

УДК 61.616.3 + 61.616.8

***ВЗАИМОСВЯЗЬ РАЗВИТИЯ ТРЕВОЖНОСТИ И ДЕПРЕССИИ У
ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО
ТРАКТА***

Малкова А.А.

к.м.н., доцент,

ФГБОУ ВО «Ижевский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации,

Ижевск, Россия

Атаманова А.Д.

студент,

ФГБОУ ВО «Ижевский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации,

Ижевск, Россия

Хузина А.Л.

студент,

ФГБОУ ВО «Ижевский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Ижевск, Россия

Аннотация

В статье исследуется взаимосвязь тревожно-депрессивных расстройств и заболеваний желудочно-кишечного тракта в рамках двунаправленного взаимодействия в рамках оси «мозг-кишечник». В статье отражена степень выраженности тревоги и депрессии у пациентов с гастроэнтерологической патологией. Из 100 пациентов (20–70 лет) с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного

тракта наиболее высокие показатели тревоги и депрессии выявлены при патологиях печени. Результаты подтверждают высокую частоту аффективных нарушений у больных гастроэнтерологического профиля, что обосновывает необходимость скрининга психического статуса для выработки комплексной терапевтической тактики.

Ключевые слова: тревога, депрессия, ось «мозг-кишечник», гастроэнтерология, HADS, патология печени, психосоматика.

THE RELATIONSHIP BETWEEN THE DEVELOPMENT OF ANXIETY AND DEPRESSION IN PATIENTS WITH GASTROINTESTINAL DISEASES

Malkova A.A.

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education:

*“Izhevsk State Medical University” Ministry of Health of the Russian Federation,
Izhevsk, Russia*

Atamanova A.D.

student,

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education:

*“Izhevsk State Medical University” Ministry of Health of the Russian Federation,
Izhevsk, Russia*

Huzina A.I.

student,

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education:

*“Izhevsk State Medical University” Ministry of Health of the Russian Federation,
Izhevsk, Russia*

Abstract

The article examines the relationship between anxiety-depressive disorders and gastrointestinal diseases within the framework of the bidirectional gut-brain axis. The article reflects the degree of anxiety and depression in patients with gastroenterological pathology. Among 100 patients (aged 20–70) with chronic gastrointestinal diseases, the highest anxiety and depression levels were found in liver pathologies. The results confirm the high prevalence of affective disorders in patients with gastroenterological conditions, which justifies the need for mental status screening to develop a comprehensive therapeutic strategy.

Key words: anxiety, depression, axis «brain-gut», gastroenterology, HADS, liver disease, psychosomatics.

Актуальность статьи

В последнее время наблюдается повышенный интерес к изучению психосоматических взаимосвязей в клинике внутренних болезней [9]. Ключевое место занимает гастроэнтерология, поскольку желудочно-кишечный тракт обладает большим количеством специализированных рецепторов, за счет чего кишечник является сенсорным органом, что делает его тесно связанным с центральной нервной системой [13;14]. С одной стороны, хронические заболевания желудочно-кишечного тракта значительно снижают качество жизни пациентов. С другой стороны, тревога и депрессия способны влиять на моторику, секрецию и воспалительные процессы в ЖКТ [12;15]. Несмотря на очевидную связь, диагностика тревожно-депрессивных состояний часто остается недостаточной, что ведет к неполноценному лечению и хронификации как гастроэнтерологической, так и психической патологии [4].

Цель исследования

Изучить процентное соотношение и степень выраженности тревоги и депрессии у пациентов с хроническими гастроэнтерологическими заболеваниями.

Дизайн

Работа выполнялась на базе БУЗ УР "Первая республиканская клиническая больница МЗ УР " в гастроэнтерологическом отделении методом сплошной выборки пациентов, которые были разделены на 3 группы: пациенты с заболеваниями печени (с диагнозами: алкогольная болезнь печени, токсическая болезнь печени, фиброз и цирроз печени), пациенты с функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта (с диагнозами: функциональная диспепсия, синдром раздраженного кишечника), пациенты с воспалительными заболеваниями кишечника (с диагнозами: язвенный колит, радиационный энтероколит, лекарственно-индуцированный колит, дивертикулит), диагнозы выставлены в соответствии с клиническими рекомендациями.

Материалы и методы

Всего обследовано 100 пациентов: 45 (45%) с заболеваниями печени (средний возраст $51,0 \pm 6,5$ года), 37 (37%) с функциональными нарушениями ЖКТ (средний возраст $46,5 \pm 5,0$ года) и 28 (28%) с воспалительными заболеваниями кишечника (средний возраст $49,0 \pm 7,0$ года). Группы были сопоставимы по полу: в группе с заболеваниями печени женщин - 25 (55,6 %), мужчин - 20 (44,4 %) ; в группе с функциональными нарушениями ЖКТ женщин - 25 (67,6 %), мужчин - 12 (32,4%); в группе с воспалительными заболеваниями кишечника женщин -17 (60,7%) , мужчин - 11 (39,3 %)

Критериями включения являлись: верифицированный диагноз хронического заболевания желудочно-кишечного тракта согласно клиническим рекомендациям, возраст старше 18 лет, информированное согласие на участие. Критерии исключения: тяжелые декомпенсированные соматические заболевания, онкопатология, деменция, острые психотические расстройства.

Для оценки уровня тревоги и депрессии использовалась Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) [16]. Валидность русскоязычной версии шкалы подтверждена в исследованиях [1;7;8]. Шкала состоит из 14 пунктов, разделенных на две подшкалы: HADS-A (тревога) и HADS-D (депрессия). При

интерпретации результатов учитывался суммарный показатель по каждой под-шкале:

- 0-7 баллов — норма (отсутствие достоверно выраженных симптомов);
- 8-10 баллов — субклинически выраженная тревога/депрессия;
- 11 баллов и выше — клинически выраженная тревога/депрессия.

Статистическая обработка проведена в Microsoft Excel. Для оценки взаимосвязей использован коэффициент корреляции Пирсона (r). Различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты

Распределение уровней тревоги и депрессии у пациентов с гастроэнтерологическими заболеваниями

В результате анкетирования 100 пациентов были получены следующие данные по шкале HADS. Для наглядности результаты представлены в виде таблицы. (табл.1).

Таблица 1. Распределение уровней тревоги и депрессии у пациентов с гастроэнтерологическими заболеваниями (n=100).

Уровень (баллы HADS)	Тревога (HADS-A), абс. (%)	Депрессия (HADS-D), абс. (%)
Норма (0-7 баллов)	27 (27%)	37 (37%)
Субклиническая (8-10 баллов)	41 (41%)	35 (35%)
Клиническая (>11 баллов)	32 (32%)	28 (28%)
Всего	100 (100%)	100 (100%)

Согласно таблице 1, лишь у 27% пациентов уровень тревоги не выходил за пределы нормы, у подавляющего большинства (73%) были выявлены признаки тревожного расстройства различной степени выраженности.

Показатели по шкале депрессии также демонстрируют высокий процент аффективных нарушений: 63% пациентов имеют либо субклиническую, либо клинически выраженную депрессию.

Распределение уровней депрессии по группам (таблица 2)

Таблица 2. Распределение уровней депрессии по группам (HADS-D), n(%)

Группа	n	Норма	Субклиническая	Клиническая	Преобладающий уровень
Хронические заболевания печени	44	4 (9 %)	14 (32%)	26(59%)	Клиническая
Функциональные нарушения	37	20(54%)	12(32%)	5(14%)	Норма, субклиническая
Воспалительные заболевания кишечника	19	13(68%)	4(21%)	2(11%)	Норма

При анализе распределения было отмечено, что наиболее высокие средние баллы по субшкале депрессии (HADS-D) наблюдались в группе с патологией печени, составив в среднем $11,8 \pm 2,9$ балла, что соответствует клиническому уровню (≥ 11 баллов). В группе функциональных нарушений ЖКТ средний балл депрессии составил $6,9 \pm 2,4$ балла (норма, субклинический уровень), в группе с воспалительными заболеваниями кишечника — $6,2 \pm 2,6$ балла (норма). Статистический анализ подтвердил значимые различия между группами ($p < 0,0001$). В группе у пациентов с патологией печени клинический уровень депрессии зафиксирован у 59% пациентов, что достоверно выше, чем в группе функциональных нарушений (14%) и воспалительных заболеваний кишечника (11%) ($p < 0,01$).

Распределение уровней тревоги по группам (таблица 3)

Таблица 3. Распределение уровней тревоги по группам (HADS-A), n(%)

Группа	n	Норма	Субклиническая	Клиническая	Преобладающий уровень
Хронические заболевания печени	44	4(9%)	18(41%)	22 (50%)	Субклиническая, клиническая
Функциональные нарушения	37	6(16%)	16(43%)	15(41%)	Субклиническая, клиническая
Воспалительные заболевания кишечника	19	9(47%)	8(42%)	2(11%)	Норма, субклиническая

При анализе распределения было отмечено, что наиболее высокие средние баллы по шкале тревоги (HADS-A) наблюдались при заболеваниях печени, составив в среднем $12,4 \pm 3,1$ балла, что соответствует клинически выраженной тревоге (≥ 11 баллов). При функциональных нарушениях ЖКТ средний балл тревоги составил $9,2 \pm 2,7$ балла (субклинический уровень), при воспалительных заболеваниях кишечника - $8,8 \pm 3,0$ балла (субклинический уровень). Межгрупповые различия достоверны ($p = 0,003$), при этом в группе печени клинический уровень тревоги зафиксирован у 50% пациентов, что достоверно выше, чем в группе функциональных нарушений (41%) и воспалительных заболеваний кишечника (11%) ($p < 0,05$).

Обсуждение

Наиболее высокие средние значения по шкалам тревоги ($12,4 \pm 3,1$) и депрессии ($11,8 \pm 2,9$) зафиксированы у больных с патологией печени, что отражает клинически значимые нарушения. В двух других группах эти показатели были достоверно ниже ($p < 0,01$). Наиболее тесная связь между показателями тревоги и депрессии выявлена в группе пациентов с заболеваниями печени ($\rho = 0,05$; $p < 0,001$), что свидетельствует о высокой взаимосвязи этих состояний при печеночной патологии.

Выявленный нами феномен может объясняться несколькими механизмами, действующими в рамках двунаправленной оси «кишечник–мозг».

Системный воспалительный механизм. В отличие от локального воспаления в стенке кишки при воспалительных заболеваниях кишечника, пораженная печень неэффективно фильтрует кровь, поступающую из кишечника. Из-за повышенной кишечной проницаемости эндотоксины попадают в системный кровоток, вызывая системное воспаление. Провоспалительные цитокины (IL-6, TNF- α) проникают через гематоэнцефалический барьер (ГЭБ), вызывая нейровоспаление. Это нарушает метаболизм серотонина и дофамина, провоцируя тревогу и депрессию, подключая биохимические механизмы [5].

Нарушение метаболизма желчных кислот. Печень является единственным органом, синтезирующим первичные желчные кислоты, активирующие специфические рецепторы в мозге (например, рецептор желчных кислот TGR5, связанный с G-белком). При нарушении функции печени изменяется их состав, некоторые из них способны проходить через гемато-энцефалический барьер и модулировать активность ГАМК-ергических нейронов и функциональную связность лимбической системы, что регулирует тревожное и депрессивное поведение [5]. При патологии кишечника может меняться микробиота и состав вторичных желчных кислот в просвете кишки, но их концентрация контролируется здоровой печенью.

Психосоциальные факторы. Диагноз заболевания печени часто несет стигматизацию, страх перед прогрессированием (асцит, печеночная недостаточность, гепатоцеллюлярная карцинома), а также ограничения в диете и образе жизни [6;11]. У пациентов с функциональными нарушениями, напротив, при отсутствии органического поражения и угрозы жизни, психоэмоциональные нарушения чаще носят первичный характер [3;9]. Тем не менее и в этих случаях сохраняется порочный круг: тревога усиливает висцеральную гиперчувствительность и изменяет моторику кишечника, а изменённые сигналы от кишечника по блуждающему нерву возвращаются в мозг, поддерживая аффективные

расстройства.

Заключение

Проведённое исследование подтвердило высокую взаимосвязь гастроэнтерологических заболеваний и аффективных расстройств в рамках единой оси «кишечник–мозг» [2;4]. Более 70% пациентов имеют признаки тревоги, а более 60% — признаки депрессии различной степени тяжести. У пациентов с хроническими заболеваниями печени уровень тревоги и депрессии статистически значимо выше, чем при других патологиях ЖКТ. Печень выступает не только как орган-мишень, но и как активный участник нейроиммунных и метаболических взаимодействий между кишечником и мозгом [13;14]. В то же время при функциональных нарушениях ЖКТ и воспалительных заболеваниях кишечника влияние на аффективную сферу в значительной степени реализуется через висцеральную гиперчувствительность, изменение микробиоты и модуляцию блуждающего нерва (n. vagus), однако выраженность депрессивных симптомов в данных группах остается в пределах нормального или субклинического уровня.

Таким образом, взаимосвязь между тяжестью соматической патологии (особенно гепатологического профиля) и уровнем депрессии подчеркивает двунаправленный характер регуляции в системе «кишечник–мозг»[5]. Это указывает на необходимость комплексного подхода к ведению пациентов с заболеваниями печени, включающего не только гепатологическую терапию, но и психоэмоциональную поддержку [3;11]. Выявление тревоги и депрессии на ранних этапах позволит своевременно подключать к лечению психофармакотерапию и психотерапевтическую коррекцию, что повысит эффективность лечения основного заболевания и улучшит качество жизни пациентов [9;11].

Библиографический список

1. Андрющенко А.В., Дробижев М.Ю., Добровольский А.В. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS(D) в диагностике депрессий в общей медицинской практике // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2003. № 5. С. 11–17.

2. Беккер Р.А., Быков Ю.В., Быкова А.Ю. Аффективные и тревожные нарушения при патологии печени и желчных путей: эпидемиология и клинические характеристики // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. 2023. № 2. С. 45–56.
3. Беккер Р.А., Быков Ю.В., Быкова А.Ю. Аффективные и тревожные нарушения у пациентов с патологией печени и/или желчных путей. Часть III: терапевтические аспекты // Психиатрия и психофармакотерапия. 2023. Т. 25. № 5. С. 18–28.
4. Куприянова И.Е., Чуйкова К.И., Петрова Е.И., Шушпанова Т.В., Даваа Д.М., Таир Г. Психические расстройства при патологии печени и желчных путей (обзор литературы) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2025. № 2(127). С. 98–108.
5. Лазебник Л.Б., Туркина С.В. Энтерогепатоцентризм как основа психосоматической патологии человека // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2023. Т. 216. № 8. С. 9–23. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-216-8-9-23
6. Максимова М.Ю., Поддубная Т.В., Богомолов П.О., Еникополов С.Н. Личностные характеристики и структура внутренней картины болезни как предикторы комплаенса пациентов, страдающих хроническим вирусным гепатитом С // Психические расстройства в общей медицине. 2024. № 3-4. С. 31–38.
7. Маракшина Ю.А., Павлова А.А., Исмагуллина В.И., Лобаскова М.М. Анализ психометрических свойств Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) на выборке русскоязычных студентов // Acta Biomedica Scientifica. 2025. Т. 10. № 5. С. 182–193.
8. Морозова М.А., Потанин С.С., Бениашвили А.Г., Бурминский Д.С., Лепилкина Т.А., Рупчев Г.Е., Кибитов А.А. Валидация русскоязычной версии Госпитальной шкалы тревоги и депрессии в общей популяции // Профилактическая медицина. 2023. Т. 26. № 4. С. 7–14.

9. Никулина М.А. Совершенствование диагностики, лечения и прогнозирования течения заболеваний гепатобилиарной системы на основе оценки психосоматического статуса: диссертация д.м.н., 2013. 315 с.
10. Плотникова Е.Ю., Белобородова Э.И., Дидковская Н.И. Уровень тревожности и нейротизма у пациентов с желчнокаменной болезнью // Психосоматическая медицина – 2006: сб. тез. I международного конгресса. СПб., 2006. С. 147–148.
11. Чуйкова Е.И., Куприянова И.Е., Ковалева Т.А. Психосоциальные клинико-эпидемиологические, патогенетические аспекты здоровья беременных с хроническими вирусными гепатитами В и С. Томск: Изд-во ТГПУ, 2020. 296 с.
12. Choi J.M., Chung G.E., Kang S.J., Kwak M.S., Yang J.I., Park B., Yim J.Y. Association between anxiety and depression and nonalcoholic fatty liver disease // *Frontiers in Medicine*. 2021. Vol. 7. P. 585618.
13. Dam-Larsen S., Franzmann M., Andersen I.B., Christoffersen P., Jensen L.B., Sorensen T.I., Becker U., Bendtsen F. Long term prognosis of fatty liver: risk of chronic liver disease and death // *Gut*. 2004. Vol. 53. No. 5. P. 750–755.
14. Newton J.L., Jones D.E., Henderson E., Kane L., Wilton K., Burt A.D., Day C.P. Fatigue in non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) is significant and associates with inactivity and excessive daytime sleepiness but not with liver disease severity or insulin resistance // *Gut*. 2008. Vol. 57. No. 6. P. 807–813.
15. Youssef N.A., Abdelmalek M.F., Binks M., Guy C.D., Omenetti A., Smith A.D., Diehl A.M., Suzuki A. Associations of depression, anxiety and antidepressants with histological severity of nonalcoholic fatty liver disease // *Liver International*. 2013. Vol. 33. No. 7. P. 1062–1070.
16. Zigmond A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1983. Vol. 67. No. 6. P. 361–370.