

## **ВЫРАЖЕННОСТЬ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ, ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИПАМИ ЖЕЛУДКА**

**Новикова А.С.<sup>1</sup>, Колесникова И.Ю.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России, Тверь, e-mail: askovtunova@mail.ru*

**Полипы желудка (ПЖ) – широко распространенное заболевание. Обнаружение ПЖ обычно является неожиданностью для пациента, так как часто ПЖ выявляются при обследовании в связи с другими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, при профилактических осмотрах. Однозначно установлена связь ПЖ с возникновением рака желудка. Вероятность малигнизации, отсутствие определенной тактики ведения больных с ПЖ, необходимость длительного наблюдения могут провоцировать беспокойство, напряженность и тревогу больных с ПЖ. При помощи шкалы тревоги и депрессии, опросника отношения к болезни обследовано 60 больных с полипами желудка. У значительного числа больных с ПЖ выявляются отклонения в актуальном психическом статусе. У 40% пациентов выявлена депрессия, а у 21,7% – тревога. При этом у 48,3% пациентов отмечены адаптивные типы реакции на болезнь, что обусловлено включением больных, готовящихся к выполнению эндоскопической полипэктомии ПЖ. Высокая частота тревоги и депрессии больных ПЖ определяет необходимость дальнейшего динамического наблюдения, включая консультацию врача-психотерапевта и коррекцию психоэмоционального статуса. Больным с дезадаптивными вариантами отношения к заболеванию (51,7%) также необходимо психотерапевтическое консультирование и коррекция.**

**Ключевые слова:** полипы желудка, тревога, депрессия, отношение к болезни.

## **THE SEVERITY OF ANXIETY AND DEPRESSION, RELATION TO DISEASE OF PATIENTS WITH GASTRIC POLYPS**

**Novikova A.S.<sup>1</sup>, Kolesnikova I.Y.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>*Tver State Medical University, Tver, e-mail: askovtunova@mail.ru*

**Polyps of the stomach (PS) are a widespread disease. Detection PS are usually a surprise to the patient, as PS detected during examination in connection with other diseases of the gastrointestinal tract, with preventive examinations. The relationship between PS and the occurrence of gastric cancer was clearly established. The probability of malignancy, the lack of certain tactics of management of patients with PS, the need for long-term monitoring can provoke anxiety, tension and anxiety of patients with PS. 60 patients with polyps of the stomach were examined using the scale of anxiety and depression, the questionnaire attitude to the disease. Significant number of patients with PS revealed deviations in the actual mental status. 40% of patients were diagnosed with depression, and 21.7% – anxiety. At the same time, 48.3% of patients had adaptive types of reaction to the disease, which is due to the inclusion of patients preparing for endoscopic polypectomy. The high frequency of anxiety and depression in this category of patients determines the need for further dynamic monitoring, including the consultation of a psychotherapist and correction of psycho-emotional status. Patients with the non-adaptive variants in relation to disease (51,7%), need counselling and correction.**

**Keywords:** stomach polyps, anxiety, depression, relation to disease.

Полипы желудка (ПЖ) – это широко распространенная патология. Частота обнаружения полипов при эндоскопическом исследовании, по данным различных авторов, составляет 0,6–8,7%. Встречаются ПЖ преимущественно у людей в возрасте от 30 до 70 лет [1].

Чаще всего ПЖ протекают малосимптомно или с проявлениями, свойственными гастриту и гастродуодениту [2]. Обычно ПЖ обнаруживаются при обследовании в связи с другими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, при профилактических осмотрах, нередко

являясь неожиданностью для пациента.

При характерной малосимптомности течения ПЖ – это потенциально опасное заболевание в плане возникновения кровотечения, ущемления полипа и, самое главное, малигнизации [3]. При том что ПЖ остаются недостаточно изученными с точки зрения причин возникновения, естественного течения, прогноза и рисков малигнизации, однозначно установлена их связь с возникновением рака желудка [4]. Стандарты качества оказания медицинской помощи больным с ПЖ в России не разработаны, эмпирически большинству больных с ПЖ предлагается эндоскопическая полипэктомия. Отсутствие определенной тактики наблюдения и лечения, вероятность малигнизации, необходимость длительного наблюдения и повторных оперативных вмешательств могут провоцировать внутреннее беспокойство, напряженность и тревогу у больных с ПЖ, нарушать их социальную адаптацию.

Современная медицина характеризуется внедрением идей и методов медицинской психологии в клинику соматических заболеваний. Этот процесс во многом обусловлен развитием реабилитационного направления и определением необходимости психотерапии. Врачу необходимо иметь полное представление о характере всех нарушений, связанных с заболеванием, и степени их выраженности. Это требуется для планирования и проведения адекватного лечения как на индивидуальном, так и на организационном уровне [5].

Цель исследования: определить распространенность тревоги, депрессии и особенности отношения к болезни у больных с полипами желудка (ПЖ).

#### **Материалы и методы исследования**

Обследовано 60 больных с ПЖ, госпитализированных для эндоскопической полипэктомии.

#### ***Критерии включения:***

- наличие ПЖ;
- исключение злокачественных новообразований любой локализации;
- подписание добровольного информированного согласия на участие в исследовании.

#### ***Критерии невключения:***

- оперативные вмешательства на органах брюшной полости, исключая лапароскопическую холецистэктомию (развитие спаечной болезни);
- наличие тяжелых сопутствующих заболеваний (сахарный диабет, артериальная гипертензия 2-3 степени, сердечная недостаточность 2-3 стадии).

Всего в исследование включено 60 пациентов, 6 мужчин и 54 женщины. Средний возраст составил  $68 \pm 2,2$  года.

Помимо общеклинического, эндоскопического и гистологического исследований,

всем больным при поступлении проводилось психологическое тестирование с помощью стандартных общепринятых тестов: госпитальной шкалы тревоги и депрессии, HADS, и личностного опросника Бехтеревского института, ЛОБИ.

Для оценки выраженности тревожных и депрессивных изменений всем больным проводилось анкетирование с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) [5; 6]. Шкала состоит из 14 утверждений, объединенных в 2 подшкалы:

- подшкала А (тревога): нечетные пункты 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13;
- подшкала D (депрессия): четные пункты 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14.

Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа, отражающие степень выраженности признака и кодирующиеся по нарастанию тяжести симптома от 0 (отсутствие) до 4 баллов (максимальная выраженность). Результат оценивается по каждой из двух шкал отдельно, при этом:

- 0–7 баллов - норма;
- 8–10 баллов - субклинически выраженная тревога/депрессия;
- 11 баллов и выше - клинически выраженная тревога/депрессия.

Для углубленного изучения отношения больных с ПЖ к своему заболеванию применялся личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ) [5]. Опросник включает 12 таблиц, содержащих набор утверждений («самочувствие», «настроение» и т. д.). Каждый набор, в свою очередь, содержит от 10 до 16 предлагаемых испытуемому утверждений, составленных на основе клинического опыта группы экспертов. При работе с каждой таблицей (темой) больному предлагается выбрать два наиболее соответствующих ему утверждения [5].

Определялись следующие варианты реагирования на болезнь: гармоничный, эргопатический, анозогнозический, тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический, сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный, дисфорический.

Типы отношения к болезни могли диагностироваться как в «чистом» (шкала с максимальной оценкой баллов является единственной), так и в «смешанном» (помимо шкалы с максимальной оценкой в диагностический интервал, равный 7 баллам, попадают еще одна или две шкалы) или «диффузном» типах (в диагностический интервал, равный 7 баллам, попадает более трех шкал).

Если пики шкальных оценок расположены в области одного первого блока (первых трех типов отношения к болезни), то можно сделать вывод о том, что отношение к болезни у пациента характеризуется стремлением преодолеть заболевание, неприятием «роли

больного», сохранением ценностной структуры и мотивацией к активному социальному функционированию без отчетливых проявлений психической и социальной дезадаптации.

Если пики шкальных оценок расположены в области второго или третьего блоков, то отношение к болезни у пациента с таким профилем шкальных оценок является преимущественно дезадаптивным, с интерпсихической или интрапсихической направленностью, соответственно.

Данные были статистически обработаны и представлены в виде среднего, ошибки средней. Применялся параметрический критерий Стьюдента для несвязанных выборок. При нарушении гипотезы о нормальном распределении данных использовался непараметрический критерий  $\chi^2$ , значимость различий между группами определялась при уровне безошибочного прогноза более 95% ( $p < 0,05$ ).

Исследование было одобрено этическим комитетом.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

При анализе госпитальной шкалы тревоги и депрессии отсутствие тревожных и депрессивных изменений актуального психического статуса было выявлено только у 8 (13,3%) человек (табл. 1).

Таблица 1

Выраженность тревоги и депрессии у больных с полипами желудка, абс. (%)

Показатели	Отсутствие	Субклиническая	Клиническая
Тревога	28 (46,7)	19 (31,7)	13 (21,7)*
Депрессия	18 (30,0)	18 (30,0)	24 (40,0)

Примечание: различие выраженности тревоги и депрессии по данному показателю статистически значимо ( $p_2 < 0,05$ )

Тревожные изменения выявлялись у обследованных пациентов в целом реже, чем депрессивные. Отсутствие тревоги было диагностировано почти у половины больных, средний балл по шкале HADS у больных без тревоги составил  $5,6 \pm 0,23$  балла. Отсутствие депрессии выявлено в полтора раза реже, средний балл –  $3,3 \pm 0,15$ .

Среди больных с ПЖ субклиническая тревога и депрессия были выявлены почти у трети пациентов, при этом средний балл личностной тревоги и депрессии оказался равным, соответственно,  $8,9 \pm 0,35$  и  $8,8 \pm 0,26$  балла.

Клинически выраженная тревога диагностирована у каждого пятого пациента с ПЖ, средний балл личностной тревоги составил у них  $11,8 \pm 0,22$  балла. Клинически выраженная депрессия выявлена у 40% больных с ПЖ, средний балл личностной депрессии у них равнялся  $14,8 \pm 0,28$  балла. Таким образом, у каждого третьего пациента диагностирована клинически значимая депрессия, а у каждого пятого – клинически значимая тревога.

По результатам тестирования ЛОБИ, у 23 (38,3%) пациентов был выявлен «смешанный» тип реагирования на болезнь, а у 37 (61,7%) больных отмечены «чистые» типы с преобладанием эргопатического, у 17 (28,3) (табл. 2). Из «чистых» типов у 29 (48,3%) больных выявлены адаптивные типы реагирования на заболевание: гармонический, эргопатический и анозогностический.

Таблица 2

Типы отношения к болезни у больных с полипами желудка

Тип отношения к болезни	Средний балл	Частота выявления, абс. (%)
Эргопатический	51,6±1,23	17 (28,3)
Сенситивный	42,1±1,27	8 (13,3)
Гармоничный	34,7±1,10	6 (10,0)
Ипохондрический	25,2±2,05	-
Неврастенический	24,1±2,21	-
Анозогностический	21,8±1,39	6 (10,0)
Тревожный	17,7±1,77	-
Меланхолический	10,6±1,11	-
Апатический	4,2±0,93	-
Смешанный	-	23 (38,3)
Диффузный	-	-

Эргопатический тип реагирования на болезнь характеризуется сверхценным отношением к работе, основная мотивация для таких больных - это возможность продолжения трудовой деятельности в прежнем объеме, неприятие самой возможности ущерба вследствие заболевания профессиональному труду. Этот тип отношения к болезни традиционно рассматривается как адаптивный, поскольку мотивированные к труду пациенты, как правило, четко выполняют врачебные рекомендации, ответственно относятся к своему здоровью, стремятся к скорейшему выздоровлению.

Гармоничному типу свойственна реальная, без преувеличения тяжести, оценка своего состояния, стремление к выздоровлению, соблюдение рекомендаций врача и лечебного режима. Этот тип отношения к болезни считается предпочтительным, поскольку сочетает в себе предпосылки к высокому комплайенсу и оптимальному социальному функционированию.

Анозогностический тип отношения к заболеванию связан с психологической защитой пациента по типу «вытеснения» или «отрицания», относится к адаптивным с определенной

долей условности. С одной стороны, больной активно подавляет мысли о заболевании, что способствует снижению уровня тревоги и депрессии. С другой - игнорирует симптомы, длительно не обращается за медицинской помощью, может игнорировать рекомендации по режиму, диете, лечению и наблюдению.

У 10% пациентов выявлен «чистый» сенситивный тип реагирования, относящийся к блоку дезадаптивных интрапсихических вариантов реакции на болезнь. Таким больным свойственны колебания настроения, боязнь обременения близких, чрезмерная ранимость и склонность к длительному обдумыванию своих физических ощущений и сопряженных с заболеванием эмоций.

Почти у 40% больных отношение к заболеванию было «смешанным», то есть отсутствовала четкость и однозначность в формировании у пациента внутренней картины болезни. При этом регистрировались как согласованная направленность составляющих типов отношения (эргопатический-анозогнозический у 6 пациентов), так и противоречивая (эргопатический-тревожный-ипохондрический у 2 больных, гармонический-эргопатический-сенситивный и эргопатический-тревожный).

В структуру большинства «смешанных» типов входил ипохондрический тип, характеризующийся сосредоточением на неприятных ощущениях и их преувеличением, неверием в успешное лечение и боязнью вреда здоровью. Также относительно часто встречался тревожный тип в сочетании с неврастеническим и анозогнозическим компонентами. Такие пациенты испытывали непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений и опасности лечения.

Диффузного типа отношения к болезни выявлено не было.

Четкой взаимосвязи между различными особенностями психоэмоциональной сферы больных ПЖ (тревога, депрессия, отношение к болезни) и гистологическим видом полипа (аденоматозный, гиперпластический) выявлено не было. Это может быть связано с недостаточной осведомленностью больных о рисках озлокачествления ПЖ на догоспитальном этапе обследования и лечения [7].

Таким образом, почти у половины обследуемых больных формируются благоприятные типы отношения к болезни, не требующие терапевтической коррекции психоэмоционального статуса. Это кажется несколько неожиданным в сопоставлении с высокой частотой выявления у больных с ПЖ субклинической и клинической тревоги и депрессии. Вероятно, наиболее убедительным объяснением этого противоречия служит тот факт, что в обследование включались пациенты, уже госпитализированные в стационар для выполнения эндоскопической полипэктомии. Происходит своеобразный «отбор» больных,

которые реально оценивают свое состояние, хотят сохранить свой профессиональный статус и готовы во всем содействовать успеху лечения.

В то же время у половины пациентов с ПЖ выявлены дезадаптивные типы реагирования на заболевание, характеризующиеся преимущественно интрапсихической направленностью (сенситивный, ипохондрический тип). У таких больных тревожное состояние, раздражительная слабость и «уход в болезнь» препятствуют формированию адаптивной реакции на заболевание. Высокая частота тревоги и депрессии у этой категории больных определяет необходимость дальнейшего динамического наблюдения, включая консультацию врача-психотерапевта и коррекцию психоэмоционального статуса.

### **Заключение**

У значительного числа больных с ПЖ выявляются отклонения в актуальном психическом статусе: у 40% регистрируется клинически значимая депрессия, а у 21,7% – клинически значимая тревога, что подтверждает необходимость изучения психоэмоционального статуса больных ПЖ. В то же время у 48,3% пациентов с ПЖ диагностированы адаптивные типы реакции на болезнь (эргопатический, гармонический и анозогнозический), что, вероятно, обусловлено включением в группу больных, готовящихся к выполнению эндоскопической полипэктомии. В отношении других (51,7%) больных с дезадаптивными вариантами отношения к заболеванию необходимо психотерапевтическое консультирование и коррекция.

### **Список литературы**

1. Кармак Е., Джента Р. Текущий спектр полипов желудка: национальное исследование более 120 000 пациентов // Гастроэнтерология. 2009. № 104. С. 1524-1532.
2. Новикова А.С., Пуга М.Ю., Колесникова И.Ю. Полиповидные образования слизистой оболочки желудка: возрастно-половые характеристики и клинико-функциональные особенности больных // Междисциплинарный взгляд на основы превентивной медицины: материалы I межрегиональной научно-практической конференции студентов и молодых учёных. Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2017. С.113-120.
3. Ступников Д.Н., Мурадян А.К., Фоломкин В.В. Полипы желудка: этиология, клиника, эндоскопические методы лечения // Молодой ученый. 2016. № 4. С. 299-302.
4. Трофимов Д.Н. Опухолевая и предопухолевая патология желудка в общей врачебной практике: учебное пособие. Чебоксары: ИУВ, 2005. 60 с.
5. Психосоциальная реабилитация в психиатрии и неврологии. / сост. Н.М. Залуцкая; под общ. ред. Н.Г. Незнанова. СПб.: СпецЛит. НИПИ им. В.М.Бехтерева, 2017. 21 с.

6. Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression scale. Acta Psychiatr. Scand. 1983. Vol. 67. P. 361-370.
7. Новикова А.С., Колесникова И.Ю. Клинико-морфологические особенности полипа желудка // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2017. № 5 (50). С. 22.