

УДК 616.33/34-008:616.89-008.19

## СТРУКТУРА ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

**Е.Е. Горячева,**

ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия»

*Горячева Екатерина Евгеньевна – e-mail: goryacheva.katerina@list.ru*

В исследовании представлены данные о распространённости, особенностях структуры, нозологической принадлежности депрессивных расстройств и их влиянии на комплаентность у больных с функциональной патологией желудочно-кишечного тракта. Установлены широкая распространённость и полиморфизм депрессивных нарушений и психопатологических расстройств в целом. Приведён клинический пример пациента с депрессией. По результатам опросника Мориски-Грина у обследованных, как с депрессивным расстройством, так и без него, выявлялась низкая приверженность к терапии.

**Ключевые слова:** функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта, депрессивные расстройства, комплаентность.

The research presents data about morbidity, features of structure, nosological unities that include depressive disorders and their impact on compliance of patients with functional gastrointestinal disorders pathology. The prevalence and polymorphism of depressive disorders and different psychopathological disorders are improved in this research. The article gives a clinical description of a patient with depression. By the Morisky-Green questionnaire test the low compliance was detected among the examined with depressive disorders and without it.

**Key words:** functional gastrointestinal disorders, depressive disorder, compliance.

### Введение

Одной из актуальных проблем гастроэнтерологии в настоящее время являются функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Это связано с высокой распространённостью данной патологии в популяции, трудностью дифференциальной диагностики, а также недостаточной эффективностью лечения данной категории больных [1, 2].

Результаты исследований указывают, что от 30 до 70% больных, обратившихся к гастроэнтерологам, страдают функциональными нарушениями, при этом половина из них нуждается лишь в коррекции психического статуса [3, 4].

Ряд исследований, посвящённых изучению психопатологических особенностей у пациентов с патологией ЖКТ, указывают на широкую распространённость и полиморфизм психических расстройств [5], однако клинические проявления и структура коморбидных соотношений остаются недостаточно изученными [6, 7].

Повышение приверженности пациентов к лечению является одним из центральных направлений современной медицины [7]. В настоящее время известно порядка 250 факторов, обуславливающих приверженность к терапии, что является показателем сложности данной проблемы [8].

**Целью исследования** являлись изучение структуры и распространённости депрессивных расстройств, влияние их на комплаентность пациентов с функциональными заболеваниями ЖКТ.

#### Материал и методы

Методом структурированного опроса, включающего в себя социодемографические сведения, данные анамнеза и клиническую часть с характеристикой психопатологических синдромов согласно критериям МКБ-10 и DSM-IV, были опрошены 89 пациентов, находящихся на стационарном лечении в гастроэнтерологических отделениях Городской клинической больницы № 13 и Нижегородской областной клинической больницы им. Н.А. Семашко по поводу ГЭРБ и СРК, 34 мужчин и 55 женщин (средний возраст составил  $42,9 \pm 12,9$  года).

Комплаентность оценивалась с помощью универсального валидизированного теста Мориски-Грина [9].

#### Результаты и их обсуждение

Среди опрошенных 38,2% составляли мужчины, 61,8% – женщины. В группе пациентов с гастроэнтерологической патологией преобладали работающие лица (77,5%). Неработающие больные составили 22,5%. Из работающих снижение трудовой адаптации (неспособность выдержать темп и ритм работы, работать в разные смены, нарушение трудовой дисциплины) выявлено у 49,3% больных.

Проявления социальной дезадаптации, такие как утрата прежних интересов, безучастность, безынициативность, нарушение или разрыв семейных отношений, конфликтность, обнаруживались у 38,2% опрошенных.

На наличие психических расстройств у родственников (алкоголизм, шизофрения, депрессивные нарушения) указали 47,2% пациентов с патологией ЖКТ. Психозадаптационные эпизоды в детстве выявлялись у 52,8% больных: расстройства органического типа (головные боли, ночные страхи, снохождение и т. д.), сверхценные образования (дисморфофобии, нервная анорексия), аффективные расстройства (страхи, депрессивные реакции, возбудимость).

На стресс как фактор, способствующий началу или возникновению рецидивов основного заболевания, указали 59,6% пациентов.

Практически все пациенты предъявляли неспецифические соматические жалобы (нарушение аппетита, выраженное похудание, слабость, тошнота и т. д.), которые приводили к формированию тревожных опасений о наличии у них серьёзного заболевания, чаще онкологического.

Развернутые синдромы психических расстройств диагностировались у 88,4% пациентов, у 75,4% диагностировались коморбидные состояния. У 7,3% больных выявлялись рудиментарные синдромы, являющиеся уровнем риска для возникновения развёрнутого расстройства, при действии провоцирующих факторов и истощении компенсаторных механизмов и определялись как предболезненные состояния. Лишь у 4,4% больных не обнаруживалось никаких симптомов психических нарушений.

Среди обследованных пациентов симптомы депрессивных расстройств выявлялись в 78,7% случаев. Развёрнутые депрессивные синдромы диагностировались у 43,8%, преобладали тяжёлые депрессии (23,6%). Пациенты жаловались на нарушения сна (61,8%) в виде трудностей

при засыпании («сон не идёт»), поверхностный сон с частыми пробуждениями («будто и не спала», «проснулась неотдохнувшая, разбитая», «пробуждение от малейшего шороха»), ранние пробуждения. В 52,8% наблюдений обнаруживались жалобы на усталость или упадок сил почти ежедневно, на сохраняющееся большую часть дня и почти ежедневно подавленное настроение указывали 47,2% исследуемых. 42,7% больных с депрессией указывали на значительное снижение массы тела, не связанное с диетой. Когнитивные нарушения выявлялись у 38,2% больных (снижение способности думать и сосредоточиться, периодически возникающие мысли о смерти). Выраженное снижение заинтересованности или утрата удовольствия от всех или почти всех видов деятельности выявлялись у 35,9% больных с депрессией. 22,5% пациентов указывали на двигательную заторможенность («хочется лечь и лежать»). У трети обследованных (14,6%) депрессивные нарушения сочетались с ощущением собственной никчёмности и необоснованным чувством вины.

В 25,8% случаев депрессии сочетались с тревожными расстройствами. Проявления тревоги доминировали в структуре депрессии, пациенты жаловались на чрезмерную тревогу и беспокойство, ожидание плохого, суетливость, нетерпеливость, раздражительность, нарушения сна в виде частых пробуждений, трудностей при засыпании, навязчивые мысли тревожного содержания, связанные с предстоящими лечебно-диагностическими процедурами, дальнейшим прогнозом заболевания. Тревожные нарушения проявлялись мышечным напряжением, невозможностью расслабиться, болями и неприятными ощущениями в эпигастральной области и по ходу кишечника, тенезмами, ощущением напряжения в животе, а также появлением изжоги и отрыжки. Перечисленные симптомы со стороны ЖКТ зачастую выступали на первый план среди жалоб больного, носили стойкий характер, значительно снижали качество жизни пациентов и практически не поддавались лечению препаратами, назначенными гастроэнтерологом. Положительный эффект в лечении достигался лишь при включении психофармакотерапии. Депрессивные состояния в 76,9% случаев были коморбидны фобическим (специфические, социальные и агорафобии) и паническим расстройствам. Стоит отметить, что зачастую больной находился в стационаре по поводу панических атак, проявления которых симулировали симптомы со стороны ЖКТ (боль или жжение за грудиной, ощущение распирания, вздутия в эпигастральной области), что создавало существенные трудности в дифференциальной диагностике у гастроэнтерологов. Пациенты с тревожной депрессией интересовались информацией о своём заболевании, задавали многочисленные вопросы, связанные с процедурами, назначенным лечением и т. д. Однако после купирования симптомов заболевания аккуратность в выполнении врачебных предписаний снижалась.

Меланхолическая, или тоскливая, депрессия (12,4%) у больных с функциональными расстройствами ЖКТ характеризовалась подавленным настроением, чувством тоски и безысходности, которые пациенты воспринимали как душевную боль и описывали как физические тягостные и неприятные ощущения в эпигастральной области, по ходу

кишечника или сдавливающие боли в области сердца. Идеаторный и двигательный компоненты тоскливой депрессии у гастроэнтерологических пациентов, как правило, были выражены незначительно. Часто больные указывали на слабость, разбитость, «желание прилечь», «медлительность», двигательную заторможенность также предъявляли жалобы на снижение памяти, рассеянность, быструю утомляемость. Пациенты с тоскливой депрессией были безучастны, безынициативны, не проявляли интереса к назначениям, к результатам диагностических исследований, не интересовались информацией о своём заболевании.

Сенестоипохондрическая депрессия (5,6%) диагностировалась при доминировании жалоб на неприятные, тягостные ощущения со стороны внутренних органов, на фоне неотчётливо выраженного депрессивного настроения. Сенестопатические ощущения носили порой вычурный характер. Пациенты указывали на «внезапное чувство вздутия» в области желудка, которое сопровождается учащённым сердцебиением, «дрожью в руках», ощущением «кома в горле», «кома в кишечнике», чувство «будто кишки наматываются на позвоночник», а также на различные неприятные, труднолокализуемые, часто мигрирующие ощущения по ходу кишечника. Больные с сенестопатической депрессией были фиксированы на необычных ощущениях, зачастую могли назвать точную дату и время появления сенестопатий, высказывали тревожные опасения в отношении своего здоровья, не верили результатам диагностических исследований. Пациенты с сенестопатической депрессией являлись наиболее сложными в плане лечения в условиях гастроэнтерологического стационара и, как правило, нуждались в лечении лишь у психиатра.

В общей выборке согласно МКБ-10 депрессивный синдром встречался в рамках рекуррентной депрессии (20,5%), дистимии (20,5%), депрессивного эпизода (7,7%), биполярного аффективного расстройства (5,1%). В 38,5% случаев депрессивный синдром встречался в рамках невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств (соматизированное расстройство, расстройство адаптации, посттравматическое стрессовое расстройство). У 12,8% обследуемых депрессивные расстройства выявлялись в рамках шизофрении. У 7,7% исследованных депрессия выявлялась в рамках органического аффективного непсихотического депрессивного расстройства. Большей части выявленным депрессивным расстройствам были характерны эндогенные черты, такие как суточные колебания (больные отмечали ухудшение настроения и нарастание гастроэнтерологических симптомов в утреннее время), витальный компонент («тоска», «пустота», «тяжесть», «тревога», локализованные в области сердца, головы, в животе), длительность течения, характерные инсомнические нарушения. Идеи самообвинения, самоуничтожения, идеаторная и моторная заторможенность уступают место соматовегетативным симптомам, которые являются ведущими как в клинике гастроэнтерологических, так и психопатологических расстройств.

В ходе исследования было установлено, что несмотря на широкую распространённость и тяжесть психопатологических расстройств 62,9% исследованных никогда в течении жизни не обращались к психиатрам. 37,1% пациентов,

обращавшихся в психиатру, психотерапевту или к психологу, как правило, получали единичные консультации, без длительного наблюдения.

Среди обследованных преобладали лица с низкой приверженностью к терапии. По результатам проведённого тестирования 62,9% исследованных являлись некомплаентными, 23,6% пациентов относились к группе риска и лишь 13,5% были комплаентными. При сравнении пациентов с депрессивными расстройствами и без них значительной разницы не обнаруживалось. Среди пациентов с депрессией, так же, как и без неё, преобладали некомплаентные пациенты (61,5% и 64% соответственно), 28,2% и 20% соответственно составляли группу риска и лишь 10,3% и 16% соответственно являлись комплаентными.

**Клинический пример № 1.** Пациентка ..., 51 год, обратилась за консультацией к психиатру по направлению гастроэнтеролога. Ранее к психиатру не обращалась. Из анамнеза: наследственность не отягощена. Мать по характеру была жесткая, требовательная. Отец по характеру был мягкий, любящий, умер от рака желудка, когда пациентке было 14 лет. Родилась вторым ребенком. Имела старшего брата, который погиб от тяжелой ЧМТ в возрасте 45 лет. Мать умерла от онкологического заболевания в 79 лет. В детстве часто беспокоили боли в области эпигастрии, в 10 лет проходила стационарное лечение по поводу хронического гастрита. Посещала ДДУ, росла активной, общительной. В школу пошла с семи лет. Училась на 4 и 5. В начальной школе отмечала наличие страхов, боялась темноты, будила родителей по ночам, чтобы сходить в туалет. Имела много подруг, активно принимала участие в различных спортивных соревнованиях, занималась легкой атлетикой, художественной самодеятельностью, окончила музыкальную школу по классу фортепиано. Сообщает, что всегда была худая, стеснялась этого. Когда в пионерских лагерях взвешивали всех, старалась стать последней в очереди, «чтобы другие ребята не слышали, сколько я вешу». Закончила 10 классов школы, поступила в университет. К учёбе относилась серьёзно, много занималась. По окончании института вышла замуж за одноклассника. В 23 года родила сына. Беременность протекала без патологии. Роды без осложнений. С 24 до 35 лет работала инженером на заводе. С 35 до 49 лет работала в институте. С 49 лет работает продавцом. С работой справлялась. Больной себя считает с января 2013 года, когда после конфликта на работе появилась тревога, боли в области желудка, частый жидкий стул. Тогда обратилась к терапевту, обследовалась у гастроэнтеролога, проводилась ФГДС, выявившая эрозию слизистой оболочки желудка. Лечилась амбулаторно, но без эффекта, болевой синдром сохранялся. Начала нарастать тревога, снизился фон настроения. Настояла на госпитализации в терапевтическое отделение. После выписки отмечала некоторое непродолжительное улучшение самочувствия, дома принимала назначенные препараты, но через неделю вновь появились боли в эпигастриальной области, усилилась тревога, нарушился сон, снизилось настроение. Просыпалась по ночам от приступов тревоги, сердцебиений, появилась «внутренняя дрожь». Тогда снова обратилась к врачу, лечение было скорректировано, но эффекта также не отмечала. Продолжала обращаться к врачам различных специальностей. Состояние

ухудшалось, похудела на 7 кг, стала плаксивой, появились опасения за свое здоровье, стала отмечать ухудшение памяти, «стало труднее соображать». Вновь была госпитализирована в гастроэнтерологический стационар с диагнозом: Хронический панкреатит, обострение. Дисфункция сфинктера Одди по смешанному типу. Хронический гастродуоденит, обострение. Синдром раздраженного кишечника, со склонностью к диарее. После выписки улучшения самочувствия не отмечала.

Психический статус: предъявляет многочисленные соматические жалобы на боли в области эпигастрии, головокружение, тошноту, сухость во рту, внутреннюю дрожь, прерывистый сон, сниженное настроение на протяжении около двух месяцев. Внешне опрятна. Ориентирована в месте, времени и собственной личности. Подробно рассказывает о своих переживаниях. Плаксива. Высказывает опасение за свое здоровье, просит помощи. Сообщает, что за несколько месяцев снизился аппетит, похудела на 6,5 кг. Фон настроения снижен. Рассказывает, что периодически возникает «жар во всем теле, дрожь». Сообщает, что «ничего не радуется». Галлюцинаторно-бредовых идей не высказывает.

Вначале лечения на фоне приёма трициклических антидепрессантов в сочетании с атипичным нейролептиком состояние изменилось, на приём пришла в яркой одежде, с ярким макияжем, при беседе выявлялся повышенный фон настроения, отмечала «очень хорошее» самочувствие. Лечение было скорректировано.

За период терапии в состоянии отмечается положительная динамика – выровнялся фон настроения, наладился ночной сон, стабилизировалась вегетативная симптоматика, купировались гастроэнтерологические жалобы.

На основании анамнеза, в котором отражены данные о начале и длительном течении заболевания, данных психического статуса, выявившего сниженный фон настроения, выраженную тревогу, потерю аппетита, нарушения сна, ангедонические нарушения, а также многочисленные соматические жалобы, учитывая изменения состояния на гипоманиакальное, можно поставить диагноз: Биполярное аффективное расстройство. Текущий депрессивный эпизод.

### Выводы

У большей части пациентов, страдающих функциональными нарушениями ЖКТ, в момент обследования и в течение жизни возникали проблемы, связанные с психическим здоровьем, а именно снижение трудовой и социальной адаптации, отмечали связь влияния стрессового фактора и развитие основного заболевания. У большей части обследованных имелись родственники, страдающие психическими расстройствами. Наличие психодезадаптационных эпизодов в детстве наблюдалось у большинства пациентов. Однако лишь немногие обращались за помощью к психиатрам, психотерапевтам и психологам.

Широкая распространенность и полиморфизм психических расстройств у пациентов с функциональной патологией ЖКТ подчёркивает необходимость длительного наблю-

дения у врача-психиатра. Коррекция психического статуса будет способствовать уменьшению сроков лечения, формированию стойкой ремиссии и улучшению качества жизни пациентов.

Лечение данной категории больных усложняет и низкая приверженность к терапии как гастроэнтерологической патологии, так и психопатологических расстройств.

Стоит отметить, что в ходе исследования со всеми пациентами с выявленными психическими расстройствами была проведена образовательная беседа о связи психического состояния и его влияния на соматическое здоровье, а также даны рекомендации по коррекции психического статуса и назначен следующий визит после выписки из стационарного отделения, но ни один пациент не явился, что может указывать на отсутствие адекватного осознания наличия психических нарушений.



### ЛИТЕРАТУРА

1. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Киприанис В.А. Функциональная диспепсия: краткое практическое руководство. М.: МЕДпресс-информ, 2011. 112 с.  
*Ivashkin V.T., Sheptulin A.A., Kiprianis V.A. Funkcional'naya dispepsiya: kratkoe prakticheskoe rukovodstvo. M.: MEDpress-inform, 2011. 112 s.*
2. Кузьмичев А.Ф. Психические расстройства при синдроме функциональной диспепсии: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.2006. М., 2010. 153 с.  
*Kuz'michev A.F. Psikhicheskie rasstrojstva pri sindrome funktsional'noj dispepsii: dis. ... kand. med. nauk: 14.01.2006. M., 2010. 153 s.*
3. Махов В.М., Ромасенко Л.В., Турко Т.В. Коморбидность дисфункциональных расстройств органов пищеварения. Русский медицинский журнал. Болезни органов пищеварения. 2007. Т. 9. № 2. С. 37-42.  
*Mahov V.M., Romasenko L.V., Turko T.V. Komorbidnost' disfunktsional'nyh rasstrojstv organov pishchevareniya. Russkij Medicinskij Zhurnal. Bolezni organov pishchevareniya. 2007. T. 9. № 2. S. 37-42.*
4. Ромасенко Л.В., Абрамова И.В., Пархоменко И.М. Тревожно-депрессивные расстройства у пациентов с сердечно-сосудистой патологией. Справочник поликлинического врача. 2007. № 4. С. 75-78.  
*Romasenko L.V., Abramova I.V., Parkhomenko I.M. Trevozhno-depressivnye rasstrojstva u pacientov s serdechno-sosudistoj patologiej. Spravochnik poliklinicheskogo vracha. 2007. № 4. S. 75-78.*
5. Палий И.Г., Резниченко И.Г., Севак Н.М. Психосоматические расстройства в гастроэнтерологической практике: особенности клинического течения и медикаментозной терапии. Новости медицины и фармакологии. 2007. № 6. С. 210.  
*Palij I.G., Reznichenko I.G., Sevak N.M. Psihosomaticheskie rasstrojstva v gastroenterologicheskoj praktike: osobennosti klinicheskogo techeniya i medikamentoznoj terapii. Novosti mediciny i farmakologii. 2007. № 6. S. 210.*
6. Антоненко О.М. Аффективные и тревожные расстройства у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.2005, 14.00.18. М., 2002. 188 с.  
*Antonenko O.M. Affektivnye i trevozhnye rasstrojstva u pacientov s gastroezofageal'noj refl'yuksnoj bolezn'yu: dis. ... kand. med. nauk: 14.00.2005, 14.00.18. M., 2002. 188 s.*
7. Наумова Е.А. Определяющие факторы и методы улучшения приверженности пациентов к лечению сердечно-сосудистых заболеваний: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.2006. Саратов, 2007. 42 с.  
*Naumova E.A. Opredelyayushchie faktory i metody uluchsheniya priverzhennosti pacientov k lecheniyu serdechno-sosudistyh zabolevanij: avtoref. dis. ... d-ra med. nauk: 14.00.2006. Saratov, 2007. 42 s.*
8. Port K., Palm K., Viigimaa M. Self-reported compliance of patients receiving antihypertensive treatment: use of a telemonitoring home care system. J. Telemed. Telecare. 2003. Vol. 9. P. 65-66.
9. Morisky D.E., Green L.W., Levine D.M. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medical adherence. Med. Care. 1986. Vol. 2. P. 67-73.