

<https://doi.org/10.34883/PI.2022.13.3.002>
УДК 616.89



Любченко М.Ю.^{1,2}, Бибикова Ж.Б.^{1,2}✉, Заровный К.В.^{1,2}✉

¹ Медицинский университет Караганды, Караганда, Казахстан

² Областной центр психического здоровья, Караганда, Казахстан

Коморбидные состояния тревоги и депрессии при синдроме раздраженного кишечника

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: М.Ю. Любченко – разработка дизайна исследования; Ж.Б. Бибикова – получение и анализ данных, написание текста рукописи; К.В. Заровный – обзор публикаций по теме статьи, получение и анализ данных, написание текста рукописи.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки (обязательный раздел).

Подана: 20.06.2022

Принята: 21.08.2022

Контакты: zhaz88@bk.ru, Zarovnyy@qmu.kz

Резюме

Синдром раздраженного кишечника (СРК) является хроническим заболеванием, которое характеризуется болью в животе и изменениями стула при отсутствии органических изменений слизистой кишечника. При этом часто встречаются сопутствующие (коморбидные) психические состояния (расстройства невротического уровня), однако неясно, предшествуют ли они симптомам или обусловлены ими. Целью нашего исследования было выяснить различия по выраженности тревоги и/или депрессии (при их наличии) у пациентов с разными типами СРК. В группу исследования вошли 93 пациента (средний возраст (38 ± 11) лет; женщин – 67, мужчин – 26) с диагнозом СРК. Все они ответили на структурированную анкету с демографическими и клиническими данными. Тревога и депрессия оценивались по шкале оценки тревожности Гамильтона (НАМ-А) и шкале депрессии Гамильтона (НАМ-D). Распределение подтипов СРК было следующим: СРК с диареей (СРК-Д) 47%, СРК с запорами (СРК-З) 29%, СРК смешанного типа (СРК-См) 24%. Тревога и/или депрессия были обнаружены у 62,36%. Сравнение между подгруппами показало, что у пациентов с СРК-Д чаще регистрировалась тревога (62,07%), у пациентов с СРК-З – депрессия (90,48%). Более высокие показатели по шкале тревоги выявлены у пациентов с СРК-См ($23 \pm 2,9$). Эти особенности следует учитывать при клиническом ведении указанных подгрупп пациентов.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, тревога, депрессия, диарея, запор, функциональные расстройства

Lyubchenko M.^{1,2}, Bibekova Zh.^{1,2} ✉, Zarovnyy K.^{1,2} ✉

¹ Karaganda Medical University, Karaganda, Kazakhstan

² Regional Center for Mental Health, Karaganda, Kazakhstan

Anxiety and Depression Comorbidities in Irritable Bowel Syndrome

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: M. Lyubchenko – research design development. Zh. Bibekova – data collection and analysis, manuscript text writing; K.V. Zarovnyy – review of publications related to the topic of the article, data collection and analysis, manuscript text writing.

Financing. The study did not have sponsorship (mandatory section).

Submitted: 20.06.2022

Accepted: 21.08.2022

Contacts: zhaz88@bk.ru, Zarovnyy@qmu.kz

Abstract

Irritable bowel syndrome (IBS) is a chronic disease characterized by abdominal pain and changes in stool in the absence of organic changes in the intestinal mucosa. At the same time, concomitant (comorbid) mental conditions (neurotic disorders) are common, but it is unclear whether they precede the symptoms or are caused by them. The aim of our study was to find out the differences in the severity of anxiety and / or depression (if any) in patients with different types of IBS. The study group included 93 patients (mean age 38 ± 11) years; a total of 67 women and 26 men) diagnosed with IBS. They all completed a structured questionnaire with demographic and clinical data. Anxiety and depression were assessed using the Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A) and the Hamilton Depression Scale (HAM-D). The distribution of IBS subtypes was as follows: IBS with diarrhea (IBS-D) 47%, IBS with constipation (IBS-C) 29%, mixed IBS (IBS-M) 24%. Anxiety and/or depression were found in 62.36%. Comparison between the subgroups revealed that patients with IBS-D were more likely to have anxiety (62.07%), and patients with IBS-C had depression (90.48%). Higher indicators on the anxiety scale were found in patients with IBS-M (23 ± 2.9). These features should be taken into account in the clinical management of these patient subgroups.

Keywords: irritable bowel syndrome, anxiety, depression, diarrhea, constipation, functional disorders

■ ВВЕДЕНИЕ

Синдром раздраженного кишечника – это хроническое заболевание, характеризующееся болью в животе и изменениями стула при отсутствии органических изменений слизистой кишечника. СРК является одним из наиболее часто встречающихся желудочно-кишечных расстройств, и его распространенность колеблется от 4 до 22% в общей популяции [1, 2].

Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта (ФН ЖКТ), такие как синдром раздраженного кишечника (СРК), функциональная диспепсия или функциональный запор, недостаточно изучены и имеют сложную патофизиологию; при этом на них приходится не менее трети обращений в гастроэнтерологические клиники [3].

Из-за типа вовлеченной патофизиологии и стигмы, связанной с термином «функциональный», эти состояния получили новое определение – нарушения взаимодействия между кишечником и мозгом, что лучше отражает их научное обоснование [4].

СРК оказывает большое влияние на социально-реляционное и рабочее функционирование, пациенты обычно сообщают о значительном снижении связанного со здоровьем качества жизни, производительности труда и общих стрессах в повседневной деятельности, включая диету, путешествия, внешний вид, семью, образование и физические и сексуальные отношения [5]. Кроме того, СРК представляет собой бремя первичной медико-санитарной помощи, на которое приходится большая часть общих затрат на здравоохранение, связанных с консультациями терапевтов и гастроэнтерологов, госпитализацией и назначениями фармакотерапии.

Более двух третей людей обращались к врачу за предыдущие 12 месяцев, 40% регулярно принимали лекарства, а треть перенесли потенциально ненужную операцию на брюшной полости по поводу своих симптомов, такую как гистерэктомия или холецистэктомия [6].

Хотя точная патофизиология СРК неизвестна, психологические факторы играют заметную роль в его причинной связи, а также в его поддержании [7, 8]. В международной классификации болезней X пересмотра данная нозология кодируется в разделе F45.32.

Изучение коморбидной психической патологии имеет важное значение, поскольку имеются данные о том, что уменьшение выраженности симптомов СРК не сопровождается улучшением качества жизни пациентов с синдромом раздраженного кишечника [9].

Римские критерии являются диагностическим стандартом для исследований и клинического лечения СРК. Римские критерии IV (последнего) пересмотра, опубликованные в 2016 г., призывают переосмыслить эти состояния как нарушения взаимодействия кишечника и мозга, признавая сложную связь биологических, психологических и социальных факторов в их патогенезе. Это изменение также отражает тот факт, что термин «функциональный» является неспецифическим и, как следствие, пациенты могут чувствовать стигматизацию диагностическим ярлыком – функциональное состояние считается менее обоснованным или важным, чем органическое заболевание, несмотря на то что в обоих случаях симптомы почти идентичны и в равной степени реальны и неприятны [4, 10].

Согласно критериям Рима IV СРК классифицируется по преобладающему типу стула (согласно Бристольской шкале стула): на СРК с диареей (СРК-Д), СРК с запором (СРК-З), смешанный СРК (СРК-См) и неклассифицируемый СРК (СРК-Н) [4]. К сожалению, все еще отсутствует валидный опросник для изучения сопутствующей соматической и психической патологии. Настоящее исследование было предпринято для оценки распространенности тревожности и депрессии у пациентов с СРК.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследуемую группу вошли 93 пациента (средний возраст (38 ± 11) лет; женщин – 67, мужчин – 26) амбулаторного гастроэнтерологического отделения университетской клиники с установленным диагнозом СРК. СРК определялся в соответствии с критериями Рима IV [4].

Пациенты, перенесшие ранее операции на желудочно-кишечном тракте, сахарный диабет, заболевания, которые могут вызвать нарушение моторики кишечника, или прием лекарств, которые влияют на моторику желудочно-кишечного тракта, были исключены из исследования. Контрольная группа в исследовании отсутствовала.

Для получения информации использовалась стандартизированная анкета о демографических и клинических данных, включая диагностику по критериям Рима IV для СРК. Согласно Бристольской шкале форм стула, пациенты с СРК были разделены: на СРК-Д, СРК-З и СРК-См. После этого пациенты оценивались на наличие тревоги и депрессии с использованием шкалы оценки тревожности Гамильтона (HAM-A более 14 баллов) и шкалы депрессии Гамильтона (HAM-D более 8 баллов).

Каждый пациент дал письменное информированное согласие перед участием в исследовании.

Был проведен описательный анализ исследуемой популяции (т. е. среднее $\pm$ стандартное отклонение для непрерывных переменных и частот (процентов) для качественных переменных).

■ РЕЗУЛЬТАТЫ

Демографический профиль и данные распределения по типам СРК приведены в табл. 1. Видно, что среди пациентов преобладали женщины (72%). Наиболее частым подтипом СРК был СРК-Д (47%), затем следуют СРК-З (29%) и СРК-См (24%), неуточненный СРК среди опрошенных пациентов выявлен не был. Не было обнаружено значительных различий между подтипами СРК по возрасту, полу и длительности имеющихся нарушений.

Табл. 2 показывает средние баллы по тревоге и депрессии и частоте встречаемости тревоги и/или депрессии для каждой подгруппы.

В целом 62,36% пациентов с СРК страдали тревогой и/или депрессией. По используемым шкалам 20 (34,48%) пациентов имели тревожность, 34 (58,62%) – депрессию, 4 (6,9%) – тревогу и депрессию.

Сравнение подтипов СРК показало, что пациенты с СРК-См имели более высокие баллы по уровню тревоги в сравнении с пациентами других подтипов СРК.

Таблица 1
Демографический профиль и распределение пациентов по типам СРК
Table 1
Demographic profile and distribution of patients by type of IBS

n (%)	Всего, n=93 (100)	СРК-Д, n=44 (47)	СРК-З, n=27 (29)	СРК-См, n=22 (24)	СРК-Н, n=0 (0)
Мужчины	26 (28)	11 (25)	8 (30)	7 (32)	–
Женщины	67 (72)	33 (75)	19 (70)	15 (68)	–
Возраст	46 $\pm$ 11	48 $\pm$ 11	49 $\pm$ 11	46 $\pm$ 12	–
Длительность заболевания, лет	8,7 $\pm$ 6,4	7,5 $\pm$ 6,9	8,1 $\pm$ 8,7	9,1 $\pm$ 10,2	–

Таблица 2

Тревога и депрессия у пациентов с СРК по шкале HAM-D/HAM-A

Table 2

Anxiety and depression in patients with IBS as assessed by the HAM-D/HAM-A scale

Параметр	Всего, n=58 (%)	СРК-Д, n=29 (%)	СРК-З, n=21 (%)	СРК-См, n=8 (%)
Средний балл по шкале тревоги	21±2,8	20±3,5	20±2,1	23±2,9
Средний балл по шкале депрессии	11±3,1	11±2,6	12±2,9	12±2,5
Количество пациентов с тревогой	20 (34,48)	18 (62,07)	2 (9,52)	0 (0)
Количество пациентов с депрессией	34 (58,62)	11 (37,93)	19 (90,48)	4 (50)
Количество пациентов с тревогой и депрессией	4 (6,9)	0 (0)	0 (0)	4 (50)

■ ОБСУЖДЕНИЕ

Мы оценили 93 пациента с СРК на наличие тревожности и депрессии. Используя шкалы HAM-A и HAM-D, определили уровни тревожности и депрессии соответственно. Оба эти инструмента считаются одними из наиболее стандартизированных и проверенных в психиатрии для исследовательских целей. В некоторых предыдущих исследованиях, посвященных изучению психической заболеваемости при СРК, использовалась госпитальная шкала тревожности и депрессии (HADS). HADS подвергается критике как не очень удачный инструмент, когда требуются отдельные симптомы тревоги и депрессии. Опросники депрессии и тревожности Бека, использованные в некоторых подобных исследованиях, являются хорошо проверенным инструментом, но, будучи субъективной оценкой, оставляют место для завышения психиатрических симптомов. Пациенты с СРК со множественными соматическими проблемами (дискомфорт, метеоризм, боль, диспепсические симптомы) более склонны к завышению тревожных и депрессивных симптомов. HAM-D и HAM-A, оцениваемые клиницистами, дают большее преимущество в этом аспекте, поскольку обученный клиницист объективно оценивает симптомы и сводит к минимуму эффект искажения данных.

В настоящем исследовании наиболее часто встречающийся подтип СРК был СРК-Д (47%), за ним следуют СРК-З (29%) и СРК-См (24%). Распределение подтипов СРК отличается в разных исследованиях и, вероятно, зависит от оцениваемой популяции, географического положения и используемых определений для каждого подтипа [11]. Учитывая, что отбор пациентов проводился с использованием Римских критериев IV, следует отметить, что данные по подтипам СРК могут отличаться от тех, которые были получены с помощью Римских критериев III. В одном метаанализе [12] была проанализирована разница между диагнозами в зависимости от используемых критериев (Рим III / Рим IV). Так, СРК-См был наиболее частым подтипом при использовании критериев Рима III: 33,8% (95% ДИ 27,8–40,0) людей, отвечающих критериям СРК, а СРК-Д был наиболее частым по критериям Рима IV (31,5% (95% ДИ 23,2–40,5)). СРК-См был самой большой подгруппой в других популяционных исследованиях, проведенных в США [13].

Превалирование женщин в нашем исследовании согласуется с данными других подобных исследований, демонстрируя соотношение женщин и мужчин от 2:1 до 4:1 [12, 14, 15]. Предполагается, что причиной преобладания женщин является их более частое обращение за медицинской помощью, в отличие от мужчин, а не реальная заболеваемость.

Высокую распространенность тревоги и депрессии подтверждают также другие исследования и отмечают необходимость психодиагностики каждого пациента, так как это может существенно повлиять на ведение и терапию пациентов с СРК [16–18]. Недостатком нашего исследования является отсутствие оценки корреляции между тревожной/депрессией и СРК, о которой сообщают другие авторы [19]. В нашем исследовании пациенты с типом СРК-См имели более высокие показатели по шкале тревожности, в то время как уровень депрессии не отличался между подтипами СРК. Fond и др. в своем метаанализе изучили 8 исследований, в которых определялась взаимосвязь между подтипами СРК и тревоги и/или депрессии, и пришли к выводу, что подтипы СРК-З и СРК-Д имели более высокий уровень тревожности и депрессии по сравнению со здоровыми людьми из контрольной группы [20]. В другой работе, наоборот, не обнаружили различия в уровнях тревоги и/или депрессии среди 3 подтипов СРК [21].

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключение хотелось бы отметить важность психодиагностики всех пациентов, отвечающих критериям синдрома раздраженного кишечника, так как это определяет дальнейший вектор ведения пациентов и терапии. Пациенты со смешанным типом СРК имели более высокие уровни тревоги, а подтип СРК с диареей был самым распространенным среди обследуемых, что также следует учитывать при лечении таких пациентов. Так, лечение данной группы пациентов основано на комплексном подходе, включающем коррекцию психологических, биологических и социальных факторов. В зависимости от выраженности сопутствующих тревожных или депрессивных расстройств, важным инструментом коррекции является психофармакотерапия, включающая анксиолитические и антидепрессивные препараты. Рекомендуемыми психотерапевтическими вмешательствами являются когнитивно-поведенческая терапия, динамическая психотерапия, гипнотерапия, семейная системная психотерапия.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Choung RS, Locke GR 3rd. Epidemiology of IBS. *Gastroenterol Clin North Am*. 2011 Mar;40(1):1–10. doi: 10.1016/j.gtc.2010.12.006. PMID: 21333897
2. Chey WD, Kurlander J, Eswaran S. Irritable bowel syndrome: a clinical review. *JAMA*. 2015 Mar 3;313(9):949–58. doi: 10.1001/jama.2015.0954. PMID: 25734736
3. Shivaji UN, Ford AC. Prevalence of functional gastrointestinal disorders among consecutive new patient referrals to a gastroenterology clinic. *Frontline Gastroenterol*. 2014;5:266–71.
4. Drossman DA, Hasler WL. Rome IV-Functional GI Disorders: Disorders of Gut-Brain Interaction. *Gastroenterology*. 2016 May;150(6):1257–61. doi: 10.1053/j.gastro.2016.03.035. PMID: 27147121
5. Spiegel BM. The burden of IBS: looking at metrics. *Curr Gastroenterol Rep*. 2009 Aug;11(4):265–9. doi: 10.1007/s11894-009-0039-x. PMID: 19615301
6. Aziz I, Palsson OS, Tornblom H, Sperber AD. The prevalence and impact of overlapping Rome IV diagnosed functional gastrointestinal disorders on somatization, quality of life, and healthcare utilization: a cross-sectional general population study in three countries. *Am J Gastroenterol*. 2018;113:86–96.
7. Banerjee A, Sarkhel S, Sarkar R. Anxiety and Depression in Irritable Bowel Syndrome. *Indian J Psychol Med*. 2017 Nov–Dec;39(6):741–745. doi: 10.4103/IJPSYM.IJPSYM_46_17. PMID: 29284804; PMCID: PMC5733421

8. Muscatello MR, Bruno A, Mento C. Personality traits and emotional patterns in irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol*. 2016 Jul 28;22(28):6402–15. doi: 10.3748/wjg.v22.i28.6402. PMID: 27605876; PMCID: PMC4968122
9. Weerts ZZRM, Vork L, Mujagic Z. Reduction in IBS symptom severity is not paralleled by improvement in quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *Neurogastroenterol Motil*. 2019 Aug;31(8):e13629. doi: 10.1111/nmo.13629. Epub 2019 May 22. PMID: 31119844; PMCID: PMC6852246
10. Mearin F, Lacy BE. Diagnostic criteria in IBS: useful or not? *Neurogastroenterol Motil*. 2012 Sep;24(9):791–801. doi: 10.1111/j.1365-2982.2012.01992.x. PMID: 22908861
11. Quigley EM, Bytzer P, Jones R. Irritable bowel syndrome: The burden and unmet needs in Europe. *Dig Liver Dis*. 2006;38:717–23. doi: 10.1016/j.dld.2006.05.009
12. Oka P, Parr H, Barberio B. Global prevalence of irritable bowel syndrome according to Rome III or IV criteria: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2020 Oct;5(10):908–917. doi: 10.1016/S2468-1253(20)30217-X. Epub 2020 Jul 20. Erratum in: *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2020 Dec;5(12):e8. PMID: 32702295
13. Su AM, Shih W, Presson AP. Characterization of symptoms in irritable bowel syndrome with mixed bowel habit pattern. *Neurogastroenterol Motil*. 2014;26:36–45. doi: 10.1111/nmo.12220
14. Ballou S, McMahon C, Lee HN. Effects of Irritable Bowel Syndrome on Daily Activities Vary Among Subtypes Based on Results From the IBS in America Survey. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2019 Nov;17(12):2471–2478.e3. doi: 10.1016/j.cgh.2019.08.016. Epub 2019 Aug 13. PMID: 31419572; PMCID: PMC7675784
15. Buono JL, Carson RT, Flores NM. Health-related quality of life, work productivity, and indirect costs among patients with irritable bowel syndrome with diarrhea. *Health Qual Life Outcomes*. 2017 Feb 14;15(1):35. doi: 10.1186/s12955-017-0611-2. PMID: 28196491; PMCID: PMC5310011
16. Fond G, Loundou A, Hamdani N. Anxiety and depression comorbidities in irritable bowel syndrome (IBS): A systematic review and meta-analysis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2014;264:651–60. doi: 10.1007/s00406-014-0502-z
17. Klem F, Wadhwa A, Prokop LJ. Prevalence, Risk Factors, and Outcomes of Irritable Bowel Syndrome After Infectious Enteritis: A Systematic Review and Meta-analysis. *Gastroenterology*. 2017 Apr;152(5):1042–1054.e1. doi: 10.1053/j.gastro.2016.12.039. Epub 2017 Jan 6. PMID: 28069350; PMCID: PMC5367939
18. Zamani M, Alizadeh-Tabari S, Zamani V. Systematic review with meta-analysis: the prevalence of anxiety and depression in patients with irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*. 2019 Jul;50(2):132–143. doi: 10.1111/apt.15325. Epub 2019 Jun 3. PMID: 31157418
19. Addante R, Naliboff B, Shih W et al. Predictors of Health-related Quality of Life in Irritable Bowel Syndrome Patients Compared With Healthy Individuals. *J Clin Gastroenterol*. 2019 Apr;53(4):e142–e149. doi: 10.1097/MCG.0000000000000978. PMID: 29351154; PMCID: PMC6051929
20. Fond G, Loundou A, Hamdani N. Anxiety and depression comorbidities in irritable bowel syndrome (IBS): a systematic review and meta-analysis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2014 Dec;264(8):651–60. doi: 10.1007/s00406-014-0502-z. Epub 2014 Apr 6. PMID: 24705634
21. Rey de Castro NG, Miller V, Carruthers HR, et al. Irritable bowel syndrome: A comparison of subtypes. *J Gastroenterol Hepatol* 2015;30:279–85. DOI: 10.1111/jgh.12704