

УДК 616.33-617.55-616.895.4



КОСИНСКАЯ С.В.
Кафедра гастроэнтерологии и терапии ФПО ГУ «ДМА»

ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И ОБОСНОВАНИЕ НАЗНАЧЕНИЯ ИХ КОРРЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Резюме. Статья посвящена проблеме тревожно-депрессивных расстройств у больных со стойкой гастроэнтерологической симптоматикой. По шкале HADS средний уровень тревоги у обследованных пациентов составил ($11,20 \pm 3,03$), что соответствует клинически выраженной категории, а по шкале депрессии ($9,20 \pm 3,61$) — субклинической. Персональную высокую тревожность имели 62,5 %, а реактивную высокую тревожность — 65,6 % больных. Объективизация тревожно-депрессивных расстройств позволяет обоснованно подходить к выбору терапии.

Гастроэнтерологическая патология часто сопровождается изменениями психоэмоциональной сферы, в частности, в виде тревожно-депрессивных расстройств [1–4]. В свою очередь, эти расстройства также могут быть причиной возникновения и обострения гастроэнтерологической патологии, особенно функционального характера, когда стандартная терапия недостаточно эффективна [1]. Впрочем, споры о первопричинности продолжают [5]. Большинство руководств и рекомендаций говорят о необходимости коррекции таких расстройств [2, 3]. Таким пациентам, безусловно, показана консультация психотерапевта для оказания квалифицированной помощи, вместе с тем большая часть таких больных ее вовсе не получают [6]. Кроме того, гастроэнтерологи и психотерапевты, очевидно, оценивают совершенно по-разному эффективность лечения: гастроэнтерологи — по купированию боли и диспепсии, психотерапевты — по купированию психоэмоциональных расстройств, что определяет разные подходы к лечению.

Хотя каждый врач-гастроэнтеролог может уже при опросе, осмотре предположить наличие у больного подобных расстройств, тем не менее происхо-

дит это субъективно и лежит вне зоны четких стандартов и рекомендаций по гастроэнтерологической патологии. Поэтому необходимы простые методы оценки психоэмоционального статуса, позволяющие их объективизировать и обосновать назначение препаратов и/или направление к психотерапевту.

С учетом высокой частоты тревожно-депрессивных расстройств у больных гастроэнтерологического профиля и в то же время недостаточной объективизации назначения препаратов исследование является актуальным.

Цель и задачи: объективизация тревожно-депрессивных расстройств и обоснование назначения психотропных препаратов как дополнительной терапии у больных с гастроэнтерологической патологией.

Материалы и методы

Исследованы 32 больных с различной сочетанной гастроэнтерологической патологией, исклю-

© Косинская С.В., 2013

© «Гастроэнтерология», 2013

© Заславский А.Ю., 2013

чая такую соматическую патологию, как активный гепатит, цирроз, хронические воспалительные заболевания кишечника. Среди участников исследования было 9 мужчин и 23 женщины, средний возраст составил $(38,8 \pm 13,7)$ года. Как основной диагноз хронический гастрит (подтвержденный морфологически) поставлен 17 (53,1 %) больным, язвенная болезнь — 5 (15,6 %), ГЭРБ — 5 (15,6 %), СРК — 2 (6,25 %), хронический панкреатит — 2 (6,25 %), функциональная диспепсия — 1 (3,1 %). Диагноз подтверждался на основании комплексного клиничко-лабораторного и инструментального обследования.

Исследовались пациенты стационара Института гастроэнтерологии НАМН Украины, не первичные больные, а те, которые поступают после лечения по месту жительства, зачастую получив по несколько курсов стандартного лечения, которое оказалось неэффективным или недостаточно эффективным. Таким образом, их можно считать пациентами со стойкой гастроэнтерологической симптоматикой.

Необходимость тестирования определялась 2 контрольными вопросами: есть ли нарушения сна или нарушения аппетита — общие соматовегетативные признаки тревоги и депрессии. Это позволяет врачу уже при первичном осмотре предположить расстройства психоэмоциональной сферы [6]. Если был хоть один положительный ответ, т.е. пациент подтверждал наличие нарушений сна и/или аппетита, ему выдавались наборы тестов. Подобное тестирование требует минимальных затрат времени и больного, и врача. Отказ от тестирования получили только в 1 случае (3,0 %) из 32.

В мировой практике хорошо зарекомендовала себя шкала HADS [7], которая используется в соматических стационарах с целью определения уровня тревоги и депрессии. Она достаточно проста, но удобна тем, что не только быстро объективизируется состояние, но и обосновывается назначение препаратов. Шкала применяется во многих исследованиях при самой различной соматической

патологии [8, 9]. Делится на 2 подшкалы: тревога (нечетные пункты) и депрессия (четные пункты). При интерпретации данных учитывается суммарный показатель по каждой подшкале, при этом в зависимости от результата выделяются 3 области значений: 0–7 баллов — норма; 8–10 баллов — субклинически выраженная тревога/депрессия; 11 баллов и выше — клинически выраженная тревога/депрессия [7].

Также по результатам предварительных наблюдений пациентам выдавалась шкала Спилбергера — Ханина, которая применяется с целью оценки тревожности пациентов [7]. Большинство из известных методов измерения тревожности позволяет оценить только или личностную тревожность, или состояние тревожности, либо более специфические реакции. Методикой, позволяющей дифференцированно измерять тревожность и как личностное свойство, и как состояние, является методика, предложенная Ч.Д. Спилбергером, на русском языке адаптированная Ю.Л. Ханиным. Под личностной тревожностью понимается устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции воспринимать многие ситуации как угрожающие, отвечая на каждую из них определенной реакцией. Как предрасположенность личная тревожность активизируется при восприятии определенных стимулов, расцениваемых человеком как опасные для самооценки, самоуважения. Ситуативная или реактивная тревожность как состояние характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Это состояние возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и может быть разным по интенсивности и динамике во времени.

Итоговый показатель по каждой из подшкал может находиться в диапазоне от 20 до 80 баллов, чем он больше, тем выше уровень тревожности (ситуативной или личностной). При интерпретации показателей рекомендуются следующие оценки

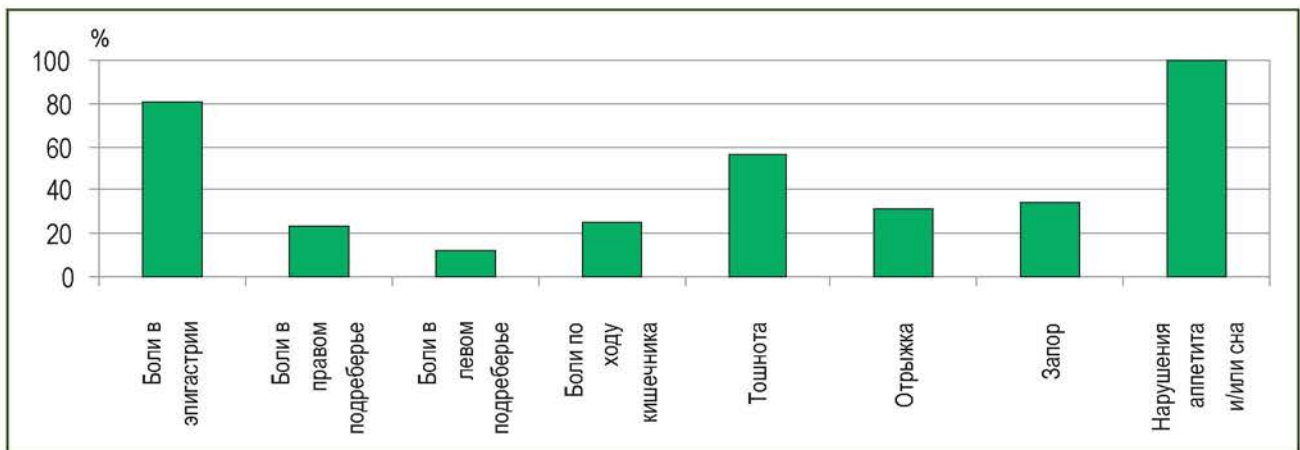


Рисунок 1 — Частота клинических симптомов у обследованных больных

тревожности: до 30 баллов — низкая, 31–44 балла — умеренная; 45 и более — высокая [7].

При выборе лечения исходили из того, что фактически у терапевтов, гастроэнтерологов выбор препаратов не такой уж и большой, что связано с особенностями назначения и учета психотропных средств и, откровенно говоря, недостаточностью знаний в этой области. Чаще назначаются антидепрессанты, анксиолитики, нейролептики (сульпирид) [2, 3]. Учитывая, что большинство пациентов принимает эти препараты и амбулаторно, в рамках исследования использованы современный антидепрессант группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) эсциталопрам и транквилизатор гидазепам.

Для статистической обработки данных использовали вычисление среднего значения ($\text{mean} \pm \text{SD}$), критерия достоверности Стьюдента с помощью программы Excel for Windows.

Результаты исследования

При анализе клинической картины (рис. 1) ведущим было наличие болевого синдрома. Несмотря на различные основные диагнозы, можно обратить внимание, что большая часть больных испытывала боли в эпигастрии — 26 из 32 (81,25 %), из них голодные — 0, ночные — 0, постоянные — 4 (15,4 %), периодические, после еды — 16 (72,7 %), не связанные с приемом пищи — 6 (23,1 %). Боли в правом подреберье отмечались у 6 (23,1 %), в левом — у 4

(12,5 %), по ходу кишечника — у 8 (25,0 %), неопределенные — у 1 (3,1 %) пациента. Причем в 100 % случаев боли характеризовались как несильные, незначительные, невыраженные, ноющего, хронического характера. Фактически имел место стойкий, резистентный болевой синдром.

Среди диспептических жалоб преобладала тошнота — у 18 (56,25 %), отрыжка — у 10 (31,25 %), включая всех больных ГЭРБ, нарушения стула в виде запора — у 11 (34,4 %), также отличавшиеся стойкостью к проводимой ранее терапии.

Согласно данным по шкале HADS, средний уровень тревоги у обследованных пациентов составил ($11,20 \pm 3,03$), т.е. соответствовал категории клинически выраженной, а по шкале депрессии — ($9,20 \pm 3,61$), т.е. соответствовал субклинической депрессии.

Оценка индивидуальных данных показала следующую частоту расстройств (рис. 2, 3).

Пациентов, которые имели клинически выраженную тревожность, было 19 (59,4 %), со средним значением тревоги — ($13,4 \pm 1,8$), с максимальным — 17. Субклиническая тревожность отмечена у 11 (34,4 %) пациентов, средний показатель ($8,83 \pm 0,75$). Не имели отклонений только 2 (6,25 %). Таким образом, почти 94 % пациентов (точнее 93,75 %) имели состояние тревоги той или иной степени выраженности.

Пациентов с депрессией было более 81 %: клинически выраженная депрессия выявлена у 14

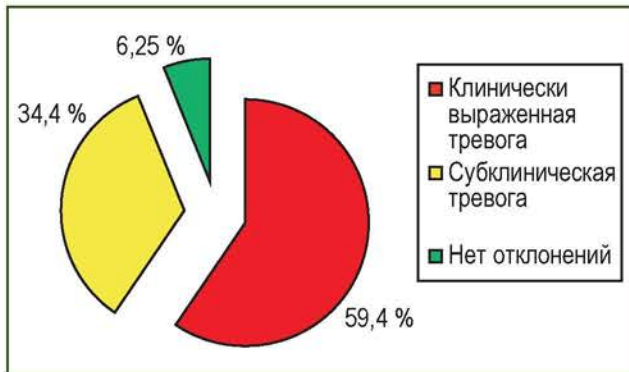


Рисунок 2 — Частота тревоги по шкале HADS при стойкой гастроэнтерологической симптоматике

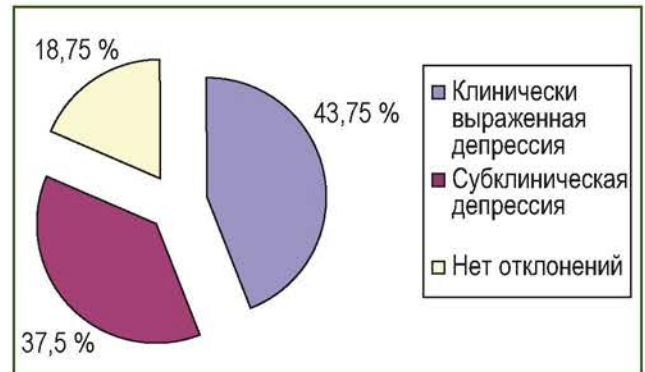


Рисунок 3 — Частота депрессии по шкале HADS при стойкой гастроэнтерологической симптоматике

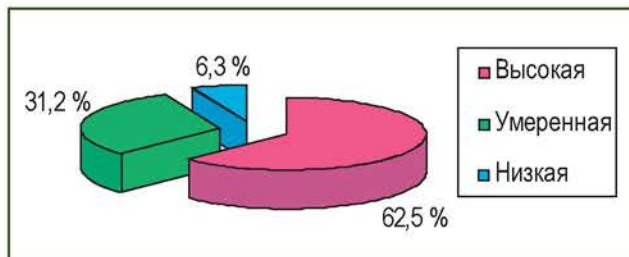


Рисунок 4 — Структура персональной тревожности при стойкой гастроэнтерологической симптоматике

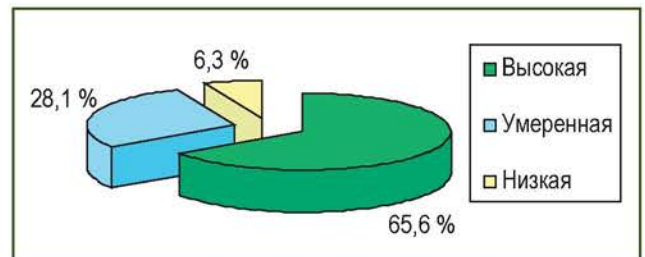


Рисунок 5 — Структура реактивной тревожности при стойкой гастроэнтерологической симптоматике

(43,75 %), со средним значением — $(12,25 \pm 1,60)$, с максимальным — 15, субклиническая депрессия — у 12 (37,5 %), со средним показателем $(9,00 \pm 0,82)$, т.е. суммарно 81,25 % пациентов. Не имели отклонений по данной шкале 6 человек (18,75 %), что в 3 раза больше ($p < 0,05$), чем по шкале тревоги.

То есть оценка HADS показала, что именно тревога преобладала над депрессией. Хотя у большинства пациентов наблюдалось сочетание субклинической/клинической тревоги и депрессии — в 25 случаях (78,1 %).

Оценка по шкале Спилберга — Ханина показала, что средний уровень персональной тревожности составил $(49,8 \pm 13,0)$ (от 18 до 75), а реактивной — $(48,6 \pm 12,8)$ (от 18 до 80), что соответствует области высокой тревожности по обоим характеристикам.

При этом персональную высокую тревожность (рис. 4) имели 20 пациентов (62,5 %), умеренную — 10 (31,2 %), низкую — 2 (6,3 %). Реактивную высокую тревожность (рис. 5) отмечали у 21 больного (65,6 %), умеренную — у 9 (28,1 %), низкую — тоже только у 2 (6,3 %). Это отвечает предыдущим данным шкалы HADS о наличии у больных выраженных тревожных расстройств, требующих лечения.

Что касается лечения, необходимо отметить, что назначали препараты, исходя из показателей шкалы HADS. Если преобладала тревожность, назначался гиазепам, если депрессия — эсциталопрам. Если клинически выраженными были и тревога, и депрессия, то назначали комбинацию этих средств. Для оценки результатов лечения необходимы дальнейшие исследования.

Обсуждение

Получены данные о крайне высокой распространенности и выраженности тревоги и депрессии у гастроэнтерологических больных, по HADS соответственно 11 и 9, что выше, чем в литературных источниках, где средние цифры составляют 6–8 [4, 8]. Это можно объяснить более целенаправленным отбором больных для тестирования с помощью контрольных вопросов, чем при отборе по нозологическим единицам.

Также необходимо учитывать особенности четвертого уровня оказания медицинской помощи Институтом гастроэнтерологии — это больные с неэффективным предыдущим лечением. В свою очередь, эта неэффективность, стойкость гастроэнтерологической симптоматики могут быть связаны с наличием тревожно-депрессивных расстройств [4, 10].

При том что часто встречаются и тревожные, и депрессивные расстройства, а также их сочетания, результаты исследования показали, что чаще при стойкой гастроэнтерологической патологии встречаются именно тревожные расстройства, и более выраженные, чем депрессивные. Литературный поиск показал, что есть немало исследований, в которых

отмечено достоверно большее преобладание тревожных расстройств при гастроэнтерологической патологии [1, 8, 11]. Поэтому необходимо обоснованное назначение препаратов для повышения эффективности лечения.

Выводы

1. У больных со стойкой гастроэнтерологической симптоматикой при целенаправленном отборе в 93,75 % случаев выявлены тревожные расстройства, а в 81,25 % — депрессивные расстройства по шкале HADS.

2. Выраженность тревожных расстройств у гастроэнтерологических больных со стойкой симптоматикой выше, чем депрессивных. По шкале Спилберга — Ханина персональную высокую тревожность имели 62,5 %, реактивную высокую тревожность — 65,6 % и только 6,3 % пациентов — низкую.

3. Шкала HADS удобна в применении и может быть рекомендована для использования в гастроэнтерологическом стационаре для объективизации коррекции тревожно-депрессивных расстройств у пациентов со стойкой гастроэнтерологической симптоматикой.

Список литературы

1. Hartono J.L. Anxiety and depression in various functional gastrointestinal disorders: do differences exist? / J.L. Hartono, S. Mahadeva, K.L. Goh // *J. Dig. Dis.* — 2012. — Vol. 13, № 5. — P. 252-257.
2. Mikocka-Walus A.A. Treatment of psychological comorbidities in common gastrointestinal and hepatologic disorders / A.A. Mikocka-Walus // *World J. Gastrointest. Pharmacol. Ther.* — 2010. — Vol. 1, № 2. — P. 64-71.
3. Циммерман Я.С. Депрессивный синдром в гастроэнтерологии: диагностика и лечение / Я.С. Циммерман, И.Я. Циммерман // *Клинич. медицина* — 2007. — Т. 85, № 5. — С. 15-23.
4. Dysfunctional cognitions, anxiety and depression in irritable bowel syndrome / A.Y. Thijssen [et al.] // *J. Clin. Gastroenterol.* — 2010. — Vol. 44, № 10. — P. 236-241.
5. Wilhelmsen I. Reduced relapse rate in duodenal ulcer disease leads to normalization of psychological distress: twelve-year follow-up / I. Wilhelmsen, A. Berstad // *Scand. J. Gastroenterol.* — 2004. — Vol. 39, № 8. — P. 717-721.
6. Маляров С.А. Значение симптомов тревоги в структуре депрессии / С.А. Маляров // *НейроNEWS. Психоневрология и нейропсихиатрия.* — 2008. — № 3/1. — С. 23-27.
7. Калягин В.А. Логопсихология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / В.А. Калягин, Т.С. Овчинникова. — М.: Академия, 2006. — 320 с.
8. Association of sleep dysfunction and emotional status with gastroesophageal reflux disease in Korea / J.Y. Kim [et al.] // *J. Neurogastroenterol. Motil.* — 2013. — Vol. 19, № 3. — P. 344-354.
9. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): validation in a Greek general hospital sample / I. Michopoulos [et al.] // *Ann. Gen. Psychiatry.* — 2008. — № 7. — P. 4.

10. Загромава Т.А. Влияние тревожно-депрессивных нарушений на клинические проявления язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / Т.А. Загромава, Е.К. Гладиллина, М.А. Балаганская // Кубанский научный медицинский вестник. — 2010. — № 8. — С. 73-75.

11. Anxiety disorders and comorbid medical illness / P.P. Roy-Byrne [et al.] // Gen. Hosp. Psychiatry. — 2008. — Vol. 30, № 3. — P. 208-225.

Получено 16.07.13 □

Косинська С.В.
Кафедра гастроентерології та терапії ФПО ДУ «ДМА»

ОБ'ЄКТИВІЗАЦІЯ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ ТА ОБҐРУНТУВАННЯ ПРИЗНАЧЕННЯ ЇХ КОРЕКЦІЇ У ХВОРИХ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

Резюме. Стаття присвячена проблемі тривожно-депресивних розладів у хворих зі стійкою гастроентерологічною симптоматикою. За шкалою HADS середній рівень тривоги в обстежених пацієнтів склав $(11,20 \pm 3,03)$, що відповідає клінічно вираженій категорії, а за шкалою депресії $(9,20 \pm 3,61)$ — субклінічній. Персональну високу тривожність мали 62,5 %, а реактивну високу тривожність — 65,6 % хворих. Об'єктивізація тривожно-депресивних розладів дозволяє обґрунтовано підходити до вибору терапії.

Kosinskaya S.V.
Department of Gastroenterology and Therapy of the Faculty of Postgraduate Education of State Institution «Dnipropetrovsk Medical Academy», Dnipropetrovsk, Ukraine

OBJECTIFICATION OF ANXIETY AND DEPRESSIVE DISORDERS AND SUBSTANTIATION OF THEIR CORRECTION IN GASTROENTEROLOGICAL PATIENTS

Summary. The article deals with the problem of anxiety and depressive disorders in patients with persistent gastroenterological symptomatology. According to HADS the average level of anxiety in examined patients was (11.20 ± 3.03) , which corresponds to clinically significant categories, by scale of depression (9.20 ± 3.61) — to subclinical one. Personal high anxiety had 62.5 %, and high reactive anxiety — 65.6 % of patients. Objectification of anxiety and depressive disorders enable the reasonable approach to the choice of therapy.