

УДК 616.345-008.6-07

Синдром раздраженного кишечника глазами психиатра

Т.А. Климушева

(Клиника пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова)

Irritable bowel syndrome by the eyes of psychiatrist

Т.А. Klimusheva

Цель. Изучить особенности психопатологических расстройств у больных с синдромом раздраженного кишечника (СРК).

Последние данные литературы. Оценка психических нарушений у больных с СРК показывает, что его можно отнести к психосоматической патологии, поскольку он содержит все три характерных признака этой группы заболеваний. Психопатологические нарушения, которые обнаруживаются у больных с СРК, проявляются в виде трех основных синдромов – тревожного, депрессивного (с астенией) и ипохондрического. Доминирование в клинической картине того или иного психопатологического синдрома может определяться клиническим вариантом СРК.

Заключение. Психопатологические расстройства часто выявляются при синдроме раздраженного кишечника, что делает целесообразным участие психиатра в лечении таких больных.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, психосоматические заболевания.

The aim of the review. To study psychopathologic disorders in patients with *irritable bowel syndrome* (IBS).

Recent literature data. Evaluation of mental disturbances at IBS patients shows, that this syndrome can be related to psychosomatic pathology as it contains all three characteristic attributes of these diseases. Psychopathologic disorders in patients with IBS, show as three basic syndromes – anxiety, depression (with asthenia) and hypochondriacal changes. Domination in clinical pattern of a certain psychopathologic syndrome can be determined by clinical variant of IBS.

Conclusion. Psychopathologic disorders are frequent at irritable bowel syndrome that makes expedient involvement of psychiatrist in treatment of such patients.

Key words: irritable bowel syndrome, psychosomatic diseases.

Как известно, в современной гастроэнтерологии синдром раздраженного кишечника (СРК) рассматривается как функциональное (т. е. не связанное с органическими изменениями) заболевание желудочно-кишечного тракта, протекающее с болями, уменьшающимися после акта дефекации, метеоризмом, нарушениями стула в виде диареи, запоров или чередования запоров и диареи. Особенности клинических проявлений СРК, а также основные подходы к его диагностике и лечению закреплены «Римскими критериями», последний (III) пересмотр которых был проведен в 2006 г. [2, 6–8]. Учитывая, что у больных с СРК часто обнаруживаются различные психопатологические расстройства, понятным становится интерес, проявляемый психиатрами к этому заболеванию.

В психиатрической литературе СРК относят к разным вариантам невроза. М.В. Коркина, В.В. Марилев расценивают СРК как психосоматоз, имеющий 4 стадии и оканчивающийся психопатизацией личности [11]. Это мнение разделяют В.И. Гарбузов, В.Д. Менделевич, С.Л. Соловьёва и некоторые другие [5, 13]. На основании исследований, проведенных совместно терапевтами и психиатрами, СРК квалифицируется как органичный (вегетативный) невроз, имеющий определенные клинические особенности, и высказывается предположение о нозологической обособленности СРК [16].

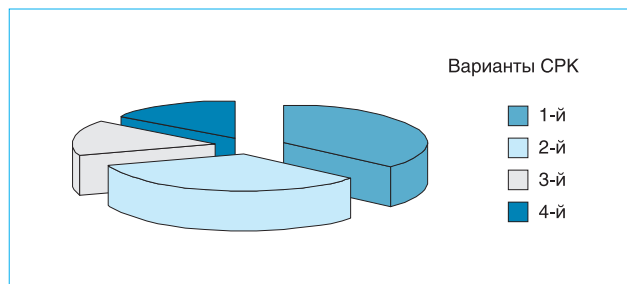
В исследованиях 50–70-х годов XX в. СРК относили к классу *психосоматических заболеваний* (ПСЗ) [3, 18, 20]. Как известно, в этот период указанные заболевания включали 7 раз-

новидностей, однако в последние годы их круг сузился. Точки зрения по данному вопросу в анализируемых источниках не совпадают. Например, А.Б. Смудевич включает в эту группу 4 психосоматических расстройства при разных соматических заболеваниях [15].

Критерии ПСЗ также не отличаются единообразием. Изучая основные признаки ПСЗ, И.А. Новикова выделяет 3 критерия. Первый — наличие *психогенного фактора*, специфичного для каждого вида ПСЗ (автор называет их *стрессорами*). Стрессоры вызывают состояние дизадаптации, когда психогенез трансформируется в соматогенез. Возникают функциональные расстройства организма, которые в дальнейшем приобретают клинику органического заболевания). Вторым критерием является *наследственная тягостность (предрасположенность)*. Особенности *личностного психического преморбиды* составляют третий критерий психосоматического заболевания. Интересно, что И.А. Новикова не включила СРК в круг ПСЗ. Она отнесла к ним язвенную болезнь, сахарный диабет, гипертоническую болезнь и бронхиальную астму [14].

В отечественной психиатрии в последние 5 лет изучению психосоматических нарушений при СРК были посвящены исследования Д.Б. Колесникова, А.Г. Бениашвили, Е.В. Балуковой [1, 4, 9]. Авторы различают варианты СРК с преобладанием диареи, запоров, алгий. Д.Б. Колесников различает 3 варианта СРК, в которых клиническая картина психосоматических нарушений имеет свои особенности [9]. Депрессивная симптоматика с тревожными проявлениями прослеживается у больных с запорами и алгиями (I вариант). Соматическая патология при этом выступает в виде гипокинезии толстой кишки и желчевыводящих путей. Диарейный (II) вариант протекает на фоне разновидностей тревожного синдрома и гиперкинезии толстой кишки. III вариант СРК развивается в рамках ипохондрической симптоматики с проявлениями стойкого алгического синдрома (идиопатические алгии).

А.Г. Бениашвили анализирует виды абдоминалгии по интенсивности, длительности, сочета-



Варианты СРК: 1-й — диарейный (55 больных; 36,7%); 2-й — с преобладанием запоров (50 больных; 33,3%); 3-й — с чередованием запоров и диареи (23 пациента; 15,3%); 4-й — с преобладанием алгий + метеоризма (22 больных; 14,7%)

нию типичных и атипичных (соматоформных) болей [4]. Особенности психических нарушений при СРК выявила и Е.В. Балукова [1].

В течение последних 15 лет нами наблюдалась репрезентативная группа больных с СРК численностью 150 человек (101 женщина и 49 мужчин) в возрасте от 16 лет до 61 года с давностью заболевания от 1,5 до 35 лет (средняя продолжительность заболевания $25,0 \pm 9,7$ года). По возрасту распределение было следующим: до 20 лет — 17 пациентов, 21–30 лет — 44, 31–40 лет — 34, 41–50 лет — 31, старше 51 года — 24. Таким образом, основную часть среди наблюдавшихся больных (84%) составили лица молодого и среднего возраста. На рисунке указаны 4 варианта СРК.

Представляет интерес анализ перенесенных и сопутствующих заболеваний у больных. Из *заболеваний, перенесенных в детстве*, отмечены дизентерия и ранняя диспепсия (у 24), вирусный гепатит А (у 10), пищевые токсикоинфекции (у 15). Из *сопутствующих болезней* доминировали дискинезии желчного пузыря, врожденные и приобретенные аномалии формы желчного пузыря, хронический гастрит с симптомами неязвенной диспепсии. У женщин нередко обнаруживались аднекситы, циститы, нарушения менструального цикла; в возрасте после 47–50 лет СРК нередко протекал при явлениях патологического климакса, на фоне ишемической болезни сердца и гипертонической болезни. Почти у 70% больных наблюдались сексуальные нарушения: снижение либидо, редкие половые контакты, сексуальная неудовлетворенность.

У $2/3$ пациентов отмечались *качественные и количественные нарушения пищевого стереотипа*: 1) преобладание «сухоядения» (бутерброды, печенье, шоколад, гамбургеры и пр.); 2) злоупотребление жирной и мясной пищей (чаще у мужчин); 3) двукратный или даже однократный прием пищи преимущественно по утрам (бутерброды с чаем или кофе, яичница с кофе), нередко завтрак отсутствовал вообще, второй прием пищи отодвигался на вечер после работы; 4) некоторые больные практиковали «сыроядение», у лиц с чертами педантичной психики был «собственный» режим с исключением многих «вредных» продуктов и существовало «пищевое табу» на мясо, молоко и др.; 5) часть пациентов придерживались режима «лечебного голодания» по Бреггу, Николаеву с длительным воздержанием от еды, обилием очистительных клизм и т. д. Нередко отмечались анорексия (обычно у женщин с целью «похудания»), а в периоды депрессии — упорный отказ от приема пищи (например, при дисморфобии). Наблюдались и другие варианты нарушений пищевого стереотипа.

Небезынтересен анализ частоты психических стрессов у наблюдавшихся больных. У 147 (98%)

пациентов заболеванию предшествовали **стрессорные факторы**. У 53 (35,1%) больных это было *тяжелое детство*. Среди членов семьи отмечались случаи хронического алкоголизма с запоями, жестоким отношением к близким. Чаще алкогольная зависимость имела место у отца, реже — у матери: эпизоды агрессии, избиения, разводы (нередко через суд); воспитание в детском доме, проживание с отчимом или мачехой, с бабушками, дедушками и пр.

Развитию СРК нередко предшествовала *смерть* родителей, детей, супруга (супруги) и др. Этот предрасполагающий фактор отмечен у 28 (18,6%) больных. У 26 (16,6%) пациентов неблагоприятное влияние оказывали *серьезные заболевания у близких людей* — онкологические, инсульты, тяжелые травмы и пр.

У 18 (12%) больных отмечались *проблемы в семье*: совместное проживание с деградировавшим разведенным мужем-алкоголиком, взрослым сыном с алкогольной зависимостью, воспитание матерью малолетних внуков у дочери-наркоманки и т. д.

Сложные социальные факторы (безработица, низкий доход, переезд на новое место жительства и др.) наблюдались у 14 (9,1%) пациентов, у 8 (5,3%) больных имели место постоянные *конфликты на работе* со сменой руководства, завышение требований, возрастные ограничения по службе.

Обычно воздействие стрессорной ситуации приводило к дизадаптации различной длительности, нарушению ритма сна, бессоннице, спаду настроения (депрессии), потере аппетита, развитию функциональных расстройств со стороны центральной и вегетативной нервной систем. Формировался органический невроз толстой кишки, заострялись преморбидные особенности личности или наступала экзацербация психических нарушений.

Из 150 больных с СРК у 76 (50,9%) отмечены *личностные особенности* (условно мы их назвали *акцентуированными*) — см. таблицу.

Психические расстройства у пациентов с СРК были систематизированы следующим образом.

I группа. Тревожные расстройства:

- ✓ генерализованная тревога;
- ✓ тревожно-фобический синдром;

Личностные особенности больных с СРК

Черты личности	Число больных
Истерическая	18
Тревожно-мнительная	17
Эмоционально-лабильная	17
Шизоидная	12
Гипотимная	6
Эпилептоидная	6
Всего ...	76

- ✓ панические атаки;
- ✓ тревожно-обсессивный синдром;
- ✓ диарейная тревога;
- ✓ ипохондрическая тревога (при запорах).

II группа. Ипохондрический синдром:

- ✓ невротическая ипохондрия;
- ✓ сверхценная ипохондрия;
- ✓ ипохондрическое развитие личности.

III группа. Депрессивный синдром:

- ✓ алгическая депрессия;
- ✓ тимическая депрессия;
- ✓ тревожная депрессия;
- ✓ матовая депрессия;
- ✓ гипотимия;
- ✓ синдром дисморфобии (этот синдром можно условно отнести к депрессивному с паранойяльными включениями).

Была выявлена *предпочтительно-коморбидная взаимосвязь* с 4 вариантами СРК. При **диарейном варианте** доминировал *синдром тревоги*: тревожное состояние, генерализованная тревога, тревожно-обсессивные нарушения. Тревожные нарушения нередко сочетались с субдепрессией, опасением за состояние здоровья. У 15 больных был отмечен феномен *«диарейной тревоги»*: частый жидкий стул и тенезмы, обычно в утренние и дневные часы, сопровождался чувством тревоги. Пациенты опасались выходить из дома, пользоваться общественным транспортом, у них развивался синдром агорафобии. Обычно им были известны все ближайшие в окрестности туалеты или возможные места уединения. Нередко, покидая дом, больные брали с собой запас туалетной бумаги, марли, нижнего белья, специальные прокладки.

Ряд работающих пациентов имели индивидуальный график работы. При строгом (утренне-дневном) расписании рабочего времени они выходили из дома заранее, часто шли пешком. Обычно эти больные не завтракали дома, избегали общественного транспорта (особенно метро). Они сторонились застолий, не посещали гостей, не бывали в театрах и кино. Следовательно, в указанных случаях имело место «избегающее поведение». У ряда пациентов развивались фобии «собственного дурного запаха», боязнь «упустить газы» («испортить воздух»). Подобная тревожно-фобическая симптоматика была типична для лиц сенситивных, тревожно-мнительных, шизоидных сенситивного круга. Болевые ощущения у пациентов с диарейным вариантом СРК не были выраженными.

Разнообразные проявления *ипохондрического* и *тревожно-ипохондрического синдромов* чаще встречались в варианте СРК с **преобладанием запоров**. Отмечались постоянная *ипохондрическая фиксация* на функционировании кишечника, тревожное напряжение ожидания стула, боязнь онкологического заболевания. Метеоризм, чувст-

во вздутия живота представляли собой типичные симптомы данного варианта СРК. *Невротическая ипохондрия* на фоне субдепрессии нередко трансформировалась в *сверхценную ипохондрию*. Выработывался и соблюдался строгий режим с исключением «не тех продуктов» и нередко «вредных» медикаментов. Определенные продукты принимались по часам вместе с послабляющими травяными настоями, слабительными препаратами и соками. Одна пациентка принимала до 16 таблеток сенаде или бисакодила. Женщины прибегали к ежедневным очистительным клизмам, а мужчины — к приему слабительных и алкоголя (чаще пива).

В подростковом возрасте, обычно у девочек, на фоне излишнего веса иногда развивался *синдром дисморфобии* [10, 12]. Недовольство своим внешним видом, фигурой, желание сбросить лишний вес приводили к неадекватному поведению. Отказ от приема пищи, периоды голодания, искусственное вызывание рвоты после еды, специальные очистительные клизмы, прием слабительных средств часто заканчивались гастродуоденитом с функциональной тошнотой и рвотой или формированием СРК. Вышеописанные симптомы могли в ряде случаев служить манифестацией эндогенного процесса.

Больные с педантичным складом личности многократно обследовались у врачей разного профиля, переходя из одного стационара в другой, с целью поиска «сложного заболевания», исключения опухоли, нередко с обращением к хирургам «для оперативного вмешательства».

У больных с высоким уровнем личностной тревоги отмечались *панические атаки* с фобией смерти, боязнью «непроходимости кишечника», требованием немедленной врачебной помощи, капельного введения медикаментов или экстренного вызова хирурга. Алгический компонент с метеоризмом здесь был более выражен.

Список литературы

1. Балуква Е.В. Психический статус пациентов с синдромом раздраженного кишечника и пуги его фармакологической коррекции: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб, 2005. — 18 с.
2. Баранская Е.К. Синдром раздраженного кишечника: диагностика и лечение // Consilium Medicum (прил. Гастроэнтерол. журн. доказательной медицины для практикующих врачей). — 2002. — С. 31–36.
3. Белов В.П. Нервно-психические нарушения при некоторых «психосоматических» болезнях пищеварительного тракта (сравнительно-возрастной анализ): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1970. — 28 с.
4. Бенишвили А.Г. Соматоформные расстройства с преобладанием в клинической картине абдоминалий (психосоматические, патопсихологические, психофармакологические аспекты): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2003. — 25 с.
5. Гарбузов В.И. Концепция инстинктов и психосоматическая медицина. — СПб: Сотис, 1999. — 319 с.
6. Гриневич В.Б., Симоненков В.И., Успенский Ю.Л., Кутцев Х.В. Синдром раздраженного кишечника: клиника, диагностика, лечение. — СПб, 2000.
7. Ивашкин В.Т. Синдром раздраженной кишки // Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол. — 1993. — Т. 3, № 3. — С. 27–33.
8. Ивашкин В.Т., Полуэктова Е.А., Белхушет С. Синдром раздраженного кишечника как биопсихосоциальное заболевание // Клин. перспективы гастроэнтерол. гепатол. — 2003. — № 6. — С. 2–10.
9. Колесников Д.Б. Синдром раздраженной толстой кишки (психосоматические состояния, типология, терапия): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2001. — 51 с.
10. Коркина М.В. Клиника дисморфобических расстройств (синдромологический и нозологический анализ): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1968. — 42 с.
11. Коркина М.В., Марилев В.В. Психосоматические расстройства толстой кишки // Неврол. психиатр. — 1989. — Т. 89, № 11. — С. 96–100.

У пациентов с истерическим складом личности (у молодых женщин и женщин климактерического периода) панические атаки носили демонстративный оттенок с желанием привлечь к себе внимание, вызвать сочувствие.

При СРК с **чередованием диареи и запоров** коморбидная психопатологическая симптоматика выступала в виде *тревожного* и *депрессивного компонентов*. Этот своеобразный промежуточный вариант между диарейным вариантом и вариантом с преобладанием запоров чаще встречался у лиц молодого возраста с чертами *синдрома Брике*. Характерными для них были обилие красочных фантастических жалоб, касающихся различных частей тела, головные и за грудиной боли нестойкого характера (*психалгии*). Течение этого варианта было более благоприятным.

Длительные упорные идиопатические абдоминалгии прослеживались у больных с **алгическим** вариантом СРК, при котором преобладали боли и метеоризм. Тревожно-монотонная, или матовая, депрессия нередко сопутствовала этому варианту. Однако правильнее данный вид депрессивного расстройства следует определить как *алгическая депрессия*. Взаимосвязь *хронической боли* и *депрессии* отмечали многие авторы [17].

Заключение

Синдром раздраженного кишечника, несомненно, можно отнести к психосоматической патологии, поскольку он содержит все три характерных признака этой группы заболеваний.

Отмечающиеся у больных психопатологические нарушения проявляются в виде трех основных синдромов — тревожного, депрессивного (с астенией) и ипохондрического. Доминирование в клинической картине конкретного психопатологического синдрома может определяться клиническим вариантом СРК.

12. *Марилов В.В.* Клинические варианты психосоматической патологии желудочно-кишечного тракта: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1993. — 48 с.
13. *Менделевич В.Д., Соловьёва С.Л.* Неврология и психосоматическая медицина. — М.: МЕДпресс-информ, 2002. — 607 с.
14. *Новикова И.А.* Патофизиологические аспекты формирования психосоматических заболеваний (патофизиология, психиатрия): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Архангельск, 2005. — 51 с.
15. *Смулевич А.Б.* Психосоматические расстройства // Соц. клин. психиатрия. — 1997. — № 1. — С. 5–18.
16. *Смулевич А.Б., Сыркин А.М., Рапопорт С.И.* и др. Органические неврозы как психосоматическая проблема // Журн. неврол. психиатр. — 2000. — Т. 100, № 12. — С. 4–42.
17. *Тополянский В.Д., Струковская М.В.* Психосоматические расстройства. — М.: Медицина, 1986.
18. *Alexander F.* Psychosomatic medicine: its principles and applications. — N.-Y.: Norton, 1950. — 564 p.
19. *Dunbar H.T.* Emotions and bodily changes. — N.-Y., 1954.
20. *Dunbar H.T.* Psychosomatic diagnosis. — N.-Y.—London, 1948.