

ВЛИЯНИЕ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ НАРУШЕНИЙ НА КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

¹Кафедра общей врачебной практики ФПК и ППС;

²кафедра терапии ФПК и ППС;

³кафедра внутренних болезней ПФ

ГОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет Росздрава»,
Россия, 634050, г. Томск, ул. Московский тракт, 2, тел. (382) 419844. E-mail: aestas@list.ru

У 174 пациентов язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК) изучены распространенность психических нарушений в период обострения и ремиссии и их влияние на гастроинтестинальные симптомы. Показана высокая частота встречаемости тревожно-депрессивных нарушений при ЯБ ДПК. В группе пациентов с коморбидными психическими расстройствами отмечены более выраженные гастроинтестинальные симптомы. У них также значительно чаще по сравнению с пациентами без психических нарушений сохранялись боль и диспепсия, несмотря на достижение рубцевания язвенного дефекта.

Ключевые слова: язвенная болезнь, тревожно-депрессивные нарушения.

T. A. ZAGROMOVA¹, E. K. GLADILINA², M. A. BALAGANSKAYA³

EFFECT OF ANXIETY AND DEPRESSIVE DISORDERS ON CLINICAL MANIFESTATION OF DUODENAL ULCER

¹Department of general practice FPG;

²department of therapy and FPG;

³department of internal diseases PF Siberian state medical university,
Russia, 634050, Tomsk, Moscovsky tract st., 2, tel. (382) 419844. E-mail: aestas@list.ru

In 174 patients' duodenal ulcer was studied the prevalence of mental disorders in the period of exacerbation and remission, and their effect on gastrointestinal symptoms. The high frequency of anxiety and depressive disorders in duodenal ulcer was estimated. The patients with comorbid psychiatric disorders have more pronounced gastrointestinal symptoms. They also significantly more likely than patients without mental disorders, have pain and dyspepsia despite the achievement of scarring of the ulcer.

Key words: peptic ulcer disease, anxiety and depressive disorders.

Концепция коморбидности соматических заболеваний и психических расстройств в настоящее время рассматривается как практическая парадигма преодоления психосоматического дуализма в клинической практике [6]. Многочисленные работы свидетельствуют о значительной распространенности и недостаточном выявлении психических расстройств у соматических больных [1, 4]. Наиболее частыми психическими нарушениями в общей медицинской сети являются тревожные и депрессивные расстройства. Частота депрессий в общей популяции составляет около 8%, а тревожных расстройств – 6%. В контингентах же соматических больных эти показатели выше в 2–3 раза и достигают 20–30% для депрессий и 12–15% для тревожных расстройств [1, 8].

В настоящее время точка зрения ВОЗ состоит в том, что депрессия может быть достоверно диагностирована в условиях первичной практики. Антидепрессанты и краткие структурированные формы психотерапии эффективны у 60–80% больных, причем указанные методы лечения могут проводиться в условиях первичной помощи [4, 6].

В практическом аспекте представляется важным изучение взаимного влияния соматических заболева-

ний и психических расстройств. Это касается и язвенной болезни, которая традиционно рассматривается как классический пример психосоматического заболевания [2, 3, 7, 9]. В практической работе врачу первичного звена часто приходится сталкиваться с ситуацией, когда гастроинтестинальные симптомы пациента не соответствуют объективным и параклиническим данным [5, 10, 13]. Поэтому представляется актуальным изучение различных аспектов коморбидности язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК) и расстройств тревожного и депрессивного спектров.

Цель работы – изучить распространенность психических нарушений у больных язвенной болезнью ДПК в период обострения и ремиссии, оценить влияние симптомов депрессии и тревоги на клинические проявления язвенной болезни ДПК.

Объект и методы исследования

В обследование было включено 174 пациента с язвенной болезнью ДПК, из них 119 мужчин и 56 женщин в возрасте от 18 до 60 лет, средний возраст составил 38,6±0,95 года. Диагноз основывался на данных анамнеза,

клинической картины заболевания, данных эзофагогастродуоденоскопии.

Контрольная группа представлена добровольцами из 41 практически здорового человека в возрасте от 21 до 60 лет ($36,56 \pm 1,6$ года), из них 22 мужчины и 19 женщин. Пациенты с ЯБ ДПК и практически здоровые добровольцы, составившие контрольную группу, были сопоставимы по возрасту, полу, образовательному и социальному статусам.

Программа обследования включала оценку выраженности болевого и диспепсического синдромов, наличия симптомов тревоги и депрессии при установлении диагноза обострения ЯБ ДПК и после достижения эндоскопической ремиссии. При оценке выраженности болевого и диспепсического синдромов использовали показатели визуально-аналоговых шкал, учитывали данные объективного обследования, потребность в дополнительном назначении антацидов и спазмолитиков.

Диагностическая оценка и клиническая классификация психических расстройств проводились во время клинического интервью в соответствии с научно-исследовательскими критериями Международной классификации болезней 10-го пересмотра. Дополнительно нами использовались стандартизированные опросники: госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), шкалы самооценки депрессии Бека и тревоги Шихана.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программ «STATISTICA 6,0» («StatSoft», США). Для сравнения групп и исследования связей использовались непараметрические методы (критерий Манна-Уитни, корреляции Спирмена, хи-квадрат Пирсона с поправкой Йетса на непрерывность). Пороговый уровень статистической значимости принимался при значении критерия $p < 0,05$.

Таблица 1

Частота психических нарушений у пациентов с язвенной болезнью и в контрольной группе

Группы пациентов с ЯБ ДПК	Контрольная группа	Пациенты		p
		В стадии обострения	В стадии ремиссии	
	1	2	3	
Без психических нарушений	39 (95,1%)	98 (56,32%)	122 (70,1%)	$p_{1-2} < 0,0001$ $p_{1-3} < 0,01$
С симптомами тревоги и депрессии	2 (4,9%)	76 (43,67%)	51 (29,3%)	$p_{1-2} < 0,0001$ $p_{1-3} < 0,01$

Таблица 2

Распределение пациентов в стадии обострения в зависимости от тяжести болевого синдрома и наличия психических расстройств

Болевой синдром	Пациенты				p
	Без психических нарушений		С симптомами тревоги и депрессии		
	Абс.	%	Абс.	%	
Легкий	11	11,7	6	7,9	p=0,03
Умеренный	69	73,4	53	69,7	p>0,05
Тяжелый	14	14,9	17	22,4	p=0,01
Всего	94	100	76	100	

Таблица 3

Распределение пациентов в стадии обострения в зависимости от тяжести диспепсического синдрома и наличия психических расстройств

Диспепсический синдром	Пациенты				p
	Без психических нарушений		С симптомами тревоги и депрессии		
	Абс.	%	Абс.	%	
Легкий	43	50,6	24	31,6	p =0,01
Умеренный	39	45,9	47	61,8	p =0,03
Тяжелый	3	3,5	5	6,6	p =0,03
Всего	85	100	76	100	

Результаты исследования

При анализе гастроинтестинальных симптомов нами получены следующие результаты. В стадии обострения болевой синдром отмечался у 97,7% (170 чел.) пациентов ЯБ ДПК, а диспепсический синдром – у 92,5% (161 чел.). В стадии эндоскопической ремиссии у 18,4% (32 чел.) больных сохранялся болевой синдром, а диспепсический синдром присутствовал у 10,3 % (18 чел.). Таким образом, достижение эндоскопической ремиссии при ЯБ ДПК не всегда означает нормализацию самочувствия пациентов и достижение хорошего качества жизни. Для врача общей практики, консультирующего подобных пациентов, важно оценить возможные причины сохраняющихся гастроинтестинальных симптомов для определения оптимальной терапевтической тактики.

При изучении частоты встречаемости симптомов тревоги и депрессии нами отмечена их выраженная коморбидность с ЯБ ДПК (табл. 1).

Как видно из таблицы, наступление эндоскопической ремиссии ЯБ приводило к уменьшению психопатологической симптоматики, тем не менее частота симптомов тревоги и депрессии значимо превышала показатели в контрольной группе. Все выявленные психические нарушения у пациентов с ЯБ ДПК в стадии обострения распределились следующим образом: симптомы тревоги диагностированы у 17 (9,77%) пациентов, депрессивные симптомы – у 22 (12,64%) больных, а 37 (21,26%) обследованных обнаружили одновременно симптомы тревоги и депрессии.

Таким образом, ЯБ ДПК обнаруживает выраженную связь с психическими нарушениями, которые неизбежно влекут за собой рост психосоциальной дезадаптации больного и часто препятствуют достижению эффективности лечения и реабилитации.

Нами также получены данные о негативном влиянии коморбидных психических расстройств на выраженность гастроинтестинальных симптомов при ЯБ ДПК. При обострении в группе пациентов с симптомами тревоги и депрессии статистически значимо чаще отмечался тяжелый болевой синдром, в то же время легкий болевой синдром встречался значимо реже по сравнению с пациентами без психических нарушений. Статистических различий в частоте умеренного болевого синдрома нами не выявлено (табл. 2).

Подобные тенденции отмечены и при анализе выраженности диспепсического синдрома (табл. 3). Умеренный и тяжелый диспепсические синдромы чаще отмечены у пациентов с симптомами тревоги и депрессии.

В стадии эндоскопической ремиссии у 26 пациентов (34,2%), имеющих те или иные психические нарушения, сохранялся болевой синдром, в то время как у пациентов, не имеющих психических расстройств, болевой синдром сохранялся у 5 человек (5,3%, $p=0,0001$). Диспепсия на момент рубцевания язвенного дефекта отмечалась реже – у 17 пациентов с симптомами тревоги и депрессии (22,4%), а у больных без психических нарушений – у 1 человека (1,06%, $p=0,0002$). По степени тяжести практически у всех пациентов в стадии ремиссии гастроинтестинальные симптомы были легкими, только у одного пациента с коморбидной тревогой и депрессией отмечен тяжелый болевой синдром.

Обсуждение результатов

Полученные нами данные демонстрируют, что пациенты с ЯБ ДПК неоднородны в плане тяжести симптомов обострения и клинического прогноза, во многом это обус-

ловлено коморбидными психическими расстройствами. Аффективные нарушения оказывают влияние на выраженность клинических проявлений язвенной болезни ДПК и задерживают наступление клинической ремиссии. В клинической картине самих тревожных и депрессивных расстройств выделяют гастроинтестинальные симптомы, что связывают с вегетативным дисбалансом, характерным для этих расстройств [11, 12, 14].

Таким образом, при сохранении гастроинтестинальных симптомов у пациентов с ЯБ ДПК в стадии эндоскопической ремиссии целесообразно рассмотреть возможность наличия коморбидных тревожных и депрессивных расстройств. Это, в свою очередь, позволит оптимизировать терапевтическую тактику у таких пациентов путем включения психотерапевтических и психофармакологических вмешательств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вертоградова О. П. Депрессия как общемедицинская проблема // Медицина для всех: Депрессия в общесоматической практике. – 1997. – № 2 (4). – С. 13–15.
2. Волков В. С., Колесникова И. Ю. Соматопсихические нарушения при язвенной болезни // Клиническая медицина. – 2001. – № 10. – С. 30–32.
3. Дорохова Т. А., Наумова Е. Л., Наумова Е. С. Лечение тревожных и депрессивных расстройств у больных с гастроэнтерологической патологией // Сибирский журнал гастроэнтерологии и гепатологии. – 2000. – № 10. – С. 93–95.
4. Дробижев М. Ю., Макух Е. А. Депрессии у больных, наблюдающихся врачами разных специальностей в общей медицине // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2007. – Том 9, № 4. – С. 26–29.
5. Колесникова И. Ю., Беляева Г. С. Качество жизни и вегетативный статус больных язвенной болезнью // Терапевтический архив. – 2005. – № 2. – С. 34–37.
6. Корнетов Н. А. Желудочно-кишечные и психиатрические расстройства: диагностические пресечения // Сибирский журнал гастроэнтерологии и гепатологии. – 2000. – № 10. – С. 83–86.
7. Леонтьева В. А., Колесникова И. Ю., Беляева Г. С. Личностные особенности и отношение к болезни больных с доброкачественным и прогрессирующим течением язвенной болезни // Тезисы докладов 11-й Российской гастроэнтерологической недели. – М., 2005. – С. 125.
8. Орешко Л. С., Фоминых Ю. А. Сравнительная оценка уровня депрессии у больных с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта // Тезисы докладов 8-го Международного Славяно-Балтийского научного форума «Санкт-Петербург – Гастро-2006». – С. 112.
9. Психосоматические аспекты заболеваний желудочно-кишечного тракта / И. В. Маев, Л. М. Барденштейн, О. М. Антоненко, Р. Г. Каплан // Клиническая медицина. – 2002. – № 11. – С. 8–13.
10. Фирсова Л. Д. Клинические варианты ипохондрического состояния у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Терапевтический архив. – 2005. – № 2. – С. 38–41.
11. Циммерман Я. С., Белоусов Ф. В. Состояние психической сферы больных язвенной болезнью // Клиническая медицина. – 2004. – № 3. – С. 37–42.
12. Goodwin R. D., Stein M. B. Generalized anxiety disorder and peptic ulcer disease among adults in the United States // Psychosomatic medicine. – 2002. – Vol. 64. – P. 862–866.
13. Piper D. W., Tennant C. Stress and personality in patients with chronic peptic ulcer // J. clin. gastroenterol. – 1993. – № 16 (3). – P. 211–214.
14. Spiro H. Peptic ulcer is not a disease, only a sign! Stress is a factor in more than a few dyspeptics // Psychosom. med. – 2000. – № 62 (2). – P. 186–187.