

## **Белялов Ф.И. Психосоматические связи при заболеваниях внутренних органов: Часть 2. Клиническая медицина. 2007; 4: 20-3.**

### **Хроническое обструктивное заболевание легких**

При хроническом обструктивном заболевании легких повышена частота депрессии и тревоги (40-80%), особенно у курящих пациентов [1,2]. При тяжелом течении болезни легких наличие депрессии и тревоги связано с увеличением частоты неэффективного лечения и реанимационных мероприятий [3,4]. Кроме того, наличие тревоги повышает риск повторной госпитализации на 76% [5].

Реабилитационные программы у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких уменьшают выраженность тревоги и депрессии, наряду с респираторными симптомами [6,7]. Антидепрессанты группы селективных ингибиторов захвата серотонина улучшают качество жизни и, возможно, выраженность одышки, у пациентов с терминальной стадией заболевания [8,9].

### **Бронхиальная астма**

У пациентов с бронхиальной астмой значительно чаще (около 40%) встречаются депрессивные и тревожные расстройства, включая панические атаки [10,11,12].

Депрессия при бронхиальной астме ассоциируется с более тяжелым заболеванием, низким качеством жизни, плохим самочувствием и повышенным риском госпитализаций [13]. С другой стороны, при астме значительно повышен риск суицидальных мыслей (в 2.3 раза) и попыток (в 3.5 раза) [14].

Аффективные расстройства связаны с астматическими симптомами, но не объективными (спирографическими) показателями обструкции бронхов [15,16].

Применение селективных ингибиторов захвата серотонина у пациентов с бронхиальной астмой и депрессией уменьшает выраженность не только депрессии, но и потребности в кортикостероидах [17]. В то время как психологические методы лечения (релаксация, биологически-обратная связь) не показали убедительного эффекта [18].

## **Ревматоидный артрит**

Ревматоидный артрит – хроническое инвалидизирующее заболевание – сопровождается возрастанием риска депрессии, которая определяется у 39% пациентов [19,20]. При депрессии возрастала в 2.2 раза летальность за 18–летний период наблюдения [21].

Антидепрессанты эффективно подавляли сопутствующую депрессию, при этом селективные ингибиторы захвата серотонина переносились лучше, чем гетероциклические антидепрессанты [22,23].

Психологическое лечение (релаксация, биологически–обратная связь, когнитивно–поведенческая терапия) снижает выраженность боли, улучшает функциональное состояние [24].

Нестероидные противовоспалительные препараты могут вызывать депрессию, чаще всего аспирин и индометацин .

## **Системная красная волчанка**

При системной красной волчанке психопатологические симптомы встречаются в 15-50% случаев [25]. У пациентов часто выявляли стрессовые расстройства, особенно расстройство адаптации [26,27]. Встречается депрессия (17%), в ряде случаев с суицидальными попытками, острые психозы (8%), а вот тревожные расстройства выявляются достаточно редко (4%) [29]. Повышенная утомляемость, в отличие от мнения врачей, не коррелирует с активностью заболевания, но связана с депрессией [30]. Депрессия ассоциируется с повышенным риском развития жизнеугрожающих состояний [28].

Кортикостероиды и цитостатики подавляют активность системной красной волчанки и уменьшают вторичную психическую симптоматику. В то же время, глюкокортикоиды сами могут вызывать депрессию, например, преднизолон в дозе более 30 мг/сут уже в начале лечения вызывает депрессию у 5% пациентов.

## **Язвенная болезнь**

Открытие *Helicobacter pylori* и его важной роли в развитии и течении язвенной болезни тем не смогло полностью объяснить многие аспекты заболевания.

Например, почему только у 10–15% инфицированных развиваются язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. В настоящее время считают, что психические факторы способствуют активизации инфекционного воспаления с повреждением слизистой.

Хорошо известно, что стресс и, соответственно, острые и хронические стрессовые расстройства могут вызвать симптоматические эрозии и язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. По данным американского национального опроса язвенная болезнь ассоциируется с повышением частоты генерализованной тревоги – в 4.5 раза, панических атак – в 2.8, фобий – в 3.2–3.9, большой депрессии – в 3.3, алкогольной зависимости – в 2.2 раза [31].

Состояние психики может влиять на течение заболевания, в частности повышенный уровень тревоги ассоциируется с плохим заживлением язвы [32].

Лечение депрессии у пациентов с язвенной болезнью представляется весьма небезопасным. Так применение антидепрессантов ассоциировалось с 3-кратным повышением использования антисекреторных препаратов, а селективные ингибиторы захвата серотонина повышают риск кровотечений из верхних отделов желудочно–кишечного тракта [33,34].

## **Гепатит**

У пациентов с гепатитом и циррозом печени в 40–50% случаев отмечают депрессивные признаки [35,36]. Нередко в начале заболевания в течение нескольких месяцев и даже лет депрессия может быть первым и единственным клиническим признаком заболевания. Депрессия часто проявляется выраженной физической слабостью, с самого утра заставляющей проводить пациента многие часы в постели и апатией.

При тяжелом поражении печени с выраженной недостаточность дезинтоксикационной функции и энцефалопатией нарушается сознание (оглушенность, сопор, кома).

Интерферон, назначаемый при вирусных гепатитах В и С, может вызвать депрессию, в редких случаях даже с суицидальными попытками. Поэтому умеренная или тяжелая депрессия, неконтролируемая медикаментозно, особенно с

суицидальными идеями является противопоказанием для интерферонотерапии. В случаях нетяжелой депрессии перед назначением интерферона рекомендуют начать лечение антидепрессантами, например, селективные ингибиторы захвата серотонина [37,38]. Однако, несмотря на лечение антидепрессантами около 30% пациентов продолжают испытывать серьезный психический дискомфорт. Рибавирин, рекомендуемый для терапии гепатита С при неэффективности лечения интерфероном, также может вызывать депрессию.

У пациентов с варикозными венами пищевода следует воздержаться от применения селективных ингибиторов захвата серотонина [33,34]. При печеночной недостаточности необходимо уменьшить дозу большинства антидепрессантов, за исключением тианептина.

### **Хроническая почечная недостаточность**

По данным гемодиализных центров у пациентов с терминальной почечной недостаточностью в 20% случаев выявляется депрессивное расстройство [39]. Кроме того, при хронической почечной недостаточности часто встречаются тревожные расстройства и расстройства, связанные с употреблением алкоголя и других психоактивных веществ. При уремии развивается токсическая энцефалопатия с присоединением деменции, нарушения формулы сна (бессонница ночью, сонливость днем), а в развернутой стадии - оглушенности, эпилептиформных припадков, делирия. Около 9% пациентов, находящихся на диализе, госпитализируются в связи с психическими расстройствами [40].

Депрессия является независимым фактором риска смерти при терминальной почечной недостаточности. Пациенты, находящиеся на гемодиализе почти в 2 раза чаще совершают суицидальные попытки [41]. Кроме того, депрессия ассоциируется с повышением в 2.7 раза риска перитонита – основной проблемы перитонеального диализа [42].

Предпринимались попытки успешного лечения депрессии антидепрессантами с повышением качества жизни и улучшением питания [43,44]. Доза большинства антидепрессантов при почечной недостаточности обычно не требует

коррекции, так как они метаболизируются в печени и выводятся с желчью. Исключение составляют пароксетин, венлафаксин и нефазодон [45].

### **Онкологические заболевания**

Психические расстройства часто встречаются при онкологических заболеваниях – депрессия у 53%, расстройство адаптации у 46%, тревога у 27%, а сочетание расстройств у 42% пациентов [46]. Тяжелая стойкая депрессия у пациентов с раком встречается в 4 раза чаще, чем у людей без рака [47]. Факторами риска развития депрессии считают неадекватный контроль боли, рак определенных локализаций (поджелудочной железы, головы и шеи), лечение (кортикостероиды, прокарбазин, аспарагиназа, винкристин, винбластин, интерферон, интерлейкин-2), далеко зашедшую стадию рака, сопутствующий жизненные стрессы и отсутствие семьи.

Исследования демонстрируют противоречивые результаты оценки связи стресса с возникновением злокачественной опухоли [48,49]. По-видимому, выраженность стресса не влияет и на течение заболевания [50]. В то же время после установления диагноза частота депрессии значительно выше при онкологических заболеваниях, по сравнению с ИБС и хронической обструктивной болезнью легких, что может быть связано с большим психотравмирующим потенциалом заболевания [51].

Депрессия, особенно тяжелая, является важным фактором, способствующим желанию пациента ускорить смерть [52,53]. Более того, депрессия может уменьшить время жизни пациентов с раком [54,55].

Программы психологической поддержки пациентов (контроль стресса, депрессии, формирование совладающего стиля поведения) улучшают самочувствие, качество жизни, но не влияют на выживаемость [56,57]. Лишь в одном исследовании при 10-летнем наблюдении за пациентами с меланомой в группе с психиатрической поддержкой выживаемость была выше [58].

Таким образом, проведенные исследования показывают значимую связь психического состояния (тревога, депрессия, стресс) с появлением, течением и про-

гнозом распространенных заболеваний внутренних органов. В то же время, психотерапия и психотропное лечение улучшает психическое состояние пациентов, но мало влияет на течение соматических заболеваний.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Gudmundsson G., Gislason T., Janson C. et al. Depression, anxiety and health status after hospitalisation for COPD: A multicentre study in the Nordic countries. *Respir. Med.* 2006;100(1):87-93.
2. Kunik M.E., Roundy K., Veazey C. et al. Surprisingly High Prevalence of Anxiety and Depression in Chronic Breathing Disorders. *Chest.* 2005;127:1205-1211.
3. Dahlen I., Janson C. Anxiety and Depression Are Related to the Outcome of Emergency Treatment in Patients With Obstructive Pulmonary Disease. *Chest* 2002;122:1633-1637.
4. Stapleton R.D., Nielsen E.L., Engelberg R.A., Patrick D.L., Curtis J.R. Association of depression and life-sustaining treatment preferences in patients with COPD. *Chest.* 2005;127(1):328-334.
5. Gudmundsson G., Gislason T., Janson C. et al. Risk factors for rehospitalisation in COPD: role of health status, anxiety and depression. *Eur. Respir. J.* 2005;26(3):414-419.
6. Brenes G.A. Anxiety and Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Prevalence, Impact, and Treatment. *Psychosom. Med.* 2003;65:963-970.
7. Garuti G., Cilione C., Dell'Orso D., et al. Impact of comprehensive pulmonary rehabilitation on anxiety and depression in hospitalized COPD patients. *Monaldi Arch. Chest. Dis.* 2003;59(1):56-61.
8. Lacasse Y., Beaudoin L., Rousseau L., Maltais F. Randomized trial of paroxetine in end-stage COPD. *Monaldi Arch. Chest Dis.* 2004;61(3):140-147.
9. Smoller J.W., Pollack M.H., Systrom D. et al. Sertraline Effects on Dyspnea in Patients With Obstructive Airways Disease. *Psychosomatics* 1998;39:24-29.
10. Ettinger A., Reed M., Cramer J. Depression and comorbidity in community-based patients with epilepsy or asthma. *Neurology.* 2004;63(6):1008-1014.
11. Goodwin R.D., Jacobi F., Thefeld W. Mental Disorders and Asthma in the Community. *Arch Gen Psychiatry.* 2003;60:1125-1130.
12. Hasler G., Gergen P.J., Kleinbaum D.G. et al. Asthma and Panic in Young Adults: A 20-Year Prospective Community Study. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2005;171:1224-1230.
13. Eisner M.D., Katz P.P., Lactao G., Iribarren C. Impact of depressive symptoms on adult asthma outcomes. *Ann. Allergy Asthma Immunol.* 2005;94(5):566-574.
14. Goodwin R.D., Eaton W.W. Asthma, suicidal ideation, and suicide attempts: findings from the Baltimore epidemiologic catchment area follow-up. *Am. J. Public. Health.* 2005;95(4):717-722.

15. Janson C., Bjornsson E., Hetta J., Boman G. Anxiety and depression in relation to respiratory symptoms and asthma. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 1994;149:930-934.
16. Rimingtona L.D., Davies D.H., Lowe D., Pearson M.G. Relationship between anxiety, depression, and morbidity in adult asthma patients. *Thorax* 2001;56:266-271
17. Brown E.S., Vigil L., Khan D.A. et al. A Randomized Trial of Citalopram versus Placebo in Outpatients with Asthma and Major Depressive Disorder: A Proof of Concept Study. *Biol Psychiatry.* 2005;58(11):865-70.
18. Yorke J., Fleming S.L., Shuldhham C.M. Psychological interventions for adults with asthma. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1.
19. Dickens C., Jackson J., Tomenson B. et al. Association of Depression and Rheumatoid Arthritis. *Psychosomatics.* 2003;44:209.
20. Wright G.E., Parker J.C., Smarr K.L. et al. Age, Depressive Symptoms, and Rheumatoid Arthritis. *Arthr. Rheum.* 1998;41:298-305
21. Ang D.C., Choi H., Kroenke K., Wolfe F. Comorbid depression is an independent risk factor for mortality in patients with rheumatoid arthritis. *J. Rheumatol.* 2005;32(6):1013-1019.
22. Bird H., Brogini M. Paroxetine versus Amitriptyline for Treatment of Depression Associated with Rheumatoid Arthritis: A Randomized, Double Blind, Parallel Group Study. *J. Rheumatol.* 2000;27:2791-2797.
23. Slaughter J.R., Parker J.C., Martens M.P. et al. Clinical Outcomes Following a Trial of Sertraline in Rheumatoid Arthritis. *Psychosomatics* 2002;43:36-41.
24. Astin J.A., Beckner W., Soeken K. et al. Psychological interventions for rheumatoid arthritis: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Arthritis Rheum.* 2002;47(3):291-302.
25. Iverson G.L. Screening for depression in systemic lupus erythematosus with the British Columbia Major Depression Inventory. *Psychol Rep.* 2002;90(3 Pt 2):1091-1096.
26. Dobkin P.L., da Costa D., Fortin P.R. et al. Living with Lupus: A Prospective Pan-Canadian Study. *J. Rheumatol* 2001;28:2442-2448.
27. Hugo F.J., Halland A.M., Spangenberg J.J. et al. DSM-III-R classification of psychiatric symptoms in systemic lupus erythematosus. *Psychosomatics* 1996; 37:262-269.
28. Kozora E., Ellison M.C., Waxmonsky J.A. et al. Major life stress, coping styles, and social support in relation to psychological distress in patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus.* 2005;14(5):363-372.
29. Sanna G., Bertolaccini M.L., Cuadrado M.J. et al. Neuropsychiatric manifestations in systemic lupus erythematosus: prevalence and association with antiphospholipid antibodies. *J. Rheumatol.* 2003;30(5):985-92.
30. Omdal R., Waterloo K., Koldingsnes W. et al. Fatigue in Patients with Systemic Lupus Erythematosus: The Psychosocial Aspects. *J. Rheumatol.* 2003;30:283-287.

31. Goodwin R.D., Stein M.B. Generalized Anxiety Disorder and Peptic Ulcer Disease Among Adults in the United States. *Psychosom. Med.* 2002;64:862-866.
32. Levenstein S., Prantera C., Scribano M.L. et al. Psychologic predictors of duodenal ulcer healing. *J. Clin. Gastroenterol.* 1996;22(2):84-89.
33. Dalton S.O., Johansen C., Mellekjær L. et al. Use of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors and Risk of Upper Gastrointestinal Tract Bleeding. *Arch. Intern. Med.* 2003;163:59-64.
34. Ma J., Vaillancourt R., Boddam R. et al. Association between antidepressant use and prescribing of gastric acid suppressants. *Can. J. Psychiatry.* 2006;51(3):178-184.
35. Bianchi G., Marchesini G., Nicolino F. et al. Psychological status and depression in patients with liver cirrhosis. *Dig. Liver Dis.* 2005;37(8):593-600.
36. Atesci F.C., Cetin B.C., Oguzhanoglu N.K. et al. Psychiatric Disorders and Functioning in Hepatitis B Virus Carriers. *Psychosomatics* 2005;46:142-147.
37. Gleason O.C., Yates W.R. Five Cases of Interferon-Alpha-Induced Depression Treated With Antidepressant Therapy. *Psychosomatics* 1999;40:510-512.
38. Kraus M.R., Schafer A., Al-Taie O., Scheurlen M. Prophylactic SSRI during interferon alpha re-therapy in patients with chronic hepatitis C and a history of interferon-induced depression. *J. Viral. Hepat.* 2005;12(1):96-100.
39. Lopes A.A., Bragg J., Young E. et al. Depression as a predictor of mortality and hospitalization among hemodialysis patients in the United States and Europe. *Kidney Int.* 2002;62(1):199-207.
40. Kimmel P.L., Thamer M., Richard C.M., Ray NF. Psychiatric illness in patients with end-stage renal disease. *Am. J. Med.* 1998;105:214-221.
41. Kurella M., Kimmel P.L., Young B.S. et al. Suicide in the United States End-Stage Renal Disease Program. *J. Am. Soc. Nephrol.* 2005;16:774-781.
42. Troidle L., Watnick S., Wuerth D. et al. Depression and its association with peritonitis in long-term peritoneal dialysis patients. *American Journal of Kidney Diseases.* 2003;42:350-354.
43. Finkelstein F.O., Finkelstein S.H. Depression in chronic dialysis patients: assessment and treatment. *Nephrol. Dial. Transplant.* 2000;15:1911-1913
44. Wuerth D., Finkelstein S.H., Finkelstein F.O. The identification and treatment of depression in patients maintained on dialysis. *Semin. Dial.* 2005;18(2):142-146.
45. Cohen L.M., Tessier E.G., Germain M.J., Levy N.B. Update on psychotropic medication use in renal disease. *Psychosomatics* 2004;45(1):34-48.
46. Almanza J., Holland J.C., Breitbart W.S. Psychiatric Disorders in 620 Referrals to the Memorial Sloan-Kettering Counseling Center. *Psychosomatics* 2000;41:157-190.
47. White C.A., Macleod U. ABC of psychological medicine: Cancer. *BMJ.* 2002;325:377-380.
48. Coker A.L., Bond S., Madeleine M.M. et al. Psychosocial Stress and Cervical Neoplasia Risk. *Psychosom. Med.* 2003;65:644-651.



49. Schernhammer E.S., Hankinson S.E., Rosner B. et al. Job stress and breast cancer risk: the nurses' health study. *Am. J. Epidemiol.* 2004;160(11):1079-1086.
50. Kojima M., Wakai K., Tokudome S. et al. Perceived Psychologic Stress and Colorectal Cancer Mortality: Findings From the Japan Collaborative Cohort Study. *Psychosom. Med.* 2005;67:72-77.
51. Polsky D., Doshi J.A., Marcus S. et al. Long-term Risk for Depressive Symptoms After a Medical Diagnosis. *Arch. Intern. Med.* 2005;165:1260-1266.
52. Breitbart W., Rosenfeld B., Pessin H. et al. Depression, Hopelessness, and Desire for Hastened Death in Terminally Ill Patients With Cancer. *JAMA.* 2000;284:2907-2911.
53. Akechi T., Okamura H., Yamawaki S. et al. Why Do Some Cancer Patients With Depression Desire an Early Death and Others Do Not? *Psychosomatics* 2001;42:141-145.
54. Brown L.C., Majumdar S.R., Newman S.C. et al. History of Depression Increases Risk of Type 2 Diabetes in Younger Adults. *Diabetes Care.* 2005;28:1063-1067.
55. Hjerl K., Andersen E.W., Keiding N. et al. Depression as a Prognostic Factor for Breast Cancer Mortality. *Psychosomatics* 2003;44:24-30.
56. Classen C., Butler L.D., Koopman C. et al. Supportive-Expressive Group Therapy and Distress in Patients With Metastatic Breast Cancer. *Arch. Gen. Psychiatry.* 2001;58:494-501.
57. Petticrew M., Bell R., Hunter D. Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer: systematic review. *BMJ.* 2002;325:1066.
58. Fawzy F.I., Canada A.L., Fawzy N.W. et al. Effects of a Brief, Structured Psychiatric Intervention on Survival and Recurrence at 10-Year Follow-up. *Arch. Gen. Psychiatry.* 2003;60:100-103.