

Роль эмоциональных расстройств, личностных особенностей и нарушения интрацептивных ощущений в формировании соматических симптомов у больных с синдромом раздраженного кишечника

Е.А. Полуэктова¹, А.А. Курбатова¹, Г.Е. Рупчев²,
А.А. Шептулин¹, В.Т. Ивашкин¹

¹Кафедра пропедевтики внутренних болезней лечебного факультета ГБОУ ВПО

«Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава РФ

²Лаборатория психофармакологии ФГБУ НЦПЗ РАМН

Role of emotional disorders, personality features and disorders of intraceptive sensation in development of somatic symptoms at irritable bowel syndrome

Ye.A. Poluektova¹, A.A. Kurbatova¹, G.Ye. Rupchev², A.A. Sheptulin¹, V.T. Ivashkin¹

¹Chair of internal diseases propedeutics, medical faculty, State educational government-financed institution of higher professional education «Sechenov First Moscow state medical university»

Ministry of healthcare of the Russian Federation

²Psychopharmacology laboratory, Federal state-funded institution Mental Health Research Center of the Russian Academy of Medical Sciences

Цель исследования. Оценить наличие эмоциональных нарушений, личностных особенностей и особенностей интрацептивных ощущений у лиц, страдающих синдромом раздраженного кишечника (СРК), а также влияние выявленных изменений на тяжесть течения заболевания.

Материал и методы. Обследовано 30 пациентов с подтвержденным диагнозом СРК. Такие критерии, как количество дней плохого самочувствия за истекший год, количество обращений за медицинской помощью за тот же период, уровень боли в животе по ВАШ, частота стула (количество дефекаций в сутки при СРК-Д и количество дефекаций в неделю при СРК-З) учитывались при проведении корреляций между тяжестью заболевания

Aim of investigation. To estimate emotional disorders, personality features and features of intraceptive sensations in patients with *irritable bowel syndrome* (IBS), as well as the effect of revealed changes on disease severity.

Material and methods. Overall 30 patients with confirmed diagnosis of IBS were studied. Number of days of feeling sick for the last year, number of medical encounters for the same time, intensity of abdominal pain according to VAS, frequency of bowel movements per day (number of defecations per day at IBS-D and number of defecations per week at IBS-C) were taken into account in correlation to disease severity and severity of anxiety and depression according to respective scales, to personality features of patients, and also to

Полуэктова Елена Александровна — кандидат медицинских наук, врач-терапевт отделения общей терапии клиники пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им В.Х. Василенко УКБ № 2 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Контактная информация: poluektova@rambler.ru; 119991, Москва, ул. Погодинская, д. 1 стр. 1
Poluektova Yelena A — MD, doctor of department of chronic bowel and pancreatic diseases, Vasilenko Clinic of internal diseases propedeutics, gastroenterology and hepatology State educational government-financed institution of higher professional education «Sechenov First Moscow state medical university», Ministry of Healthcare of the Russian Federation. Contact information: poluektova@rambler.ru; 119991, Moscow, Pogodinskaya street, 1, bld 1

и степенью выраженности тревоги и депрессии по соответствующим шкалам, между личностными особенностями больных, а также между структурой и объемом индивидуального словаря для описания внутренних телесных ощущений.

Проводилось углубленное обследование, включавшее в себя тестирование для определения: ведущих черт характера пациента, его эмоциональных особенностей (*индивидуальный типологический опросник* – ИТО); структуры и объема индивидуального словаря для описания внутренних телесных ощущений (тест выбора дескрипторов интрацептивных ощущений); наличия эмоциональных нарушений (соответствующие шкалы Гамильтона для тревоги и депрессии – HARS, HDRS).

Результаты. При анализе уровня тревоги с симптомами, определяющими тяжесть течения заболевания, выявлена умеренная прямая корреляция общего балла по HARS с выраженностью нарушений стула при запорах и количеством дней с симптомами ЦРК за истекший год ($p=0,07$). При проведении анализа уровня депрессии (общий балл по HDRS) с симптомами, влияющими на тяжесть течения заболевания, обнаружена статистически достоверная прямая умеренная корреляция тяжести депрессивного расстройства со степенью нарушений стула (как для ЦРК-Д, так и для ЦРК-З) и количеством дней с симптомами ЦРК за истекший год ($p=0,023$; $0,025$ и $0,026$ соответственно).

На уровне статистической тенденции установлены следующие корреляции между результатами тестирования пациентов по ИТО и симптомами, определяющими тяжесть течения заболевания: умеренно выраженная отрицательная корреляция между шкалой экстраверсии и количеством обращений за медицинской помощью по поводу ЦРК за истекший год ($p=0,05$), между шкалой тревожности и степенью нарушений стула как при ЦРК-Д, так и при ЦРК-З ($p=0,05$; $p=0,06$); на уровне статистической достоверности – умеренно выраженная отрицательная корреляция между шкалой лабильности и количеством обращений за медицинской помощью по поводу ЦРК ($p=0,022$).

При сравнении выраженности симптомов, определяющих тяжесть заболевания, в группах больных, образованных на основании проведения кластерного анализа результатов теста выбора дескрипторов интрацептивных ощущений, можно отметить увеличение выраженности симптомов ЦРК от 3-го к 1-му кластеру.

Заключение. Тяжесть течения ЦРК (частота обращений за медицинской помощью общее число дней плохого самочувствия в году и др.) определяется выраженностью тревожно-депрессивных расстройств (по шкалам HARS и HDRS), нарушением социальной адаптации (по тесту ИТО) и искажением восприятия собственного тела (по тесту выбора дескрипторов интрацептивных ощущений), что следует учитывать при назначении соответствующего лечения.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, эмоциональные нарушения, личностные особенности, нарушение восприятия внутренних телесных ощущений.

pattern and volume of individual dictionary for description of internal somatic sensations.

Profound investigation including application of questionnaires was carried out for assessment of: dominating personality traits of the patient, his/her emotional features (*individual typological questionnaire* – ITQ); structure and bulk of individual dictionary for description of internal somatic sensations (test of intraceptive sensation descriptors choice); presence of emotional disorders (respective scales of Hamilton test for anxiety and depression – HARS, HDRS).

Results. At analysis of anxiety level with symptoms determining disease severity, moderate positive correlation of total HARS score with severity of disorders of defecation at constipation and number of days with IBS symptoms for the last year ($p=0,07$) was revealed. At analysis of depression level (total score on HDRS) with symptoms representing severity of disease, statistically significant positive moderate correlation with severity of depressive disorder with degree of disorders of defecation (both for IBS-D, and for IBS-C) and quantity of days with IBS symptoms for the last year was found out ($p=0,023$; $0,025$ and $0,026$ respectively).

Following correlations between ITQ questionnaire results and symptoms of disease severity were detected as statistical trend: moderate negative correlation between extraversion scale and number of IBS-related medical encounters for the last year ($p=0,05$), between anxiety scale and degree of disorders of defecation both at IBS-D, and at IBS -C ($p=0,05$; $p=0,06$); at the level of statistical significance moderate negative correlation between lability scale and quantity of IBS-related medical encounters ($p=0,022$) was revealed.

At comparison of intensity of symptoms representing severity of disease, in groups of patients formed according to cluster analysis results of the test of intraceptive sensation descriptors choice, it was possible to reveal increase of severity of IBS symptoms from the 3rd to the 1st cluster.

Conclusion. Severity of IBS (quantity of medical encounters, total number of days of feeling sick per year, etc.) is determined by severity of anxiety and depressive disorders (by HARS and HDRS scales), disorder of social adaptation (by ITQ test) and distortion of body perception (by test of intraceptive sensation descriptors choice), that it is necessary to take into account at treatment prescription.

Key words: irritable bowel syndrome, emotional disorders, personal features, disorder of perception of internal somatic sensations.

Важность изучения проблемы функциональных расстройств *желудочно-кишечного тракта* (ЖКТ), в частности *синдрома раздраженного кишечника* (СРК), обусловлена значительной распространенностью этого заболевания, выраженным снижением уровня качества жизни больных, а также существенными экономическими затратами на обследование и лечение пациентов, страдающих СРК. Другим фактором, определяющим актуальность проблемы функциональных расстройств ЖКТ, является недостаточная изученность их патогенеза и соответственно отсутствие схем рационального обследования и оптимального лечения таких больных.

Большое внимание в последних публикациях, посвященных патогенезу СРК, уделяется исследованию расстройств функции плотных контактов между эпителиальными клетками кишечника, изменений цитокинового баланса слизистой оболочки кишечника, роли местных воспалительных изменений в механизме развития рассматриваемого заболевания. Однако взаимосвязь данных изменений между собой и степень их участия в патогенезе функциональных нарушений ЖКТ остаются пока недостаточно изученными [7, 10].

На структурные изменения, наличие которых при СРК уже можно считать доказанным, накладываются психологические и личностные особенности больных, которые могут оказывать влияние на клиническую картину заболевания [3]. Так, у всех пациентов с СРК выявляются эмоциональные нарушения в виде тревожного и/или депрессивного расстройства [4].

Кроме того, усредненный профиль личности больного, страдающего СРК, включает в себя такие характеристики, как повышенная тревожность, низкий уровень самостоятельности и стратегий совладания с неблагоприятными жизненными ситуациями, склонность к формированию зависимого поведения, трудности контроля импульсивных побуждений, неспособность к самостоятельному планированию деятельности в сочетании с ограничением психологических возможностей для работы в коллективе. Указанные особенности могут служить фоном для возникновения аггравации соматических симптомов [1].

Обсуждается также наличие у таких больных особенностей восприятия своего тела и корреляции выявленных изменений с выраженностью и особенностями соматических симптомов заболевания [2].

Исследование, проведенное в нашей клинике, позволило комплексно оценить эмоциональные нарушения, личностные особенности и особенности интрацептивных ощущений у лиц, страдающих синдромом раздраженного кишечника, и влияние выявленных изменений на тяжесть течения заболевания.

Цель исследования состояла в оценке эмоциональных расстройств, особенностей характера,

темперамента и восприятия внутренних телесных ощущений, которые могут быть ответственны за развитие симптомов заболевания.

Материал и методы исследования

С октября 2007 г. по февраль 2011 г. в клинике пропаганды внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко УКБ № 2 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова было обследовано 30 пациентов с диагнозом СРК. Диагноз устанавливался на основании исключения органической патологии ЖКТ по результатам проведенного обследования и соответствия клинической картины заболевания Римским критериям III.

Такие критерии, как количество дней плохого самочувствия за истекший год, количество обращений за медицинской помощью за тот же период, уровень боли в животе по ВАШ, частота стула (количество дефекаций в сутки при СРК с преобладанием диареи — СРК-Д и количество дефекаций в неделю при СРК с преобладанием запоров — СРК-З), учитывались для оценки тяжести заболевания при проведении корреляций между степенью тяжести выявленной патологии и выраженности тревоги и депрессии по соответствующим шкалам, личностными особенностями больных, а также структурой и объемом индивидуального словаря для описания внутренних телесных ощущений.

У 15 больных (9 женщин, 6 мужчин) отмечался клинический вариант СРК-Д, у 15 больных (11 женщин и 4 мужчины) — СРК-З.

Длительность анамнеза у пациентов с СРК-Д составила 24 [18,5; 73,3] мес, у пациентов с СРК-З — 60,0 [28,1; 133,2] мес; диагноз был установлен соответственно в возрасте 29,0 [26,2; 38,3] и 28,0 [26,2; 38,3] лет. Различия по данным показателям не достигали статистически значимого уровня ($p > 0,05$).

У 14 человек, страдавших СРК-Д, начало заболевания было связано с перенесенным психоэмоциональным стрессом, в группе с СРК-З его влияние отмечено у 13 больных. Статистически значимых различий между этими показателями также не выявлено ($p > 0,05$).

Проводилось углубленное обследование, включавшее в себя тестирование для определения: ведущих черт характера пациента, его эмоциональных особенностей (*индивидуальный типологический опросник* — ИТО); структуры и объема индивидуального словаря для описания внутренних телесных ощущений (тест выбора дескрипторов интрацептивных ощущений); наличия эмоциональных нарушений (соответствующие шкалы для тревоги и депрессии Гамильтона — HARS, HDRS). При психологическом тестировании в качестве группы контроля были обследованы 15 здоровых

Таблица 1

Сравнительная характеристика групп пациентов с СРК и лиц контрольной группы по полу и возрасту

Показатель	СРК-Д	СРК-З	Контрольная группа	p
Женщины, n (%)	9 (60,0)	12 (80,0)	13 (86,7)	>0,05
Мужчины, n (%)	6 (40,0)	3 (20,0)	2 (13,3)	
Возраст Me [–ДИ; +ДИ]	32 [30,0; 43,3]	32 [26,4; 39,2]	31 [27,4; 33,7]	>0,05

Таблица 2

Выраженность клинических симптомов, определяющих тяжесть заболевания, в группах больных, образованных по результатам кластерного анализа теста «Классификация ощущений»

Показатель	Кластеры ДИО			p		
	1	2	3	1–2	1–3	2–3
Боль (ВАШ)	6,0 [2,4; 8,4]	7,5 [5,7; 8,6]	4,0 [3,5; 5,3]	0,213	0,355	0,004*
Диарея, дней в неделю	6,0 [3,4; 8,1]	5,5 [2,5; 8,0]	5,0 [3,8; 6,5]	0,665	0,571	0,850
Запор, число дефекаций в неделю	1,0	2,0 [1,6; 2,8]	2,0 [1,4; 2,4]	1,000	1,000	0,424
HARS, балл	32,0 [22,6; 40,2]	24,0 [16,4; 27,4]	23,0 [16,9; 26,1]	0,046#	0,052#	0,865
HDRS, балл	32,0 [24,5; 37,5]	20,0 [13,3; 24,9]	23,5 [18,4; 25,2]	0,014*	0,015*	0,396
Количество обращений за медицинской помощью в год	10,0 [1,3; 12,3]	2,0 [0,5; 4,1]	2,0 [1,2; 3,1]	0,062#	0,043#	1,000
Общее число дней плохого самочувствия в год	335,0 [227,7; 365,0]	200,0 [46,8; 235,5]	100,0 [56,6; 182,6]	0,016*	0,005*	0,651

*Статистически достоверно; #Статистическая тенденция.

добровольцев, не предъявлявших гастроэнтерологических жалоб. Основная и контрольная группы были сопоставимы по полу и возрасту (табл. 1).

Индивидуальный типологический опросник. С помощью ИТО определяются ведущие черты характера пациента, его эмоциональные особенности, сила и направленность основных мотиваций, преобладающий стиль познавательной деятельности, степень подчиняемости, наличие лидерских черт, устойчивость или, напротив, гибкость в отношениях с окружающими, степень уравновешенности, склонность к риску или осторожности, чувствительность к переживаниям других людей или жесткость. Кроме того, по результатам тестирования можно определить, в благоприятной ли жизненной ситуации находится испытуемый.

Опросник содержит 91 пункт и представляет собой краткий и простой по содержанию тест, который обрабатывается при помощи специального ключа-шаблона, после чего проводится количественная оценка степени выраженности каждого индивидуально-типологического свойства и их сочетаний. Результаты отражаются в цифрах в виде показателей по каждой из шкал — от 0 до 9, а также в виде графика, в котором каждой тенденции противопоставляется антитенденция.

Показатели анализируются следующим образом: 1–4 балла — норма; 5–7 — акцентированная личность; 8–9 баллов — состояние выраженной эмоциональной напряженности, что может приводить к затрудненной адаптации [6].

Тест выбора дескрипторов интрацептивных ощущений (ДИО), или «Классификация ощущений». Результаты проведения теста (табл. 2) позволяют определить структуру и объем индивидуального словаря для описания внутренних телесных ощущений. Работа с методикой осуществляется в несколько этапов. Испытуемому предлагается 80 предварительно отобранных слов, из которых он должен выбрать на первом этапе те, которые, как ему кажется, подходят для описания внутреннего состояния человека. На втором этапе определяется общий объем интрацептивного словаря — выделяются те ощущения, которые были пережиты пациентом когда-либо. На третьем этапе выбираются слова, подходящие для описания своих текущих болезненных ощущений.

При обследовании больных на базе УКБ № 2 тест выбора ДИО был частично изменен. Пациентам и лицам контрольной группы предлагалось выделить из списка те ощущения, которыми можно описать их состояние в момент плохого самочувствия, болезни. На основе выбранных дескрип-

Таблица 3

Корреляция между уровнем тревоги (общий балл по HARS) и симптомами, определяющими тяжесть течения СРК

Показатель	<i>r</i>	<i>p</i>
Диарея, дней в неделю	0,41	0,15
Запор, число дефекаций в неделю	–0,33	0,07#
Число дней с симптомами СРК в год	0,33	0,07#
Боль (ВАШ)	0,17	0,36
Количество обращений за медицинской помощью по поводу СРК в год	0,13	0,47

#Различия на уровне статистической тенденции.

ров телесных ощущений вычислялся абсолютный показатель выбора в процентах, их соотношение в соответствии с классами «части речи», конкретных, диффузных слов, метафор и т. д. [5].

HARS. Шкала используется для оценки состояния пациентов с уже установленным диагнозом тревожного расстройства и для оценки тревоги у лиц, страдающих другими расстройствами (в том числе соматоформными), предназначена для выявления конституциональной тревожности и ситуационной тревоги. Заполняется при проведении клинического интервью. Содержит перечень из 14 групп симптомов, касающихся психических и соматических аспектов тревоги.

Задаваемые вопросы адресуются к состоянию пациента в течение последних нескольких дней или предыдущей недели. По каждому пункту необходимо выбрать значение, наиболее соответствующее степени выраженности симптомов. Значение баллов по всем 14 пунктам ранжируется от 0 до 4 (0 – отсутствует, 1 – слабой степени, 2 – умеренной степени, 3 – тяжелой степени, 4 – очень тяжелой степени). Суммарный балл принимает значения в интервале от 0 до 56. Общепринятой является следующая градация тревожности: 0–7 баллов – тревоги нет, 8–19 баллов – симптомы тревоги, 20 и более баллов – тревожное состояние. При паническом расстройстве суммарный балл достигает 25–27 [9].

HDRS. Шкала служит для оценки состояния больных с депрессивными расстройствами. Заполняется при проведении клинического интервью. Задаваемые вопросы, как и при заполнении HARS, адресуются к состоянию пациента в течение последних нескольких дней или предыдущей недели. Суммарный балл определяется по первым 17 пунктам, 9 из которых оцениваются по баллам от 0 до 4, а 8 – от 0 до 2. Четыре последних пункта шкалы Гамильтона (с 18-го по 21-й) необходимы для определения подтипов депрессивного расстройства. Баллы по ним не учитываются при подсчете суммарного балла шкалы, определяющего тяжесть депрессивного расстройства. Суммарный балл первых 17 пунктов ранжируется следующим образом: 0–7 – норма; 8–13 – легкое депрессивное расстройство; 14–18 – депрессивное расстрой-

ство средней степени тяжести; 19–22 – тяжелой степени; более 23 – крайне тяжелой степени [8].

Статистическая обработка материала. Полученные в ходе исследования результаты обрабатывались с помощью программы Statistica for Windows 6.0 (StatSoft Inc.).

Результаты исследования

Тестирование больных по шкале HARS.

Из результатов проведенного тестирования следует, что в группе пациентов с СРК-Д отмечалась тенденция к более выраженным тревожным переживаниям – озабоченности, ожиданию свершения чего-либо плохого. В данной группе определялась также тенденция к более высокой частоте переживания соматических сенсорных, респираторных, гастроинтестинальных симптомов и симптомов со стороны мочеполовой системы.

В целом в группе СРК-Д выраженность тревоги на уровне тяжелой степени наблюдалась у 9 пациентов (60%), а в группе СРК-З – только в 2 случаях.

Проведен корреляционный анализ уровня тревоги с симптомами, определяющими тяжесть течения заболевания. На уровне статистической тенденции отмечена умеренная прямая корреляция общего балла по HARS с выраженностью нарушений стула при запорах и количеством дней с симптомами СРК за истекший год (табл. 3).

Тестирование больных по шкале HDRS.

При использовании шкалы HDRS в группе пациентов с СРК-Д выявлена тенденция ($p=0,06$) к более выраженным депрессивным переживаниям – подавленность, безнадежность, беспомощность, чувство собственной малоценности. В данной группе депрессия тяжелой степени (депрессивное настроение определялось невербально на основании позы, мимики, голоса, плаксивости) отмечалась у 8 пациентов, а в группе СРК-З – у 3. В этой группе чаще регистрировались также желудочно-кишечные соматические симптомы ($p<0,05$) и общие соматические проявления – тяжесть в конечностях, спине, голове, мышечные боли, чувство утраты энергии или упадка сил ($p<0,05$).

В целом в группе СРК-Д на основе суммарного балла по первым 17 пунктам уровень

Таблица 4

Корреляция между уровнем депрессии (общий балл по HDRS) и симптомами, определяющими тяжесть течения СРК

Показатель	<i>r</i>	<i>p</i>
Диарея, дней в неделю	0,41	0,023*
Запор, число дефекаций в неделю	−0,41	0,025*
Число дней с симптомами СРК в год	0,41	0,026*
Боль (ВАШ)	0,17	0,37
Количество обращений за медицинской помощью по поводу СРК в год	0,15	0,415

*Статистически достоверно.

депрессивных симптомов соответствовал депрессии средней степени выраженности, а в группе СРК-З — легкой депрессии (4 последних пункта шкалы Гамильтона — с 18-го по 21-й — применяются для определения подтипов депрессивного расстройства и не используются при установлении степени выраженности депрессии, а также при подсчете суммарного балла шкалы Гамильтона, определяющего тяжесть депрессивного расстройства).

При проведении корреляционного анализа уровня депрессии (общий балл по HDRS) и симптомов, определяющих тяжесть течения заболевания, выявлена статистически достоверная прямая умеренная связь тяжести депрессивного расстройства со степенью нарушений стула (как для СРК-Д, так и для СРК-З) и количеством дней с симптомами СРК за истекший год (табл. 4).

Таким образом, можно сделать вывод о том, что тяжесть течения СРК лишь отчасти обусловлена степенью выраженности психоэмоциональных расстройств.

Тестирование больных по ИТО. Анализ данных ИТО свидетельствовал о том, что в целом профиль личности пациентов, страдающих СРК, отличался от такового у здоровых лиц.

Несколько факторов оказалось на уровне 5–7 баллов, что соответствовало акцентуации личности: в группе СРК-Д таких факторов было 4 из 8 (интроверсия, сензитивность, тревожность, лабильность), в группе СРК-З — также 4 из 8 (экстраверсия, интроверсия, сензитивность, лабильность) — рис. 1, рис. 2.

По ряду показателей выраженность некоторых черт личности у отдельных больных достигала степени 8–9 баллов — состояния значительной эмоциональной напряженности, потенциальной или уже имеющейся социальной дезадаптации. Причем количество пациентов с высокой степенью выраженности тех или иных личностных факторов с потенциальной или наличествующей дезадаптацией было больше в группе СРК-Д.

Однако при сравнении между собой групп СРК-Д и СРК-З статистически достоверных различий в целом не найдено, что может быть связано с малым объемом выборки.

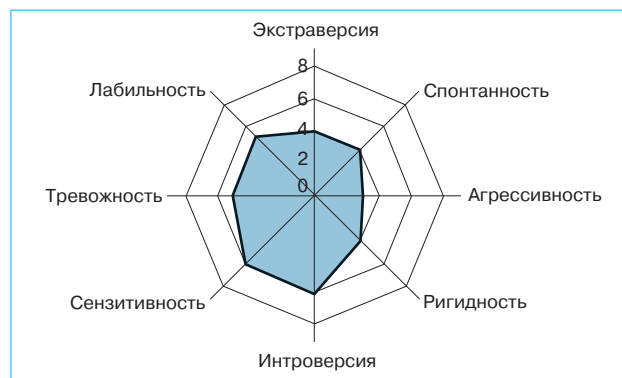


Рис. 1. Средний профиль личностных факторов по ИТО у больных с СРК-Д

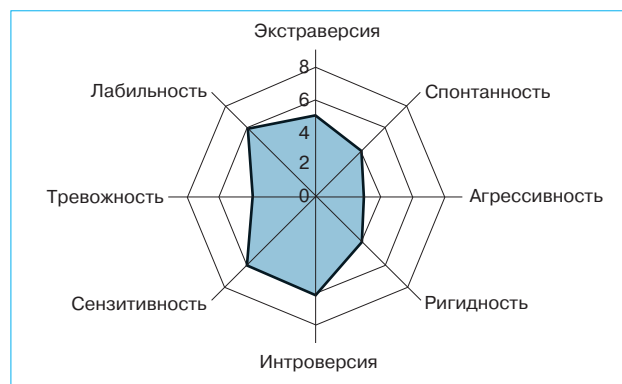


Рис. 2. Профиль личностных факторов по ИТО у больных с СРК-З

На уровне статистической тенденции были определены следующие корреляции между результатами тестирования пациентов по ИТО и симптомами, определяющими тяжесть течения заболевания: умеренно выраженная отрицательная корреляция между шкалой экстраверсии и количеством обращений за медицинской помощью по поводу СРК за истекший год ($p=0,05$), шкалой тревожности и степенью нарушений стула как у больных с СРК-Д, так и СРК-З ($p=0,05$ и $0,06$ соответственно); на уровне статистической достоверности выявлена умеренно выраженная отрицательная корреляция между шкалой лабильности и количеством обращений за медицинской помощью по поводу СРК ($0,022$).

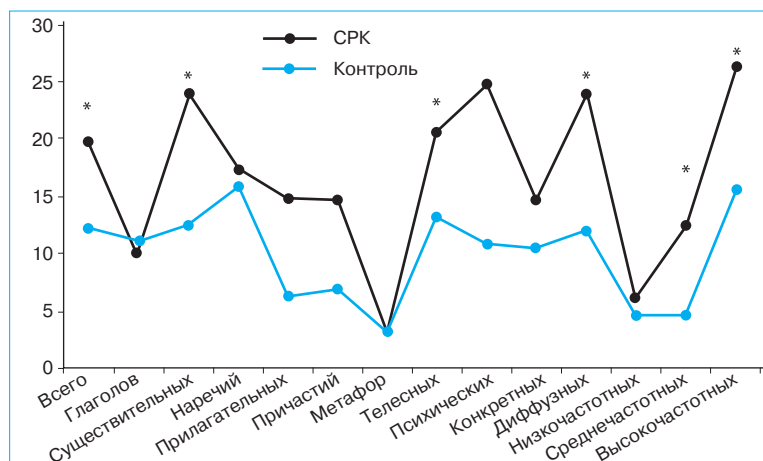


Рис. 3. Различия по методике «Классификация ощущений» между группой больных с СРК и контрольной группой, * $p < 0,05$

Таким образом, полученные результаты говорят об определенной связи между социальной дезадаптацией и степенью тяжести СРК.

Тестирование больных по методике «Классификация ощущений» (тест выбора дескрипторов интрацептивных ощущений)

Всем обследованным проводился тест для выявления набора слов, которыми они могли бы описать свое состояние. Полученные результаты позволяют определить структуру и объем индивидуального словаря для описания внутренних телесных ощущений.

У больных с СРК по сравнению со здоровыми отмечалось достоверно больше слов (дескрипторов) и ощущений, которые воспринимались как болезненные (категория «Всего»), а восприятие и вербализация своего плохого самочувствия (болезненного телесного состояния) оказались более диффузными, чем в норме (категория «Диффузные»). Такие лица достоверно чаще, чем здоровые ($p < 0,05$), пользовались словами, относящимися к высокочастотным (категория «Высокочастотные») и к категории «Существительные».

При качественном анализе (анализ по выбранным словам) обращало внимание своеобразие субъективного языка болезни в группе страдавших СРК. Ни один из тестируемых контрольной группы не выбрал в качестве слова (дескриптора), описывающего его плохое, болезненное, телесное состояние, слова, которые отбирались больными с СРК. Это — слова, которые сомнительно подходят для описания плохого самочувствия: «твердый», «вспышка», «упругий», «движение», «защекотать», «мерцание», «влечение». Также для описания болезненного состояния в лексиконе пациентов было значительно больше слов, относящихся к языку не телесных ощущений, а к сфере эмоциональных состояний: «бесчувствие», «возбуждение», «предчувствие», «грусть». Больные, не сомневаясь, выбирали даже

те слова, которые по своему положительному смыслу не подходят для передачи плохого самочувствия: «легкость», «приятный», «ласкающий», «вкусный», «удовольствие», «блаженствовать». Наконец, пациенты, страдающие СРК, выбирали слова, вовсе не подходящие для языка телесных ощущений: «мохнатый», «шорох», «громко», «жужжание», «шепот», «мокрый» (рис. 3).

Таким образом, в группе больных с СРК и группе здоровых испытуемых выявлен различный профиль психосемантической и психологической категориальной систем для обозначения болезненных интрацептивных ощущений.

Кроме того, при сравнении между собой групп пациентов с СРК-Д и СРК-З были выявлены статистически достоверные ($p < 0,05$) различия по категориям: «Психические», «Диффузные», «Высокочастотные».

Больные из группы СРК-Д были склонны чаще применять слова, относящиеся к эмоциональным состояниям (категория «Психические»), они реже выбирали слова конкретные, чаще диффузные, но при этом их язык обозначений был более стандартен («гомономные жалобы»), чем у больных из группы СРК-З.

Важным обстоятельством, характеризующим вокабуляр больных из группы СРК-Д, являлась более драматическая картина жалоб, ярко дававшая представление о страдании от симптомов СРК, в то время как пациенты из группы СРК-З, переживая глубокое эмоциональное страдание, не оставляли соответствующего впечатления о степени выраженности своего расстройства и о значении болезни для их внутренней психической жизни. Например, такие «психические» дескрипторы, как «напряжение», в группе с СРК-Д выбрали 73% обследованных, а в группе с СРК-З — 46% больных, «депрессия» — соответственно 53 и 20%, «отчаяние» — 33 и 13%, «тревога» — 66 и 40%, «грусть» — 53 и 26%, «подавленность» — 40 и 13%.

Для классификации вариантов восприятия ощущений со стороны внутренних органов в данной выборке был проведен также кластерный анализ методом k -средних, начальные центры кластеров были заданы как «наблюдения на постоянных интервалах»; число итераций — 10. В результате анализа было выделено три кластера (рис. 4).

Первая группа, в которой оказалось 5 пациентов (4 женщины, один мужчина; 4 больных с СРК-Д, одна пациентка с СРК-З), характеризовалась наиболее объемным словарем интрацептивных ощущений для описания своего болезненного самочувствия. Больные выбрали в среднем 40% предъявленных дескрипторов, что превышает нормальные показатели в 4 раза. Субъективно эти

пациенты описывали свое самочувствие как очень плохое.

Третья группа (16 больных — 11 женщин, 5 мужчин; с СРК-Д — 7, с СРК-З — 9) по объему словаря и характеру описания своего болезненного состояния оказалась близкой к норме. Эти пациенты пользовались практически тем же набором слов, что и лица, относившиеся к контрольной группе. Предъявлявшиеся ими жалобы не обращали внимания на странность и вычурность изложения. Пациенты данной группы достаточно редко жаловались на нарушения своего эмоционального состояния.

Вторая группа (9 больных — 5 женщин, 4 мужчин; с СРК-Д — 4, с СРК-З — 5) занимала по объему словаря интрацептивных ощущений промежуточное место между первой и третьей группами.

При сравнении выраженности симптомов, определяющих тяжесть заболевания, в группах больных, образованных на основании проведения кластерного анализа результатов теста «Классификация ощущений», можно отметить увеличение выраженности симптомов СРК от 3-го к 1-му кластеру за исключением уровня интенсивности абдоминальной боли (ВАШ). Наибольшая интенсивность последней отмечалась у лиц, вошедших во 2-й кластер, хотя различия между 1-м и 2-м кластерами не достигли статистической значимости (см. табл. 2). Проведение же статистического анализа по такому симптому, как выраженность нарушений стула в данном случае оказалось невозможным в связи с малым количеством больных в группах (5, 16 и 9 соответственно).

Таким образом, тяжесть симптомов заболевания у пациентов, страдающих СРК, была в большей степени связана с нарушением восприятия внутренних телесных ощущений.

В целом можно предположить, что субстрат болезни в виде изменения функции определенных

белков присутствует у всех больных, страдающих СРК, независимо от клинического варианта его течения, но тяжесть течения заболевания определяется степенью нарушения интрацептивного восприятия, социальной дезадаптацией и выраженностью тревожно-депрессивного расстройства.

Обсуждение результатов исследования

В нашем исследовании были выявлены изменения всех изучавшихся аспектов психических функций у больных с СРК. Для таких пациентов характерны эмоциональные нарушения в виде тревожного и/или депрессивного расстройства; акцентуация личностных черт или их искажение до уровня, приводящего к выраженной эмоциональной напряженности или социальной дезадаптации, изменение восприятия болезненных интрацептивных ощущений по сравнению со здоровыми лицами.

Была выявлена корреляция уровня тревоги, депрессии и отдельных шкал, определяющих личностный профиль пациентов, с такими симптомами, характеризующими тяжесть заболевания, как выраженность нарушений стула, количество дней с симптомами СРК за истекший год. Однако наиболее значимую связь с выраженностью симптомов СРК продемонстрировали результаты тестирования пациентов по методике «Классификация ощущений».

Анализируя полученные результаты, необходимо вновь отметить, что на их основании можно констатировать лишь взаимосвязь особенностей психологического и психоэмоционального статуса больного с СРК с тяжестью заболевания, но не первичность одного из этих факторов.

С позиций сегодняшнего дня можно предположить, что возникновение СРК более вероятно у лиц с исходно имеющимися структурно-морфологическими изменениями на фоне перенесенного психоэмоционального стресса под влиянием неблагоприятных факторов окружающей среды.

Как известно, в модуляции иммунного ответа играет роль гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая ось. В ответ на действие патогенных агентов макрофаги и лимфоциты выделяют про- и противовоспалительные цитокины, которые способны проникать в мозг через гематоэнцефалический барьер [13]. Попад в мозг, цитокины стимулируют секрецию гормона стресса — кортикотропин-рилизинг-гормона (КРГ) в нейросекреторных нейронах гипоталамуса. В свою очередь, КРГ стимулирует секрецию *адренокортикотропного гормона* (АКТГ) в гипофизе,

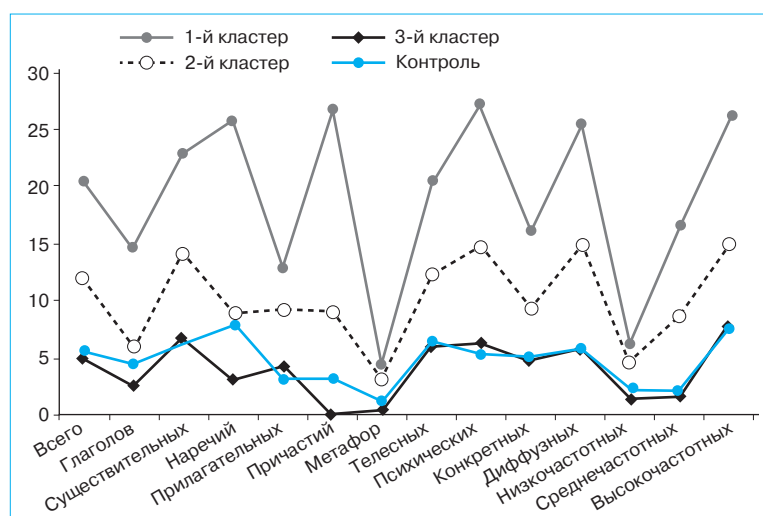


Рис. 4. Кластерный анализ результатов теста «Классификация ощущений» у обследованных пациентов

что приводит к стимуляции секреции глюкокортикоидных гормонов в коре надпочечников, которые способны тормозить секрецию медиатора острого и хронического воспаления ИЛ-1 в макрофагах и тем самым угнетать иммунный ответ в случае его избыточности. Таким образом, работают механизмы отрицательной обратной связи, в которых роль триггера выполняет пептид, а функцию исполнителя — нейрогормон гипоталамуса и гормоны эндокринной системы [13].

В результате длительного эмоционального напряжения, наличия депрессивного и/или тревожного расстройства отмечается нарушение механизма обратной связи КРГ — АКТГ — кортизол (потеря негативной глюкокортикоидной обратной связи в пределах гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси и подавление функционирования центральных и периферических глюкокортикоидных рецепторов). Подавление глюкокортикоидного ингибирования провоспалительных цитокинов приводит к активации провоспалительных процессов на периферии [12].

Таким образом, нельзя с уверенностью сказать, что подтвержденная во многих исследованиях повышенная экспрессия провоспалительных цитокинов у больных с СРК является следствием дефекта строения сигнальных рецепторов или белков плотных клеточных контактов. Возможно, причина повышения экспрессии цитокинов кроется в наличии у таких больных эмоциональных расстройств и нарушении функции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси.

Список литературы

1. *Белхушет С.* Роль психовегетативных и нейрофизиологических факторов в формировании боли при синдроме раздраженного кишечника: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 2007.
1. *Belkhushet S.* Role of psychovegetative and neurophysiologic factors in development pain at irritable bowel syndrome: MD degree thesis. — М., 2007.
2. *Бескова Д.А.* Клинико-психологические характеристики внешней и внутренней границ телесности (на модели соматоформных расстройств): Дис. ... канд. мед. наук. — М., 2006.
2. *Beskova D.A.* Clinical and psychological characteristics of external and internal borders of embodiment (according to somatoform disorders model): MD degree thesis. — М., 2006.
3. *Ивашкин В.Т., Полуэктова Е.А.* Функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта. — М.: МЕДпресс, 2013.
3. *Ivashkin V.T., Poluektova Ye.A.* Functional disorders of gastro-intestinal tract. — М.: MEDpress, 2013.
4. *Полуэктова Е.А.* Некоторые особенности патогенеза, клиники, диагностики и лечения синдромом раздраженного кишечника: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 2002.
4. *Poluektova Ye.A.* Selected features of pathogenesis, clinical presentation, diagnostics and treatment of irritable bowel syndrome: MD degree thesis. — М., 2002.
5. *Рупчев Г.Е.* Психологическая структура внутреннего телесного опыта при соматизации (На модели соматоформных расстройств): Дис. ... канд. психол. наук. — М., 2001.
5. *Rupchev G.Ye.* Psychological pattern of internal somatic experience at somatization (according to somatoform disorders model): Cand. Sc. (Psychology) degree thesis. — М., 2001.
6. *Собчик Л.Н.* Введение в психологию индивидуальности. — М.: ИПП-ИСП, 2000. — С. 44–55.
6. *Sobchik L.N.* Introduction to psychology of individuality. — М.: IPP-ISP, 2000. — P. 44–55.
7. *Beutheu-Youmba S., Belmonte L.E.* et al. The expression of the tight junction proteins, claudin-1, occludin and ZO-1 is reduced in the colonic mucosa of patients with irritable bowel syndrome // *Gut*. — 2010. — Vol. 59. — P. 52.
8. *Hamilton M.* A rating scale for depression // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. — 1960. — N 23. — P. 56–62.
9. *Hamilton M.* The assessment of anxiety states by rating // *Br. J. Med. Psychol.* — 1959. — Vol. 32. — P. 50–55.
10. *Ikenouchi J., Furuse M., Furuse K.* et al. Tricellulin constitutes a novel barrier at tricellular contacts of epithelial cells // *J. Cell Biol.* — 2005. — Vol. 171. — P. 939–945.
11. *Klengel T., Heck A., Pfister H.* et al. Somatization in major depression-clinical features and genetic associations // *Acta Psychiatr. Scand.* — 2011. — Vol. 124. — P. 317–328.
12. *Motzer S.A., Jarrett M., Heitkemper M.M.* et al. Natural killer cell function and psychological distress in women with and without irritable bowel syndrome // *Biol. Res. Nurs.* — 2002. — Vol. 4, N 1. — P. 31–42.
13. *Turnbull A.V., Rivier C.L.* Regulation of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis by cytokines: actions and mechanisms of action // *Physiol. Rev.* — 1999. — Vol. 79. — P. 1–71.

Поэтому следующим этапом научного поиска мы полагаем целесообразным более углубленное исследование генов сигнальных рецепторов — TLR, NLR (их экспрессия, полиморфизм), а также генов, ответственных за экспрессию различных белков, участвующих в формировании плотных клеточных контактов (их экспрессия, полиморфизм). В случае выявления изменения сигнальных рецепторов или белков плотных клеточных контактов точка зрения о первичности структурно-морфологических изменений получит дополнительное подтверждение.

Кроме того, представляет интерес изучение экспрессии и полиморфизма генов, ответственных, например, за развитие соматизации у пациентов с депрессией. Ряд таких генов (COMT, HTR2A, SLC6A2, SLC6A4, DRD4, TPH1) уже изучен и результаты опубликованы [11].

Заключение

Тяжесть течения СРК (общее число дней плохого самочувствия в году, частота обращений за медицинской помощью и др.) определяется выраженностью тревожно-депрессивных расстройств (по шкалам HARS и HDRS), нарушением социальной адаптации (по тесту ИТО) и главным образом искажением восприятия собственного тела (по тесту «Классификация ощущений»), что следует учитывать при лечении таких больных.