



Влияние тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с гастроэнтерологической патологией на течение основного заболевания

С.Н. Лагутина, А.А. Яйлян, О.С. Скуратова✉, А.Д. Занин

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж, Россия
✉prokopova15@mail.ru

Аннотация

Проблема тревожных и депрессивных расстройств является одной из наиболее актуальных в современной общемедицинской практике. Многие пациенты с тревожно-депрессивным расстройством (ТДР) обращаются к врачам различного профиля, в частности к гастроэнтерологам, с жалобами исключительно соматического характера. Пациентка О., 25 лет, обратилась в медицинскую организацию, когда ее начали беспокоить боль и тяжесть в эпигастральной области. В результате длительного лечения соматической патологии, частых рецидивов, неэффективности терапии, ухудшения состояния у пациентки О. было выявлено ТДР и соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы. Для того чтобы избежать усугубления состояния здоровья и добиться выздоровления необходимо своевременно выявлять ТДР на амбулаторном этапе и назначать комбинированную терапию с психотропными препаратами.

Ключевые слова: заболевания гастроэнтерологического профиля, тревожно-депрессивное расстройство, соматоформное расстройство, стресс, болевой синдром.

Для цитирования: Лагутина С.Н., Яйлян А.А., Скуратова О.С., Занин А.Д. Влияние тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с гастроэнтерологической патологией на течение основного заболевания. *Клинический разбор в общей медицине*. 2026; 7 (3): 77–79.

DOI: 10.47407/kr2026.7.3.00798

Influence of anxiety-depressive disorders in patients with gastroenterological pathology on the course of the underlying disease

Svetlana N. Lagutina, Anna A. Yailyan, Olga S. Skuratova✉, Alexander D. Zanin

Burdenko Voronezh State Medical University, Voronezh, Russia
✉prokopova15@mail.ru

Abstract

The problem of anxiety and depressive disorders is one of the most pressing in modern general medical practice. Many patients with anxiety-depressive disorder seek medical advice from various specialists, in particular gastroenterologists, with complaints of an exclusively somatic nature. Patient O., 25, sought medical attention when she began to feel pain and heaviness in the epigastric region. As a result of long-term treatment of somatic pathology, frequent relapses, ineffective therapy, and deterioration of the patient O.'s condition, anxiety-depressive disorder and somatoform dysfunction of the autonomic nervous system were diagnosed. In order to avoid worsening of the health condition and achieve recovery, it is necessary to promptly identify ADD at the outpatient stage and prescribe combination therapy with psychotropic drugs.

Keywords: gastrointestinal diseases, anxiety-depressive disorder, somatoform disorder, stress, pain syndrome.

For citation: Lagutina S.N., Yailyan A.A., Skuratova O.S., Zanin A.D. Influence of anxiety-depressive disorders in patients with gastroenterological pathology on the course of the underlying disease. *Clinical review for general practice*. 2026; 7 (3): 77–79 (In Russ.). DOI: 10.47407/kr2026.7.3.00798

Введение

Тревожно-депрессивное расстройство (ТДР) – одна из наиболее частых форм психической патологии, с которой на практике встречается не только врач психиатр, но и врачи-терапевты амбулаторно-поликлинического звена. Отмечены высокая распространенность ТДР и их вклад в развитие и осложнение основных заболеваний, приводящих к стойкому снижению качества жизни, трудоспособности и инвалидизации населения. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в 2015 г. ТДР явилось причиной инвалидизации 50 млн человек. В 2015 г. распространенность депрессии в общемировой популяции составила 322 млн (4,4%) человек, а доля мирового населения с ТДР – 264 млн (3,6%). Врачи различных специальностей демонстрируют все большую озабоченность как темпами распространения этих состояний среди населения, так и негативным влиянием на многие соматические заболевания [1].

Клинический случай

Пациентка О., 25 лет. Считает себя больной с декабря 2022 г., когда через месяц после смерти матери появились боли в эпигастральной области. 04.01.2023 обратилась к участковому терапевту в БУЗ ВО «ВГП №10» с жалобами на боль и чувство тяжести в эпигастральной области. Были назначены лабораторные и инструментальные методы исследования: ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, общий анализ крови (ОАК), общий анализ мочи (ОАМ), биохимический анализ крови, копрограмма, фиброгастро-дуоденоскопия (ФГДС) с биопсией на *Helicobacter pylori* и рекомендовано лечение: омепразол 20 мг – 2 раза в сутки, дротаверин 40 мг – 1 раз в сутки. По результатам обследования был поставлен диагноз: недостаточность кардии, хронический поверхностный гастрит, ассоциированный с *H. pylori*. Лечилась амбулаторно с 11.01.2023, проводилась эрадикационная тера-

пия (висмута трикалия дицитрат, омепразол, кларитромицин, амоксициллин, бифидобактерии – 2 нед), с улучшением состояния пациентки. Через 2 мес (15.03.2023), после сильного стресса, повторно обратилась к участковому терапевту с жалобами на слабость, боль в эпигастрии, отрыжку воздухом, ощущение комка в горле, тошноту, боль за грудиной, рвоту желчью. Было назначено повторно ФГДС с биопсией на *H. pylori* и лечение (эзомепразол 20 мг 2 раза в сутки, алгедрат + магния гидроксид 3 раза в сутки, домперидон 10 мг 3 раза в сутки, дротаверин 20 мг 2 раза в сутки). В ходе обследования был поставлен диагноз: недостаточность кардии, катаральный эзофагит, хронический поверхностный гастрит, ассоциированный с *H. pylori*, дуоденит, дуоденогастральный рефлюкс. Было назначено амбулаторное лечение в 3 этапа (с 20.03.23–18.05.2023).

Этап 1. Диета: исключить из рациона жареные, копченые, острые, кислые, соленые, жирные продукты, кофе, алкогольные и газированные напитки, сдобу, сырые овощи и фрукты. Дробное питание: 5 приемов пищи небольшими порциями.

Эзомепразол 40 мг по одной таблетке 1 раз в день утром за 30 мин до еды – 2 нед. Мебеверин 200 мг по 1 капсуле за 20 мин до еды утром и вечером – 10 дней. Алюминия фосфат по 1 саше (16 мл) 2 раза в сутки через 2 ч после еды и 1 пакетик на ночь и при возникновении болей – 10 дней. Итоприд 50 мг по 1 таблетке 3 раза в день за 10 мин до еды – 10 дней.

Этап 2. Эрадикация *H. pylori*: амоксициллин 1000 мг по 1 таблетке 2 раза в сутки после еды – 14 дней. Кларитромицин 500 мг по 1 таблетке 2 раза в сутки после еды – 14 дней. Эзомепразол 20 мг по 1 таблетке 2 раза в день за 30 мин до еды – 14 дней. Энтерол по 1 капсуле 2 раза в день за 1 ч до еды – 10 дней, далее бак сет форте по 2 капсулы 2 раза в день после еды – 14 дней.

Этап 3. Ребамипид 100 мг по 1 таблетке 3 раза в день независимо от приема пищи – 4 нед.

После лечения отмечала некоторое непродолжительное улучшение самочувствия, но через 2 нед (10.06.2023), после эмоционального стресса, вновь появились боли в эпигастриальной области, самостоятельно 1 мес принимала ранее выписанные препараты, но без эффекта. В течение следующего месяца начала нарастать тревога, снизился фон настроения, нарушился сон. Просыпалась по ночам от приступов тревоги. Беспокоили опасения за свое здоровье.

Повторно обратилась к врачу 26.08.2023, лечение было скорректировано, но эффекта также не отмечала. Продолжала обращаться к разным специалистам. Неоднократно проходила ФГДС в частных медицинских организациях. Состояние ухудшалось, похудела на 10 кг, стала плаксивой, раздражительной. Уволилась с работы, так как начала отмечать ухудшение памяти, головноекружение, постоянную отрыжку воздухом, неустойчивый стул, сильную слабость.

По месту пребывания бригадой скорой медицинской помощи 18.12.2023 была госпитализирована в га-

строэнтерологическое отделение с жалобами на нестерпимую боль по всему животу и тошноту.

В ходе обследования (УЗИ органов брюшной полости, УЗИ органов малого таза, ФГДС (признаки недостаточности кардии), колоноскопия, копрограмма, ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови и мочи, электрокардиография, коагулограмма) органической патологии не выявлено.

19.12.2023 переведена в неврологическое отделение с диагнозом: соматоформная вегетативная дисфункция. Сопутствующие: хронический гастрит.

Проведенное лечение в стационаре: дротаверин, платифиллин, amitриптилин.

Динамика состояния пациента: 5.01.2024 выписана с улучшением.

Рекомендации по дальнейшему лечению: дробное питание 5 раз в день небольшими порциями, amitриптилин 25–50 мг/сут на ночь 1 мес, мебеверин 200 мг по 1 таблетке 2 раза в день до еды – 14 дней.

Консультация терапевта, невролога, психиатра по месту жительства.

Консультация невролога 12.01.2024. Основное заболевание: соматоформная вегетативная дисфункция. Сопутствующие: хронический гастрит. Рекомендации: полноценный сбалансированный режим труда и отдыха, рациональные физические нагрузки, консультация психолога и психиатра, когнитивно-поведенческая терапия, медикаментозное лечение (amitриптилин 50 мг на ночь, курс 3 мес).

Консультация психиатра 14.01.2024. По шкале личностной тревожности (STAI) – 48% (высокая личностная тревожность). По шкале ситуативной тревожности (STAI) – 61% (высокая ситуативная тревожность). По шкале уровня депрессии Бека: когнитивно-аффективные проявления – 16%, соматические проявления – 7% (выраженная депрессия средней тяжести). Основное заболевание: смешанное тревожное и депрессивное расстройство. Сопутствующие: соматоформная вегетативная дисфункция, хронический гастрит. Рекомендации: психотерапия, дыхательные упражнения, соблюдение режима труда и отдыха, дробное питание, медикаментозное лечение (продолжить курс amitриптилина, диазепам 5 мг по 1 таблетке 3 раза в сутки, 4 нед).

Консультация терапевта 16.01.2024. Клинический диагноз: недостаточность кардии, хронический поверхностный гастрит, соматоформная вегетативная дисфункция, смешанное тревожное и депрессивное расстройство.

Лечение: эзомепразол 20 мг 1 раз в сутки утром за 30 мин до еды – 10 дней; мебеверин 200 мг по 1 капсуле 3 раза в сутки за 20 мин до еды – 10 дней; amitриптилин 25 мг по 2 таблетки 1 раз в сутки на ночь – 3 мес; диазепам 5 мг по 1 таблетке 3 раза в сутки – 4 нед.

Рекомендации: соблюдение режима труда и отдыха, дробное питание 5 раз в день небольшими порциями.

После проведенной терапии у пациентки отмечается значительное улучшение состояния и качества жизни. Стабилизировалась вегетативная симптоматика, и купировались гастроэнтерологические жалобы.

Обсуждение

На примере пациентки О. четко прослеживается связь между дебютом заболевания и объективными стрессовыми событиями. Выявляется взаимосвязь развития отягощенности заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и негативных эмоциональных состояний в виде тревожности и депрессии. Несвоевременное диагностирование ТДР у пациентки привело к неврологической патологии. Аффективные нарушения оказывают влияние на выраженность клинических проявлений гастроэнтерологической патологии в стадии эндоскопической ремиссии. Анализируя результат, можно предположить, что длительное течение хронического заболевания влияет на личностные свойства пациентов с заболеваниями ЖКТ и снижает у них возможность переносить трудности, связанные с болезнью, что усугубляет течение основного заболевания и значительно снижает качество жизни пациента [2].

Выводы

Проблема влияния ТДР у пациентов с гастроэнтерологической патологией актуальна в настоящее время [1]. Заболевания ЖКТ обостряются под влиянием ТДР, носят затяжной характер, ухудшают прогноз и течение основного заболевания. Несвоевременное выявление ТДР возникает из-за сложности дифференциальной диагностики, так как соматические симптомы маскируют

наличие психических расстройств [3]. Коррекция психического статуса будет способствовать уменьшению сроков лечения, формированию стойкой ремиссии основного заболевания и улучшению качества жизни пациентов [2]. Главная задача – внедрение диагностических мероприятий для раннего выявления ТДР на амбулаторном этапе у пациентов гастроэнтерологического профиля [4]. В рамках амбулаторного приема пациентов с жалобами на заболевания ЖКТ использовать психодиагностические опросники, такие как шкала депрессии Бека и уровня тревожности Спилберга–Ханина. И в зависимости от наличия или отсутствия психопатологических нарушений назначать комбинированную терапию с психотропными препаратами, направлять на консультацию к психиатру.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare that there is not conflict of interests.

Соответствие нормам этики. Пациент дал информированное добровольное согласие на использование данных из амбулаторной карты и публикацию материалов.

Compliance with ethical standards. The patient submitted the informed consent to the use of data from his medical record and publishing materials.

Список литературы доступен на сайте журнала <https://klin-razbor.ru/>

The list of references is available on the journal's website <https://klin-razbor.ru/>

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Лагутина Светлана Николаевна – ассистент каф. поликлинической терапии, ФГБОУ ВО «ВГМУ им. Н.Н. Бурденко». E-mail: svlagutina97@mail.ru

Яйлян Анна Артуровна – студентка 6-го курса лечебного факультета, ФГБОУ ВО «ВГМУ им. Н.Н. Бурденко». E-mail: anna.art01@mail.ru

Скуратова Ольга Сергеевна – ассистент каф. поликлинической терапии, ФГБОУ ВО «ВГМУ им. Н.Н. Бурденко». E-mail: prokopova15@mail.ru

Занин Александр Дмитриевич – студент, ФГБОУ ВО «ВГМУ им. Н.Н. Бурденко». E-mail: az260802@mail.ru; ORCID: 0009-0008-4729-8939

Поступила в редакцию: 19.06.2025

Поступила после рецензирования: 07.07.2025

Принята к публикации: 10.07.2025

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Svetlana N. Lagutina – Assistant, Burdenko Voronezh State Medical University. E-mail: svlagutina97@mail.ru

Anna A. Yailyan – 6th year student, Burdenko Voronezh State Medical University. E-mail: anna.art01@mail.ru

Olga S. Skuratova – Assistant, Burdenko Voronezh State Medical University. E-mail: prokopova15@mail.ru

Alexander D. Zanin – Student, Burdenko Voronezh State Medical University. E-mail: az260802@mail.ru; ORCID: 0009-0008-4729-8939

Received: 19.06.2025

Revised: 07.07.2025

Accepted: 10.07.2025