical aspects of pathopsychology. M.: Kanon-Plus; 2020: 113–42. (in Russian)]
 22. Rydén O., Andersson B., Andersson M. Disease perception and social behaviour in persistent rhinitis: a comparison between patients with allergic and nonallergic rhinitis. *Allergy.* 2004; 59(4): 461–4. DOI: 10.1046/j.1398-9995.2003.00331.x
 23. Versteeg W., Te Molder H., Sneijder P. “Listen to your body”: participants’ alternative to science in online health discussions. *Health.* 2018; 22(5): 432–50. DOI: 10.1177/1363459317695632

Поступила / Received: 30.09.2019

Принята к публикации / Accepted: 11.12.19

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ \ LIST OF ABBREVIATIONS

АГ	— артериальная гипертензия	ЛПНП	— липопротеины низкой плотности
АД	— артериальное давление	МКБ-10	— Международная классификация болезней 10-го пересмотра
АКДС	— адсорбированная коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина	МРТ	— магнитно-резонансная томография, магнитно-резонансная томограмма
АМФ	— аденозинмонофосфат	НПВП	— нестероидные противовоспалительные препараты
БАД	— биологически активная добавка	ПЦР	— полимеразная цепная реакция
ВАШ	— визуальная аналоговая шкала	СД	— сахарный диабет
ВИЧ	— вирус иммунодефицита человека	УЗИ	— ультразвуковое исследование
ВОЗ	— Всемирная организация здравоохранения	ФНО	— фактор некроза опухоли
ВПЧ	— вирус папилломы человека	ХОБЛ	— хроническая обструктивная болезнь легких
ГАМК	— γ-аминомасляная кислота	ЦОГ	— циклооксигеназа
ДНК	— дезоксирибонуклеиновая кислота	ЭЭГ	— электроэнцефалография, электроэнцефалограмма
ЖКТ	— желудочно-кишечный тракт	СРБ	— С-реактивный белок
ИБС	— ишемическая болезнь сердца	НbA1c	— гликированный гемоглобин
ИЛ	— интерлейкин	Ig	— иммуноглобулин
ИМТ	— индекс массы тела		
ИФА	— иммуноферментный анализ		
ИФН	— интерферон		
ЛПВП	— липопротеины высокой плотности		

Доступ
на сайт
с любых
устройств

ЧИТАЙТЕ
Доктор.Ру

«Доктор.Ру» — научно-практический медицинский рецензируемый журнал.
Издание специализированной прессы для врачей.
Основан в 2002 г. Включен в Перечень ВАК и ядро РИНЦ

Читайте актуальные материалы
по неврологии и психиатрии
на сайте **journaldoctor.ru**

Скачивайте бесплатно полнотекстовые версии статей

Найз®

найзпро.рф

ПРОГРАММА ЗДОРОВЬЯ НАЙЗ

Это комплексный подход к лечению и профилактике боли в спине у пациентов с повышенными нагрузками на позвоночник в силу профессиональной деятельности:

- длительно сидят (учителя, врачи, менеджеры, водители и т.д.);
- долго стоят (кассиры, охранники и т.д.);
- люди, занимающиеся тяжелым физическим трудом (грузчики).

ПРОГРАММА ЗДОРОВЬЯ НАЙЗ СОСТОИТ ИЗ ДВУХ ЭТАПОВ

ПЕРВЫЙ ЭТАП

медикаментозная терапия

ПЕРВЫЕ 10-14 ДНЕЙ

Найз системно по 100 мг два раза в день (утром и вечером) + местное применение Найз Гель на болезненные участки тела в течение 10 дней.

ВТОРОЙ ЭТАП

физические упражнения

После регистрации на НАЙЗПРО.РФ

в зависимости от особенностей профессии, пола и возраста пациенту будет предоставлена индивидуальная комплексная программа восстановления позвоночника в период ремиссии.

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ НАЗНАЧЕНИЯ НПВП ПРИ БОЛЯХ В СПИНЕ*

Необходимый минимальный курс противовоспалительной терапии — 10-14 дней для полного купирования боли и воспалительного процесса в очаге поражения.

ПЕРВЫЕ 5 ДНЕЙ ТЕРАПИИ

КУПИРОВАНИЕ БОЛЕВОГО СИНДРОМА

6-й и последующие дни лечения

ЛИКВИДАЦИЯ ВОСПАЛЕНИЯ

Перифокальное воспаление в очаге поражения исчезает только на 10-14-й день лечения НПВП

*Консенсус по ведению пациентов с болью в спине для терапевтов и врачей общей практики поликлиник, утвержден Советом экспертов 16 сентября 2017 года.

Регистрационные удостоверения П N012824/02 от 20.03.2017; П N012824/03 от 14.01.2019.

Реклама. Информация предназначена для медицинских работников. Для использования на медицинских конференциях.