ORIGINAL PAPERS

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

DOI: 10.56871/2945.2022.92.72.003
УДК 616.34-002-008.6-008.314.4+159.9+616.34-009.11+001.891.57

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ И СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА: РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

© Юрий Павлович Успенский, Олимбек Саидбекович Мирзоев

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., 2

Контактная информация: Олимбек Саидбекович Мирзоев — ассистент кафедры факультетской терапии имени проф. В.А. Вальдмана. E-mail: mir-ol@mail.ru

Поступила: 14.11.2021 ***Одобрена: 18.01.2022*** ***Принята к печати: 25.01.2022***

РЕЗЮМЕ. В современной гастроэнтерологии проблема функциональных заболеваний органов пищеварения является основной причиной заболеваемости и обращаемости к практикующим врачам. Перекрестный синдром чаще встречается среди пациентов, нежели изолированные функциональные поражения органов пищеварения. Целью данного исследования было изучение клинико-психологической характеристики больных с сочетанием функциональной диспепсии и синдрома раздраженного кишечника. В исследование включено 192 пациента. Сформированы 3 группы: «синдром раздраженного кишечника» — 82 человека; «функциональная диспепсия» — 54 человека и «сочетанные функциональные заболевания» — 56 человек по результатам обследования. Таким образом, распространенность симптомов диспепсии у пациентов с синдромом раздраженного кишечника составила 40,5%. Доля пациентов с тяжелыми и выраженными клиническими симптомами в группе «сочетанные функциональные заболевания» была больше по сравнению с группами больных «синдром раздраженного кишечника» и «функциональная диспепсия». Кроме того, у лиц с сочетанной функциональной патологией отмечаются более низкие значения психологического статуса по сравнению с больными с синдромом раздраженного кишечника и с функциональной диспепсией.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: функциональные заболевания органов пищеварения; перекрестный синдром; синдром раздраженного кишечника; функциональная диспепсия; сочетанные функциональные заболевания; психологический статус; констипация; диарея.

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH COMBINATION OF FUNCTIONAL DYSPEPSIA AND IRRITABLE BOWEL SYNDROME: RESULTS OF OUR OWN STUDY

© Yuri P. Uspensky, Olimbek S. Mirzoev

Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. 194100, Saint-Petersburg, Litovskaya str., 2

Contact information: Olimbek S. Mirzoev — Assistant of the Department of Faculty Therapy named after Professor V.A. Waldman. E-mail: mir-ol@mail.ru

Received: 14.11.2021 ***Revised: 18.01.2022*** ***Accepted: 25.01.2022***

SUMMARY. In modern gastroenterology, the problem of functional diseases of the digestive system is the main cause of morbidity and referral to practitioners. Cross syndrome is more common

among patients than isolated functional lesions of the digestive system. The purpose of this study was to study the clinical and psychological characteristics of patients with a combination of functional dyspepsia and irritable bowel syndrome. The study included 192 patients. 3 groups of patients were formed: “irritable bowel syndrome” — 82 people; “functional dyspepsia” — 54 people and “combined functional diseases” — 56 people according to the results of the survey. Thus, the prevalence of dyspeptic symptoms in patients with irritable bowel syndrome was 40.5%. The proportion of patients with severe and severe clinical symptoms in the “combined functional diseases” group was higher compared to the “irritable bowel syndrome” and “functional dyspepsia” groups of patients. In addition, individuals with combined functional pathology have lower psychological status values compared to patients with irritable bowel syndrome and functional dyspepsia.

KEY WORDS: functional diseases of the digestive system; cross syndrome; irritable bowel syndrome; functional dyspepsia; combined functional diseases; psychological status; constipation; diarrhea.

АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДУЕМОЙ ПРОБЛЕМЫ

Функциональные заболевания органов пищеварения являются актуальной проблемой современной гастроэнтерологии и находятся в зоне пересечения интересов практической и фундаментальной медицины. Важность данных заболеваний с позиции общественного здравоохранения подтверждается тем фактом, что различными функциональными заболеваниями органов пищеварения (ФЗОП) страдает наиболее трудоспособная часть населения — люди в возрасте от 18 до 45 лет [1]. Несмотря на то что эти заболевания не создают непосредственной угрозы для жизни пациента, они в значительной мере снижают качество его жизни и ограничивают работоспособность. ФЗОП увеличивают расходы в системе здравоохранения на проведение дорогостоящих диагностических мероприятий с целью исключения органической патологии, а также последующий подбор терапии. Известно, что эти заболевания могут носить сочетанный характер: нередко у пациентов с функциональной диспепсией (ФД) выявляют клинические признаки синдрома раздраженного кишечника (СРК), дисфункции сфинктера Одди, функциональной изжоги [2–4]. Такое сочетание получило название синдрома перекреста, большое внимание которому было уделено при обсуждении Римских критериев IV пересмотра в 2016 г.

Несмотря на активное изучение данной проблемы, до настоящего времени не разработан единый алгоритм ведения больного с функциональным синдромом перекреста, так как разнообразие клинических форм и вариантов коморбидности существенно затрудняет диагностику функциональных заболеваний. Наше исследование было посвящено изучению перекреста наиболее известных этих заболеваний — СРК и ФД.

МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование включено 192 пациента, из них 124 женщины и 68 мужчин в возрасте от 20 до 52 лет (средний возраст составил 34,2±7,5 года) с диагнозами «синдром раздраженного кишечника» (код по МКБ: К58) — 138 человек, и «функциональная диспепсия» — 54 человека (код по МКБ: К30), установленными в соответствии с Римскими критериями IV пересмотра и Клиническими рекомендациями Российской гастроэнтерологической ассоциации (РГА).

При тщательном клинико-анамнестическом обследовании у 56 (40,6%) из 138 больных СРК также выявлены симптомы ФД. По результатам обследования сформированы 3 группы пациентов: «СРК» — 82 человека; «ФД» — 54 человека; и «СФЗ» (сочетанные функциональные заболевания) — 56 человек.

В группе «СРК» выявлены 3 клинических типа: с преобладанием запоров (СРК–З);

Таблица 1

Распределение больных по подгруппам в зависимости от клинического варианта заболевания (n=192%)

Показатель	Число случаев, абс.	Доля случаев, %
СРК–З	40	20,8
СРК–Д	38	19,8
СРК–СМ	4	2,1
ФД–ПДС	26	13,5
ФД–СЭБ	18	9,4
ФД–СМ	10	5,2
СРК–З+ФД–ПДС	24	12,5
СРК–Д+ФД–СЭБ	6	3,1
СРК–Д+ФД–СМ	6	3,1
СРК–СМ+ФД–СМ	6	3,1
СРК–З+ФД–СМ	4	2,1
СРК–СМ+ФД–СЭБ	4	2,1
Другие СФЗ в сумме	6	3,1

Таблица 2

Сравнение больных по половозрастному составу и длительности заболевания в группах

Показатель	Группы ФЗОП			Уровень Р
	СФЗ (n=56)	ФД (n=54)	СРК (n=82)	
Me [Q1; Q3]				
Возраст, лет	37,0 [33,0; 39,5]	35,0 [32,0; 38,0]	34,0 [25,0; 40,0]	0,06
Длительность заболевания, лет	8,00 [3,00; 12,00]	5,00 [2,00; 7,00]	4,00 [2,00; 6,00]	0,32
Пол, n (%)				
Женский	44 (78,6%)	32 (59,3%)	48 (58,5%)	0,03
Мужской	12 (21,4%)	22 (40,7%)	34 (41,5%)	

с преобладанием диареи (СРК–Д) и смешанный (СРК–СМ). В группе «ФД» также выявлены 3 клинических типа: постпрандиальный дистресс-синдром (ФД–ПДС); синдром эпигастральной боли (ФД–СЭБ); смешанный вариант (ФД–СМ). В группе «СФЗ» наиболее часто встречаемым сочетанием было «СРК–З+ФД–ПДС», реже встречались такие сочетания, как «СРК–З+ФД–СМ», «СРК–Д+ФД–СЭБ», «СРК–Д+ФД–СМ», «СРКСМ+ФД–СМ», «СРК–СМ+ФД–СЭБ». Остальные комбинации СФЗ составляли единичные случаи, вошедшие в таблицу 1 в общей сумме.

При сравнении в группах по половозрастному составу и длительности заболевания (табл. 2) достоверные различия выявлены только по половому составу. Количество женщин превышало количество мужчин в каждой группе, наиболее это выражено в группе СФЗ.

1. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ МАНИФЕСТАЦИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ, СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА, СОЧЕТАННЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Степень выраженности симптомов функциональных расстройств пациентов в группах (тяжести состояния) определялась по сумме баллов, полученной по опроснику «Семь симптомов за семь дней», разработанному Российской гастроэнтерологической ассоциацией для больных ФД и СРК. Наибольшая доля пациентов с выраженными (19–24 балла) и тяжелыми (25 баллов и более) расстройствами определялась в группе «СФЗ», с умеренно выраженными (13–18 баллов) симптомами — в группе «СРК» и с легкими клиническими проявлениями (7–12 баллов) — в группе «ФД» (рис. 1).

По шкале общего клинического впечатления (CGI-s), заполняемой врачом и используемой в качестве сравнения (рис. 2), также выявлены статистически значимые различия между всеми тремя группами ($p<0,0001$). Больные с тяжелыми и очень тяжелыми расстройствами (6 и 7 баллов) определялись только в группе «СФЗ». В этой же группе была наибольшая доля больных с выраженными симптомами (5 баллов), с умеренно выраженными симптомами (4 балла) — в группе «СРК», с легкими расстройствами (3 балла) — в группе «ФД».

Таким образом, можно сделать вывод, что оценка выраженности клинических симптомов (тяжести состояния) пациентом и врачом совпадает.

При детальном исследовании клинической картины заболеваний выраженность четырех клинических симптомов функциональной желудочной диспепсии в группе больных «СФЗ» была меньше, чем в группе больных «ФД» (табл. 3). При этом боль в области желудка (в верхней средней части живота), чувство жжения в области желудка (в верхней средней части живота), чувство переполнения в области желудка после еды, ранее насыщение (возникает раннее чувство сытости) в группе пациентов «СРК» не определялись. Боль в животе, уменьшающаяся после опорожнения кишечника, нарушение консистенции и/или частоты стула были более выраженными среди больных «СФЗ» по сравнению с больными «СРК». При этом достоверность различий по расстройству стула и симптому метеоризма не подтверждена. Симптомы кишечной диспепсии в группе больных «ФД» не определялись.

Таким образом, группа больных «СФЗ» достоверно отличалась менее выраженными

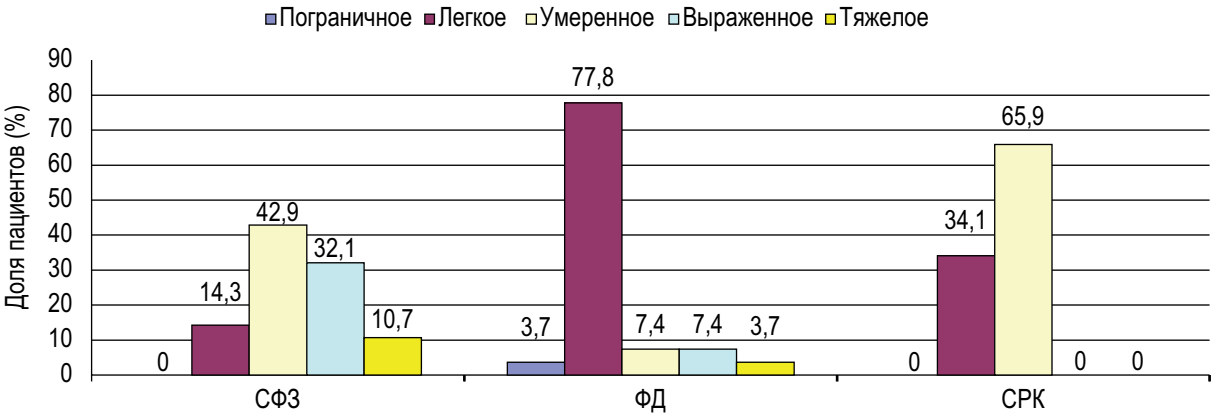


Рис. 1. Распределение больных по выраженности симптомов (тяжести состояния) в группах по данным опросника «7 × 7» (%)

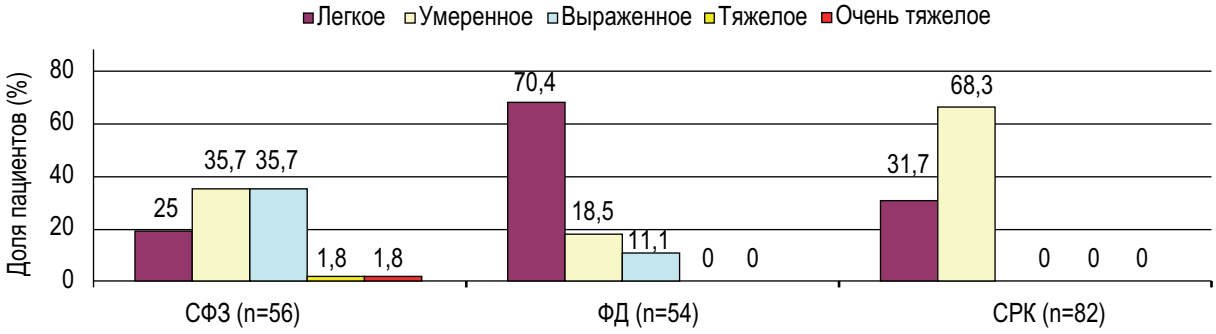


Рис. 2. Распределение больных по выраженности симптомов (тяжести состояния) в группах по шкале CGI-s (%)

Таблица 3

Выраженность клинических симптомов в группах по опроснику «7 × 7», баллы

Показатели	СФЗ (n = 56)	ФД (n = 54	СРК (n = 82)	Уровень P
Me [Q1; Q3]				
Боль в области желудка (в верхней средней части живота), баллы	2,5 [0,0; 5,0]	5,0 [0,0; 6,0]	0,0 [0,0; 0,0]	< 0,0001
Чувство жжения в области желудка (в верхней средней части живота), баллы	1,0 [0,0; 2,25]	4,0 [0,00; 5,0]	0,0 [0,0; 0,0]	< 0,0001
Чувство переполнения в области желудка после еды, баллы	2,0 [0,75; 3,0]	3,0 [0,0; 4,0]	0,0 [0,0; 0,0]	0,0214
Раннее насыщение (возникает раннее чувство сытости), баллы	2,00 [1,0; 3,0]	3,00 [2,0; 4,0]	0,00 [0,0; 0,0]	0,0008
Боль в животе, уменьшающаяся после опорожнения кишечника, баллы	4,0 [3,0; 5,0]	0,0 [0,0; 0,0]	3,0 [2,0; 4,0]	0,0015
Вздутие живота, баллы	3,0 [2,0; 3,25]	1,0 [0,0; 1,5]	3,0 [2,0; 3,25]	0,9525
Нарушение консистенции и/или частоты стула, баллы	5,00 [3,0; 5,0]	0,0 [0,0; 0,0]	4,0 [4,0; 5,0]	0,0531

симптомами функциональной желудочной диспепсии по сравнению с группой больных «ФД» и более выраженным болевым абдоминальным симптомом, связанным с дефекацией, по сравнению с группой больных «СРК».

2. ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ, СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА, СОЧЕТАННЫМИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

При анализе частоты и уровня специфических эмоциональных нарушений, определяемых с помощью четырехмерного опросника для оценки дистресса, депрессии, тревоги и соматизации (4ДДТС), были выявлены различия для данной категории пациентов с учетом клинического варианта заболевания (рис. 3–6).

По показателю «Дистресс» выявлены статистически значимые различия между группами ($p<0,0001$). Дистресс в целом чаще всего определялся (рис. 3) в группах больных «СФЗ» — 60,6% и «СРК» —57,3% ($p=0,356$) и реже всего в группе больных «ФД» — 33,3% ($p<0,0001$). Сильно выраженный дистресс чаще определялся у больных СФЗ и не встречался в группе «СРК» ($p=0,002$). Умеренно выраженный дистресс преимущественно встречался у больных группы «СРК» — 57,3% по сравнению с группой «ФД» — 22,2% ($p<0,0001$).

По показателю «Депрессия» выявлены (рис. 4) статистически значимые различия между группами ($p=0,01$). Депрессия в целом чаще выявлялась у больных группы «СФЗ» — 26,7% по сравнению с группами «СРК» —12,2% и «ФД» — 14,8% ($p=0,01$; $p=0,034$). Сильно и умеренно выраженная депрессия также определялась чаще среди больных «СФЗ» по сравнению с больными «ФД» и «СРК» ($p=0,063$; $p=0,049$).

По показателю «Тревога» выявлены статистически значимые различия между всеми тремя группами ($p=0,0005$). Тревога в целом чаще всех определялась (рис. 5) у больных группы «СРК» — 43,9% и реже у больных группы «ФД» — 29,6% ($p=0,034$). Наибольшая доля больных с сильно выраженной тревогой выявлена в группе «СФЗ», наименьшая — в группе «СРК» ($p<0,0001$). Умеренно выраженная тревога, наоборот, чаще других определялась в группе «СРК» и реже всех — в группе «СФЗ» ($p<0,0001$).

По показателю «Соматизация» (рис. 6) также обнаружены статистически значимые различия между тремя группами ($p<0,0001$). Чаще всех соматизация выявлялась в группе больных «СФЗ» — 60,9%, меньше среди больных ФД — 31,5% ($p<0,0001$). Наиболее выраженные различия по доле больных с сильно выраженной соматизацией выявлены между группами «СФЗ» и «СРК» ($p<0,0001$). Умеренно выраженная соматизация одинаково часто выявлялась в группах «СФЗ» и «СРК» ($p=0,95$).

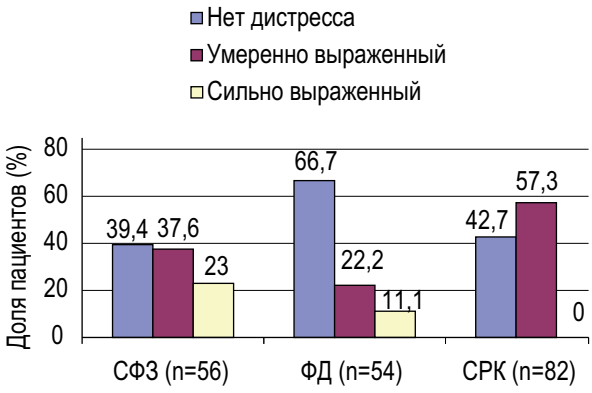


Рис. 3. Доля пациентов с различным уровнем дистресса в группах (%) по опроснику 4ДДТС

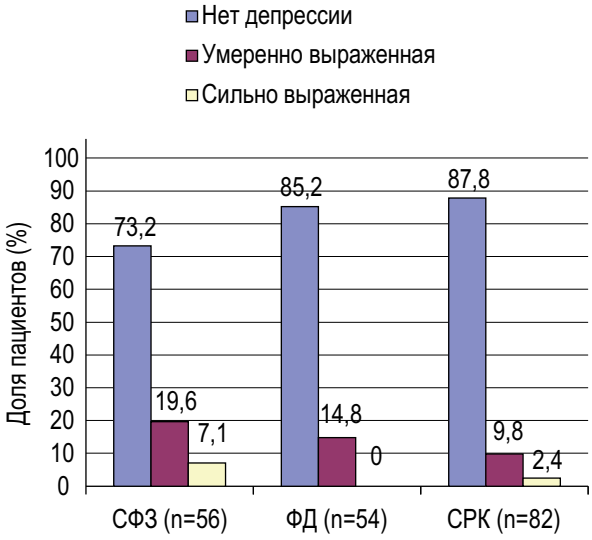


Рис. 4. Доля пациентов с различным уровнем депрессии в группах (%) по опроснику 4ДДТС

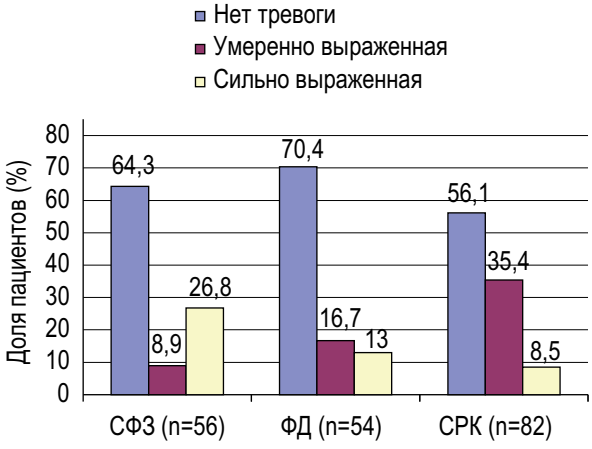


Рис. 5. Доля пациентов с различным уровнем тревоги в группах (%) по опроснику 4ДДТС

На основании вышеизложенного и данных таблицы 4, где представлено среднее значение степени выраженности психоактивных

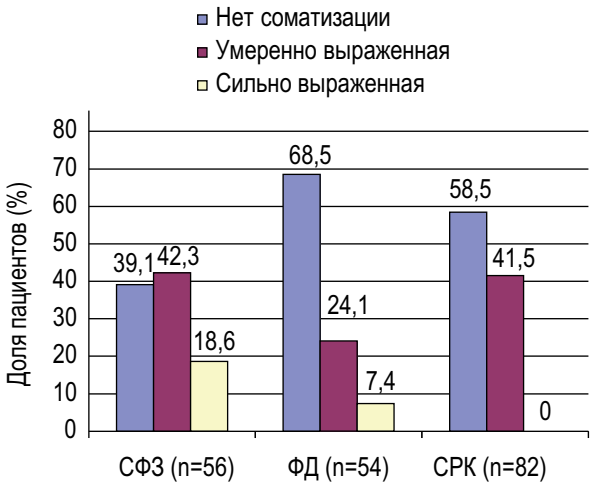


Рис. 6. Доля пациентов с различным уровнем соматизации в группах (%) по опроснику 4ДДТС

состояний, можно сделать вывод, что чаще и сильнее всего психоактивные состояния выявлялись в группе «СФЗ».

2.1. Особенности психологического статуса больных в подгруппах синдрома раздраженного кишечника в зависимости от клинического варианта

В подгруппе «СРК–Д» доля больных, страдающих тревогой, достоверно превышала (примерно вдвое) аналогичную долю в подгруппе «СРК–З» (табл. 5). Депрессия же определялась только среди больных, страдающих констипацией. Дистресс и соматизация также чаще определялись в подгруппе «СРК–Д», при этом различия оказались менее выражены и недостоверны. Полученные данные позволяют предполагать значение тревоги в развитии синдрома диареи и депрессии в развитии обстипации.

2.2. Особенности психологического статуса больных в подгруппах сочетанных функциональных заболеваний в зависимости от клинического варианта

В объединенной группе больных «СФЗ» с диареей и неустойчивым стулом тревога также определялась достоверно чаще, чем в объединенной группе больных «СФЗ» с обстипацией (у 59,1 и 17,9% больных соответственно). Дистресс и соматизация также чаще выявлялись среди больных с диареей и неустойчивым стулом, а депрессия — у больных, страдающих констипацией, однако различия оказались статистически незначимыми (табл. 6). Полученные данные подтверждают вывод о влиянии тревоги на развитие диарейного синдрома и депрессии на обстипацию у больных СФЗ.

Таблица 4

Степень выраженности психоактивных состояний в группах по опроснику 4ДДТС

Показатель	Группы ФЗОП			Уровень P
	СФЗ (n=56)	ФД (n=54)	СРК (n=82)	
m±s				
Дистресс	16,6±2,1	11,4±1,2	12,4±1,3	0,0003
Депрессия	1,7±0,7	0,8±0,1	1,1±0,4	0,007
Тревога	8,8±1,4	6,7±1,9	8,2±2,9	0,074
Соматизация	15,7±7,9	10,8±2,3	12,3±3,9	0,001

Таблица 5

Психологический статус больных в подгруппах «СРК»

Психоактивные состояния	Подгруппы СРК»		Уровень P
	СРК–З (n=40)	СРК–Д (n=38)	
Дистресс			
Норма	19 (47,5%)	14 (36,8%)	0,64
Умеренно выраженная	21 (52,5%)	24 (63,2%)	
Сильно выраженная	(0,0%)	(0,0%)	
Депрессия			
Норма	30 (75,0%)	38 (100,0%)	0,004
Умеренно выраженная	8 (20,0%)	(0,0%)	
Сильно выраженная	2 (5,0%)	(0,0%)	
Тревога			
Норма	28 (70,0%)	14 (36,1%)	0,002
Умеренно выраженная	12 (30,0%)	17 (44,7%)	
Сильно выраженная	(0,0%)	7 (18,4%)	
Соматизация			
Норма	25 (62,5%)	19 (50,0%)	0,54
Умеренно выраженная	15 (37,5%)	19 (50,0%)	
Сильно выраженная	(0,0%)	(0,0%)	

В настоящем исследовании у больных группы «СФЗ» установлена взаимосвязь между выраженностью психогенных расстройств и степенью тяжести симптомов функциональных расстройств (рис. 7). При выраженной степени тяжести симптомов функциональных расстройств (выше 19 баллов по опроснику «7 симптомов за 7 дней») отмечалось статистически значимое повышение уровня дистресса, депрессии, тревоги и соматизации (p = 0,04 и менее).

Таблица 6

Психологический статус больных в подгруппах «СФЗ»

Психоактивные состояния	Подгруппы СФЗ		Уровень Р
	СРК–З+ФД–ПДС СРК–З+ФД–СМ (n=28)	СРК–Д+ФД–СЭБ СРК–Д+ФД–СМ СРК–СМ+ФД–СМ СРК–СМ+ФД–СЭБ (n=22)	
Дистресс			
Норма	13 (46,4%)	6 (27,3%)	0,23
Умеренно выраженная	10 (35,7%)	10 (45,5%)	
Сильно выраженная	5 (17,9%)	6 (27,2%)	
Депрессия			
Норма	19 (67,9%)	18 (81,8%)	0,41
Умеренно выраженная	7 (25,0%)	2 (9,1%)	
Сильно выраженная	2 (7,1%)	2(9,1%)	
Тревога			
Норма	23 (82,1%)	9 (40,9%)	0,0009
Умеренно выраженная	1 (3,6%)	4 (18,2%)	
Сильно выраженная	4 (14,3%)	9 (40,9%)	
Соматизация			
Норма	14 (50,0%)	8 (36,4%)	0,27
Умеренно выраженная	9 (32,1%)	10 (45,5%)	
Сильно выраженная	5 (17,9%)	4 (18,2%)	

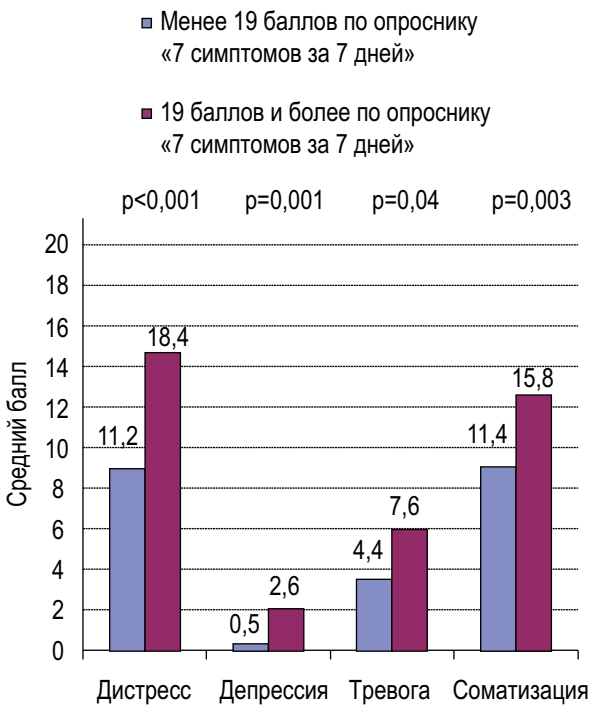


Рис. 7. Выраженность симптомов дистресса, депрессии, тревоги и соматизации у пациентов в зависимости от степени тяжести симптомов СРК и ФД (баллы по опроснику 4ДДТС)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Доля пациентов СРК, у которых при более детальном клинико-анамнестическом исследовании выявлены также симптомы ФД, составила 40,5% (56 из 138). Полученные результаты сопоставимы с данными отечественной и зарубежной литературы [5–9] и свидетельствуют о сходстве патогенетических факторов указанных функциональных заболеваний.

Наиболее частым вариантом для сочетания с СРК–З является ФД–ПДС, для сочетания с СРК–Д — ФД–СЭБ, что на патогенетическом уровне соответствует преобладанию нарушений гастродуоденальной координации и моторной функции толстой кишки в первом случае и висцеральной гиперанальгезии во втором.

Доля пациентов с тяжелыми и выраженными клиническими симптомами в группе больных «СФЗ» была значительно больше по сравнению с группами больных «СРК» и «ФД». При этом тяжесть состояния больных, определенная с помощью опросника «7 × 7», совпадала с оценкой тяжести состояния больного врачом по «Шкале общего клинического впечатления». В то же время по выраженности

симптомов желудочной диспепсии пациенты «СФЗ» уступали пациентам группы «ФД», а по выраженности болевого абдоминального синдрома, ассоциированного с дефекацией, превосходили пациентов из группы «СРК». Достоверных различий по симптому метеоризма и расстройству стула между больными СФЗ и СРК не выявлено.

Особенности психологического статуса пациентов в подгруппах «СФЗ» и «СРК» также определялись клиническим вариантом заболевания. Тревога определялась у 59,1–63,1% больных с диареей ($p = 0{,}002$), а депрессия присутствовала лишь у 18,2% больных ($p = 0{,}004$), что дает основание судить о значении тревожных расстройств в развитии диарейного синдрома. В то же время в развитии констипации не меньшее значение имеет депрессия, которая определялась у 25–32,1% больных с запорами ($p = 0{,}004$), а тревога — у 17,9–30% больных ($p = 0{,}002$). Дистресс и соматизация чаще выявлялись в подгруппах больных с диареей (50–72%), по сравнению с больными с констипацией (37,5–53,6%), однако различия оказались статистически незначимыми. По данным отечественных и зарубежных исследователей, не менее чем у 50% больных СРК определяется повышенный уровень тревоги и не менее 30% депрессии, что согласуется с результатами настоящего исследования [10–12]. Таким пациентам свойственно большое количество симптомов, напрямую не связанных с ЖКТ, обусловленных выраженной соматизацией. В качестве фактора возникновения и персистирования ФЗОП обсуждается хронический дистресс [13, 14].

Среди больных СФЗ регистрировались более частые и выраженные отклонения психологического статуса по сравнению с больными СРК и ФД. У больных с сочетанной функциональной патологией также выявлена сопряженность по степени тяжести психогенных и функциональных расстройств. Статистически значимое повышение уровня дистресса, депрессии, тревоги и соматизации ассоциировалось со степенью тяжести функциональных расстройств более 19 баллов (по опроснику «7 × 7»), что соответствовало выраженным и тяжелым соматическим симптомам. При этом, в первую очередь, корреляция отражалась на уровне дистресса и соматизации.

Успехи в лечении функциональных заболеваний с использованием психотропных препаратов связаны не только с их воздействием на психический статус больных. Они оказывают влияние на висцеральную гиперчувствительность через центральную нервную систему путем повышения порога болевой чувствительности. Кроме того, психотропные средства обладают способностью нормализовывать моторику желудочно-кишечного тракта. Следовательно, препараты, корректирующие психологическое состояние больного, действуют на ключевые механизмы патогенеза функциональных расстройств — моторно-сенсорные нарушения [15–20].

ВЫВОДЫ

1. Доля пациентов с синдромом раздраженного кишечника, у которых при детальном последующем анализе диагностирована сопутствующая функциональная диспепсия, составила 40,5%, что подтверждает тесную патогенетическую сопряженность функциональных расстройств верхних и нижних отделов желудочно-кишечного тракта.

2. В условиях сочетанного течения синдрома раздраженного кишечника и функциональной диспепсии чаще наблюдалось совместное течение следующих клинических вариантов: синдром раздраженного кишечника с преобладанием запоров и функциональная диспепсия в варианте постпрандиального дистресс-синдрома; синдром раздраженного кишечника с преобладанием диареи и функциональная диспепсия в варианте синдрома эпигастральной боли, что на патогенетическом уровне соответствует преобладанию механизмов нарушений гастродуоденальной координации и моторной функции толстой кишки в первом и висцеральной гиперчувствительности во втором случае.

3. Больные с синдромом раздраженного кишечника с преобладанием диареи в сочетании с функциональной диспепсией характеризуются большей частотой тревожных расстройств. Больные с синдромом раздраженного кишечника с преобладанием констипации в сочетании с функциональной диспепсией характеризуются одинаковой частотой тревожных и депрессивных расстройств.

4. Степень тяжести функциональных симптомов у больных с сочетанием синдрома раздраженного кишечника и функциональной диспепсии коррелирует с выраженностью психических нарушений, в первую очередь — со степенью дистресса и соматизации.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Использование опросника «7 симптомов за 7 дней» помогает выявлять симптомы функциональной диспепсии у больных синдромом раздраженного кишечника, а также оценивать их выраженность (степень тяжести заболевания), что имеет большое значение в клинической практике.

2. У больных сочетанными функциональными заболеваниями органов пищеварения в обязательном порядке следует выявлять признаки личностных расстройств, участвующих в поддержании соматических симптомов, используя общедоступные методики (опросник 4ДДТС), особенно при выраженных и тяжелых функциональных соматических симптомах (более 19 баллов по опроснику «7 × 7»).

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреев Д.Н., Заборовский А.В., Трухманов А.С. Эволюция представлений о функциональных заболеваниях желудочно-кишечного тракта в свете Римских критериев IV пересмотра. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2017; 27(1): 4–11.
2. Шептулин А.А., Визе-Хрипунова М.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта: есть ли какая-то связь? Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2010; 20(5): 44–8.
3. Фоминых Ю.А., Барышникова Н.В., Соусова Я.В. Практические рекомендации по диагностике и лечению функциональных кишечных расстройств (синдром раздраженного кишечника, функциональный запор, функциональная диарея). University therapeutic journal. 2021; 3(3): 200–11.
4. Ford A.C., Talley N.J. Irritable bowel syndrome. BMJ. 2012; 345: e5836.
5. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Лапина Т.Л. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению функциональной диспепсии. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2012; 3: 80–92.
6. Hori K., Matsumoto T., Miwa H. Analysis of the gastrointestinal symptoms of uninvestigated dyspepsia and irritable bowel syndrome. Gut Liver. 2009; 3: 192–6.
7. Matsuzaki J., Suzuki H. Classification of functional dyspepsia based on concomitant bowel symptoms. Neurogastroenterology and Motility. 2012; 24: 325.
8. Pimenyel M., Park S., Mirocha J. et al. The Effect of a Nonabsorbed Oral Antibiotic (Rifaximin) on the Symptoms of the Irritable Bowel Syndrome. Annals of Internal Medicine. 2006; 145: 557–63.
9. Yarandi S.S., Nasseri-Moghaddam S., Mostajabi P., Malekzadeh R. Overlapping gastroesophageal reflux disease and irritable bowel syndrome: increased dysfunctional symptoms. World J. Gastroenterol. 2010; 14: 1232–8.
10. Hausteiner-Wiehle C., Henningsen P. Irritable bowel syndrome: relations with functional, mental, and somatoform disorders. World Jurn. Gastroenterol. 2014; 28: 6024–30.
11. Kibune Nagasako C., Garcia Montes C., Silva Lorena S.L., Mesquita M.A. Irritable bowel syndrome subtypes: Clinical and psychological features, body mass index and comorbidities. Rev EspEnferm Dig. 2016; 108: 59–64.
12. Wong H.Y., Chang L. Stress and the gut: Central influences. A basis for under-standing functional diseases. Ed. by R. Spiller, D. Grundy. Blackwell. 2004: 45–51.
13. Lea R., Whorwell P.J. New insights into the psychosocial aspects of irritable bowel syndrome. Curr Gastroenterol Rep. 2003; 5: 343–50.
14. Tilburg M.A., Palsson O.S., Whitehead W.E. Which psychological factors exacerbate irritable bowel syndrome? Development of a comprehensive model. Journal of Psychosomatic Research. 2013; 74: 486–92.
15. Pae C.U., Lee S.J., Han C. et al. Atypical antipsychotics as a possible treatment option for irritable bowel syndrome. Expert OpinInvestig Drugs. 2013; 22: 565–72.
16. Albert U., Carmassi C., Cosci F. et al. Role and clinical implications of atypical antipsychotics in anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder, traumarelated, and somatic symptom disorders: a systematized review. Int. Clin Psychopharmacol. 2016; 31: 249–58.
17. Аверин В.А., Виленская Г.А., Дандарова Ж.К. и др. Психология человека от рождения до смерти: младенчество, детство, юность, взрослость, старость. СПб.: Президент-Нева; 2002.
18. Новик А.А., Матвеев С.А., Ионова Т.И. и др. Оценка качества жизни больного в медицине. Клиническая медицина. 2000; 78(2): 10–3.
19. Типикина М.Ю., Корниенко Е.А. Новые аспекты механизмов развития и лечения синдрома раздраженного кишечника. Педиатр. 2013; 4(3): 29–35. DOI: 10.17816/PED4329-35.
20. Успенский Ю.П., Барышникова Н.В. Функциональная диспепсия и хронический гастрит. Педиатр. 2018; 9(1): 77–83. DOI: 10.17816/PED9177-83.

REFERENCES

1. Andreyev D.N., Zaborovskiy A.V., Trukhmanov A.S. Evolyutsiya predstavleniy o funktsional'nykh zabolevaniyakh zheludochno-kishechnogo trakta v svete Rimskikh kriteriyev IV peresmotra. [Evolution of ideas about functional diseases of the gastrointestinal tract in the light of the Rome IV criteria revision]. Rossiyskiy zhurnal gastroenterologii, gepa-

tologii, koloproktologii. 2017; 27(1): 4–11. (in Russian).
2. Sheptulin A.A., Vize-Khripunova M.A. Gastroezofageal'naya reflyuksnaya bolezn' i funktsional'nyye zabolevaniya zheludochno-kishechnogo trakta: yest' li kakaya-to svyaz'? [Gastroesophageal reflux disease and functional diseases of the gastrointestinal tract: is there any connection?] Rossiyskiy zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii. 2010; 20(5): 44–8. (in Russian).
3. Fominykh Yu.A., Baryshnikova N.V., Sousova Ya.V. Prakticheskiye rekomendatsii po diagnostike i lecheniyu funktsional'nykh kishechnykh rasstroystv (sindrom razdrazhennogo kishechnika, funktsional'nyy zapor, funktsional'naya diareya) [Practical recommendations for the diagnosis and treatment of functional intestinal disorders (irritable bowel syndrome, functional constipation, functional diarrhea)]. University therapeutic journal. 2021; 3(3): 200–11. (in Russian).
4. Ford A.C., Talley N.J. Irritable bowel syndrome. BMJ. 2012; 345: e5836.
5. Ivashkin V.T., Sheptulin A.A., Lapina T.L. Rekomendatsii Rossiyskoy gastroenterologicheskoy assotsiatsii po diagnostike i lecheniyu funktsional'noy dispepsii. [Recommendations of the Russian Gastroenterological Association for the diagnosis and treatment of functional dyspepsia]. Rossiyskiy zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii. 2012; 3: 80–92. (in Russian).
6. Hori K., Matsumoto T., Miwa H. Analysis of the gastrointestinal symptoms of uninvestigated dyspepsia and irritable bowel syndrome. Gut Liver. 2009; 3: 192–6.
7. Matsuzaki J., Suzuki H. Classification of functional dyspepsia based on concomitant bowel symptoms. Neurogastroenterology and Motility. 2012; 24: 325.
8. Pimenyel M., Park S., Mirocha J. et al. The Effect of a Nonabsorbed Oral Antibiotic (Rifaximin) on the Symptoms of the Irritable Bowel Syndrome. Annals of Internal Medicine. 2006; 145: 557–63.
9. Yarandi S.S., Nasseri-Moghaddam S., Mostajabi P., Malekzadeh R. Overlapping gastroesophageal reflux disease and irritable bowel syndrome: increased dysfunctional symptoms. World J. Gastroenterol. 2010; 14: 1232–8.
10. Hausteiner-Wiehle C., Henningsen P. Irritable bowel syndrome: relations with functional, mental, and somatoform disorders. World Jurn. Gastroenterol. 2014; 28: 6024–30.
11. Kibune Nagasako C., Garcia Montes C., Silva Lorena S.L., Mesquita M.A. Irritable bowel syndrome subtypes: Clinical and psychological features, body mass index and comorbidities. Rev EspEnferm Dig. 2016; 108: 59–64.
12. Wong H.Y., Chang L. Stress and the gut: Central influences. A basis for under-standing functional diseases. Ed. by R. Spiller, D. Grundy. Blackwell. 2004: 45–51.
13. Lea R., Whorwell P.J. New insights into the psychosocial aspects of irritable bowel syndrome. Curr Gastroenterol Rep. 2003; 5: 343–50.
14. Tilburg M.A., Palsson O.S., Whitehead W.E. Which psychological factors exacerbate irritable bowel syndrome? Development of a comprehensive model. Journal of Psychosomatic Research. 2013; 74: 486–92.
15. Pae C.U., Lee S.J., Han C. et al. Atypical antipsychotics as a possible treatment option for irritable bowel syndrome. Expert OpinInvestig Drugs. 2013; 22: 565–72.
16. Albert U., Carmassi C., Cosci F. et al. Role and clinical implications of atypical antipsychotics in anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder, traumarelated, and somatic symptom disorders: a systematized review. Int. Clin Psychopharmacol. 2016; 31: 249–58.
17. Averin V.A., Vilenskaya G.A., Dandarova Zh.K. i dr. Psikhologiya cheloveka ot rozhdeniya do smerti: mladenchestvo, detstvo, yunost', vzroslost', starost'. [Human psychology from birth to death: infancy, childhood, youth, adulthood, old age]. Sankt-Peterburg: Prezident-Neva Publ.; 2002. (in Russian).
18. Novik A.A., Matveyev S.A., Ionova T.I. i dr. Otsenka kachestva zhizni bol'nogo v meditsine. [Evaluation of the quality of life of a patient in medicine]. Klinicheskaya meditsina. 2000; 78(2): 10–3. (in Russian).
19. Tipikina M.Yu., Korniyenko Ye.A. Novyye aspekty mekhanizmov razvitiya i lecheniya sindroma razdrazhennogo kishechnika. [New aspects of the mechanisms of development and treatment of irritable bowel syndrome]. Pediatr. 2013; 4(3): 29–35. DOI: 10.17816/PED4329-35 (in Russian).
20. Uspenskiy Yu.P., Baryshnikova N.V. Funktsional'naya dispepsiya i khronicheskiy gastrit. [Functional dyspepsia and chronic gastritis]. Pediatr. 2018; 9(1): 77–83. DOI: 10.17816/PED9177-83 (in Russian).