



О.М. Кульчицька

Вінницький національний медичний університет
імені М.І. Пирогова

Психологічні особливості та соціальна реалізація хворих із синдромом подразненого кишечника

Ключові слова

Синдром подразненого кишечника, депресія, тривога, соціальні фобії, соціальна реалізація.

Останніми роками функціональна патологія кишечника, в структурі якої на особливому місці синдром подразненого кишечника (СПК), стала актуальною проблемою [2, 7]. Це зумовлено значною поширеністю СПК серед осіб соціально активного віку, великими витратами на діагностику та лікування, зниженням якості життя і працездатності таких хворих [1, 4]. Відповідно до Римських критеріїв III СПК трактують як рецидивуючий абдомінальний біль/дискомфорт (неприємне відчуття, яке не можна описати як біль), котрий турбує не менше ніж 3 дні на місяць протягом останніх 12 тиж у поєднанні як мінімум з двома симптомами з наведених: 1) зменшення інтенсивності болю після дефекації; 2) зв'язок зі змінами частоти випорожнення; 3) зв'язок зі зміною форми (консистенції) випорожнення. Загальна тривалість захворювання до встановлення діагнозу має становити не менше ніж 6 міс [1–3, 8, 11, 12]. Виділяють типи СПК залежно від консистенції випорожнень (згідно з Бристольською шкалою калу): СПК із закрепом, СПК з діареєю, змішана форма СПК, недиференційована форма СПК [1, 3, 6].

Стан центральної нервової системи (ЦНС) є одним з визначальних чинників у виникненні і прогресуванні СПК. Супутні функціональні вегетативні порушення, афективні, тривожно-фобічні, депресивні або іпохондричні розлади відзначають у 75–80 % хворих із СПК [3, 14]. Вважають, що за характером вираженості нервово-психічних реакцій хворі із СПК складають проміжну групу між нормою і психопатологією. Час-

то саме психологічний дистрес, що є неспецифічним тригером, а не СПК сам по собі, змушує пацієнта звернутися до лікаря [5, 10]. Епізодичні загострення больових відчуттів і розлади дефекації у поєднанні з патологічними соматичними відчуттями можуть виникати на тлі панічних атак. Симптоматика зазвичай розвивається в громадському місці: магазині, транспорті, на вулиці [3]. Підґрунтям для цього часто є соціальні фобії, що являють собою стійкий ірраціональний страх виконання будь-яких дій, що супроводжуються увагою з боку сторонніх осіб (наприклад, страх користуватися закладами громадського харчування, громадським туалетом, нездатність зустрічатися і розмовляти з малознайомими людьми тощо). Такий страх може бути конкретним (страх перед публічним виступом, страх спілкування з особою протилежної статі, страх перед розмовою по телефону) або генералізованим, коли йдеться майже про всі ситуації, які виникають поза сім'єю та домом. Опинившись у стресовій ситуації, хворі часто відчувають сильне серцебиття, пітливість, тремтіння, напруження м'язів, сухість у роті, відчуття жару чи холоду, іноді головний біль, у цей момент відбувається розвиток клінічних виявів психосоматичних захворювань [13, 14].

Наявність межових психічних розладів у пацієнтів, хворих із СПК, негативно впливає на перебіг захворювання і є однією з причин зниження працездатності. Це потребує особливого підходу до лікування і реабілітації. У низці випадків соматичні симптоми відходять на другий план, ні-

велоються вираженими виявами психічних розладів, насамперед тривожних. Водночас спостерігаються випадки, коли яскраво виражена картина основного захворювання приховує психічну патологію [5, 9].

Мета дослідження — провести комплексну оцінку психологічного стану, зокрема депресивних та тривожних розладів, а також вираженості соціальних фобій у хворих на СПК та визначити вплив захворювання на соціальну реалізацію хворих.

Матеріали та методи

Обстежено 100 хворих із СПК віком від 21 до 60 років, які перебували на стаціонарному лікуванні в гастроентерологічному відділенні Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова, а також 110 здорових осіб, які відповідали клінічній групі за віковим та статевим складом. Діагноз СПК та форму захворювання встановлювали відповідно до Римських критеріїв III. У всіх хворих виключено органічну патологію кишечнику та «симптоми тривоги».

Для оцінки психологічного стану використано шкалу Гамільтона для оцінки депресії (HDRS) і тривоги (HARS), яку заповнюють шляхом клінічного інтерв'ю. Пункти шкал відображують стан пацієнта протягом останніх кількох днів або попереднього тижня. Підраховують сумарний бал (за винятком чотирьох останніх пунктів HDRS, які використовують для оцінки додаткових симптомів депресії та визначення підтипів депресивного розладу). HDRS дає змогу виявити наявність депресивного розладу різного ступеня вираженості. HARS призначена для виявлення наявності тривоги у пацієнтів. За сумарним балом визначають відсутність або наявність тривожного стану різного ступеня вираженості аж до панічного розладу.

Для вивчення вираженості соціальних фобій використано шкалу Лібовіца (LSAS — Liebowitz, 1987). Шкала складається з 24 пунктів, які відображують ситуації, що виникають у повсякденно-

му житті та можуть спричинити страх або тривогу в індивіда. Обстежуваний має дати оцінку в балах по кожному пункту, використовуючи як стандартний інтервал часу минулий тиждень, включаючи день обстеження. Кожну ситуацію оцінюють як у плані відчуття страху або тривоги, яке виникло або могло б виникнути, так і щодо того, наскільки часто обстежуваний уникав або намагався уникнути цієї ситуації.

Для вивчення соціальної реалізації хворих із СПК використано шкалу Шихана, за допомогою якої визначають ступінь порушень, котрі виникають у різних сферах життєдіяльності (професійне, громадське життя, дозвілля, сімейне життя, подружні обов'язки).

Обробку та статистичний аналіз клінічних даних, які мали характер розподілу нормальний або наближений до нормального, проводили за допомогою параметричних методів, а даних, характер розподілу яких був відмінним від нормального, і бальних та категоризованих ознак — за допомогою методів непараметричної статистики. Наявність кореляційного зв'язку встановлювали за допомогою методу рангової кореляції Спірмена. Обробку даних проводили з використанням пакета прикладних програм «Статистика 6.0» (StatSoft Inc., США).

Результати та обговорення

Симптоми тривоги виявлено у 42,0 % хворих із СПК, у 10 % був виражений тривожний стан, у осіб групи контролю — у 40,9 та 9,1 % відповідно (табл. 1). Принциповою відмінністю було те, що 31,0 % хворих із СПК страждали від панічних розладів (спонтанне або ситуативно зумовлені напади страху з вираженими вегетативними розладами у вигляді прискорення серцебиття, пітливості, тремтіння в усьому тілі, відчуття нестачі повітря, запаморочення, сухості в роті, нудоти тощо), тоді як у групі контролю осіб з панічними розладами не виявлено ($p < 0,01$).

У групі хворих наявність депресивних виявів різного ступеня вираженості зафіксовано у 85,0 %

Таблиця 1. Особливості тривожних виявів за шкалою Гамільтона

Вияв	Хворі (n = 100)	Здорові (n = 110)
Відсутність тривоги	17 (17,0 %)	55 (50,0 %)
Симптоми тривоги	42 (42,0 %)	45 (40,9 %)
Тривожний стан	10 (10,0 %)	10 (9,1 %)
Панічний розлад	31 (31,0 %)	0

Таблиця 2. Особливості депресивних виявів за шкалою Гамільтона

Депресивний епізод	Хворі (n = 100)	Здорові (n = 110)
Немає	15 (15,0 %)	36 (32,8 %)
Легкий ступінь	22 (22,0 %)	47 (42,7 %)
Середній ступінь	33 (33,0 %)	23 (20,9 %)
Тяжкий ступінь	30 (30,0 %)	4 (3,6 %)

Таблиця 3. Оцінка симптомів соціальної фобії за шкалою Лівовіца

Симптом	Хворі (n = 100)	Здорові (n = 110)
Страх або тривога		
Немає	15 (15,0 %)	37 (33,7 %)
Виражені слабо	38 (38,0 %)	47 (42,7 %)
Виражені помірно	47 (47,0 %)	25 (22,7 %)
Виражені чітко	0	1 (0,9 %)
Уникнення ситуацій		
Ніколи	12 (12,0 %)	28 (25,5 %)
Інколи	26 (26,0 %)	57 (51,8 %)
Часто	62 (62,0 %)	21 (19,1 %)
Дуже часто	0	4 (3,6 %)

обстежених, серед здорових — у 67,2 % (табл. 2). У більшості здорових осіб депресивні епізоди мали транзиторний характер і відповідали легкому ступеню, і лише у 3,6 % мав місце депресивний епізод тяжкого ступеня. Серед хворих із СПК частка депресивних епізодів середнього і тяжкого ступеня вираженості була майже однаковою. Виявлені розбіжності мають статистично значущий характер ($p < 0,01$).

За даними однофакторного непараметричного кореляційного аналізу виявлено позитивну кореляцію між тривожно-депресивними розладами і захворюванням на СПК. Коефіцієнт рангової кореляції Спірмена для депресії та тривоги становив $r_s = 0,44$ та $r_s = 0,42$ відповідно.

Оцінка симптомів соціальної фобії виявила, що 85,0 % хворих із СПК мають симптоми стра-

ху або тривоги, а 88,0 % уникають дискомфортних ситуацій (табл. 3). У контрольній групі таких осіб було значно менше ($p < 0,01$). Ці дані свідчать про те, що соціальні страхи становлять актуальну проблему для хворих із СПК.

Кореляційний аналіз виявив зв'язок між захворюваністю на СПК та симптомами соціальної фобії за шкалою Лівовіца. Між наявністю соціальних страхів, уникненням ситуацій та виникненням СПК виявлено прямий кореляційний зв'язок помірної сили ($r_s = 0,27$ та $r_s = 0,33$ відповідно; $p < 0,05$).

Вивчення соціального функціонування у хворих із СПК за допомогою шкали Шихана виявило прямий кореляційний зв'язок захворювання з труднощами у громадському житті та дозвіллі ($r_s = 0,233$). Незначної сили ($r_s = 0,09$) кореляційний зв'язок виявлено також з труднощами в професійній діяльності (в обох випадках $p < 0,05$). Щодо кореляцій СПК з труднощами в сімейному житті, то вони виявилися незначущими ($p > 0,05$).

Висновки

Установлено, що захворювання на СПК погіршує соціальну реалізацію хворих. Суттєві складнощі у громадському житті, дозвіллі та професійній діяльності хворих із СПК спричиняють депресія, тривога (особливо панічні напади) і соціальні фобії. Тому такі хворі потребують підвищеної уваги не лише з боку лікарів-терапевтів, а й з боку психологів та психотерапевтів. Застосування навіть елементарних психотерапевтичних методик у формі раціональної психотерапії з метою корекції психологічного статусу в поєднанні з медикаментозною терапією, яка включає прийом антидепресантів, може позитивно впливати на результати лікування хворих із СПК.

Список літератури

1. Вдовиченко В.І., Пасічна І.О. Синдром подразненого кишечника після перенесеної гострої інфекції та його лікування // Сучасна гастроентерологія. — 2011. — № 5(61). — С. 108—115.
2. Дорофеев А.Е. Феномен абдомінального болю у хворих на синдром подразненого кишечника та методи його корекції // Медицина транспорту України. — 2011. — № 2. — С. 64—68.
3. Дорофеев А.Э., Рассохина О.А. Синдром раздраженного кишечника — современный взгляд на проблему // Новости медицины и фармации. — 2011. — № 358. — С. 10—21.
4. Коновалова Т.А. Оценка качества жизни больных синдромом раздраженного кишечника в Донецком регионе // Новости медицины и фармации. — 2011. — № 358. — С. 22—24.
5. Маев И.В., Черемушкин С.В. Синдром раздраженного кишечника. Римские критерии III // Consilium Medicum. — 2007. — № 1.
6. Ткач С.М., Передерий В.Г. Современные рекомендации по ведению больных с синдромом раздраженного кишечника, основанные на данных доказательной медицины // Сучасна гастроентерологія. — 2011. — № 5(61). — С. 98—107.
7. Camilleri M., Andresen V. Current and novel therapeutic options for irritable bowel syndrome management // Dig. Liver Dis. — 2009. — N 41. — P. 854—862.
8. Eamonn M.M. Quigley. What we have learned about colonic motility: normal and disturbed // Cur. Opin. Gastroenterol. — 2010. — N 26. — P. 53—60.
9. Full-Young Chang, Ching-Liang Lu. Treatment of irritable bowel syndrome using complementary and alternative medicine // J. Chin. Med. Assoc. — 2009. — Vol. 72, N 6. — P. 294—300.

10. Jamali R. Evaluation of health related quality of life in irritable bowel syndrome patients // Health QoLife Outcomes.— 2012.— N 10.— P. 12—15.
11. Khan S., Chang L. Diagnosis and management of IBS // Gastroenterol. Hepatol.— 2010.— N 7.— P. 565—581.
12. Quigley E., Khan A. Irritable Bowel Syndrome: recent progress in pathophysiology, diagnosis and management? // J. Ayub. Med. Coll. Abbottabad.— 2009.— Vol. 21, N 1.— P. 1—2.
13. Surdea-Blaga T., Baban A., Dumitrascu D. Psychosocial determinants of irritable bowel syndrome // W. J. Gastroenterol.— 2012.— N 18 (7).— P. 616—626.
14. Tosic-Golubovich S. Irritable bowel syndrome, anxiety, depression and personality characteristics // Psychiatria Danubina.— 2010.— Vol. 22, N 3.— P. 418—424.

Е.Н. Кульчицкая

Психологические особенности и социальная реализация больных с синдромом раздраженного кишечника

По результатам исследования установлено, что синдром раздраженного кишечника (СРК) сопровождается достоверным ухудшением социальной реализации больных. Существенные затруднения в общественной жизни, досуге и профессиональной деятельности больных с СРК вызывают депрессия, тревога (особенно панические атаки) и социальные фобии, сопровождающие развитие СРК.

О.М. Kulchytska

Psychological features and social realization of the patients with irritable bowel syndrome

Based on the results of the study, it has been established that irritable bowel syndrome (IBS) is accompanied with the significant decline of the social realization of the patients. The considerable difficulties in public life, leisure and professional activity of the patients with IBS are caused by depression, anxiety (especially panicky attacks) and social phobias that accompany the development of IBS.

Контактна інформація

Кульчицька Олена Миколаївна, аспірант, лікар-гастроентеролог
21029, м. Вінниця, вул. Квятека, 2, кв. 59
E-mail: Elena_270384@mail.ru

Стаття надійшла до редакції 28 грудня 2012 р.