

УДК 616.33-008.13-092

Роль депрессии в формировании симптомов функциональной диспепсии

Д.Б. Колесников, С.И. Рапопорт, Л.А. Вознесенская, М.И. Расулов

(Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова)

Role of depression in development of functional dyspepsia symptoms

D.B. Kolesnikov, S.I. Rapoport, L.A. Voznesenskaya, M.I. Rasulov

Цель исследования. Выявить роль психической патологии, в частности депрессивных расстройств, в формировании симптомов функциональной диспепсии.

Материал и методы. Обследованы 53 пациента с жалобами на боли, жжение, тошноту, отрыжку, вздутие живота, раннее насыщение, тяжесть и переполнение в области эпигастрия. Для верификации диагноза «функциональная диспепсия» все обследованные согласно результатам эзофагогастродуоденоскопии были разделены на две группы. В первую группу вошли 18 больных, у которых наличие диспептических жалоб соответствовало эндоскопической картине (эрозивный эзофагит, эрозивный гастродуоденит). Данная группа в дальнейшем была исключена из исследования. Вторая группа (35 человек) была представлена пациентами с функциональной диспепсией, у которых клинические проявления заболевания не могли быть полностью объяснены выявленными органическими изменениями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) – недостаточность кардии, атрофический и поверхностный гастрит.

Результаты. Психопатологическое и психодиагностическое исследования показали, что у всех пациентов с функциональной диспепсией были выявлены симптомы тревоги и признаки депрессивного расстройства. При этом депрессия средней тяжести определялась у 20 (57,1%) больных, тяже-

Aim of investigation. To reveal a role of a psychological distress, in particular depressive disorders, in development of symptoms of functional dyspepsia.

Material and methods. Overall 53 patients with complaints of pain, burning, nausea, eructation, flatulence, early satiety, heaviness and distension in epigastrium were investigated. For verification of the «functional dyspepsia» diagnosis all patients were divided into two groups according to results of esophagogastroduodenoscopy. The first group included 18 patients at whom presence of dyspeptic complaints conformed the endoscopic pattern (erosive esophagitis, erosive gastroduodenitis). This group has been excluded from the further study. The second group (35 patients) has been represented by patients with functional dyspepsia at whom clinical symptoms could not be completely explained by the revealed organic changes of gastro-intestinal tract (GIT) – lower esophageal sphincter incompetence, atrophic and superficial gastritis.

Results. Psychopathologic and psycho-diagnostic investigations have shown, that at all patients with functional dyspepsia symptoms of anxiety and depressive disorder have been revealed. Thus moderate depression was detected in 20 (57,1%) patients, severe depression – in 15 patients (42,9%). The level of anxiety by Spielberger scale in 11 patients was in the range of 31–45 points that indicates moderate degree of anxiety, while in 9 patients the anxiety reached severe degree (>46 points).

Колесников Дмитрий Борисович – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник лаборатории «Хрономедицина и новые технологии в клинике внутренних болезней» ПМГМУ им. И.М. Сеченова. Контактная информация для переписки: 119992, Москва, ул. Россолимо, д. 11, стр. 4

Рапопорт Семен Исаакович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий лабораторией «Хрономедицина и новые технологии в клинике внутренних болезней» ПМГМУ им. И.М. Сеченова

Вознесенская Лидия Александровна – кандидат медицинских наук, научный сотрудник лаборатории «Хрономедицина и новые технологии в клинике внутренних болезней» ПМГМУ им. И.М. Сеченова

Расулов Магомед Исламович – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник лаборатории «Хрономедицина и новые технологии в клинике внутренних болезней» ПМГМУ им. И.М. Сеченова

лая депрессия – у 15 (42,9%). Уровень тревоги по шкале Спилбергера у 11 больных был в пределах 31–45 баллов, что свидетельствовало об умеренной степени тревоги, в то время, как у 9 обследованных тревога достигала выраженной степени (>46 баллов).

Выводы. Полученные данные позволяют в достаточной степени достоверно судить о том, что у пациентов с функциональной диспепсией симптомокомплекс нарушений со стороны ЖКТ формируется за счет клинических проявлений депрессивного расстройства и тревоги.

Ключевые слова: функциональная диспепсия, психические расстройства, депрессия, тревога.

Conclusions. Obtained data allow to judge quite convincingly that at patients with functional dyspepsia the symptom-complex of disorders related to GIT develops due to clinical manifestations of depression and anxiety.

Key words: functional dyspepsia, psychological disorders, depression, anxiety.

В современной международной классификации болезней МКБ-10 диспепсия выделена в самостоятельную единицу K30. Стоит отметить, что в данном случае речь идет о некоем болезненном состоянии, которое объединяет ряд характерных признаков. Так, понятие «диспепсия» формулируется как симптомокомплекс, включающий боль и жжение в подложечной области, тяжесть и чувство переполнения в эпигастрии после еды, раннее насыщение, вздутие живота, тошноту, рвоту, отрыжку и другие симптомы [2]. Очевидно, сочетание вышеуказанных симптомов может быть обусловлено целым рядом причин, и МКБ-10 указывает их в следующем порядке: диспепсия может быть аллергическая, врожденная, желудочно-кишечная, профессиональная, рефлексорная, функциональная, что создает еще больше проблем для конкретизации понимания этой нозологической формы. Для упрощения ситуации принято разделение данного состояния на органическую диспепсию, обусловленную инструментально и лабораторно подтвержденными заболеваниями *желудочно-кишечного тракта* (ЖКТ), и *функциональную* (неязвенную) *диспепсию* (ФД) в случаях, когда заболевания обнаружить не удается.

Данный подход значительно облегчает тактику лечения с учетом патогенетических механизмов болезней, вызвавших состояние диспепсии. Однако при этом остается ряд нерешенных вопросов. В частности, отсутствие грубой органической патологии, определяющей симптоматику ФД, не дает возможности сформировать тактику лечения таких больных. В то же время дискуссия об этиологии и патогенезе функциональной диспепсии в основном затрагивает проблему наибольшей значимости того или иного фактора в развитии симптомов, не определяя сущности заболевания.

S. Cucchiara с соавт. [10–12] в ряде работ, посвященных электрогастрографии при ФД, показали, что для таких симптомов, как тошнота, ощущение переполнения в желудке, быстрое насыщение, боли в эпигастрии соответствуют резкие изменения на электрогастрограмме — от

брадикастрии к тахикастрии. В. Pfaffenbach [20] на основании сравнения различной органической патологии ЖКТ указывает на значительно большую долю случаев тахикастрии среди больных с функциональной диспепсией, чем у больных с язвенной болезнью, онкологическими поражениями желудка и др. В свою очередь, 8-недельный курс лечения препаратом цизаприд нормализовал моторику желудка, что привело к полной редукции симптомов ФД. Двойное слепое исследование S.F. Wood с соавт. [23] также доказало эффективность прокинетики цизаприда у 11 пациентов с диспепсией по сравнению с плацебо.

В свою очередь, Я.С. Циммерман [6], указывая на ведущую роль нарушений моторики желудка в формировании симптомов функциональной диспепсии, утверждает, что единственным твердо установленным патогенетическим фактором является изменение двигательной (моторно-эвакуаторной) функции желудка и *двенадцатиперстной кишки* (ДПК). По мнению автора, «симптомы функциональной диспепсии формируются с возникновением дисритмии желудка после приема пищи. Большое значение имеет также расстройство «аккомодации», т. е. отсутствие расслабления его проксимальных отделов, ведущее за собой повышение интрагастрального давления, что и ведет к дискомфорту и болевым ощущениям».

Другим направлением в исследовании патогенеза функциональной диспепсии является изучение роли инфекции *Helicobacter pylori*, вопрос об участии которой в формировании симптомов сохраняется до настоящего времени. Так, проведенное I. Novoa Reyes с соавт. [19] в 2010 г. исследование показало, что эрадикация микроорганизма значительно улучшила состояние пациентов. Это позволило авторам косвенно судить о непосредственном участии *H. pylori* в формировании симптомов. Однако еще в 2001 г. J. Hammer с соавт. [15] поставили под сомнение значение эрадикации при функциональной диспепсии, указывая на ее малую эффективность и отсутствие приводимых в исследованиях достоверных дан-

ных о том, что *H. pylori* вызывает функциональную диспепсию. Подобное заключение сделал позже и L.E. Mazzoleni с соавт. [17], который на выборке из 91 пациента обнаружил недостаточную эффективность эрадикационной терапии при ФД и отсутствие связи между инфицированием *H. pylori* и симптомами заболевания.

В научной литературе обсуждается также роль пептического фактора. Так, S.J. Veldhuyzen van Zanten [22] в своем обзоре пишет об эффективности ингибиторов протонной помпы при лечении рассматриваемой категории больных. Однако Я.С. Циммерман [6], анализируя предыдущие исследования, не нашел убедительных данных о влиянии пептического фактора на формирование симптомов ФД. Из всех причин, влияющих на ее развитие, доказана роль только табакокурения.

Дискуссия о причинах и развитии функциональной диспепсии длится до сих пор. Вместе с тем публикации последних лет [8, 13, 16, 18] показали, что проблема этиологии, патогенеза, диагностики и лечения данного заболевания до сих пор рассматривается в рамках традиционных направлений. При этом большинство авторов приходят к выводу о необходимости комплексного лечения, которое, как правило, осуществляется методом подбора и в большей степени носит эмпирический характер, на что указывают D.Y. Graham и M.J. Ruge [14].

Таким образом, к настоящему времени не удалось выделить ведущего этиологического фактора в патогенезе формирования симптомов функциональной диспепсии, так же как определить наиболее эффективные подходы к терапии этого заболевания.

С нашей точки зрения, необходимо выделить ряд сообщений, касающихся психического состояния пациентов с ФД. Так, E.J. Bennet с соавт. [9] после проведенного психологического обследования 28 пациентов с ФД указали на взаимосвязь снижения скорости эвакуации из желудка с хроническими стрессовыми нагрузками, попытками больных сдерживать раздражение, гнев, со стремлением «собраться с духом» перед неблагоприятными обстоятельствами. J.E. Richter [21] установил, что для пациентов с ФД характерны повышенная тревожность, склонность к депрессии и невротизм. Однако при этом автору не удалось выявить характерный индивидуальный психологический профиль реакции этих пациентов на острый стресс.

В свою очередь, В.В. Марилов [5], выделяя из всех психосоматических заболеваний ЖКТ так называемые «гастралгии», дает подробное описание психического профиля больных с этими состояниями, где выделяет такие личностные особенности, как повышенная тревожность и неуверенность в своих силах, ранимость, неспособность проявить свои эмоции, ригидность и упрямство.

При этом подчеркивается, что возникновению болезни предшествовали длительные стрессовые нагрузки.

На необходимость учета психических механизмов в возникновении функциональной диспепсии указывают Я.С. Циммерман [6] и А.А. Шептулин [7], отмечающие значительное ускорение редукции симптомов ФД при использовании в комбинированной терапии, наряду с прокинетиками и ингибиторами протонной помпы, антидепрессантов.

С целью уточнить распространенность психических расстройств, их синдромальную характеристику, степень выраженности, а также роль психопатологических симптомов в формировании жалоб при ФД было проведено данное исследование.

Материал и методы исследования

Критерием включения в исследование было наличие клинических симптомов ФД.

Критерии исключения: выявление при инструментальном обследовании органической патологии (язвенная болезнь, эрозивные поражение слизистой оболочки желудка, ДПК, пищевода, опухоли органов ЖКТ, заболевания печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, кишечника), наличие сопутствующей патологии внутренних органов.

При обследовании пациентов использовались следующие методы: клинические, лабораторные, эндоскопический, ультразвуковой, клинко-психопатологический и психодиагностический (с использованием шкал депрессии CES-D и тревоги Спилбергера).

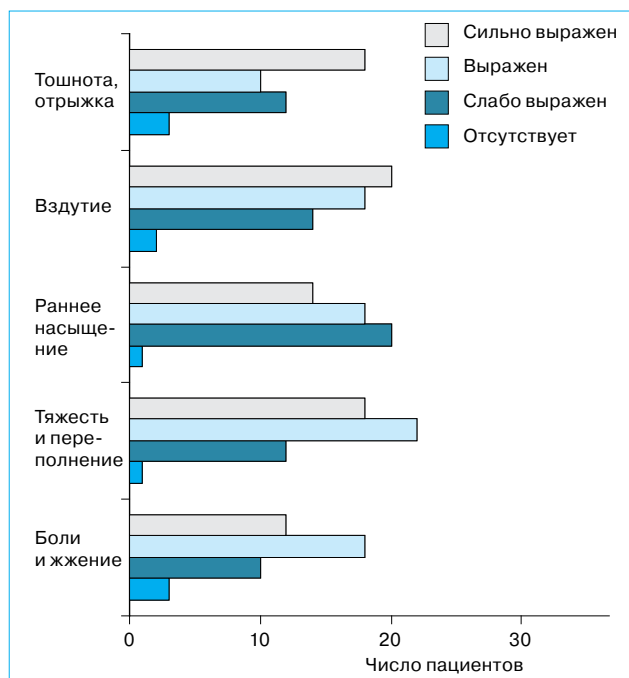
Обследованы 53 пациента (18 мужчин, 35 женщин) с жалобами, характерными для функциональной диспепсии. Средний возраст больных составил $43 \pm 2,3$ года. Текущее обострение наблюдалось на протяжении $3 \pm 0,5$ мес.

Результаты исследования и их обсуждение

Выраженность жалоб оценивалась по 4-балльной шкале (см. рисунок).

Результаты клинического обследования показали, что жалобы на дискомфорт в верхних отделах ЖКТ были достаточно выраженными у подавляющего большинства больных. Именно эти жалобы и были причиной обращения к гастроэнтерологу.

С целью верификации диагноза «функциональная диспепсия» все обследованные согласно данным эзофагогастродуоденоскопии были разделены на две группы. В *первую группу* вошли 18 больных, у которых наличие диспептических жалоб соответствовало эндоскопической картине (эрозивный эзофагит, эрозивный гастродуоденит). Учитывая поставленные задачи и критерии



Степень выраженности симптомов у пациентов с ФД

отбора, указанная группа в дальнейшем была исключена из исследования. *Вторая группа* (35 человек) была представлена пациентами, у которых клинические проявления заболевания не могли быть полностью объяснены выявленными органическими изменениями ЖКТ. Это позволило в данном случае поставить диагноз функциональной диспепсии. Преобладали такие изменения, как недостаточность кардии, атрофический и поверхностный гастрит. Очевидно, что выявленная патология не может объяснить всей тяжести клинической картины.

Результаты психопатологического и психодиагностического исследования показали, что у всех пациентов с ФД были выявлены симптомы тревоги и признаки депрессивного расстройства. При этом депрессия средней степени тяжести определялась у 20 (57,1%) больных, тяжелая депрессия – у 15 (42,9%). Уровень тревоги по шкале Спилбергера у 11 пациентов был в пределах 31–45 баллов, что свидетельствовало об умеренной ее выраженности, в то время как у 9 обследованных тревога достигала значительной степени (>46 баллов). У 15 человек тревожность была низкая. Таким образом, более половины пациентов имели достаточно выраженные беспокойство, озабоченность, невротические симптомы.

Приступая к обсуждению полученных данных, необходимо сказать, что психические расстройства довольно часто встречаются в общесоматической сети. По данным В.Х. Василенко, они выявляются примерно у 15% больных гастроэнтерологического профиля. В свою очередь, среди пациентов мно-

гопрофильного стационара было выявлено до 70% страдающих психическими нарушениями [3], в то время как по данным ВОЗ до 25% всего населения страдает депрессиями. Таким образом, можно было бы изначально предположить о достаточно большой доле психических нарушений, в частности депрессивных расстройств, среди пациентов с ФД, тем более, что указания на несоответствие между тяжестью поражения слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ и выраженностью дискомфорта, вызванного комплексом диспептических симптомов, прослеживается практически во всех работах.

Следует отметить, что собственно депрессивные расстройства часто сопровождаются рядом соматовегетативных симптомов [1]. В их числе не последнее место занимают расстройства функций ЖКТ. Так, нарушения в пищеварительной системе (неприятный вкус во рту, боли в животе, нарушения моторики желудка и кишечника, проявляющиеся запорами, тошнотой, позывами на рвоту, изменение аппетита, массы тела) наряду с подавленностью, чувством тоски, снижением активности, заторможенностью являются одним из облигатных признаков депрессивного расстройства. Вместе с тем симптомы тревоги, беспокойства, вплоть до панических атак, часто выявляются при функциональных заболеваниях ЖКТ [4].

Учитывая эти данные, а также указания на то, что в ряде случаев комбинация традиционных препаратов, используемых при функциональной диспепсии, с психотропными средствами дает более ощутимый эффект и быстрое наступление ремиссии, полученные в ходе настоящего исследования результаты можно интерпретировать следующим образом. У пациентов с ФД симптомокомплекс нарушений со стороны ЖКТ скорее всего формируется за счет клинических проявлений тревоги и депрессивного расстройства. С одной стороны, амплификация (наложение) симптомов психических расстройств на имеющиеся субклинические проявления патологии ЖКТ является отягощающим фактором течения функциональной диспепсии и определяет недостаточную эффективность традиционных методов терапии. С другой стороны, собственно симптомы депрессии и тревоги могут клинически проявлять себя (особенно при тяжелых формах депрессий и панических атаках) как функциональная диспепсия, маскируясь таким образом под соматическое заболевание.

Выводы

Более, чем у половины обследованных с симптомами диспепсии органические изменения ЖКТ не могли определять тяжесть клинической картины и жалоб.

В свою очередь, депрессивное расстройство было определено у всех больных с ФД, при этом среди выявляемых нарушений велика доля тревожных расстройств.

Результаты исследования дают возможность утверждать положение о непосредственном участии психических расстройств в формировании симптомов функциональной диспепсии.

Список литературы

1. Зеленина Е.В. Соматовегетативный симптомокомплекс в структуре депрессий (типология, клиника, терапия): Дис. ... канд. мед. наук. — М., 1997.
2. Калинин А.В. Руководство по гастроэнтерологии / Под ред. Ф.И. Комарова, С.И. Рапопорта. — М.: МИА, 2010. — С. 280.
3. Козырев В.Н. Модели интеграции психиатрической службы в систему медицинской помощи населению: Дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2000.
4. Колесников Д.Б. Синдром раздраженной толстой кишки (психосоматические соотношения, типология, терапия): Дис. ... канд. мед. наук. — М., 2001.
5. Марилов В.В. Психосоматозы. Психосоматические заболевания желудочно-кишечного тракта. — М.: Миклош, 2007. — 151 с.
6. Циммерман Я.С. Синдром функциональной (неязвенной) диспепсии: современные представления, спорные и нерешенные вопросы // Клин. мед. — 2004. — № 5. — С. 16–22.
7. Шенгулин А.А. Синдром «функциональной диспепсии»: спорные и нерешенные вопросы // Клин. мед. — 1998. — № 2. — С. 53–55.
8. AlMalki A.S. *Helicobacter pylori* eradication in non-ulcer dyspepsia: does it really matter? // Saudi J. Gastroenterol. — 2008. — Vol. 14, N 2. — P. 93–95.
9. Bennett E.J., Kellow J.E., Cowan H. et al. Suppression of anger and gastric emptying in patients with functional dyspepsia // Scand. J. Gastroenterol. — 1992. — Vol. 27, N 10. — P. 869–74.
10. Cucchiara S., Bortolotti M., Colombo C. et al. Abnormalities of gastrointestinal motility in children with non-ulcer dyspepsia and in children with gastroesophageal reflux disease // Dig. Dis. Sci. — 1991. — Vol. 36, N 8. — P. 1066–1073.
11. Cucchiara S., Minella R., Riezzo G. et al. Reversal of gastric electrical dysrhythmias by cisapride in children with functional dyspepsia. Report of three cases // Dig. Dis. Sci. — 1992. — Vol. 37, N 7. — P. 1136–1140.
12. Cucchiara S., Riezzo G., Minella R. et al. Electrogastrography in non-ulcer dyspepsia // Arch. Dis. Child. — 1992. — Vol. 67, N 5. — P. 613–617.
13. Flier S.N., Rose S. Nonulcer dyspepsia. (Review of gender differences in epidemiology, pathophysiologic mechanisms, clinical presentation, and management.) // Curr. Opin. Gastroenterol. — 1999. — Vol. 15, N 6. — P. 492.
14. Graham D.Y., Rugge M.J. Clinical practice: diagnosis and evaluation of dyspepsia // Clin. Gastroenterol. — 2010. — Vol. 44, N 3. — P. 167–172.
15. Hammer J., Talley N.J. Nonulcer dyspepsia // Curr. Opin. Gastroenterol. — 2001. — Vol. 17, N 6. — P. 518–522.
16. Hammer J., Talley N.J. Is functional dyspepsia of particular concern in women? // Am. J. Gastroenterol. — 2006. — Vol. 101, N 12 (suppl.). — P. 644–653.
17. Mazzoleni L.E., Sander G.B., Ott E.A. et al. Clinical outcomes of eradication of *Helicobacter pylori* in non-ulcer dyspepsia in a population with a high prevalence of infection: results of a 12-month randomized, double blind, placebo-controlled study // Dig. Dis. Sci. — 2006. — Vol. 51, N 1. — P. 89–98.
18. Nakajima Sh. Stepwise diagnosis and treatment from uninvestigated dyspepsia to functional dyspepsia in clinical practice in Japan: proposal of a 4-step algorithm // Digestion. — 2009. — Vol. 79 (suppl. 1). — P. 19–25.
19. Novoa Reyes I., de los Rios Senmache R., Pinto Valdivia J. et al. Influence of eradication of *Helicobacter pylori* in patients with non-ulcer dyspepsia in a hospital of Lima // Rev. Gastroenterol. Peru. — 2010. — Vol. 30, N 1. — P. 25–32.
20. Pfaffenbach B., Adamek R.J., Lux G. The value of electrogastrography for the diagnosis of gastroenterologic function // Dtsch. Med. Wochenschr. — 1998. — Vol. 123, N 28–29. — P. 855–860.
21. Richter J.E. Stress and psychologic and environmental factors in functional dyspepsia // Scand. J. Gastroenterol. Suppl. — 1991. — Vol. 182. — P. 40–46.
22. Veldhuyzen van Zanten S.J. Review: proton-pump inhibitor therapy reduces symptoms in nonulcer dyspepsia better than placebo // ACP J. Club. — 2005. — Vol. 142, N 3. — P. 74.
23. Wood S.F., Penney S.C., Cochran K.M. Cisapride in functional dyspepsia: a double-blind, placebo-controlled randomized trial in general practice patients // Scand. J. Gastroenterol. Suppl. — 1993. — Vol. 195. — P. 5–10.