

DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-182-10-71-77

## Клинико-психиатрическое сопоставление дивертикулярной болезни толстой кишки и синдрома раздраженного кишечника

Махов В. М.<sup>1</sup>, Ромасенко Л. В.<sup>2</sup>, Панферов А. С.<sup>1</sup>, Доронина Ю. А.<sup>1</sup>, Исайкина М. А.<sup>1</sup>, Юраз М. В.<sup>1</sup><sup>1</sup> ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России, 119991, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2<sup>2</sup> ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский Центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Минздрава России, 119991, ГСП-2, г. Москва, Кропоткинский пер., д. 23

## Clinical and psychiatric comparison of diverticular disease of the colon and irritable bowel syndrome

V. M. Makhov<sup>1</sup>, L. V. Romasenko<sup>2</sup>, A. S. Panferov<sup>1</sup>, Yu. A. Doronina<sup>1</sup>, M. A. Isaykina<sup>1</sup>, M. V. Yurazh<sup>1</sup><sup>1</sup> Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education "First Moscow State Medical University named after I. M. Sechenov" of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University): 119991, Russia, Moscow, Trubetskaya Street, 8, bldg. 2<sup>2</sup> Federal State Budgetary Institution "National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology named after V. P. Serbsky" of the Ministry of Health of the Russian Federation: 119034, Russia, Moscow, Kropotkinskiy lane, 23

**Для цитирования:** Махов В. М., Ромасенко Л. В., Панферов А. С., Доронина Ю. А., Исайкина М. А., Юраз М. В. Клинико-психиатрическое сопоставление дивертикулярной болезни толстой кишки и синдрома раздраженного кишечника. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2020;182(10): 71–77. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-182-10-71-77

**For citation:** Makhov V. M., Romasenko L. V., Panferov A. S., Doronina Yu. A., Isaykina M. A., Yurazh M. V. Clinical and psychiatric comparison of diverticular disease of the colon and irritable bowel syndrome. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2020;182(10): 71–77. (In Russ.) DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-182-10-71-77

**Махов Валерий Михайлович**, кафедра факультетской терапии № 1 института клинической медицины им. Н. В. Склифосовского, профессор, д.м.н.

**Ромасенко Любовь Владимировна**, руководитель отделения психосоматических, профессор, д.м.н.

**Доронина Юлия Андреевна**, кафедра факультетской терапии № 1, аспирант кафедры

**Панферов Александр Сергеевич**, кафедра факультетской терапии № 1, доцент кафедры, кандидат медицинских наук

**Исайкина Мария Алексеевна**, кафедра факультетской терапии № 1, ассистент кафедры

**Юраз Марта Валерьевна**, УКБ № 1, отделение гастроэнтерологии, врач гастроэнтеролог

Valery M. Makhov, doctor of medical sciences, professor, Department of Faculty Therapy No. 1; ORCID: 0000-0002-0197-8145

Lyubov V. Romasenko, doctor of medical sciences, professor, head of the psychosomatic department; AuthorID: 422449, ORCID: 0000-0002-3586-6336

Yulia A. Doronina, graduate student of the department, Department of Faculty Therapy No. 1

Alexander S. Panferov, candidate of medical sciences, associate professor, Department of Faculty Therapy No. 1; ORCID: 0000-0002-4324-7615

Maria A. Isaykina, assistant chair, Department of Faculty Therapy No. 1; ORCID: 0000-0001-6440-8636

Marta V. Yurazh, Gastroenterologist, Department of Gastroenterology, University clinical hospital 1

✉ Corresponding author:

**Исайкина Мария Алексеевна**

Maria A. Isaykina

Manon\_17@mail.ru

## Резюме

**Цель исследования:** сравнить социально-демографические показатели, клиническую симптоматику, результаты консультации психиатра и психометрического тестирования, исследования качества жизни пациентов с дивертикулярной болезнью толстой кишки (ДБТК) и синдромом раздраженного кишечника (СРК).

**Материалы и методы:** Обследовано 112 пациентов с дивертикулёзом ободочной кишки (ДОК), клинически выраженным дивертикулёзом (КВД) и дивертикулярной болезнью (ДБ), из которых мужчин 26, женщин 86, средний возраст —  $64 \pm 10,7$  лет и 112 больных с синдромом раздраженного кишечника (СРК) (мужчин 31, женщин 81), средний возраст —  $37,2 \pm 12,6$  лет. Применены: ирригоскопия, колоноскопия, анализ кала на фекальный кальпротектин, очная консультация психиатра, опросник SCL-90-K и опросник SF-36.

**Результаты:** Психические расстройства, главным образом, нозогенного характера выявлены у 80 (71,4%) больных с ДОК, КВД, ДБ. Установлена корреляция выраженности психической патологии с этапом дивертикулёза. При СРК у 107 (95,5%) определены изменения психики преимущественно с депрессивными синдромами различной структуры. Соматические проявления заметных различий не продемонстрировали. Показатели ФК были одинаковы при СРК и ДОК и превышены при КВД и особенно при ДБ.

**Заключение:** Различия при ДБТК и СРК выявлены в сфере психических расстройств различной выраженности, что требует дифференцированной терапии. Клинические проявления не продемонстрировали значимых различий.

**Ключевые слова:** дивертикулярная болезнь, СРК, полиморбидные психические расстройства, фекальный кальпротектин, качество жизни

## Summary

**Objective:** to compare socio-demographic indicators, clinical symptoms, results of a psychiatrist consultation and psychometric testing, quality of life studies of patients with diverticular colon disease (DBTK) and irritable bowel syndrome (IBS).

**Materials and methods:** 112 patients with colon diverticulosis (DOC), clinically severe diverticulosis (CVD) and diverticular disease (DB) were examined, of which 26 were men, 86 were women, the average age was  $64 \pm 10.7$  years and 112 were patients with irritable syndrome intestines (IBS) (31 men, 81 women), average age —  $37.2 \pm 12.6$  years. Applied: irrigoscopy, colonoscopy, fecal fecal calprotectin analysis, in-person psychiatrist consultation, SCL-90-K questionnaire and SF-36 questionnaire.

**Results:** Mental disorders, mainly of a nosogenic nature, were detected in 80 (71.4%) patients with DOC, CVD, and DB. A correlation was established between the severity of mental pathology and the stage of diverticulosis. With IBS, in 107 (95.5%) mental changes were determined mainly with depressive syndromes of various structures. Somatic manifestations did not show noticeable differences. The indices of FC were the same for IBS and PKD and exceeded for CVD and especially for DB.

**Conclusion:** Differences in DBTK and IBS were revealed in the field of mental disorders of varying severity, which requires differentiated therapy. Clinical manifestations did not show significant differences.

**Keywords:** diverticular disease, IBS, polymorbid mental disorders, fecal calprotectin, quality of life.

## Введение

ДБ и СРК привлекают внимание гастроэнтерологов значительной распространенностью, похожими клиническими проявлениями, особенностями психовегетативного статуса, а также общими аспектами терапии.

Дивертикул (Д) – грыжевое выпячивание стенки полого органа. Чаще, чем в других отделах пищеварительного тракта, Д выявляют в толстой кишке (ТК). Наличие одного и более дивертикулов определяют как дивертикулез ободочной кишки (ДОК). Сведения о распространенности ДОК фрагментарны, т.к. полноценный скрининг населения затруднен, поскольку диагностика ДОК только инструментальная. Наиболее применяемы эндоскопическая колоноскопия и ирригоскопия, что делает диагностику ДОК сложной и дорогостоящей. Тем более значимы представленные сведения. Так, анализ в ЦНИИ гастроэнтерологии результатов 3681 исследования ТК с контрастной клизмой показал, что ДОК выявлен в 15,7% от всех обследованных и в 70,2% от диагностированной любой органической патологии кишки (1). При рутинной колоноскопии ДОК обнаруживают в 32,6% – 71,4% у лиц старше 80 лет (2). Эндоскопический скрининг колоректального рака у пациентов 50–75 лет выявил ДОК в 36,5% и 41% исследований (3,4).

Внимание к ДОК привлечено, в связи с тем, что из немого свидетеля старения, ДОК в настоящее время является предиктором непростых ургентных и хронических ситуаций.

Самое частое осложнение ДОК – это острый дивертикулит (ОД) и его последствия. Наблюдение

за пациентами с ДОК в течение 11 лет показало, что острые и хронические осложнения возникают у 4%, а в группе 40–49 лет – у 11%. Кровотечение из дивертикула может возникнуть у 3–15% лиц с ДОК, а уровень смертности при этом составляет 2–3% (5).

Клиническая практика убедительно показывает, что с возрастом, начиная с 50 лет, распространенность ДОК увеличивается (6). У лиц моложе 40 лет этот анатомический дефект обнаруживают только в 5–10% (7). У молодых людей с ДОК возникший ОД течет более агрессивно и часто заканчивается хирургической операцией (8, 9).

Клиническая картина ДБ и СРК имеет сходство, в первую очередь, в связи с такими фасадными проявлениями как боли и нарушение стула.

При КВД обычно боли возникают по ходу ТК, чаще левосторонние, они связаны с дефекацией, изменением частоты и характера стула, а также кишечный дискомфорт. Это делает похожими клиническую картину ДБ и СРК. Тщательный клинико-инструментальный анализ позволил даже выделить СРК-подобный клинико-морфологический вариант НДБТК (1). Сходство клинических проявлений при отсутствии эндоскопической картины воспаления, стало основанием даже назвать НДБТК «СРК с дивертикулами» (10). Было также отмечено, что симптоматика больше соответствовала СРК-Д (11). При этом обращено внимание на различия: боль при СРК обычно диффузная, плохо локализованная, тогда как для боли при НДБТК характерно расположение в левом нижнем квадрате (12). Что еще объединяет СРК и НДБТК

так это отсутствие ночной боли и облегчение или усиление боли при дефекации. При этом КВД сопровождается болями, длящимися чаще более 24 часов и они четко локализованы, а СРК – кратковременные и диффузные. Существуют и другие доводы, не позволяющие считать ДБ и СРК аналогичными (13).

## Материалы и методы

В исследование включены 112 больных с ДОК, КВД, ДБ и 112 пациентов с СРК.

Группирование больных с дивертикулезом проведено согласно Рекомендациям РГА и ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению взрослых больных дивертикулярной болезнью ободочной кишки. (14) Диагноз СРК установлен в соответствии с критериями Рим IV (15).

Обследование включало в себя сбор жалоб и анамнестических сведений, физическое обследование; стандартное лабораторное исследование: общий анализ крови, билирубин, АСТ, АЛТ, ГГТ, липидный спектр, С-реактивный белок, фибриноген, антитела к кишечным инфекциям (сальмонеллы, шигеллы, иерсинии), анализ кала с микроскопией, исследование на токсины А, В *Cl.difficili*, определение концентрации уровня фекального кальпротектина.

Девиации в психическом статусе при СРК во многом определяют клиническую картину. Снижение показателей психического здоровья отмечено и при ДБ (1).

Поэтому актуальны исследования, позволяющие уточнить различия этих нозологий, что позволяет дифференцировать диагностику и лечение.

Всем пациентам проведено УЗИ органов брюшной полости, видеоэзофагогастродуоденоскопия, видеоколоноскопия и ирригоскопия.

После получения информированного согласия всем пациентам проведена консультация психиатра, профессора Л. В. Ромасенко. Всем больным проведено психометрическое тестирование с применением опросника SCL-90-R Оценка КЖ проводилась с помощью опросника SF-36.

Статистический анализ предполагал оценку значимости различий в уровне выраженности количественного признака для двух несвязанных групп с использованием критерия Манна-Уитни ( $p \leq 0.01$ ). Обработка результатов проведена с помощью программы Microsoft Excel и программного пакета "Statistica 10.0".

## Результаты исследования

Основные социо-демографические показатели при ДБ и СРК представлены в таблице № 1.

Можно отметить, что при ДБ средний возраст достоверно превышает этот показатель при СРК. Логично преобладание при ДБ лиц, имеющих инвалидность, что вероятно обусловлено значительной сопутствующей патологией, в том числе ИБС, ГБ, ожирения. Гендерного различия в группах не отмечено. Заметно при ДБ высокое количество овдовевших и разведенных, что не может не сказаться на психическом статусе. Чтобы снизить влияние возраста на показатели, была выделена группа среднего возраста (45–60 лет). При сопоставлении лиц среднего возраста можно отметить заметное уменьшение инвалидов и вдовствующих при ДБ. В выделенной группе гендерных различий не было. При ДБ отмечено большее количество лиц с избытком массы тела и ожирением – 17 (при СРК – 8), однако  $p=0,08$ .

Характеристика клинических проявлений при ДБ и СРК представлена в таблице № 2.

Боли беспокоили всех пациентов с СРК и 95,5% с ДБТК. Ощущения, воспринимаемые как боль в области ТК, испытывали на момент госпитализации 69 (61,8%) больных с СРК и 65 (58%) с ДБТК. Четко локализовать место не смогли 58 человек с СРК, т.е. 84% из жаловавшихся на «толстокишечные» боли и 44 (67%) с ДБТК. Сигмовидную кишку, как зону боли, выделили 4 (5,8%) больных с СРК и 10 (15,4%) с ДБТК. Таким образом, преобладание лиц, затруднявшееся уточнить область боли, отмечено в двух группах, что расходится с некоторыми литературными данными, где, в основном больных

с СРК, отличала неопределенность локализации. Пациенты с ДБТК в нашем наблюдении чаще жаловались на боли в области сигмовидной кишки. Можно отметить, что при ДБ и СРК на очень сильные (нетерпимые) боли жалоб не было, умеренные боли испытывали в двух группах в 2,5 раза чаще, чем сильные. При СРК сильные боли встречались на 1/3 чаще.

Заметно различались по встречаемости связь боли и дефекации. Четкую ассоциацию усиления или ослабления болей с опорожнением прямой кишки отметили 62% больных с СРК и 37,5% пациентов с ДБ. Также заметно преобладали при СРК пациенты с диареей. На запоры жаловались в двух группах практически одинаково. Клинические признаки пациентов среднего возраста также представлены в таблице № 2, где они сопоставлены с показателями разновозрастных групп.

В группах среднего возраста на «толстокишечную» локализацию жаловалось одинаковое количество пациентов – 68% лиц с ДБ и 60% с СРК. Следует отметить, все больные с СРК ассоциировали боль с дефекацией, при ДБ – 11 пациентов, меньше половины отобранной группы (42,3%). Диарея, запоры и неустойчивый стул были у всех больных с СРК, преобладали в жалобах поносы. На тенезмы и неполное опорожнение жалобы были только при ДБТК. В группе среднего возраста при ДБ долихосигма выявлена у 15, при СРК – 9, различие не достоверно.

На неблагоприятное отношение акта дефекации жаловались преимущественно при ДБТК – тенезмы при отсутствии патологии прямой кишки у лиц с СРК были

Таблица № 1.  
Клиническая и социо-демо-  
графическая характеристика  
групп

Группы	ДБТК Всего n=112	СРК Всего n=112	ДБТК в группе пациентов 45–60лет n= 26	СРК в группе пациентов 45–60лет n= 20
Средний возраст	64±10,7 лет	37,2±12,6 лет	55,2±4,5	53,6±5
Пол (n(%))				
Мужчины	26 (23,2%)	31 (27,7%)	8 (30,8%)	4 (20%)
Женщины	86 (76,8%)	81 (72,3%)	18 (69,2%)	16 (80%)
Семейное положение(n(%))				
Состоят в браке	65 (58%)	67 (59,8%)	19 (73,2%)	13 (65%)
Не замужем (не женаты)	6 (5,4%)	35 (31,3%)	1 (3,8%)	1 (5%)
Разведена (разведен)	14 (12,5%)	6 (5,3%)	5 (19,2%)	3 (15%)
Вдова (вдовец)	27 (24,1%)	4 (3,6%)	1 (3,8%)	3 (15%)
Образование(n(%))				
Высшее	86 (76,8%)	85 (75,9%)	21 (80,8%)	11 (55%)
Среднее специальное	17 (15,2%)	15 (13,4%)	3 (11,5%)	0
Среднее	9 (8%)	12 (10,7%)	2 (7,7%)	9 (45%)
Инвалидность (n(%))	11 (9,8%)	3 (2,7%)	1 (3,8%)	1 (5%)
Курение (в том числе в анамнезе) (n(%))	22 (19,6%)	28 (25%)	8 (30,8%)	2 (10%)
Средний возраст установления диагноза	58,9±10,2 лет	34,5±11,9 лет	51,2±6,64	49,5±5,28
Средняя длительность заболева- ния по появлению жалоб	7,24±4,63 лет	4,9±3,9 лет	6,62±4,47	6,85±4,48
Средняя длительность заболева- ния с момента установки диагноза	5,14±4,84 лет	2,7±2,5 лет	4,04±4,47	4,08±3,17

Таблица № 2.  
Основные клинические  
симптомы у пациентов  
с СРК и дивертикулярной  
болезнью толстой кишки по  
группам (согласно клиниче-  
ским рекомендациям)

Клинические симптомы	ДБТК Всего n=112	СРК n=112	ДБТК в группе пациентов (45–60лет) n= 26	СРК в группе пациентов (45–60лет) n= 20
Боли в животе (суммарно)(n(%))	107(95,5%)	112(100%)	25 (96,1%)	20 (100%)
Дискомфорт в животе(n(%))	14 (12,5%)	27 (24,1%)	3 (11,5%)	3 (15%)
Локализация болей (n(%))				
боли в эпигастрии				
боли в правом подреберье	22 (19,6%)	15 (13,4%)	3 (12%)	3 (15%)
боли в левом подреберье	7 (6,25%)	17 (15,2%)	2 (8%)	2 (10%)
боли по ходу толстой кишки слева	13 (11,6%)	11 (9,8%)	3 (12%)	3 (15%)
боли по ходу толстой кишки справа	7 (6,25%)	3 (2,7%)	3 (12%)	0
боли внизу живота	4 (3,6%)	4 (3,6%)	1 (4%)	0
боли по ходу толстой кишки	10 (8,9%)	4 (3,6%)	2 (8%)	0
без определенной локализации	44 (39,3%)	58 (51,8%)	11 (44%)	12 (60%)
Боли, связанные с дефекацией(n(%))	42 (37,5%)	82 (73,2%)	11 (42,3%)	20 (100%)
Нарушения стула (n(%))				
Диарея	31(27,7%)	58 (51,8%)	8 (30,8%)	12 (60%)
Запоры	33 (29,5%)	30 (26,8%)	5 (19,2%)	6 (30%)
Чередование диареи и запоров	11 (9,8%)	17 (15,2%)	3(11,5%)	0
Ложные позывы к дефекации(n(%))	19 (16,9%)	4 (3,6%)	4 (15,4%)	0
Чувство неполного опорожнения кишечника(n(%))	9 (8%)	4 (3,6%)	2 (7,7%)	0

Таблица № 3.  
Структура расстройств  
у обследованных

№	Психические расстройства	ДБТК (абсл.,%)	СРК (абсл.,%)
1	Невротические и личностные	52 (65%)	30 (28%)*
2	Тревожно-депрессивные	23 (28,7%)	54 (50,5%) *
3	Шизотипические	5 (6,3%)	23 (21,5%) *
4	всего	80 (100%)	107 (100%)

Примечание:  
\* p ≤ 0.01

Таблица № 4.  
SF-36. Оценка качества  
жизни. Группа ДБ (112 па-  
циентов) и Группа СРК (112  
пациентов)

ШКАЛА		ДБ	СРК	U	p
		M±SD	M±SD		
Первый визит	Физическое функционирование	70,3±23,7	84,9±17,9	3770,5	0,0000***
	Ролевое функционирование	49,7±41,2	64,9±37,1	4966,0	0,005**
	Показатель влияния боли	46,9±22,4	55,2±23,9	4909,5	0,004**
	Показатель общего состояния	50,6±19,6	54,1±20,2	5543,0	0,13
	Показатель жизненной активности	52,6±19,9	51,4±19,9	6007,0	0,58
	Социальное функционирование	67,6±23,0	64,6±24,4	5881,0	0,41
	Ролевое функционирование	59,8±40,6	61,6±39,4	6144,5	0,78
Психическое здоровье		60,5±18,1	56,6±18,2	5460,5	0,09

у 4 (3,6%), при ДБ – у 19 (16,9%). Ощущение неполного опорожнения у 4 (3,6%) и 9 (8%). Таким образом, можно считать, что боли не продемонстрировали особенностей, позволяющие считать их дифференцирующими СРК и ДБ, также как и симптомы, связанные с дефекацией. О продолжительности болей судить было сложно, т.к. многолетнее течение болезни «обучало» пациентов купировать приступ средствами, рекомендованными врачами, главным образом селективными спазмолитиками.

Следует отметить заметное преобладание болей при ДБ в правом, левом подреберье и в эпигастрии. Вероятнее всего это связано с патологией гепатобилиарной системы, желудка и поджелудочной железы. При ДБ обследование выявило ЖКБ у 46 пациентов, из них холецистэктомия в анамнезе у 23, холестероз желчного пузыря и билиарный сладж у 9. НАЖБП диагностирована у 51 человека, из них стеатогепатит у 8. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы выявлена в 26 исследовании. Сочетание ЖКБ, ГПОД и ДОК отмечено у 12 пациентов. При СРК диагностированы дисформия желчного пузыря (26 человек), жировая болезнь печени у 24, язвенная болезнь ДПК в ремиссии (14 пациентов).

Из неинвазивных показателей воспаления ТК, активно применяют ФК, позитивно зарекомендовавший себя при язвенном колите, как предиктор его обострения (17). Обсуждается возможность использовать ФК для дифференцирования ДБ и СРК (18) и для оценки ответа на лечение ОД и для прогнозирования рецидива ОД (19, 10). В литературе отмечено, что выделение ФК при ДОК и СРК одинаково (17).

Нами проведена оценка содержания ФК при трех вариантах ДБ и при СРК.

Средняя концентрация ФКТ при ДОК составила  $61,361,3 \pm 44,7$  мкг/л, при ГДБТК –  $124,4 \pm 98,9$  мкг/л и при ДБ –  $308,7 \pm 133,7$  мкг/л.

Как видно, статистически значимое превышение показателей при сравнении с ДОК выявлено при КВД и особенно при ДБ. Сопоставление показателей выделения ФК при СРК и ДОК показало отсутствие различий.

При проведении попарного сравнения во всех трех группах ДБ в выявлено статически значимое увеличение уровня ФК по мере усугублении тяжести заболевания от бессимптомного дивертикулеза до дивертикулярной болезни.

Всем пациентам при превышении уровня ФК свыше 60 мкг/л проведен курс Рифаксимином по 1200 мг 2 раза в день (интервал 12 ч.) 7 дней. Отмечено параллельное улучшение клинической картины и снижения уровня маркера.

Психические расстройства были выявлены, у 80 (71,4%) пациентов с ДБТК и у 107 (95,5% – с СРК. В таблице № 3 приведена сравнительная характеристика выявленных психических расстройств.

В группе с психическими расстройствами психические девиации представляли при ДБ в 87,6% реакцию на болезнь, т.е. носили нозогенный характер. Установлена отчетливая корреляция выраженности актуальной психической патологии с этапом течения ДБ. Так, на этапе ДОК, реакция пациентов на факт выявленного дефекта ТК проявлялась

преимущественно тревожно-фобическими переживаниями, в некоторых случаях – заострением личностных особенностей. По мере прогрессирования заболевания, на этапе КВД у пациентов актуализировались депрессивные, ипохондрические СРК расстройства. При осложнении ДБ переживания, психогенно обусловленные, по мере усугубления соматического неблагополучия сменялись устойчивыми астеноипохондрическими расстройствами.

Психосоматические соотношения в группе больных с ДОК могут быть определены как преимущественно симптоматические, т.е. производные от основного заболевания. Необходимо выделить группу пациентов с шизотипическим преморбидом, у которых симптоматические соотношения были очевидно преформированы за счет специфического. Ипохондрические расстройства в форме навязчивой или сверхценной ипохондрии возникали задолго до выявления ДОК и проявления ДБ. Характеризовались они автономным стереотипом развития, с эксцентричным поведением, приверженностью к нетрадиционным методам лечения – особые диеты, очищение организма и т.п.

Отдельного внимания заслуживает группа пациентов ДБ (61 человек, 54,5%), заболевания которых длительное время расценивалось как СРК. Основанием для таких диагностических суждений являлись абсолютизирование сходных жалоб (болевой синдром, неустойчивость стула и др.). В литературе отмечено, что дивертикулез коррелирует не только с клиникой, напоминающей СРК, но и с длительными эмициональными расстройствами, выходящими за рамки событий, связанных с болезнью. Было предложено обозначать этот синдром как СРК-подобный (16).

Психические расстройства разной степени выраженности выявлены у большинства из пациентов с СРК – у 107 человек. Выяснилось, что из 107 человек ранее за психиатрической помощью обращалась почти четверть (23,2%). Показательно, что эти, ранее выявленные, расстройства (личностные, аффективные, невротоподобные) соотносились с их личностным складом.

Психическая патология была представлена преимущественно депрессивными синдромами различной структуры (тревожными, ипохондрическими, маскированными, истерическими); легкими и умеренно-выраженными в рамках расстройств адаптации, циклотимии, рекуррентных и биполярных аффективных расстройств. Помимо этого, имели место тревожно-фобические, панические и сенесто-ипохондрические расстройства.

Качество жизни (КЖ), связанное со здоровьем – это характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования пациента, основанная на его субъективно восприятии.

Результаты исследования КЖ в группах ДБ и СРК представлены в таблице 4.

Заболевание у пациентов с ДБТК в значительно большей степени снижало КЖ по сравнению с больными с СРК. У пациентов с КВД и ДБ отмечено статистически достоверное снижение

показателей физического здоровья в сравнении с ДОК: физического функционирования ( $p < 0,01$ ), показателей общего состояния здоровья ( $p < 0,05$ ). Выявлено значимое снижение параметров качества жизни в шкале психического здоровья и жизненной активности у больных КВД и ДБ в сравнении с ДОК. У больных с СРК показатели физического функционирования, активность, как они ее оценивают, выше в сравнении с пациентами дивертикулеза.

## Обсуждение

Полученные результаты подтверждают положение о сходстве клинической симптоматики при СРК, КВД и ДБ. При этом в группах идентичного возраста исчезали такие различия, как трудность точно локализовать боль, т.е. признак, выдвигаемый как различающий СРК и КВД (12). Можно отметить некоторое преобладание при ДБ ректальных симптомов, что подчеркивает необходимость онкологической настороженности.

Можно согласиться с авторами (1), считающими, что четкое соблюдение критериев СРК (Рим IV) позволит клинически разделить эти болезни.

Четкое соблюдение критериев СРК (Рим IV) по временным параметрам позволяет клинически разделить эти болезни.

Результаты исследования ФК позволяют вновь вернуться к концепции «мягкого» воспаления при КВД и ДБ в генезе клинических проявлений при этих формах дивертикулеза. Результаты исследования ФК – нормальные при ДОК и СРК и повышенные при КВД и ДБ – можно рассматривать как возможность дифференцировать и СРК с ДОК, и ДОК с КВД.

Высокий уровень ФК при КВД позволяет предположить, что в генезе клинических проявлений играет роль и компонент воспаления, несмотря на отсутствие его эндоскопических признаков. Это является доводом к применению противовоспалительной (противомикробной) терапии.

Таким образом, анализ кала на ФК может стать значимым диагностическим тестом при подозрении на дивертикулит, а его нормализация будет свидетельствовать о возвращении ситуации в нормальную стадию дивертикулеза.

При схожести жалоб на боли и кишечный дискомфорт наибольшее различие двух данных заболеваний продемонстрировал анализ психического статуса.

Для понимания сути полиморбидной психической патологии важно, что у пациентов с ДБТК психические расстройства носят вторич-

Оценка компонентов, отражающих влияние психологических факторов, выявила статистически значимое снижение параметров, таких, как: показатель жизненной активности ( $p < 0,02$ ), психического здоровья ( $p < 0,05$ ) и общего психологического компонента здоровья ( $p < 0,02$ ) у пациентов в группах пациентов, имеющих ментальные нарушения, а именно в трех группах: невротические расстройства ( $n=44$ ), тревожно-депрессивные расстройства ( $n=32$ ), шизотипические нарушения ( $n=5$ ).

ный, симптоматический характер, тогда как при СРК расстройства психики представляют собой суть СРК-соматизированные психические расстройства. На это целесообразно обратить внимание. «Бремя» ДБ усиливается ее влиянием на КЖ в результате физических, психологических и социальных стрессоров. Наши данные, показавшие снижение КЖ у пациентов с ДБ совпадают с данными Bolster L. T., Papagrorgoriadis S, которые показали, что у пациентов с дивертикулярной болезнью КЖ ниже, чем в контрольной группе. (20) Аналогичным образом, итальянские данные указывают на то, что даже у пациентов с неосложненным дивертикулезом КЖ ниже по сравнению с общей популяцией; особенно в отношении боли, жизненной силы и психологической составляющей КЖ (21). А в исследовании Humes DJ, Simpson J, Neal KR et al. (22) показали более высокую частоту возникновения тревоги и депрессии у пациентов с дивертикулярной болезнью по сравнению с контрольной группой, что также согласуется с нашими данными.

В Рекомендациях РГА и Ассоциации колопроктологов России 2016 г. утверждается, что лечение КВД не отличается от лечения СРК. Рекомендована коррекция диеты и селективные спазмолитики (14).

Учитывая приведенные данные о значительных изменениях психики у этих больных, заметном снижении КЖ, для оптимизации лечебной тактики можно рекомендовать, соответствующее изменениям психики, и психофармацевтическое лечение.

Наибольшую актуальность полиморбидные психические расстройства приобретают на этапах развернутой картины болезни и осложнений. Здесь встает необходимость присоединить к лечению ДБ врача-психиатра для оказания медикаментозной помощи для адекватной адаптации больного. В поликлинической практике сигналом для обращения к психиатру может служить включение в диагноз ДБ позиции «СРК-подобный синдром», что позволяет обозначить психическое неблагополучие.

## Литература | References

1. Левченко С. В., Лазебник Л. Б., Потанова В. Б., Рогозина В. А. Клинико-морфологические варианты дивертикулярной болезни толстой кишки // ЭиКТ. 2013. № 3.  
Levchenko SV, Lazebnik LB, Potanova VB, Rogozina VA. Clinical and Morphological Variants of Diverticular Disease in Colon. *Eksp Klin Gastroenterol*. 2013;(3):23–30.
2. Everhart JE, Ruhl CE. Burden of digestive diseases in the United States part II: lower gastrointestinal diseases. *Gastroenterology*. 2009;136:741–754. doi:10.1053/j.gastro.2009.01.015
3. Morini S, Ridola L, Hassan C, et al. Association between diverticulosis and colonic neoplastic lesions in individuals with a positive faecal immunochemical test. *United European Gastroenterol J*. 2017;5:134–138.
4. Peery AF, Martin CF, Levinson SE, Sandler RS. Colonic diverticula are not associated with an increased risk of colorectal adenomas. *Am J Gastroenterol*. 2015;110:1694–1697.
5. Štimac D, Nardone G, Mazzari A, et al. What's New in Diagnosing Diverticular Disease. *J Gastrointest Liver Dis*. 2019;28(suppl. 4):17–22. Published 2019 Dec 19. doi:10.15403/jgld-553
6. Rustom LBO, Sharara AI. The natural history of colonic diverticulosis: much ado about nothing? *Inflamm Intest Dis*. 2018;3:69–74.
7. Stollman N, Raskin J. B. Diverticular disease of the colon. *Lancet*. 2004;363:631–639.
8. Pautrat K, Bretagnol F, Hutten N, de Calan L. Acute diverticulitis in very young patients: a frequent surgical management. *Dis Colon Rectum*. 2007;50:472–477.
9. Ambrosetti P. Value of CT for acute left-colonic diverticulitis: the surgeon's view. *Dig Dis*. 2012;30:51–55.
10. Tursi A, Elisei W. Role of Inflammation in the Pathogenesis of Diverticular Disease. *Mediators Inflamm*. 2019;2019:8328490. Published 2019 Mar 14. doi:10.1155/2019/8328490
11. Järbrink-Sehgal M. E., Andreasson A., Talley N. J., Agréus L., Song J. Y., Schmidt P. T. Symptomatic diverticulosis is characterized by loose stools. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2016;14(12):1763–1770. e1. doi: 10.1016/j.cgh.2016.06.014.
12. Kaiser AM, Jiang JK, Lake JP, et al. The management of complicated diverticulitis and the role of computed tomography. *Am J Gastroenterol*. 2005;100:910–917.
13. Tursi A, Brandimarte G, Elisei W, et al. Assessment and grading of mucosal inflammation in colonic diverticular disease. *J Clin Gastroenterol*. 2008;42:699–703.
14. Ивашкин В. Т., Шелыгин Ю. А., Ачкасов С. И., Васильев С. В. и др. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению взрослых больных дивертикулярной болезнью ободочной кишки. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2016; 26 (1): 65–80. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2016-26-1-65-80>.  
Ivashkin V. T., Shelygin Y. A., Achkasov S. I., et al. Diagnostics and treatment of diverticular disease of the colon: guidelines of the Russian gastroenterological Association and Russian Association of Coloproctology. *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology*. 2016;26(1):65–80. (In Russ.) <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2016-26-1-65-80>
15. Simren M, Palsson OS, Whitehead WE. Update on Rome IV Criteria for Colorectal Disorders: Implications for Clinical Practice. *Curr Gastroenterol Rep*. 2017;19(4):15. doi:10.1007/s11894-017-0554-0
16. Drossman D.A., Hasler W.L. Rome IV – Functional GI disorders: disorders of gut-brain interaction. *Gastroenterology*. 2016; 150(6): 1257–61.
17. Mumolo M. G., Bertani L., Ceccarelli L., et al. From bench to bedside: fecal calprotectin in inflammatory bowel diseases clinical setting. *World Journal of Gastroenterology*. 2018;24(33):3681–3694. doi: 10.3748/wjg.v24.i33.3681.
18. Tursi A, Brandimarte G, Elisei W, Giorgetti GM, Inchingolo CD, Aiello F. Faecal calprotectin in colonic diverticular disease: a case-control study. *Int J Colorectal Dis*. 2009;24:49–55. doi:10.1007/s00384-008-0595-9
19. Tursi A, Elisei W, Picchio M, Brandimarte G. Increased faecal calprotectin predicts recurrence of colonic diverticulitis. *Int J Colorectal Dis*. 2014;29:931–935. doi:10.1007/s00384-014-1884-0
20. Bolster LT., Papagrigoriadis S. Diverticular disease has an impact on quality of life – results of a preliminary study. *Colorectal Dis*. 2003; 5: 320–3.
21. Comparato G, Fanigliulo L, Aragona G. et al. Quality of life in uncomplicated symptomatic diverticular disease: is it another good reason for treatment? *Dig Dis*. 2007; 25: 252–9.
22. Humes DJ, Simpson J, Neal KR., et al. Psychological and colonic factors in painful diverticulosis. *Br J Surg*. 2008; 95: 195–8.