



Депрессивное расстройство в практике гастроэнтеролога

Л.Д. Фирсова, д.м.н.

Адрес для переписки: Людмила Дмитриевна Фирсова, firsovald@gmail.com

Для цитирования: Фирсова Л.Д. Депрессивное расстройство в практике гастроэнтеролога // Эффективная фармакотерапия. 2019. Т. 15. № 36. С. 82–85.

DOI 10.33978/2307-3586-2019-15-36-82-85

Частота случаев возникновения депрессии в современном мире неуклонно растет. Многие пациенты с депрессией обращаются к врачам общемедицинской сети, в частности гастроэнтерологам, с жалобами исключительно соматического характера. В статье рассматриваются вопросы дифференциальной диагностики гастроэнтерологических жалоб и соматических проявлений депрессии, а также депрессии и психологических реакций на болезнь с депрессивным компонентом. Проанализирован скрининг диагностики депрессии в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра.

Ключевые слова: депрессия, симптомы, гастроэнтерология

Понятие депрессии и показатели ее распространенности

Депрессия – явление подавленной активности личности, сформировавшееся из-за переутомления или негативного психологического воздействия. Чаще депрессия возникает в ситуации реальной утраты (смерть близкого человека, развод, разрыв значимых отношений) или психического стресса (крушение надежд, разрушение иллюзий). В случае, когда заболевание возникает без внешних воздействий и его причина неочевидна, депрессия считается эндогенной [1, 2].

Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) [3], депрессия включена в раздел F30–F32 «Расстройства настроения (аффективные расстройства)». При этом выделяют депрессивный эпизод (F32), классифицируемый по степени выраженности симптоматики, и рекуррентное депрессивное расстройство (F33).

Депрессия может входить в структуру других психопатологических состояний: расстройство приема пищи

(анорексия, булимия), расстройство сна, психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением алкоголя, и др.

Депрессия считается самым распространенным психическим заболеванием. По данным за 2012 г. [4], частота ее возникновения в популяции составила 5–11%. Впоследствии отмечался неуклонный рост этого показателя.

Данные общемедицинской сети более пессимистичны: частота депрессии колеблется от 25 до 40% числа больных, обращающихся за медицинской помощью (по данным разных авторов).

Поскольку депрессия имеет ряд проявлений, иногда сходных с симптомами хронических заболеваний органов пищеварения, многие больные с жалобами исключительно соматического характера обращаются к гастроэнтерологу. Согласно статистике, до 5% пациентов, обращающихся в соматические стационары, имеют только психические расстройства, 20–30% – сочетание соматических и психических расстройств [5].

Диагностика

Алгоритм диагностики депрессии у больных, обратившихся за консультацией к гастроэнтерологу, включает три этапа. На первом оценивают гастроэнтерологические симптомы с позиций возможной принадлежности к соматическим проявлениям депрессии. Сложность заключается в том, что соматическими проявлениями депрессии могут быть практически все гастроэнтерологические жалобы [6–8].

Самое частое проявление депрессии – боль в животе. Характер боли может быть разным (ноет, тянет, жжет, щиплет, сжимает, скручивает, давит, печет, распирает, пульсирует, переливается, сверлит, режет), интенсивность варьируется от смутного ощущения дискомфорта до «кинжальной» боли. Вместе с тем наиболее характерна постоянная изнуряющая боль незначительной интенсивности, которая в большей степени «терзает душу, а не тело». Обычно прослеживается связь между дебютом заболевания и объективными стрессовыми событиями [7]. Однако впоследствии колебания интенсивности боли не зависят от настроения, поскольку у депрессивного больного отмечается стойкое снижение настроения. Результаты лабораторно-инструментального обследования не позволяют объяснить интенсивность и постоянство болевого синдрома, что обозначается как алгически-органическая диссоциация. Еще одно закономерное проявление депрессии – запор. Помимо урежения частоты стула пациенты нередко жалуются на ощущение неполного опорожнения кишечника и, как следствие, неудовлетворенность дефека-



цией. Психическая составляющая заключается в сосредоточении на проблеме стула – фиксации внимания не только на частоте, но и качестве испражнений.

Тошнота при депрессии трудно передается словами («душу тянет, мутит, выворачивает»). Обычно она возникает утром и отличается упорством и отсутствием связи с приемом пищи. Этот симптом при депрессии является своеобразным способом выражения эмоционального состояния. Со временем тошнота становится постоянной и изматывающей. Редко возникающая рвота облегчения не приносит, а лишь усугубляет тяжесть состояния.

Общепризнанной считается и связь депрессии с изменением аппетита. Аппетит снижается, что вполне закономерно, поскольку в таком состоянии снижается уровень функционирования организма в целом. Боль в животе на фоне снижения аппетита наводит пациента на мысль о тяжелом заболевании. Возникшая канцерофобия еще больше ухудшает настроение.

С депрессией могут быть связаны и нарушения пищевого поведения в виде булимии или нервной анорексии. На приеме у гастроэнтеролога больные анорексией могут оказаться по разным причинам, например по поводу изжоги, обусловленной воспалением слизистой оболочки пищевода под действием соляной кислоты и выделением желчи в результате частой рвоты. Поводом для обращения к гастроэнтерологу может быть и боль в животе, вызванная гастро- и энтероптозом на фоне резкого уменьшения массы тела.

Следует обратить внимание и на функциональные симптомы, касающиеся проксимальных отделов пищеварительного тракта:

- ✓ дисгевзию (расстройство вкуса, проявляющееся не зависящим от еды и не имеющим под собой органической природы ощущением горечи, кислоты или необычного, чаще металлического привкуса во рту);
- ✓ парестезию (необычные ощущения со стороны слизистой оболочки ротовой полости и пищевода в виде жжения, горения, покалывания);
- ✓ глоссодинию (нарушение чувствительности языка, проявляющееся

жжением, давлением или покалыванием, чаще на кончике языка);

- ✓ изнуряющее ощущение кома в гортле (globus sensation).

Перечисленные симптомы, часто наблюдаемые у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, трактуются как внепищеводные проявления данного заболевания. В качестве дифференциально-диагностического критерия при оценке данных симптомов и отнесении их к проявлениям депрессии можно рассматривать отсутствие изжоги (основного клинического признака гастроэзофагеальной рефлюксной болезни), изменений слизистой оболочки пищевода, по данным эндоскопического исследования, и патологического кислого гастроэзофагеального рефлюкса, по результатам суточной рН-метрии.

К функциональным симптомам относятся и нарушения моторики, проявляющиеся спастической болью за грудиной (эзофагоспазм), в верхних отделах живота (пилороспазм, дисфункция сфинктера Одди, дискинезия двенадцатиперстной кишки), вокруг пупка (дискинезия тонкой кишки) или по ходу толстой кишки. Загрудинная боль примерно в половине случаев сочетается с дисфагией. Последняя в зависимости от локализации подразделяется на орофарингеальную и пищеводную.

В структуру депрессивного расстройства могут входить вегетативные нарушения других органов и систем, а также общие проявления вегетативной лабильности – своеобразный «аккомпанемент психопатологического расстройства» [5].

Итак, критериями, которые с высокой долей вероятности позволяют отнести жалобы гастроэнтерологического характера к соматическим проявлениям депрессии, служат:

- наличие атипичных клинических симптомов;
- несоответствие результатов лабораторно-инструментального обследования субъективному восприятию состояния здоровья;
- рефрактерность к препаратам, традиционно используемым у больных гастроэнтерологического профиля для облегчения состояния (спазмолитики, антисекреторные и ферментные препараты).

Второй этап диагностики предполагает выявление симптомов депрессии. Диагностический скрининг проводится на основании МКБ-10. Симптомы депрессии подразделяются на основные (типичные) и дополнительные. К основным относятся:

- подавленное настроение, не зависящее от обстоятельств, в течение длительного периода времени;
- отсутствие интереса или удовольствия от ранее приятной деятельности (ангедония);
- выраженная утомляемость и упадок сил, характеризующиеся стабильностью данного состояния.

Дополнительные симптомы:

- пессимизм;
- чувство вины, бесполезности, тревоги и (или) страха;
- заниженная самооценка;
- неспособность концентрироваться и принимать решения;
- мысли о смерти и (или) самоубийстве;
- нестабильный аппетит, снижение или прибавление в весе;
- нарушенный сон (бессонница или гиперсомния).

Согласно МКБ-10, диагноз депрессии правомерен при наличии двух основных и не менее трех дополнительных симптомов. Еще одним обязательным критерием является длительность симптомов – две недели и более.

Для более коротких периодов диагноз может быть установлен только в случае быстро развившихся и необычно тяжелых клинических проявлений.

Согласно данным более поздних клинических наблюдений [4], к дополнительным признакам относятся суточные колебания настроения с усилением депрессии по утрам, снижение полового влечения, нарушение концентрации внимания.

Целенаправленный сбор анамнеза можно проводить, выделяя признаки позитивной аффективности (то есть симптомов, которых ранее не было: тоска, тревога, идеи малоценности, суицидальные мысли) и негативной (исчезновение или снижение свойственных ранее эмоциональных переживаний: ослабление влечения к жизни, мучительное чувство утраты эмоций, утрата чувства наслаждения и способности испытывать удовольствие) [9].



Следует иметь в виду, что депрессия не всегда имеет четкую клиническую картину. На начальной стадии симптомы депрессии слабо выражены, чаще это проблемы со сном (особенно характерно раннее пробуждение), раздражение, отказ от нормального выполнения обязанностей.

На более поздних стадиях депрессия способна приобретать черты многоликости. Тревожная депрессия отличается от классической – ее соматические симптомы разнообразны и зависят от смены настроения. В общей картине заметны признаки вегетативной лабильности. Депрессивное расстройство у алкоголиков может носить агрессивно-дисфорический оттенок. У пожилых пациентов депрессия зачастую коморбидна с тяжелыми соматическими заболеваниями [10], проявления которых могут завуалировать или скрыть депрессивную симптоматику.

Выявление случаев депрессии врачами общей практики затруднено, поскольку в половине случаев пациенты стараются умолчать о симптомах депрессии, особенно в начальной стадии заболевания. В связи с этим тем, кто предположительно страдает депрессией, необходимо проводить психодиагностическое обследование, позволяющее не только установить наличие депрессии, но и определить степень ее выраженности. Признанными диагностическими методиками являются шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory, BDI), шкала Гамильтона для оценки депрессии (Hamilton Rating Scale for Depression, HDRS). В общемедицинской практике обычно используется госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), разработанная A.S. Zigmond и R.P. Snaith в 1983 г. В варианте, адаптированном для применения в России, шкала содержит 14 пунктов, каждому из которых соответствуют четыре варианта ответов, отражающих степень нарастания симптоматики. Преимущество этой шкалы состоит в простоте применения и обработки, а также предствлении результата в баллах и возможности его сравнения с нормой. Это упрощает обсуждение с больным результатов тестирования. Психодиагностические методики не являются самостоятельным диагно-

стическим инструментом и применяются только вместе с оценкой клинических проявлений заболевания. В случае отказа пациента от психодиагностического тестирования для вынесения заключения приходится ограничиваться беседой, акцентируя внимание на выявлении невербальных признаков депрессии. К ним относятся характерная поза с опущенной головой, устремленный в пол взгляд, сдержанные жесты, сдвинутые к переносице брови, опущенные уголки рта, обедненная мимика, тихий голос, монотонность изложения жалоб. Указанные признаки могут быть выражены в незначительной степени, но в совокупности диагностически значимы.

Третий этап диагностики подразумевает проведение дифференциального диагноза между обострением хронического гастроэнтерологического заболевания с депрессивной реакцией на болезнь и депрессией с соматическими симптомами.

В данном аспекте важно понимание «объективной» и «субъективной» тяжести болезни [11]. Без сомнения, одни заболевания объективно тяжелее других (например, исходя из критерия летальности, вероятности инвалидности и утраты трудоспособности). В гастроэнтерологии тяжелыми болезнями считаются прежде всего пациенты с хроническими заболеваниями печени (цирроз, болезнь Вильсона – Коновалова и др.) и воспалительными заболеваниями кишечника (болезнь Крона, язвенный колит), особенно при тяжелом течении с частым рецидивированием и развитием осложнений. В эту же группу входят онкологические больные, в том числе пациенты после операции на органах брюшной полости в случае развития инвалидирующих нарушений функционирования организма (спаечная болезнь, синдром короткой кишки, болезнь оперированного желудка и др.). Целенаправленной разъяснительной беседы с больным требуют диагнозы, которые так или иначе связаны с представлением о возможном озлокачествлении (например, пищевод Барретта). Кроме того, возникновение депрессивных реакций характерно в ситуации впервые установленного диагноза. Особенно

это касается пациентов, у которых возникновение заболеваний накладывает отпечаток на дальнейший образ жизни. Наглядный пример – больные целиакией, которые должны пожизненно соблюдать безглютеновую диету.

Ошибочно думать, что к группе пациентов с депрессивным компонентом в отношении к болезни могут быть отнесены только больные тяжелой соматической патологией. Как показывает практика, взгляды врача и пациента на тяжесть клинической ситуации могут существенно различаться.

Необходимо отметить, что пациенты далеко не всегда доверяют медицинским данным и склонны анализировать ситуацию сквозь призму субъективной тяжести болезни. На основании данных, полученных из различных информационных источников, в частности Интернета, у них формируется собственное представление о болезни, которое зависит не только от соматического диагноза, но и от личностных особенностей.

По степени выраженности депрессивные реакции на болезнь не достигают значительной степени выраженности, но это нельзя считать абсолютным диагностическим критерием. Показательным (но необязательным) является и улучшение настроения при наличии позитивных сдвигов в самочувствии и результатах лабораторно-инструментального обследования.

Лечение

Определившись с диагнозом, необходимо решить вопрос о тактике ведения больного. Если речь идет о реакции на болезнь, можно ограничиться деонтологической работой, особенно в тех случаях, когда пациент негативно относится к консультации специалиста. При этом явно недостаточно простого заверения в том, что «все не так уж плохо». Больной нуждается в подробном разборе результатов анализов и данных обследования, а также обсуждении всех возникших вопросов с акцентом на положительных сдвигах в самочувствии.

При наличии предположительно-го диагноза «депрессия» пациента направляют на консультацию психиатра. Однако, как свидетельствуют клинические наблюдения, боль-



шинство гастроэнтерологических больных с депрессией избегают обращения к специалистам данного профиля. Самой частой причиной этого являются опасения социальной стигматизации, которой подвержены в современном обществе как психические больные, так и психиатрические службы. В связи с этим большинство пациентов остается под наблюдением гастроэнтерологов.

При отказе больного от консультации психиатра в случае депрессии легкой или умеренной выраженности гастроэнтеролог имеет право назначить антидепрессанты. При неэффективности адекватных доз препаратов при продолжительности курса не менее одного месяца, а также при непереносимости медикаментозных препаратов пациент должен проконсультроваться с психиатром.

Кроме того, консультация психиатра обязательна:

- ✓ при тяжелой депрессии (абсолютное показание – наличие суицидальных мыслей и/или намерений и тем более действий);
- ✓ наличии в прошлом аналогичных расстройств, потребовавших лечения у психиатров;
- ✓ необходимости проведения дифференциального диагноза с другими тяжелыми психическими расстройствами, при которых депрессивный компонент является лишь частью клинической картины заболевания.

Заключение

Ведение пациентов с депрессией – сложная задача для врачей-интернистов. Будучи уверенными в наличии гастроэнтерологического заболева-

ния, пациенты с соматическими проявлениями депрессии не теряют надежды «найти правильный диагноз» и настаивают на повторении инструментальных исследований (эзофагогастродуоденоскопии, колоноскопии, современных рентгенологических и ультразвуковых исследований). При этом они не получают адекватной помощи, что способствует прогрессированию заболевания. В то же время сопутствующие психические расстройства нередко препятствуют проведению адекватной терапии соматических заболеваний, поскольку затрудняют контакт врача с пациентом, негативно влияют на приверженность последнего лечению. Сказанное подчеркивает необходимость расширения профессиональной компетенции гастроэнтерологов в сфере диагностики и лечения депрессии. ☉

Литература

1. Гуревич М.О. Психиатрия. М.: Государственное издательство медицинской литературы, 2014.
2. Кербинов О.В. Психиатрия. М.: Медицина, 2016.
3. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. М.: Медицина, 1997.
4. Сборник инструктивно-методических материалов для врачей первичного звена здравоохранения по оказанию помощи пациентам с непсихотическими психическими расстройствами (на основе полипрофессионального взаимодействия различных специалистов) / под ред. В.Н. Краснова. М.: Медпрактика-М, 2012.
5. Ромасенко Л.В., Махов В.М., Кузьмичев А.Ф., Кашеярова С.С. Психосоматический статус и качество жизни больных с функциональной диспепсией или результаты междисциплинарного исследования синдрома функциональной диспепсии (гастроэнтерологические и психиатрические аспекты) // Психосоматические расстройства в общей медицинской практике. Сборник материалов образовательного семинара. М., 2012.
6. Выборных Д.Э., Кикта С.Р. Лечение депрессии в гастроэнтерологической практике // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. 2010. № 6. С. 21–28.
7. Молдовану И.В. Расстройства желудочно-кишечного тракта. Абдоминальные боли // Вегетативные расстройства / под ред. А.М. Вейна. М.: Медицинское информационное агентство, 2003.
8. Плотникова Е.Ю., Селедцов А.М., Шамрай М.А. и др. Психосоматические аспекты в гастроэнтерологии // Лечащий врач. 2012. № 10. С. 96.
9. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине. Руководство для врачей. М.: Медицинское информационное агентство, 2007.
10. Гусев Е.И. Депрессивные расстройства у пациентов с цереброваскулярными заболеваниями. М.: МЕДпресс-информ, 2014.
11. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. М.: МЕДпресс-информ, 2008.

Depressive Disorder in Gastroenterologist Practice

L.D. Firsova, MD, PhD

A.S. Loginov Moscow Clinical Scientific and Practical Center

Contact person: Lyudmila D. Firsova, firsovald@gmail.com

The frequency of depression is growing steadily in the modern world. Many patients with depression turn to the doctors of the general medical network (in particular, the gastroenterologists) with the complaints of an exclusively the somatic nature. The lecture is intended for the practicing gastroenterologists – the issues of differential diagnosis of gastroenterological complaints and somatic manifestations of depression, as well as the diagnosis of depression and psychological reactions to a disease with a depressive component are considered; the screening of the diagnosis of depression in accordance with ICD-10 recommendations is discussed.

Key words: depression, symptoms, gastroenterology

гастроэнтерология