

**СТРУКТУРА ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ
К ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА***Екатерина Евгеньевна Горячева, Ирина Ивановна Китаева**Нижегородская государственная медицинская академия МЗ РФ, кафедра психиатрии и медицинской психологии, 603155, г. Нижний Новгород, ул. Ульянова, д. 41, e-mail: kafedrapsychiatry@mail.ru*

Реферат. Выявлены и рассмотрены тревожные расстройства у пациентов с функциональной гастроэнтерологической патологией. Описаны особенности структуры тревожных расстройств. Приведены клинические примеры. Определен уровень приверженности к терапии.

Ключевые слова: функциональная патология желудочно-кишечного тракта, тревожные расстройства, психопатологические нарушения, комплаентность.

**STRUCTURE OF ANXIETY DISORDERS AND
TREATMENT COMPLIANCE OF PATIENTS WITH
FUNCTIONAL GASTROINTESTINAL PATHOLOGIES**

Ekaterina E. Gorjacheva, Irina I. Kitaeva

Nizhny Novgorod State Medical Academy,
Department of Psychiatry and Medical Psychology,
603155, Nizhnij Novgorod, Ulyanov str., 41,
e-mail: kafedrapsychiatry@mail.ru

There were identified and considered anxiety disorders of patients with functional gastrointestinal disorders. The research presents data about features of structure anxiety disorders. There were shown clinical examples. The level of adherence to therapy was established.

Key words: Functional gastrointestinal disorders, anxiety disorders, psychopathological disorders, compliance.

Проблема тревожно-депрессивных расстройств тесно связана с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). В патогенезе гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), как и синдрома раздраженного кишечника (СРК), важную роль играют психогенные факторы. Их роль существенно возрастает при эндоскопически негативной форме заболевания и функциональной изжоге [7]. От 40 до 60% больных, поступающих в гастроэнтерологические стационары, страдают депрессивными и тревожными расстройствами [1]. Наиболее часто тревожные расстройства выявляются у пациентов с функциональной патологией ЖКТ (гастроэзофагеальный рефлюкс, СРК). Результаты исследований показали, что при СРК от 40 до 90%

лиц страдают психическими расстройствами [4]. Ключевым звеном при тревожных расстройствах является дисбаланс вегетативной нервной системы с активацией симпатического отдела, что создает предпосылки для развития моторных расстройств гастроинтестинальной системы, а также стабилизации нейрогуморальных и местных нарушений [3]. Наиболее часто тревожные расстройства выявляются у пациентов с функциональной патологией ЖКТ (гастроэзофагеальный рефлюкс, СРК).

Одно из ведущих направлений современной медицины – повышение приверженности больных к терапии [2]. В настоящее время известно около 250 факторов, влияющих на приверженность к терапии, что указывает на сложность данной проблемы [6].

Целью исследования являлось изучение структуры и распространённости тревожных расстройств, их влияние на комплаентность пациентов с функциональными заболеваниями ЖКТ. Методом структурированного интервью, включающего в себя анамнестические данные, социодемографические сведения и клиническую часть с характеристикой психопатологических синдромов, согласно критериям МКБ-10 и DSM-IV, было опрошено 103 пациента (41 мужчина и 62 женщины, средний возраст – 41,6±13,2 года), находившихся на стационарном лечении по поводу ГЭРБ и СРК в гастроэнтерологических отделениях городской клинической больницы №13 и Нижегородской областной клинической больницы им. Н.А. Семашко. Приверженность к терапии оценивалась с помощью универсального валидизированного теста Мориски–Грина [6].

В группе пациентов с гастроэнтерологической патологией мужчины составляли 39,8%,

женщины – 60,2%, среди которых было больше работающих (81,6%). Снижение трудовой адаптации (неспособность выдержать темп и ритм работы, работать в разные смены, нарушение трудовой дисциплины, ошибки в работе) обнаружилось у 45,2% из них.

У 42,7% обследованных имели место такие проявления социальной дезадаптации, как агрессивность, конфликтность, утрата прежних интересов, безучастность, безынициативность, нарушение или разрыв семейных отношений.

На психические расстройства у родственников (алкоголизм, шизофрения, депрессивные нарушения, другие непсихотические расстройства) указали 49,5% пациентов с гастроэнтерологической патологией.

Психодезадаптационные эпизоды в детстве, такие как нарушения органического типа (головные боли, ночные страхи, снохождения и т.д.), задержка психического развития, гиперактивность, расторможенность, сверхценные образования (дисморфофобии, нервная анорексия), аффективные расстройства (страхи, депрессивные реакции, возбудимость) были отмечены у 58,3% больных.

На стрессовый фактор, способствовавший возникновению обострений основного заболевания, указали 56,3% пациентов. Постоянную тревожность как черту характера отмечали у себя 38,8% обследованных. Симптомы тревожных расстройств имелись у 86,4% больных, развернутые тревожные синдромы – у 66,1% и в большинстве случаев (59,2%) они сочетались с другими психопатологическими нарушениями. В 55,9% случаев тревожные расстройства были коморбидны депрессивным, в 50% – личностным, в 47,1% – когнитивным, в 38,2% – соматоформным. Среди тревожных расстройств преобладали генерализованные тревожные (44,7%), панические (28,2%), обсессивно-компульсивные (17,5%), специфические (27,2%) и социальные (11,7%) фобии, агорафобия (2,9%).

Больные жаловались на интенсивную тревогу, беспокойство, не связанные с какой-либо ситуацией (58,3%), расстройства сна (54,4%) в виде трудностей при засыпании («тревожные мысли не давали уснуть»), частых пробуждений, тревожных сновидений, в результате которых

они отмечали «отсутствие чувства сна», «разбитость». 44,7% пациентов указывали на беспокойство, суетливость, раздражительность (43,7%), что подтверждалось при объективном осмотре. Такие больные обращали на себя внимание торопливостью, неусидчивостью, часто перебирали пальцами носовой платок, ручку. Быстрая утомляемость была у 41,8% обследованных, идеаторный компонент (снижение концентрации внимания, нарушения памяти) имел место у 33,9% пациентов, моторный (мышечное напряжение, невозможность расслабиться, ощущение внутренней дрожи) – у 33,9%. Проявления моторного компонента тревоги локализовывались в области живота, которые больные вербализировали как «спазмы», «дискомфорт» и расценивали их, как и врачи-гастроэнтерологи, как симптомы основного заболевания.

В 38,8% наблюдений выявлялись жалобы на выраженный, чрезмерный, устойчивый страх перед строго ограниченными, конкретными ситуациями – пребыванием в самолёте, лифте, закрытом помещении (22,3%), страх перед естественными явлениями окружающего мира, такими как высота, вода, гроза (13,6%), перед животными – змеями, пауками, собаками (7,8%), перед ситуациями, которые могли бы привести к инфицированию, удушью (5,8%), боязнь инъекций, вида крови (1,9%).

Приступы сильного страха, сопровождающиеся такими вегетативными проявлениями, как сердцебиение, потливость, дрожание или сотрясение тела, ощущение нехватки воздуха, удушье, боль и дискомфорт за грудиной, тошнота и желудочный дискомфорт, головокружение, слабость, явления дереализации и деперсонализации, страх смерти, утраты контроля, сумасшествия, неприятные ощущения в теле, жар или озноб выявлялись у 28,2% больных. У пациентов с патологией ЖКТ подобные состояния протекали с преобладанием гастроэнтерологических симптомов. Во время приступа страха они отмечали жжение за грудиной, тошноту, резкое «ощущение переполнения, вздутия желудка, кишечника». Данное состояние трактовалось как гастроэнтерологическое заболевание и, как результат, лечение не было эффективным.

Симптомы обсессивно-компульсивного расстройства носили стёртый характер и проявлялись

в виде навязчивых мыслей или образов, вызывающих выраженную тревогу. Как правило, это были мысли о возможных трагических событиях, связанных с родными, с собственной жизнью и размышления о своем состоянии здоровья. Компulsive поведение (навязчивый счет) развивалось лишь у 1,9% обследованных.

Выраженный страх, связанный с публичными выступлениями, наблюдался у 18,5% больных, которые в 15,5% случаев ими избегались или переносились с ярко выраженной тревогой. 13,6% обследованных понимали, что их страх является чрезмерным или неразумным, но лишь у 1,9% пациентов наличие страхов мешало работе и общению. Среди них были больные со стойкой отрыжкой и частыми позывами на дефекацию.

У 16,5% больных развивались тревожные состояния во время дальних поездок, особенно в одиночестве (9,7%), в толпе (5,8%). Страх в связи с нарушением привычного жизненного стереотипа наблюдался у 5,8% лиц и лишь у одного приводило к расстройству адаптации в обществе.

Перечисленные выше проявления тревожно-фобических расстройств зачастую требуют тщательной дифференциальной диагностики. Больные с тревожными расстройствами, проявляющимися гастроэнтерологическими симптомами, как правило, длительное время лечатся у врачей-гастроэнтерологов, однако без значительного улучшения, что снижает их приверженность к терапии.

Приводим следующие два клинических примера.

1. Пациентка 38 лет. Поступила в отделение гастроэнтерологии впервые с жалобами на стойкую отрыжку воздухом, не связанную с приёмом пищи, на неприятные мигрирующие по всему животу ощущения, на боли в правом подреберье, запоры. Диагноз: НЭРБ (неэрозивная рефлюксная болезнь); СРК с болевым синдромом; хронический бескаменный холецистит в стадии обострения.

Из анамнеза: отец страдает алкоголизмом, по характеру жёсткий, строгий. Мать – мягкая, ласковая, добрая. Родилась первым ребёнком, имеет младшую сестру. Раннее развитие протекало без особенностей. Детский сад посещать не любила, часто плакала. В школу пошла с 7 лет. Со школьного возраста стала отмечать у себя запоры, амбулаторно обращалась к гастроэнтерологу, принимала назначенные слабительные средства растительного происхождения, периодически состояние

улучшалось. Училась на «отлично». Была старостой класса, посещала спортивные секции. После окончания 9 классов поступила в техникум, затем в вуз. В 18 лет вышла замуж. С мужем отношения доброжелательные, тёплые. В 19 лет родила сына. Беременность протекала с угрозой выкидыша, роды с тазовым предлежанием. После декретного отпуска устроилась на работу. В настоящее время работает бухгалтером. С работой справлялась, пока не появились перечисленные выше жалобы. Больной себя считает с сентября 2013 г., когда в лесу на ногу «намоталась» змея. Со слов больной, в тот момент «возник ужас, оцепенение от страха, было ощущение, что вот-вот выскочит сердце, покрылась потом, знобило, ощущение нехватки воздуха, ощущение кома в животе». С того момента появилась стойкая тревога, «вроде бы волноваться не за что, а тревога не уходит», ощущение постоянного напряжения в животе, стала быстро утомляться, раздражаться, ей стало трудно сосредоточиться на работе. В связи с постоянной отрыжкой постепенно стала нарастать социальная и трудовая дезадаптация: «Чувствую себя неудобно среди людей из-за отрыжки», пришлось ограничить круг общения, перестала ходить в гости. Неоднократно обращалась к гастроэнтерологам – лечение было безуспешным.

Психический статус: многочисленные гастроэнтерологические жалобы. Внешне опрятна, охотно беседует, просит помощи. Тревожна, суетлива, фон настроения несколько снижен. Указывает на постоянное напряжение в животе, невозможность расслабиться, на то, что перед сном в голову «лезут» тревожные мысли по поводу работы, семьи, от которых трудно избавиться, переключиться. Чтобы уснуть, «приходится считать». Сообщает о том, что с детства очень боялась змей. Продуктивной симптоматики не обнаруживает.

После беседы пациентке был рекомендован приём анксиолитиков в сочетании с психотерапией. Через 3 недели она сообщила, что на фоне приёма препаратов почувствовала улучшение состояния: снизилась тревога, купировались ощущения напряжения в животе, однако отрыжка сохранялась. Ещё через 2,5 месяца приёма анксиолитиков больная чувствовала себя хорошо, окончательно купировались гастроэнтерологические жалобы, однако после отмены препаратов вновь появились ощущение напряжения в животе, вздутие. Был рекомендован приём антидепрессанта из группы СИОЗС.

На основании данных анамнеза (после встречи со змеей, при виде которой возникли вегетативные симптомы, на протяжении 1,5 лет существуют постоянная тревога, мышечное напряжение, быстрая утомляемость, раздражительность, трудности при концентрации внимания, навязчивые тревожные мысли, приведшие к развитию compulsive поведения –

счёта), а также психического статуса правомочен следующий диагноз: генерализованное тревожное расстройство (F 41.1), специфическая фобия (F 40.2).

2. Пациентка 47 лет. Поступила в отделение гастроэнтерологии повторно с жалобами на боли в эпигастральной области, изжогу после приёма пищи. Диагноз: ГЭРБ, рефлюкс-эзофагит I степени.

Из анамнеза: отец по характеру жёсткий, требовательный, мог ударить. Мать – мягкая, заботливая. Родилась первым ребёнком, имеет младшую сестру. Раннее развитие было без особенностей. Посещала ДДУ. Хорошо адаптировалась. В школу пошла с 7 лет. Училась хорошо, имела много друзей. Параллельно занималась музыкой. После окончания школы поступила в вуз. С учёбой справлялась, однако стала отмечать постоянную тревогу, усиливавшуюся во время сессий. После окончания института работала врачом. В 25 лет вышла замуж, от брака имеет двух сыновей. С мужем отношения не складывались, часто выпивал, конфликтовал. На этом фоне больная отмечала постоянную тревогу, ощущение внутреннего напряжения, невозможность расслабиться. В возрасте 37 лет после очередного конфликта подала на развод, который длился 3 года. Муж отсудил детей и переехал в другой город. На фоне разлуки с детьми появились выраженная тревога, нарушения сна – частые пробуждения, трудности при засыпании. В 39 лет попала в автомобильную аварию, в результате которой погибла мать. Тяжело переживала её смерть, возникли подавленность, выраженная тревога, нарушения сна. Сообщала, что сильно переживала за отца. В течение года фон настроения выровнялся, «взяла себя в руки», заботилась об отце, пыталась устроить его жизнь. В это же время стала отмечать эпизодические подъёмы АД. Впервые боли в эпигастральной области возникли в 40 лет. Тогда же впервые была госпитализирована в гастроэнтерологический стационар по поводу эрозивного гастрита. После лечения чувствовала себя лучше. В 45 лет к ней вернулся жить старший сын. Часто с ним конфликтовала, поскольку он ничем не занимался проводил время за компьютером. Накануне текущего обострения произошла очередная ссора с сыном, вызвавшая интенсивные боли в эпигастральной области, частые ночные пробуждения, внутреннее напряжение, «не могла расслабиться».

Психический статус: жалуется на тревогу, мышечное напряжение, нарушение сна, быструю утомляемость. Внешне суетлива, беспокойна, речь ускорена, подробно рассказывает о событиях своей жизни. Фон настроения несколько снижен. Мышление обстоятельное. Интеллект и память без видимой патологии. Галлюцинаторно-бредовых расстройств не продуцирует.

На основании данных анамнеза (в течение всей жизни отмечает повышенную тревожность, не огра-

ниченную какими-либо обстоятельствами), а также психического статуса данной больной можно поставить диагноз: генерализованное тревожное расстройство (F 41.1).

Несмотря на широкую распространённость и тяжесть психопатологических нарушений, 65,1% обследованных никогда в течение жизни не обращались к специалистам в области психического здоровья. 34,9% пациентов посетили психиатра, психотерапевта или психолога, но получив лишь единичную консультацию и не ощутив мгновенного желаемого эффекта, отказывались от назначенного лечения. У таких больных заболевание длилось более двух лет (30,1%), лечились у разных врачей-гастроэнтерологов (21,4%).

Среди обследованных преобладали лица с низкой приверженностью к терапии. В ходе тестирования 58,3% пациентов оказались некомплайентными, 27,2% были отнесены к группе риска и лишь 13,6% были комплайентными. При беседе 42,7% пациентов сообщили, что врачебные предписания выполняют полностью, 50,5% – только частично или совсем их не соблюдают. Как правило, пациенты имели в виду рекомендации по диете, единичные пропуски приёма препаратов и невнимательное отношение ко времени их приёма, причем часто – 33,1%, редко – 59,2%. Во время беседы обнаруживалось, что больные зачастую впервые слышат о взаимосвязи психического состояния и соматической патологии, сообщая, что «лечащий врач никогда не говорил о причинах и механизмах развития заболевания». 30,1% больных жаловались на то, что им недостаточно того времени, которое врач может уделить им индивидуально, 93,5% из этих пациентов имели низкую и недостаточную степени приверженности.

Таким образом, у половины обследованных с функциональными расстройствами ЖКТ возникли проблемы, связанные с психическим здоровьем, как на момент обследования, так и в течение жизни, а именно снижение трудовой и социальной адаптации, указывали на связь влияния стрессового фактора с развитием основного заболевания. Родственники, страдающие психическими расстройствами, обнаруживались почти у половины пациентов. Психодезадаптационные эпизоды в детстве наблюдались у большинства обследованных, однако за помощью к психиатрам, психотерапевтам и психологам обращались лишь немногие из них. В ходе исследования выясни-

лось, что эти больные посещали психиатра лишь после неоднократного неэффективного лечения у гастроэнтерологов, и это снижало степень их приверженности к лечению и у психиатра. Между тем своевременная коррекция психического статуса способствует повышению комплаентности, формированию ремиссий, уменьшению сроков лечения и улучшению качества жизни пациентов. Доказано, что одним из факторов, повышающих приверженность к лечению, является активная позиция лечащего доктора (вовлечение в терапевтический процесс родственников пациента, периодические звонки пациенту, образовательные беседы). Наряду с этим, необходимо проведение психотерапевтических занятий с больными данной категории, направленных на повышение их приверженности к лечению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ивашкин В.Т. Синдром раздраженной кишки // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 1993. № 2 (3). С. 27–31.
2. Наумова Е.А. Определяющие факторы и методы улучшения приверженности пациентов к лечению сердечно-сосудистых заболеваний: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук: 14.00.06. Саратов, 2007. 42 с.
3. Симаненков В.И. Функциональные и психосоматические расстройства желудочно-кишечного тракта. СПб: ООО «ЛСП», 1999. 164 с.

4. Grzesiak M., Beszlej J.A., Mulak A. et al. The lifetime prevalence of anxiety disorders among patients with irritable bowel syndrome // *Adv. Clin. Exp. Med. J.* 2012. Vol. 21, № 1. P. 81–82.
5. 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.
6. 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 (Suppl. 1). P. 65–66.
7. Sanna L., Stuart A. L., Berk M., [et al.] Gastro oesophageal reflux disease (GORD)-related symptoms and its association with mood and anxiety disorders and psychological symptomatology: a population-based study in women // *BMC Psychiatry.* 2013. Vol. 24, № 13. P. 194.

REFERENCES

1. Ivashkin V.T. *Rossiiskii zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii.* 1993. № 2 (3). pp. 27–31. (in Russian)
2. Naumova E.A. *Extended abstract of MD dissertation (Medicine).* Saratov, 2007. 42 p. (in Russian)
3. Simanenkov V.I. *Funktsional'nye i psikhosomaticheskie rasstroistva zheludochno-kishechnogo trakta.* St.Petersburg: ООО «LSP», 1999. 164 p. (in Russian)

Поступила 19.03.15.