

Психосоматические пациенты на приеме гастроэнтеролога

Е.Ю. Плотникова

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Кемерово, Россия
eka-pl@rambler.ru

Аннотация

Заболевания органов пищеварения тесно связаны с расстройствами настроения, такими как тревога и депрессия. Исследования показали, что симптомы расстройств настроения у большинства пациентов с заболеваниями пищеварительного тракта часто не могут быть распознаны врачами-гастроэнтерологами, а 40–90% пациентов с психологическими проблемами не получают надлежащих медицинских услуг и лечения. Функциональные гастроинтестинальные расстройства (ФГИР) оказывают значительное влияние на повседневную деятельность и качество жизни, а также вызывают большие экономические трудности из-за прямых медицинских расходов и потери производительности. ФГИР являются психосоматическими заболеваниями, которые подразделяются на пищеводные, гастродуоденальные, кишечные, функциональный абдоминальный болевой синдром, билиарные и аноректальные расстройства. В статье приводятся различные патофизиологические механизмы развития психосоматических ФГИР. Также в статье представлено несколько типичных клинических случаев ФГИР. Описываются принципы лечения этих расстройств с акцентом на психотропную терапию.

Ключевые слова: функциональные гастроинтестинальные расстройства, психологические заболевания, синдром раздраженного кишечника, функциональная диспепсия, функциональная изжога, психотерапия, психотропные препараты.

Для цитирования: Плотникова Е.Ю. Психосоматические пациенты на приеме гастроэнтеролога. Клинический разбор в общей медицине. 2022; 4: 11–18. DOI: 10.47407/kr2022.3.4.00144

Psychosomatic patients at a gastroenterologist appointment

Ekaterina Yu. Plotnikova

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
eka-pl@rambler.ru

Abstract

Digestive diseases are closely associated with mood disorders such as anxiety and depression, studies have shown that symptoms of mood disorders in most patients with digestive tract diseases often cannot be recognized by doctors by gastroenterologists, and 40–90% of patients with psychological problems do not receive proper medical services and treatment. Functional gastro-intestinal disorders (FSID) have a significant impact on daily activities and quality of life, and cause great economic hardship due to direct medical costs and loss of productivity. FGID are psychosomatic diseases that are divided into esophageal, gastroduodenal, intestinal, functional abdominal pain syndrome, biliary and anorectal disorders. The article provides various pathophysiological mechanisms for the development of psychosomatic FGID. The article also presents several typical clinical cases of FGID. The principles of treating these disorders with an emphasis on psychotropic therapy are described.

Key words: functional gastro-intestinal disorders, psychological diseases, irritable bowel syndrome, functional dyspepsia, functional heartburn, psychotherapy, psychotropic drugs.

For citation: Plotnikova E.Yu. Psychosomatic patients at a gastroenterologist appointment. Clinical review for general practice. 2022; 4: 11–18. DOI: 10.47407/kr2022.3.4.00144

По мере того как наше понимание болезни развивается от модели бинарной регрессии к биопсихосоциальной медицинской модели [1, 2], болезнь сегодня уже считается многофакторным результатом взаимодействия между психосоциальными и биологическими факторами [3]. По данным Всемирной организации здравоохранения, симптомы тревоги и депрессии являются наиболее распространенными нарушениями психического здоровья и стали важным источником глобального бремени болезней [4]. В последние годы все больше внимания уделяется тревожно-депрессивным расстройствам у больных с заболеваниями органов пищеварения. Пациенты с расстройствами пищеварения обычно имеют персистирующее течение болезни с многочисленными рецидивами и длительными походами по разным специалистам. Ежегодное количество поступлений в отделения гастроэнтерологии чрезвы-

чайно велико, а консультации гастроэнтерологов, как стационарных, так и амбулаторных, являются одними из самых частых. Предыдущие исследования уже подтвердили, что коморбидность симптомов депрессии и тревоги у пациентов с заболеваниями органов пищеварения встречается достаточно часто [5]. Но, к сожалению, тревожность и депрессия обычно воспринимаются как факторы риска развития и прогрессирования заболеваний органов пищеварения [6]. При сопутствующей депрессии или тревоге физические симптомы часто усугубляются, что приводит к длительному времени восстановления и неблагоприятным прогнозам и требует больших медицинских ресурсов [7, 8]. Хотя заболевания органов пищеварения тесно связаны с расстройствами настроения, такими как тревога и депрессия, исследования показали, что симптомы расстройств настроения у большинства пациентов с заболеваниями

пищеварительного тракта часто не могут быть распознаны врачами-гастроэнтерологами [9]. В результате 40–90% пациентов с психологическими проблемами не получают надлежащих медицинских услуг и лечения [10, 11]. Поэтому очень важно исследовать и оценить текущее состояние ведения пациентов с заболеваниями органов пищеварения, коморбидными с тревогой и депрессией. Хотя такие исследования ранее проводились в Китае, больше внимания уделялось некоторым заболеваниям, таким как синдром раздраженного кишечника (СРК) и функциональная диспепсия (ФД), но размер выборки был недостаточно большим [12, 13]. Полученные результаты не могут отражать общую распространенность тревожных и депрессивных расстройств у гастроэнтерологических пациентов и не позволяют всесторонне проанализировать факторы риска этих состояний.

Функциональные гастроинтестинальные расстройства (ФГИР) представляют собой набор нарушений, влияющих на каждую часть системы желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Их симптомы часто неоднозначны, и их трудно локализовать. Эти расстройства подразделяются на 6 основных направлений: пищеводные, гастродуоденальные, кишечные, функциональный абдоминальный болевой синдром, билиарные и аноректальные [14]. Гендерные различия для ФГИР (женщины > мужчины) были выявлены в общей популяции [15, 16]. ФГИР являются распространенными расстройствами и регистрируются почти у 1/3 населения в целом [17, 18]; 35–60% больных, посещающих гастроэнтеролога, имеют ФГИР [19].

Психосоциальные факторы могут влиять на восприимчивость к ФГИР и способность справляться с симптомами [14]. Эти необъяснимые расстройства обычно связаны с тревогой, депрессией и стрессовыми жизненными событиями [20]. Эмоциональный стресс и депрессия могут влиять на развитие ФГИР. Уровень заболеваемости ФГИР увеличивается с тяжестью стресса или депрессии [21]. Стресс также усугубляет обострение ФГИР [22].

Психосоматические расстройства широко распространены в общей медицинской практике, поскольку почти 1/3 пациентов могут страдать как минимум одним психическим расстройством, особенно депрессивными и тревожными расстройствами [23]. Среди пациентов с ФГИР частота сопутствующих психических расстройств выше, чем в нормальной популяции. Психические расстройства, особенно депрессивные, тревожные и/или обсессивно-компульсивные расстройства, отмечаются у 50–90% пациентов с СРК, обратившихся за лечением [24]. Расстройства соматизации также очень важны для ФГИР. Больной жалуется на множественные субъективные симптомы в различных системах органов при соматизированных расстройствах. Эти пациенты обычно не сообщают врачу сразу обо всех своих симптомах. Нарушения соматизации обнаруживаются у 15–48% больных СРК [23]. ФГИР оказывают значительное влияние на повседневную деятельность и качество

жизни, а также вызывают большие экономические трудности из-за прямых медицинских расходов и потери производительности [25].

Как указывалось выше, больные с заболеваниями органов пищеварения более подвержены симптомам тревоги, депрессии и других психосоматических расстройств. Это явление имеет соответствующую анатомическую основу, т.е. система регуляции пищеварительной функции имеет то же анатомическое положение, что и подкорковый интеграционный центр эмоций [26].

Пациенты женского пола чаще имеют симптомы тревоги (25,45% против 17,92%, $p < 0,01$) [27]. Ряд многофакторных анализов также подтвердил, что пол является независимым фактором риска для пациентов с симптомами тревоги, что согласуется с некоторыми предыдущими исследованиями [28–30]. Женщины менее способны регулировать свои эмоции; одной из важных причин является их особая социальная и функциональная роль [31]. Кроме того, уровни секреции таких гормонов, как половые гормоны, вазопрессин и окситоцин, у мужчин и женщин различаются, что может регулировать работу центральной нервной системы по-разному [32, 33]. Пациенты с низким образовательным уровнем и интеллектом более склонны к симптомам тревоги, к такому выводу пришли в своем исследовании L. Mei и соавт. [34]. Это может быть связано с тем, что образованные пациенты имеют более высокий уровень осведомленности о болезненном состоянии.

Между мозгом и кишечником существует двусторонняя связь с участием нервов, гормонов и иммунных путей. Данные исследований в области неврологии за последние несколько лет показали, что микробиота кишечника играет решающую роль в развитии, созревании и функционировании мозга [35, 36]. Рассмотрим подробнее ось мозг–кишечник на примере СРК. СРК является функциональным гастроэнтерологическим заболеванием. Для него характерны периодические висцеральные боли, а также изменения дефекации (запоры и/или диарея) [2]. Глобальная распространенность СРК составляет 13,8% среди женщин и 9,4% среди мужчин [37]. Хроническое течение и неприятные симптомы снижают качество жизни и работоспособность [38], усиливают симптомы аффективных расстройств, тревоги или соматических расстройств [39, 40].

Стресс играет решающую роль в появлении ФГИР [41, 42]. Большинство людей страдают нарушениями функции ЖКТ во время стрессовых или эмоциональных событий [26]. Время задержки между стрессовым событием и клинической картиной или обострением ФГИР варьируется и может составлять несколько недель [42]. Исследования выявили значительную взаимосвязь между стрессом на неделе t и стрессом на неделе $t+1$, а также между желудочно-кишечными симптомами на неделе t и симптомами со стороны ЖКТ на неделе $t+1$ [43]. Высокий уровень тревоги и депрессии были значимыми предикторами развития ФГИР в течение одного года. Испытывали более одного желудочно-кишечного

симптома 23–65% людей и более трех желудочно-кишечных симптомов в периоды стресса – 31,1% [44]. Клиницисты могут чаще выявлять ФГИР у мужчин во время психотравмирующей ситуации, поскольку мужчины подвергаются большему стрессу, чем женщины, в критических ситуациях [41].

Как правило, кишечные симптомы ухудшаются при стрессе [45]. Ключевой особенностью СРК является нарушение вегетативного баланса, которое характеризуется сниженным тонусом блуждающего нерва и снижением активности парасимпатической нервной системы [46, 47]. Парасимпатическая нервная система в основном основана на двунаправленной связи, осуществляемой через блуждающий нерв. Под влиянием стресса снижается активность блуждающего нерва (снижение парасимпатической активности), что вызывает дисбактериоз, повышает секрецию и проницаемость кишечника. Как выявили В. Wopaz и соавт. [48], это приводит к воспалению в кишечнике. Аfferентные ноцицепторы становятся более чувствительными, усиливая ощущение висцеральной боли при СРК [49]. При СРК также усиливается висцеральная ноцицепция за счет функциональных и структурных изменений головного мозга, иммунных и нейроэндокринных путей [50].

Многие исследования были сосредоточены на психосоматическом статусе пациентов с ФГИР, такими как СРК и ФД [52, 53]. В больницах общего профиля более 1/2 пациентов с депрессией или тревогой впервые госпитализировались в непсихиатрические отделения. Большинство из них были гастроэнтерологическими больными с желудочно-кишечными симптомами в качестве основных проявлений. Поэтому некоторые гастроэнтерологи достигли определенного консенсуса, когда хронические больные без органических поражений возвращались снова и снова, просто начинали учитывать их психологические факторы и принимать соответствующие меры вмешательства и лечения [54, 55].

Необходимо исследовать психосоматический статус больных с заболеваниями органов пищеварения и анализировать факторы риска, влияющие на их психическое здоровье. Китайское исследование L. Feng и соавт. показало, что 20,74% пациентов с заболеваниями органов пищеварения имели симптомы тревоги [56], что было близко к распространенности, обнаруженной в Европе [57] и США [58]. Симптомы депрессии проявлялись у 31,78% госпитализированных пациентов с заболеваниями органов пищеварения, что было выше распространенности (19,5%), полученной в результате метаанализа пациентов первичного звена в 10 странах [59]. Это различие предполагает, что частота тревожных и депрессивных симптомов может быть выше у госпитализированных пациентов с заболеваниями ЖКТ, чем у пациентов первичной медико-санитарной помощи.

M. Shiha и соавт. сравнивали уровень тревоги и депрессии у пациентов с СРК, функциональной диареей (ФДи) и функциональными запорами (ФЗ). ФДи и ФЗ, как правило, протекают без болевого синдрома. Паци-

енты с СРК по сравнению с пациентами с ФЗ/ФДи имели значительно больше соматических симптомов (6,0 против 4,3), аномально высокие уровни соматизации (16% против 3%), более высокий общий балл по Госпитальной шкале тревоги и депрессии – HADS (15,0 против 11,7), клинически аномальные уровни тревоги (38% против 20%) и депрессии (17% против 10%). Увеличение частоты болей в животе положительно коррелировало количеством соматических симптомов и шкалой HADS; $p < 0,001$ [60].

Клинические наблюдения из собственной практики автора

Пациент Н., 46 лет. Периодически обращается в течение 10 лет с жалобами на изжогу, частые боли в животе, которые нарушают нормальное функционирование, метеоризм, частый кашицеобразный стул до 5–8 раз в сутки, раздражительность, эмоциональную неустойчивость, инсомнию, страх дефекации, принимает часто лоперамид – на фоне его приема стула нет, но страх остается. Болен с подросткового возраста, обострения связаны со стрессами, погрешностью в диете (клетчатка). Постоянно лечится у разных специалистов – гастроэнтеролога, уролога, лор, дерматолога – ищет у себя различных возбудителей, проводит курсы антимикробной, противовирусной и противопаразитарной терапии. Считает, что у него в кишечнике «плохая» микрофлора и еще «какие-то» проблемы – нужно провести «полное» обследование кишечника. Имеет высшее образование, занимает высокий пост в крупной компании, тратит большие средства на обследование и лечение. Категорически отказывается от консультации психотерапевта/психиатра. При обследовании (фиброгастроэноскопия – ФГДС): пептический эзофагит, хронический гастрит, ассоциированный с *Helicobacter pylori* (Hr+); КТ-колоноскопия – без патологии. Другие многочисленные исследования не выявили органической патологии, при этом постоянно сдает различные анализы и проходит разнообразные исследования. Диагноз пациента – гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), хронический гастродуоденит, Hr-положительный (эрадикация дважды безуспешная), СРК с диареей, тяжелой степени тяжести, тревожное расстройство на фоне соматического неблагополучия, обсессивно-компульсивное расстройство? Назначаемое лечение: low-FODMAP диета (аббревиатура понятия Fermentable Oligo-, Di-, Monosaccharides And Polyols, что означает «вызывающие брожение олиго-, ди-, моносахариды и полиолы»), кислотосупрессоры, спазмолитики, пеногасители, антибактериальные средства, пробиотики – дает кратковременный эффект. Иногда получается уговорить его принимать психотропные препараты (анксиолитики, антидепрессанты), самочувствие улучшается – прекращает принимать лекарство. У пациента явный протест против лечения, для чего ему нужна болезнь, выяснит только психиатр, к которому он категорически отказывается идти. Ходит по сей день «по кругу» – классический психосоматический пациент.

Исследования убедительно показывают, что неконтролируемый стресс в детском и подростковом возрасте является серьезным фактором риска развития различных синдромов у взрослых [61]; почти 80% подвергшихся воздействию стресса молодых людей не соответствуют критериям успешного психосоциального функционирования во взрослой жизни [62]. Последствия неуправляемого события, такого как угроза, особенно серьезны у ребенка с ранней уязвимостью или с кумулятивным воздействием негативных жизненных событий. Такие люди могут иметь аномальную чувствительность к любому раздражителю [63]. Дополнительные факторы патофизиологии СРК могут включать значительные стрессовые жизненные события во взрослом возрасте или стрессовую реакцию (борьбу или бегство), которая повторяется с течением времени, становится обусловленной и автоматически запускается в стрессовых ситуациях [64], так называемый условный стресс. Таким образом, ранняя уязвимость вместе с неприятными переживаниями может привести к сложным состояниям, в которых встречаются эмоциональная дисрегуляция, проблемы в отношениях, соматический стресс и диссоциация [65]. Когда невозможны реакции ни борьбы, ни бегства (первые более естественные реакции выживания после угрозы или стрессора), может возникнуть так называемый рефлекс замирания – диссоциация. Диссоциация – наиболее тяжелое состояние, связанное с нарушением регуляции вегетативной нервной системой (ВНС) [66]. Важно понимать соматические проявления диссоциации реакции на стресс, так как существует тесная связь между психологической и соматической диссоциацией (когда пациент не может понять сообщения своего тела) [67]. Такая эмоциональная дисрегуляция может оставаться связанной с определенными областями тела и никогда не достигать сознательного разума. Некоторые пациенты с СРК требуют повторных соматических исследований и минимизируют роль психосоциальных факторов [68]. Это можно объяснить их бессознательным и соматическим дистрессом. Соматическая диссоциация со временем приводит к снижению уверенности в себе. Это серьезный недостаток, при котором ресурсы пациента полностью исчерпаны; это может привести к синдрому выгорания без ведома пациента [64]. Различные эмоции играют ключевую роль в изменении вегетативной и эндокринной функций, что, в свою очередь, может нарушить эмоциональную схему [69]. Недействительность эмоциональных переживаний, а также трудности с выражением и распознаванием эмоций (алекситимия) часто наблюдаются у пациентов с СРК [65]. Функционирование кишечника и болевые ощущения централизованно регулируются эмоциями и степенью осознания симптомов тела [70]. Таким образом, степень осознания тела пациента имеет решающее значение. Длительный стресс с дистрессом, изменением мышечного напряжения и подавлением импульсов может повлиять на способность обращать внимание на тело и, таким образом, воздействовать на телесное осознание человека

[71]. Было доказано, что нарушение осознания тела является одной из причин плохого состояния здоровья, связанного со стрессом. [72].

Пациентка Н., 36 лет. При обращении жалобы на периодические боли, интенсивные по ходу толстой кишки, метеоризм, чередование диарей и запоров, дефекация приносит уменьшение болей, но ненадолго. Улучшение самочувствия наступает после лечения в стационаре, когда ей «делают капельницы» или когда муж «сделает укол». При попытке выяснить, что «капают» или «колят» – отвечает, что не знает, но «помогает». Больна несколько лет, была успешным предпринимателем, но из-за болей в животе свернула свой бизнес, не работает, постоянно находится дома или в больнице. Образование высшее, техническое. При обследовании органической патологии не выявлено. От консультации психотерапевта/психиатра отказывается. Диагноз: СРК, смешанная форма, тяжелое течение, депрессивное расстройство на фоне соматического неблагополучия. Было назначено лечение: low-FODMAP диета, спазмолитики, пробиотики, антидепрессант из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСиН) на срок не менее 6 мес. Через 3 мес боли в животе значительно меньше, стул регулярный, отмечает, что «скучно дома находиться», дан совет попробовать восстановить работу. Больше на прием не приходила, в стационар не поступала. Иногда получается убедить пациента принимать психотропные препараты достаточным курсом, на фоне которых больной может входить в стойкую ремиссию.

Пациент Г., 21 год. На первом приеме жалобы на постоянную изжогу, не зависящую от приема пищи. Изжога крайне редко купируется антацидами и ингибиторами протонной помпы даже в двойных и тройных дозах. Страдает с 15 лет, постоянно ходит к разным гастроэнтерологам, они назначают различные варианты кислотосупрессивной терапии, от которой нет эффекта. Бывают «светлые промежутки» без изжоги, которые возникают спонтанно, ухудшения самочувствия связаны со стрессом. Назначена суточная Рн-метрия, по которой не выявлен ГЭРБ, ФГДС также не выявило органической патологии. С детского возраста воспитывается авторитарной бабушкой, родители живут в другом городе, хорошо учится, оканчивает университет, будущий программист. Настоящее обострение вызвано конфликтом с девушкой. «Измотан» своим состоянием, хочет избавиться от изнуряющей изжоги. Диагноз: Функциональна изжога, тревожно-депрессивное (ипохондрическое) расстройство. Назначено лечение – антидепрессант из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, курс не менее 6 мес. Пациент провел курс психотропной терапии в течение 6 мес, ремиссия продолжалась еще 1,5 года. Пациент Г. появился на приеме через 2 года, снова возникла изжога на фоне стресса. Пациенту вновь была назначена психотропная терапия, больше на прием он не приходил. Грамотный, с высоким уровнем информированности,

он понял, что может сам оказывать себе помощь или подкрепил ее работой с психотерапевтом/медицинским психологом.

Подобных пациентов, о которых написано выше, у врача-гастроэнтеролога достаточно много сегодня на приеме. За описанием их истории, в объеме одного абзаца, стоит очень серьезная работа – многократные приемы, необходимый объем обследований, так как ФГИР диагностируются после исключения различной органической патологии. Основная работа приходится на подробный сбор жалоб и анамнезов, особенно анамнеза жизни с упором на выяснение психотравмирующих ситуаций. Затем при каждой последующей встрече с пациентом работа с его психологическим состоянием – элементы, например, когнитивно-поведенческой терапии, особенно, если пациент отказывается полноценно лечиться у специалиста психического профиля (не медицинские психологи в этих ситуациях плохо справляются). Зачастую у пациентов с психосоматической патологией есть «протесты» против лечения, эти протесты существуют на уровне подсознания или бессознательного, задача врача выявить их, чтобы пациент смог задать себе вопросы – «зачем мне нужна эта болезнь» или «почему я бросаю лечение, когда наступает улучшение?». Это будет первый шаг на пути разрыва патологической связи между мозгом и органами пищеварения. Эту связь помогают также разорвать психотропные препараты, но пациенты зачастую отказываются их принимать – «я же не психический больной» – поэтому и ходят годами по различным врачам-интернистам со своими «протестами» против адекватного лечения. Самой частой причиной «протестов» является отсутствие внимания близких. Для того чтобы привлечь к себе внимание, пациент «начинает болеть», причем он действительно испытывает всю симптоматику заболевания, которое «выбрало его подсознание», зачастую сильно страдая от болевого и диспепсического синдромов. А лечение такому человеку не актуально – как только ему станет лучше, внимание близких людей уменьшится до следующего обострения, которое себя не заставит долго ждать. На эти темы хорошо говорить с людьми, имеющими высокий интеллект, способными к рефлексии, читающими о своей проблеме. А вот с малообразованными пациентами такое общение малопродуктивно – они требуют назначения лекарств, инъекций и «капельниц» и не хотят обсуждать свои психологические проблемы. Соответственно, у них реже наступают ремиссии, тяжелее протекают обострения.

Имея всего несколько препаратов, которые доказали свою эффективность при лечении функциональных расстройств кишечника [73, 74], психотерапия стала основным терапевтическим вариантом при многих клинических состояниях, особенно у пациентов с тяжелыми психосоматическими (функциональными) нарушениями. Психотерапия, независимо от типа лечения, например гипнотерапия, поведенческое вмешательство, когнитивная модуляция, психодинамическая терапия или психообразовательные подходы, в большин-

стве случаев оказалась более эффективной, чем традиционное лечение [75]. Психотерапевтические возможности у психосоматических пациентов связаны с модификациями классических психоаналитических техник, а именно: психоаналитически ориентированная групповая терапия, психотерапевтическое консультирование, поддерживающая психотерапия, с одной стороны, и когнитивно-поведенческая терапия, с другой. Однако остается неясным, почему и сколько пациентов мотивированы на психотерапию, а другие нет, и определяет ли это эффективность психотерапии [76]. Психотерапия изначально относительно дорога, потому что требует многократных длительных сеансов. Однако ее преимущества сохраняются или даже увеличиваются с течением времени и в долгосрочной перспективе.

В настоящее время известны крупные международные исследования, многие из которых обнаружили, что более 40% людей во всем мире страдают функциональными желудочно-кишечными расстройствами, которые влияют на качество жизни и эффективность медицинской помощи [77, 78]. Лечение ФГИР основано на многофакторном подходе и включает фармакотерапию, направленную на устранение преобладающего симптома, поведенческое и психологическое лечение, изменение диеты, обучение, доверительные и эффективные отношения между пациентом и врачом. Гастроэнтерологам необходимо выйти за пределы ограничений традиционной модели и приобрести некоторые знания и навыки из психологии, психиатрии и психосоматической оценки с помощью кратких специальных тренингов и применять их в клинической практике комплексным психосоматическим путем. Существует настоятельная необходимость в создании принципиально новой модели гастроэнтерологической практики, которая унифицированным образом включает биологические, социальные и психологические факторы на протяжении всего клинического курса, начиная с опроса, оценки состояния пациента, заканчивая лечением. Особенно это важно сегодня, когда социальная ситуация очень непростая и насыщена различными психотравмирующими факторами. Например, значительное число пострадавших от инфекции COVID-19, помимо респираторных симптомов, страдали от потери аппетита, тошноты, рвоты и диареи. Текущее внимание к физическим аспектам инфекции COVID-19 может отвлечь внимание медиков от психосоциальных последствий этой вспышки для населения в целом. Необходимо всегда помнить, что существует тесная связь между стрессом и развитием и поддержанием ФГИР. Клиницисты могут эффективно управлять ФГИР, лучше понимая эту критическую ситуацию и предотвращая диагностические ошибки [79].

Кроме психотропных методик, наиболее значительные успехи в лечении ФГИР в ближайшие 5 лет, вероятно, будут связаны с более точной идентификацией патофизиологии или фенотипа ФГИР для выбора индивидуального лечения и новыми фармакологическими методами лечения, нацеленными на боль [80]. Для до-

стижения этих целей необходимо дальнейшее взаимодействие между фундаментальной и трансляционной наукой и фармацевтической промышленностью. Дополнительные механизмы, которые могут быть изучены, включают различные периферические висцеральные афферентные модуляторы и пептиды, родственные гену кальцитонина [81]. Более того, другие терапевтические подходы, которые могут быть внедрены в клиническую терапию в ближайшие 5 лет, также демонстрируют потенциал. Примером может служить терапия на основе наночастиц, которая обеспечивает эф-

фективную доставку лекарств благодаря своим физико-химическим свойствам, позволяя проникать в ткани или поглощаться клетками [82]. На сегодняшний день они были изучены на доклинических моделях воспалительных заболеваний кишечника, хотя вполне возможно, что они также могут быть применены к ФГИР, связанным с измененной барьерной функцией или иммунной активацией.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The author declares that there is not conflict of interests.

Литература / References

- Deter HC, Orth-Gomér K, Wasilewski B, Verissimo R. The European Network on Psychosomatic Medicine (ENPM) – history and future directions. *BioPsychoSocial Medicine* 2017; 11 (1). DOI: 10.1186/s13030-016-0086-0
- Drossman DA. Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features, and Rome IV Gastroenterology. *Gastroenterology* 2016; Feb 19: S0016-5085(16)00223-7. DOI: 10.1053/j.gastro.2016.02.032
- Williams RB. Psychosocial and biobehavioral factors and their interplay in coronary heart disease. *Ann Rev Clin Psychol* 2008; 4 (1): 349–65. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.4.022007.141237
- Chisholm D, Sweeny K, Sheehan P et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *Lancet Psychiatry* 2016; 3 (5): 415–24. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)30024-4
- Keefer L. Behavioural medicine and gastrointestinal disorders: the promise of positive psychology. *Nature Reviews. Gastroenterol Hepatol* 2018; 15 (6): 378–86. DOI: 10.1038/s41575-018-0001-1
- Gracie DJ, Guthrie EA, Hamlin PJ, Ford AC. Bi-directionality of brain-gut interactions in patients with inflammatory bowel disease. *Gastroenterol* 2018; 154 (6): 1635–46.e3. DOI: 10.1053/j.gastro.2018.01.027
- Henningsen P, Zipfel S, Sattel H, Creed F. Management of functional somatic syndromes and bodily distress. *Psychotherapy Psychosomatics* 2018; 87 (1): 12–31. DOI: 10.1159/000484413
- Fava GA, Cosci F, Sonino N. Current psychosomatic practice. *Psychotherapy Psychosomatics* 2016; 86 (1): 13–30. DOI: 10.1159/000448856
- Wang F, Wang L, Wang Y et al. Exogenous IGF-1 improves cognitive function in rats with high-fat diet consumption. *J Molecular Endocrinology* 2020; 64 (2): 115–23. DOI: 10.1530/JME-19-0150
- Cepoiu M, McCusker J, Cole MG et al. Recognition of depression by non-psychiatric physicians – a systematic literature review and meta-analysis. *J General Internal Med* 2008; 23 (1): 25–36. DOI: 10.1007/s11606-007-0428-5
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW et al. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Int Med* 2007; 146 (5): 317–25. DOI: 10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004
- Kindt S, Van Oudenhove L, Mispelon L et al. Longitudinal and cross-sectional factors associated with long-term clinical course in functional dyspepsia: a 5-year follow-up study. *Am J Gastroenterol* 2011; 106 (2): 340–8. DOI: 10.1038/ajg.2010.406
- Mykletun A, Jacka F, Williams L et al. Prevalence of mood and anxiety disorder in self reported irritable bowel syndrome (IBS). An epidemiological population based study of women. *BMC Gastroenterology* 2010; 10 (1). DOI: 10.1186/1471-230x-10-88
- Mapel DW. Functional disorders of the gastrointestinal tract: cost effectiveness review. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2013; 27: 913–31. DOI: 10.1016/j.bpg.2013.09.003
- Chandran S, Prakrithi SN, Mathur S et al. A review of functional gastrointestinal disorders: A primer for mental health professionals. *Arch Mental Health* 2018; 19: 70. DOI: 10.4103/AMH.AMH_25_18
- Bhatia V, Tandon RK. Stress and the gastrointestinal tract. *J Gastroenterol Hepatol* 2005; 20: 332–9. DOI: 10.1111/j.1440-1746.2004.03508.x
- Sakall A. Psychiatric factors and psychosomatic symptoms in functional gastrointestinal disorders. *Klinik Psik of arma koloji Bulteni* 2019; 29: 427
- Jones MP, Tack J, Van Oudenhove L, Walker MM, Holtmann G, Koloski NA et al. Mood and anxiety disorders precede development of functional gastrointestinal disorders in patients but not in the population. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2017; 15: 1014–20. DOI: 10.1016/j.cgh.2016.12.032
- Chandran S, Prakrithi SN, Mathur S et al. A review of functional gastrointestinal disorders: A primer for mental health professionals. *Arch Mental Health* 2018; 19: 70. DOI: 10.4103/AMH.AMH_25_18
- Afari N, Ahumada SM, Wright LJ et al. Psychological trauma and functional somatic syndromes: a systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic Med* 2014; 76: 2–11. DOI: 10.1097/PSY.000000000000010
- Lee SP, Sung IK, Kim JH et al. The effect of emotional stress and depression on the prevalence of digestive diseases. *J Neurogastroenterol Motility* 2015; 21: 273–82. DOI: 10.5056/jnm14116
- Hertig VL, Cain KC, Jarrett ME et al. Daily stress and gastrointestinal symptoms in women with irritable bowel syndrome. *Nurs Res* 2007; 56: 399–406. DOI: 10.1097/01.NNR.0000299855.60053.88
- North CS, Hong BA, Alpers DH. Relationship of functional gastrointestinal disorders and psychiatric disorders: implications for treatment. *World J Gastroenterol* 2007; 13: 2020. DOI: 10.3748/wjg.v13.i14.2020
- Mertz H. Stress and the Gut. UNC School of Medicine. Chapel Hill, NC: www.MED.UNC.EDU/IBS. 2011 Mar.
- Mearin F, Malfertheiner P. Functional gastrointestinal disorders: complex treatments for complex pathophysiological mechanisms. *Dig Dis* 2017; 35: 1–4. DOI: 10.1159/000485407
- Van Oudenhove L, Vandenberghe J, Demyttenaere K, Tack J. Psychosocial factors, psychiatric illness and functional gastrointestinal disorders: a historical perspective. *Digestion* 2010; 82 (4): 201–10. DOI: 10.1159/000269822
- Feng L, Li Z, Gu X et al. Psychosomatic Disorders in Patients with Gastrointestinal Diseases: Single-Center Cross-Sectional Study of 1186 Inpatients. *Gastroenterol Res Pract* 2021; 2021: 6637084. DOI: 10.1155/2021/6637084
- Pinto-Sanchez MI, Ford AC, Avila CA et al. Anxiety and depression increase in a stepwise manner in parallel with multiple FGIDs and symptom severity and frequency. *Am J Gastroenterol* 2015; 110 (7): 1038–48. DOI: 10.1038/ajg.2015.128
- Rice SM, Gwyther K, Santesteban-Echarri O et al. Determinants of anxiety in elite athletes: a systematic review and meta-analysis. *British J Sports Med* 2019; 53(11): 722–30. DOI: 10.1136/bjsports-2019-100620
- Ray LB. Explaining gender differences in anxiety. *Science* 2016; 354 (6310): 298–9. DOI: 10.1126/science.354.6310.298-9
- Nolen-Hoeksema S. Emotion regulation and psychopathology: the role of gender. *Ann Rev Clin Psychol* 2012; 8 (1): 161–87. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-032511-143109
- Li SH, Graham BM. Why are women so vulnerable to anxiety, trauma-related and stress-related disorders? The potential role of sex hormones. *Lancet Psychiatry* 2017; 4 (1): 73–82. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)30358-3

33. Li K, Nakajima M, Ibañez-Tallon I, Heintz N. A cortical circuit for sexually dimorphic oxytocin-dependent anxiety behaviors. *Cell* 2016; 167 (1): 60–72.e11. DOI: 10.1016/j.cell.2016.08.067
34. Mei L, Xiao ZP, He YL, Fan Q. Survey on the prevalence of anxiety disorders in internal medical outpatients at general hospital. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi* 2010; 90 (45): 3172–5.
35. Chu C, Murdock MH, Jing D et al. The microbiota regulate neuronal function and fear extinction learning. *Nature* 2019; 574 (7779): 543–548. DOI: 10.1038/s41586-019-1644-y
36. Cryan JF, O'Riordan KJ, Cowan CSM et al. The microbiota-gut-brain axis. *Physiological Reviews* 2019; 99 (4): 1877–2013. DOI: 10.1152/physrev.00018.2018
37. Zhang JJ, Ma H, Zhu JZ et al. The Role of Dietary Energy and Macronutrients Intake in Prevalence of Irritable Bowel Syndromes. *Biomed Res Int* 2019; 2019: 8967306. DOI: 10.1155/2019/8967306
38. Faresjö Å, Walter S, Norlin AK et al. Gastrointestinal Symptoms – An Illness Burden That Affects Daily Work in Patients with IBS. *Health Qual Life Outcomes* 2019; 17: 1–7. DOI: 10.1186/s12955-019-1174-1
39. Fadgyas-Stanculete M, Buga AM, Popa-Wagner A, Dumitrascu DL. The Relationship between Irritable Bowel Syndrome and Psychiatric Disorders: From Molecular Changes to Clinical Manifestations. *J Mol Psychiatry* 2014; 2: 4. DOI: 10.1186/2049-9256-2-4
40. Faresjö Å, Grodzinsky E, Hallert C, Timpka T. Patients with Irritable Bowel Syndrome Are More Burdened by Co-Morbidity and Worry about Serious Diseases than Healthy Controls- Eight Years Follow-up of IBS Patients in Primary Care. *BMC Public Health* 2013; 13: 1–8. DOI: 10.1186/1471-2458-13-832
41. Tofiqhi B. A Study of the Relationship between Stress and Psychosomatic Disorders. *Int Proc Econom Develop Res* 2012; 44: 124–7.
42. Mayer EA. The neurobiology of stress and gastrointestinal disease. *Gut* 2000; 47: 861–9. DOI: 10.1136/gut.47.6.861
43. Blanchard EB, Lackner JM, Jaccard J et al. The role of stress in symptom exacerbation among IBS patients. *J Psychosom Res* 2008; 64: 119–28. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2007.10.010
44. Lee EY, Mun MS, Lee SH, Cho HS. Perceived stress and gastrointestinal symptoms in nursing students in Korea: A cross-sectional survey. *BMC Nurs* 2011; 10: 22. DOI: 10.1186/1472-6955-10-22
45. Moloney RD, Johnson AC, O'Mahony SM et al. Stress and the Microbiota-Gut-Brain Axis in Visceral Pain/Relevance to Irritable Bowel Syndrome. *CNS Neurosci. Ther* 2016; 22: 102–17. DOI: 10.1111/cns.12490
46. Pellissier S, Dantzer C, Mondillon L, Trocme C et al. Relationship between Vagal Tone, Cortisol, TNF-Alpha, Epinephrine and Negative Affects in Crohn's Disease and Irritable Bowel Syndrome. *PLoS ONE* 2014; 9:e105328. DOI: 10.1371/journal.pone.0105328
47. Bonaz B, Sinniger V, Pellissier S. The Vagus Nerve in the Neuro-Immune Axis: Implications in the Pathology of the Gastrointestinal Tract. *Front Immunol* 2017; 8: 1452. DOI: 10.3389/fimmu.2017.01452
48. Bonaz B, Bazin T, Pellissier S. The Vagus Nerve at the Interface of the Microbiota-Gut-Brain Axis. *Front. Neurosci* 2018; 12: 49. DOI: 10.3389/fnins.2018.00049
49. Van Thiel IAM, de Jonge WJ, Chiu IM, van den Wijngaard RM. Microbiota-Neuroimmune Cross Talk in Stress-Induced Visceral Hypersensitivity of the Bowel. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol* 2020; 318: G1034–G1041. DOI: 10.1152/ajpgi.00196.2019
50. Elsenbruch S. Abdominal Pain in Irritable Bowel Syndrome: A Review of Putative Psychological, Neural and Neuro-Immune Mechanisms. *Brain Behav Immun* 2011; 25: 386–94. DOI: 10.1016/j.bbi.2010.11.010
51. Steinsvik EK, Valeur J, Hausken T, Gilja OH. Postprandial symptoms in patients with functional dyspepsia and irritable bowel syndrome: relations to ultrasound measurements and psychological factors. *J Neurogastroenterology Motility* 2020; 26 (1): 96–105. DOI: 10.5056/jnm19072
52. Frandemark A, Tornblom H, Jakobsson S et al. Work productivity and activity impairment in irritable bowel syndrome (IBS): a multifaceted problem. *Am J Gastroenterol* 2018; 113 (10): 1540–9. DOI: 10.1038/s41395-018-0262-x
53. Frolkis AD, Vallerand IA, Shaheen AA et al. Depression increases the risk of inflammatory bowel disease, which may be mitigated by the use of antidepressants in the treatment of depression. *Gut* 2019; 68 (9): 1606–12. DOI: 10.1136/gutjnl-2018-317182
54. Simrén M, Törnblom H, Palsson OS et al. Cumulative effects of psychologic distress, visceral hypersensitivity, and abnormal transit on patient-reported outcomes in irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2019; 157 (2): 391–402.e2. DOI: 10.1053/j.gastro.2019.04.019
55. Van Oudenhove L, Levy RL, Crowell MD et al. Biopsychosocial Aspects of Functional Gastrointestinal Disorders: How Central and Environmental Processes Contribute to the Development and Expression of Functional Gastrointestinal Disorders. *Gastroenterol* 2016; 150 (6): 1355–67.e2. DOI: 10.1053/j.gastro.2016.02.027
56. Feng L, Li Z, Gu X et al. Psychosomatic Disorders in Patients with Gastrointestinal Diseases: Single-Center Cross-Sectional Study of 1186 Inpatients. *Gastroenterol Res Pract* 2021; 2021: 6637084. DOI: 10.1155/2021/6637084
57. Leveque K, Lodewyckx I, Vranken J. Depression and generalised anxiety in the general population in Belgium: a comparison between native and immigrant groups. *J Affective Disorders* 2007; 97 (1–3): 229–39. DOI: 10.1016/j.jad.2006.06.022
58. Meissel EEE, Salthouse TA. Relations of naturally occurring variations in state anxiety and cognitive functioning. *Personality Individual Differences* 2016; 98: 85–90. DOI: 10.1016/j.paid.2016.04.018
59. Areat P, Hegel M, Vannoy S et al. Effectiveness of problem-solving therapy for older, primary care patients with depression: results from the IMPACT project. *Gerontologist* 2008; 48 (3): 311–23. DOI: 10.1093/geront/48.3.311
60. Shiha MG, Asghar Z, Thoufeeq Mo, Kurien M et al. Increased psychological distress and somatization in patients with irritable bowel syndrome compared with functional diarrhea or functional constipation, based on Rome IV criteria. *Neurogastroenterol Motil* 2021; 33 (10): e14121. DOI: 10.1111/nmo.14121
61. Fink P, Schröder A. One single diagnosis, bodily distress syndrome, succeeded to capture 10 diagnostic categories of functional somatic syndromes and somatoform disorders. *J Psychosom Res* 2010; 68: 415–26. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2010.02.004
62. McGloin JM, Widom CS. Resilience among abused and neglected children grown up. *Dev Psychopathol* 2001; 13: 1021–38. DOI: 10.1017/S095457940100414X
63. Penza KM, Heim C, Nemeroff CB. Neurobiological effects of childhood abuse: implications for the pathophysiology of depression and anxiety. *Arch Womens Ment Health* 2003; 6: 15–22. DOI: 10.1007/s00737-002-0159-x
64. Bragee B, Bullington J. From health to disease: a new approach to study the emergence of psychosomatic symptoms. *Psychother Psychosom* 2003; 72: 228–9. DOI: 10.1159/000070788
65. Phillips K, Wright BJ, Kent S. Psychosocial predictors of irritable bowel syndrome diagnosis and symptom severity. *J Psychosom Res* 2013; 75: 467–74. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2013.08.002
66. Bucci W. The role of subjectivity and intersubjectivity in the reconstruction of dissociated schemas; converging perspectives from psychoanalysis, cognitive science and affective neuroscience. *Psychoanalytic Psychology* 2011; 28: 247–66. DOI: 10.1037/a0023170
67. Waller G, Hamilton K, Elliot P et al. Somatoform dissociation, psychological dissociation, and specific forms of trauma. *J Trauma and Dissociation* 2001; 1: 81–98. DOI: 10.1300/J229v01n04_05
68. Tanaka Y, Kanazawa M, Fukudo S, Drossman DA. Biopsychosocial model of irritable bowel syndrome. *J Neurogastroenterol Motil* 2011; 17: 131–9. DOI: 10.5056/jnm.2011.17.2.131
69. Coss-Adame E, Rao SS. Brain and gut interactions in irritable bowel syndrome: new paradigms and new understandings. *Curr Gastroenterol Rep* 2014; 16: 379. DOI: 10.1007/s11894-014-0379-z
70. Chogle A, Mintjens S, Saps M. Pediatric IBS: an overview on pathophysiology, diagnosis and treatment. *Pediatr Ann* 2014; 43: e76–e82. DOI: 10.3928/00904481-20140325-08
71. Landsman-Dijkstra JJ, van Wijck R, Groothoff JW. The long-term lasting effectiveness on self-efficacy, attribution style, expression of emotions and quality of life of a body awareness program for chronic a-specific psychosomatic symptoms. *Patient Educ Couns* 2006; 60: 66–79. DOI: 10.1016/j.pec.2004.12.003
72. Gyllensten AL, Skär L, Miller M, Gard G. Embodied identity—a deeper understanding of body awareness. *Physiother Theory Pract* 2010; 26: 439–46. DOI: 10.3109/09593980903422956
73. Mearin F. Pharmacological treatment of the irritable bowel syndrome and other functional bowel disorders. *Digestion* 2006; 73 (Suppl. 1): 28–37. DOI: 10.1159/000089777
74. Camilleri M. Irritable Bowel Syndrome: Straightening the road from the Rome criteria. *Neurogastroenterol Motil* 2020; 32 (11): e13957. DOI: 10.1111/nmo.13957

75. Palsson OS, Drossman DA. Psychiatric and psychological dysfunction in irritable bowel syndrome and the role of psychological treatments. *Gastroenterol Clin North Am* 2005; 34: 281–303. DOI: 10.1016/j.gtc.2005.02.004
76. Lackner JM, Mesmer C, Morley S et al. Psychological treatments for irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 2004; 72: 1100–13. DOI: 10.1037/0022-006X.72.6.1100
77. Siah KTH, Gong X, Yang XJ et al. Rome Foundation-Asian working team report: Asian functional gastrointestinal disorder symptom clusters. *Gut* 2018; 67: 1071–7. DOI: 10.1136/gutjnl-2016-312852
78. Holtmann GJ, Talley NJ. Inconsistent symptom clusters for functional gastrointestinal disorders in Asia: is Rome burning? *Gut* 2018; 67: 1911–5. DOI: 10.1136/gutjnl-2017-314775
79. Nozari N. COVID-19 Outbreak and its Burden on a New Wave of Functional Gastrointestinal Disorders. *Middle East J Dig Dis* 2021; 13 (2): 91–4. DOI: 10.34172/mejdd.2021.210
80. Wang XJ, Camilleri M. Personalized medicine in functional gastrointestinal disorders: understanding pathogenesis to increase diagnostic and treatment efficacy. *World J Gastroenterol* 2019; 25: 1185–96. DOI: 10.3748/wjg.v25.i10.1185
81. Camilleri M. Neurogastroenterology and Motility What's in the pipeline for lower functional gastrointestinal disorders in the next 5 years? *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol* 2019; 317 (5): G640–G650. DOI: 10.1152/ajpgi.00205.2019
82. Mohan LJ, Daly JS, Ryan BM, Ramtoola Z. The future of nanomedicine in optimising the treatment of inflammatory bowel disease. *Scand J Gastroenterol* 54: 18–26, 2019. DOI: 10.1080/00365521.2018.1563805

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ / INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

Плотникова Екатерина Юрьевна – д-р мед. наук, проф. каф. поликлинической терапии, постдипломной подготовки врачей и ВСО, руководитель курса клинической гастроэнтерологии, ФГБОУ ВО КемГМУ. E-mail: eka-pl@rambler.ru; ORCID: 0000-0002-6150-1808

Ekaterina Yu. Plotnikova – D. Sci. (Med.), Full Prof., Prof. of the Department of Polyclinic Therapy, Postgraduate Training of Doctors and Nursing, Kemerovo State Medical University; Head of Research of the Kuzbass Hepatological Center. E-mail: eka-pl@rambler.ru; ORCID: 0000-0002-6150-1808

Статья поступила в редакцию / The article received: 04.10.2022

Статья принята к печати / The article approved for publication: 27.10.2022