

Бастриков О.Ю., Милегов В.В., Харламова У.В., Фриш О.Е., Ерыкалова Е.И., Королева Е.К.

Функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта во взаимосвязи с тревожностью и невротизацией

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Челябинск

Bastrikov O.Yu., Milegov V.V., Harlamova U.V., Frish O.E., Erykalova E.I., Koroleva E.K.

Functional disorders of the gastrointestinal tract in correlation with anxiety and neurotization

Резюме

В одномоментное исследование включено 75 человек (студентов медицинского ВУЗа), средний возраст которых составил $21,4 \pm 0,7$ лет ($M \pm s$). Из них – 57 женщин и 18 мужчин. Для характеристики тяжести течения функциональных заболеваний ЖКТ применялся Опросник «7x7». Психодиагностический инструментарий включал: интегративный тест тревожности; шкалу для психологической экспресс – диагностики уровня невротизации. Психологические особенности обследованных с функциональными расстройствами желудочно – кишечного тракта характеризовались преобладанием общего уровня личностной тревожности и её субшкал (эмоциональный дискомфорт и астенический компонент), а также значимым превалированием доли лиц в категории «пониженного уровня» невротизации. Выявленные корреляции между функциональными расстройствами желудочно – кишечного тракта и субшкалами личностной тревожности могут оказаться полезными при планировании программ профилактики, комплексной (бидисциплинарной) терапии и реабилитации функциональных гастроинтестинальных расстройств.

Ключевые слова: функциональная диспепсия, синдром раздраженного кишечника, тревожность, невротизация

Summary

Our cross-sectional study included 75 people (students of medical university), whose average age was 21.4 ± 0.7 years ($M \pm s$). They comprised 57 women and 18 men. To characterize the severity of the course of functional diseases of the digestive tract, the Questionnaire '7x7' was used. The psychodiagnostic toolset included: an integrative anxiety test; a scale for psychological express-diagnosis of the level of neurotization. The psychological characteristics of the examined subjects with functional disorders of gastrointestinal tract were characterized by the prevalence of the general level of personal anxiety and its subscales (emotional discomfort and asthenic component), as well as by the significant prevalence of the proportion of people in the "lowered" category of neurotization. The revealed correlations between functional disorders of the gastrointestinal tract and subscales of personal anxiety can be useful in planning prevention programs, a complex (bi-disciplinary) therapy and rehabilitation of functional gastrointestinal disorders.

Keywords: functional dyspepsia, irritable bowel syndrome, anxiety, neurotization

Введение

В последние годы все большее внимание уделяется изучению функциональных расстройств желудочно – кишечного тракта (ФР ЖКТ), которые встречаются довольно часто в практике врача – гастроэнтеролога и врачей других специальностей. Интерес исследователей к этим заболеваниям связан с большой распространенностью диспепсических жалоб среди населения и противоречивой трактовкой многих неясных вопросов, сопряженных с диагностикой и лечением больных. Среди здоровых лиц функциональные расстройства ЖКТ встречаются у 15%,

на наличие хотя бы одного функционального синдрома со стороны ЖКТ указывают 48,3% [1]. Функциональные нарушения ЖКТ в зависимости от их клинко – патогенетической сущности принято трактовать как: 1) функциональные соматические расстройства психогенной этиологии; 2) собственно психосоматические заболевания; 3) соматические заболевания, клинические проявления и динамика которых осложняются психическими факторами [2]. Особенно сложной представляется оценка соматизированных (соматоформных) психических расстройств, которые в клинической психиатрии обозначают как не-

Таблица 1. Клиническая характеристика сравниваемых групп

Характеристики групп	ФР ЖКТ n=52	Здоровые n=23	χ^2	p
Возраст, лет	21,3 (21,1;21,5)	21,6 (21,3;21,9)		0,18
Мужчины	12	6	0,08	0,78
Женщины	40	17	0,08	0,78

Таблица 2. Распределение пациентов ФР ЖКТ по тяжести общего состояния согласно опроснику «7×7»

Тяжесть ФР ЖКТ	Количество пациентов, n (%)
Пограничное расстройство	26 (50%)
Легкое расстройство	13 (25%)
Умеренно выраженное расстройство	11 (21,2%)
Выраженное расстройство	2 (3,8%)
Тяжелое расстройство	0 (0%)
Всего	52 (100%)

вроз органа [3], вегетативный невроз [4], системный невроз [5], функциональный синдром [6]. Наиболее частыми функциональными синдромами в гастроэнтерологии являются синдром раздраженного кишечника (СРК) и синдром функциональной неязвенной диспепсии (ФД), психопатологические характеристики которых исследованы недостаточно. Лучшее понимание патофизиологических механизмов, лежащих в основе функциональных нарушений ЖКТ, позволит интегрально подходить к проблеме профилактических, терапевтических и психокоррекционных вмешательств с учетом психосоматического подхода.

Цель исследования: изучить частоту функциональных расстройств желудочно – кишечного тракта (функциональной диспепсии и синдрома раздраженного кишечника) и их ассоциации с психологическими показателями по данным одномоментного скрининга.

Материалы и методы

В одномоментное исследование включено 75 человек (студентов медицинского ВУЗа), средний возраст которых составил 21,4±0,7 лет (M±s). Из них – 57 женщин и 18 мужчин. Для характеристики тяжести течения функциональных заболеваний ЖКТ (ФД и СРК) применялся Опросник «7×7» (7 симптомов за 7 дней) [7]. Разработанная РГА версия Опросника «7×7» позволяет пациенту ответить на вопросы, касающиеся основных симптомов, характерных для ФД и СРК, а врачу – объективно оценить их частоту и интенсивность, получив количественную характеристику их выраженности. В зависимости от полученной суммы баллов тяжесть состояния пациента оценивалась следующим образом: 0 – 1 – здоров; 2 – 6 – пограничное расстройство; 7 – 12 – легкое расстройство; 13 – 18 – умеренно выраженное расстройство; 19 – 24 – выраженное расстройство; 25 и более – тяжелое расстройство.

На основании данных анкетирования получены 2 группы: 1 – ая – группа с наличием ФР ЖКТ (52 чел.); 2 – ая – здоровый контроль (23 чел.). Клиническая характеристика исследуемых групп приведена в таблице 1.

Психодиагностический инструментарий включал: интегративный тест тревожности (ИТТ) [8]; шкалу для

психологической экспресс – диагностики уровня невротизации [9].

Этические вопросы. Психологическое анкетирование проводилось в строгом соответствии с регламентирующими документами: резолюции Генеральной Ассамблеи ООН 46/119; Хельсинской декларации Всемирной медицинской организации; ст. 4, 8, 9 Закона «О психиатрической помощи и гарантиях граждан при её оказании» от 02 июля 1992 года № 3185-1 (с изменениями и дополнениями).

Статистическая обработка материала проводилась при помощи лицензионного пакета программ SPSS 17.0 (SPSS Lab., США). Непараметрические количественные признаки приведены в виде медианы и границ межквартильного интервала (в скобках). Для проверки совпадения распределения исследуемых количественных показателей с нормальным в группах пользовались критерием согласия Колмогорова – Смирнова. Так как закон распределения исследуемых числовых показателей отличался от нормального, достоверность различий проверяли при помощи U-критерия Манна-Уитни. Номинальные (категориальные) переменные сравнивались при помощи критерия χ^2 Пирсона. Для оценки сопряженности процессов использовали корреляционный анализ с определением коэффициентов ранговой корреляции Спирмена (r). Для суждения о том, какие из независимых переменных (изученные психологические факторы) оказывают наибольший вклад в зависимые переменные проводился множественный регрессионный анализ. Во всех процедурах статистического анализа уровень значимости p принимался менее или равный 0,05.

Результаты и обсуждение

Согласно данным Опросника «7×7» большую долю в группе с ФР ЖКТ составило пограничное расстройство – 26 чел. (50%), далее по убывающей легкое расстройство – 13 чел. (25%), умеренно выраженное расстройство – 11 чел. (21,2%), выраженное расстройство – 2 чел. (3,8%) (табл. 2).

Данные, представленные в табл. 3, свидетельствуют о значимом преобладании субшкал личностной тревожности у пациентов с ФР ЖКТ. При этом факторная струк-

Таблица 3. Средние показатели субшкал ситуативной и личностной тревожности у пациентов с ФР ЖКТ, М (95% ДИ)

Шкалы, стаяины	СТ-С	СТ-Л	p<0,05
1. Эмоциональный дискомфорт	2,3 (1,6;3,0)	6,7 (6,3;7,1)	*
2. Астенический компонент	4,7 (3,9;5,5)	6,7 (6,2;7,2)	*
3. Фобический компонент	3,2 (2,4;4,0)	5,2 (4,5;5,8)	*
4. Тревожная оценка перспектив	4,5 (3,9;5,1)	6,4 (5,9;7,0)	*
5. Социальная защита	3,9 (3,2;4,7)	4,8 (4,0;5,5)	*
Общий уровень	6,0 (5,3;6,6)	8,4 (8,1;8,7)	*

Таблица 4. Средние показатели субшкал ситуативной тревоги и личностной тревожности в сравниваемых группах, М (95% ДИ)

Шкалы, стаяины	ФР ЖКТ n=52	Здоровые n=23	p
Ситуативная тревога			
1. Эмоциональный дискомфорт	2,3 (1,6;3,0)	2,2 (1,1;3,2)	0,83
2. Астенический компонент	4,7 (3,9;5,5)	2,7 (1,3;4,0)	0,01
3. Фобический компонент	3,2 (2,4;4,0)	3,2 (1,9;4,5)	0,97
4. Тревожная оценка перспектив	4,5 (3,9;5,1)	4,0 (2,7;5,2)	0,47
5. Социальная защита	3,9 (3,2;4,7)	4,0 (2,7;5,2)	0,96
6. Общий уровень	6,0 (5,3;6,6)	5,0 (3,6;6,3)	0,19
Личностная тревожность			
1. Эмоциональный дискомфорт	6,7 (6,3;7,1)	5,7 (5,1;6,4)	0,01
2. Астенический компонент	6,7 (6,2;7,2)	5,6 (4,6;6,5)	0,003
3. Фобический компонент	5,2 (4,5;5,8)	5,1 (4,2;6,0)	0,71
4. Тревожная оценка перспектив	6,4 (5,9;7,0)	6,0 (5,0;7,0)	0,41
5. Социальная защита	4,8 (4,0;5,5)	4,1 (2,9;5,3)	0,50
6. Общий уровень	8,4 (8,1;8,7)	7,9 (7,3;8,5)	0,04

Таблица 5. Уровень невротизации в сравниваемых группах, количество пациентов n (%)

Оценка уровня невротизации	ФР ЖКТ n=52	Здоровые n=23	χ^2	p
Очень высокий уровень	0 (0%)	0 (0%)		
Высокий уровень	2 (3,8%)	0 (0%)	0,91	0,34
Повышенный уровень	2 (3,8%)	0 (0%)	0,91	0,34
Неопределенный уровень	6 (11,5%)	5 (21,7%)	1,33	0,25
Пониженный уровень	23 (44,2%)	4 (17,4%)	4,99	0,03
Низкий уровень	16 (30,8%)	9 (39,1%)	0,50	0,48
Очень низкий уровень	3 (5,8%)	5 (21,7%)	4,27	0,04

тура личностной тревожности определялась астеническими нарушениями, эмоциональным дискомфортом, тревожной оценкой перспектив. В оценке ситуативной тревожности прослеживалась тенденция к преобладанию астенических нарушений и тревожной оценке перспектив.

Исходя из таблицы 4, можно отметить, значимое превышение субшкалы ситуативной тревоги (астенический компонент), общего уровня личностной тревожности и её субшкал (эмоциональный дискомфорт и астенический компонент) у лиц с наличием ФР ЖКТ.

Группа с ФР ЖКТ характеризовалась более высокими показателями уровня невротизации, согласно указанной в табл. 5 ранжировке, со значимым превалированием лиц в категории «пониженного уровня», составив 23 (44,2%) и 4 (17,4%) человека соответственно.

У лиц с ФР ЖКТ выявлены положительные коррелятивные связи количественного показателя

опросника «7*7» с двумя субшкалами личностной тревожности «эмоциональный дискомфорт» ($r=0,38$; $p=0,005$) и «тревожная оценка перспектив» ($r=0,52$; $p=0,0001$). Ассоциация количественного показателя опросника «7*7» с субшкалой личностной тревожности «тревожная оценка перспектив» также подтверждена множественным регрессионным анализом, вклад последней составил порядка 23% ($\beta=0,48$; $p=0,0001$). В соответствии с градацией итоговых оценок, высокому уровню невротизации соответствует высокая по абсолютной величине отрицательная оценка. В связи с этим, уровень невротизации показал обратную корреляцию с общим уровнем личностной тревожности ($r=-0,34$; $p=0,01$) и её субшкалами: «эмоциональный дискомфорт» ($r=-0,33$; $p=0,02$), «фобический компонент» ($r=-0,41$; $p=0,002$), «тревожная оценка перспектив» ($r=-0,31$; $p=0,03$), «социальная защита» ($r=-0,36$; $p=0,008$).

Настоящее исследование согласуется с заключением ряда авторов о том, что большинство пациентов с функциональными расстройствами ЖКТ имеют значимые изменения в состоянии психоэмоциональной сферы, в том числе особенности личности, предрасполагающие к невротизации и стрессовому реагированию, клинически проявленные аффективные расстройства, сниженное количество положительных эмоций, пессимистический настрой в отношении будущего, которые лимитируют их повседневную работу и будничную деятельность, снижают качество жизни [10]. Эмоции психосоматических больных характеризуются задержанностью, неотраженностью, алекситимией, высокой соматизацией и формированием феномена послестрессовой психосоматической беззащитности. Задержанные, загнанные внутрь эмоции имеют отчетливую склонность к соматизации, т.е. переводу патологии из разряда психологического через вегетативную нервную систему в соматическую дисфункцию того или иного органа или системы [11]. Вполне обосновано отнести симптомы вегетативного возбуждения, которые пациент приписывает физическому расстройству в верхнем отделе желудочно – кишечного тракта – к ФД, а в нижнем отделе кишечника – к СРК. По данным Л.В. Ромасенко и соавт., при клинико – психопатологическом обследовании 442 пациентов гастроэнтерологического стационара, у 103 – выявлены симптомы ФД, которая была представлена соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы верхних отделов ЖКТ, облигатным психосоматическим синдромом с коморбидными психическими расстройствами. У большинства обследованных СРК (n=120) выявлена психическая патология: аффективные расстройства – у 40% (у 34% – циклотимия, у 6% – дистимия), личностные расстройства различной структуры – у 38%, ипохондрические – у 17% [2, 12]. По данным G. Moser (2007) [13], у 60% пациентов с функциональными гастроинтестинальными расстройствами имеются признаки соматоформных расстройств. По мнению ряда авторов [14], в основе таких расстройств лежит убеждение пациента в наличии у него тяжелого заболевания, проявляется в действиях, направленных на убеждение окружающих в существовании такой болезни (например, ограничения себя в физической активности, социальных контактах, в постоянном соблюдении диеты, злоупотреблении лекарствами и т.д.). J. Dersh et al. (2002) [15] обнаружили в пациентов с соматоформными расстройствами психоэмоциональные особенности в виде пониженной

устойчивости к стрессу, введя понятие стресс – диатеза. Кроме острой, выраженной реакции на стресс у таких пациентов выявлена склонность к негативным эмоциям и повышенная вегетативная реактивность [16].

В настоящее время появляется все больше публикаций касательно структурно – морфологических изменений слизистой оболочки, роли местного воспаления при функциональных заболеваниях ЖКТ [17], что подтверждает знаменитый постулат академика В.Х. Василенко «...функция без структуры невысказана, а структура без функции бессмысленна». Является ли это первичным субстратом функциональных нарушений или следствием психоэмоционального стресса, сопровождением соматоформных расстройств, предостит обосновать в дальнейших проспективных наблюдениях.

Заключение

По данным одномоментного скрининга частота функциональной диспепсии и синдрома раздраженного кишечника составила 69%.

Психологические особенности обследованных с функциональными расстройствами желудочно – кишечного тракта характеризовались преобладанием общего уровня личностной тревожности и её субшкал (эмоциональный дискомфорт и астенический компонент), а также значимым превалированием доли лиц в категории «пониженного уровня» невротизации.

Выявленные корреляции между функциональными расстройствами желудочно – кишечного тракта и субшкалами личностной тревожности могут оказаться полезными при планировании программ профилактики, комплексной (бидисциплинарной) терапии и реабилитации функциональных гастроинтестинальных расстройств. ■

Бастриков О.Ю., Милегов В.В., Харламова У.В., Фриш О.Е., Ерыкалова Е.И., Королева Е.К., ФГБОУ ВО «Южно – Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Челябинск; Автор, ответственный за переписку: Бастриков О.Ю., кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры госпитальной терапии ФГБОУ ВО «Южно – Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Челябинск, 454092, Российская Федерация, Челябинская область, г. Челябинск, ул. Воровского, 64, кафедра Госпитальной терапии, телефон 8-963-091-33-47, электронный адрес: obastrikov@yandex.ru

Литература:

1. Talley N.J. *Dyspepsia: management guidelines for the millennium. Gut* 2002;50.
2. Ромасенко Л.В. *Психосоматические расстройства в гастроэнтерологической практике: функциональная диспепсия. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2009; 1: 35 – 8.
3. Bergmann G. *Functionelle Pathologie.* Berlin: Springer, 1932.
4. Alexander F. *Psychosomatic Medicine.* New York: Norton, 1950.
5. Мясницев В.Н. *Личность и неврозы.* Л., 1960.
6. Uexkull V. Th. *Functionelle Syndrome in der inderen Medizin. Lehrb d Psychosom Med 2tc Aufl* 1981:453 – 63.
7. Ивашкин В.Т., Шенгулин А.А., Полуэктова Е.А. и соавт. *Возможности применения Опросника «7×7»*

- (7 симптомов за 7 дней) для оценки динамики симптомов функциональной диспепсии и синдрома раздраженного кишечника. *РЖГТК*. 2016; 3: 24 – 32.
8. Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В. Применение интегративного теста тревожности. СПб: Новая медицинская технология; 2005.
 9. Шкала для психологической экспресс – диагностики уровня невротизации. Под ред. Л.И. Вассермана. СПб., 1999.
 10. Раманова М.М. О синдроме диспепсии с позиций философии здоровья и психосоматической медицины. *Научно – медицинский вестник Центрального Черноземья*. 2016; 63: 42 – 6.
 11. Маршов В.В. Психосоматозы. Психические заболевания желудочно – кишечного тракта. М.: Миклоц, 2007.
 12. Махов В., Рамасенко Л., Турко Т. Психосоматический аспект дисфункциональных расстройств органов пищеварения. *Врач*. 2008; 10: 37-41.
 13. Moser G. *Psychosomatik in der Gastroenterologie und Hepatologie*. Springer: Wien - New York, 2007.
 14. McHugh P.R., Slavney P.R. *The Perspectives of Psychiatry*. 2nd Edition. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 1998: 223 - 237.
 15. Dersh J., Polatin P.B., Gatchel R.J. *Chronic pain and psychopathology: research findings and theoretical considerations*. *Psychosom. Med.* 2002; 64: 773 - 786.
 16. Cloninger C.R., Svrakic N.M., Svrakic D.M. *Role of personality selforganization in development of mental order and disorder*. *Dev. Psychopathol.* 1997; 9: 881 - 906.
 17. Осадчук М.А., Осадчук А.М., Николенко С.Н. Функциональные расстройства желудочно – кишечного тракта в контексте морфофункционального единства. *Клиническая медицина*. 2014; 7: 29 - 34.