

УДК 616.37-002:616.895-036.3:316.01/03:314.01/04

DOI: 10.15587/2519-4798.2019.155660

## СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНІ ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПСИХОГЕННИХ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ПАНКРЕАТИТ

© І. Д. Спіріна, Ю. М. Шевченко, А. В. Шорніков

*Під час вивчення соціально-демографічних факторів ризику розвитку психогенних тривожно-депресивних розладів у хворих на панкреатит, нами були використані результати комплексного дослідження. проведено комплексну оцінку соціально-психологічних та клінічних факторів ризику розвитку панкреатиту, а також проведено комплексний аналіз соціально-демографічних характеристик, тривожно-депресивної та невротичної симптоматики у хворих на панкреатит. У статті наведені соціально-демографічні фактори, які впливають на розвиток психічних розладів при гострому рецидивуючому панкреатиті.*

*Метою дослідження стало виявлення соціально-демографічних особливостей психогенних тривожно-депресивних розладів у хворих на панкреатити (гострі та хронічні) для підвищення якості життя даного контингенту хворих.*

*Матеріали та методи.* У дослідженні прийняли участь 131 пацієнт з рецидивуючим панкреатитом, критеріями виключення у дослідженні були; вік старше 65 років, наявність інших соматичних захворювань, психічних та поведінкових розладів в наслідок зловживання алкоголем, наркотичними речовинами та речовинами, що не внесені до державного переліку наркотичних, відмова пацієнта від огляду психіатром. Встановили фактори з якими асоціюється розвиток і вираженість неврастенії у хворих на хронічний панкреатит. Статистичну обробку результатів дослідження проводили за допомогою пакета програм Statistica v.6.1.

*Результати дослідження.* У статті продемонстровані дані аналізу психопатологічної симптоматики у хворих на панкреатити, які виявили ряд особливостей кількісної та якісної структури емоційних розладів. Відмічено фактори, з якими асоціюється розвиток і вираженість психогенних тривожно-депресивних розладів у хворих на панкреатит. Виявлено, основну патогенетичну ланку розвитку психогенних тривожно-депресивних розладів у хворих на панкреатит. Представлена симптоматика, яка переважає при афективній патології у хворих на панкреатит.

*Висновки.* Наведені дані основних соціально-демографічних факторів, які впливають на розвиток психічних розладів при хронічному рецидивуючому панкреатиті, такі як: чоловіча стать, низька частота звернень за медичною допомогою протягом року, відсутність сімейного анамнезу захворювань підшлункової залози

*Ключові слова:* панкреатит, тривожний стан, депресія, психогенні розлади, фактори ризику, соціально-демографічні фактори

### 1. Вступ

Сучасні світові дані стосовно панкреатитів свідчать про зростання кількості хворих як з гострими так і з хронічними панкреатитами. Відповідно до «Єдиних європейських гастроентерологічних вказівок» для діагностики та терапії хронічного панкреатиту частота хронічного панкреатиту в європейських країнах коливається від 5 до 10 на 100 000 жителів [1]. У амбулаторній практиці за даними огляду Sarurs та ін. розповсюдженість хронічного панкреатиту становить від 33 до 44 осіб на 100000 населення [2]. Останні роки в Україні фіксується зростання розповсюдженості захворювань підшлункової залози. За даними Бабінця А. В. та Шевченко Ю. М. фіксується зростання показників госпіталізації хворих на панкреатити взагалі, та пізньої зокрема [3].

Серед можливих факторів, які впливають на зростання розповсюдженості захворювань шлунково-кишкового тракту, вказують зокрема вплив психічних факторів. Виходячи з біопсихосоціальної концепції хвороби, варто зазначити, що на тривалість

та важкість соматичного захворювання, зокрема панкреатиту, впливає психічний стан людини.

### 2. Обґрунтування дослідження

Психічні розлади при панкреатитах можуть бути нозогеніями – патологічні психогенні реакції на соматичні захворювання та соматогеніями – психічними розладами, що виникають при ряді важких захворювань і розглядаються в єдності з ними. Вплив психічних факторів на виникнення та перебіг хронічного панкреатиту почали вивчати ще більше 35 років тому, коли була доведена наявність алекситимії та виділено декілька варіантів психосоматичних взаємодій [4, 5]. Проте наразі відсутній єдиний підхід щодо класифікації психічних розладів при панкреатитах.

Захворювання підшлункової залози, особливо панкреатит, були помічені як можливі фактори ризику для психічних захворювань, таких як депресія і тривожний розлад. Доведено, що пацієнти з хронічним панкреатитом мають підвищений рівень особистісної та реактивної тривожності [6]. Поєднан-

ня хронічного панкреатиту і афективних розладів ускладнює перебіг соматичної патології, сприяючи розвитку резистентності до проведеної терапії [7]. Серед можливих симптомів, які можуть зустрічатися при психогенних розладах при панкреатитах, найчастіше виділяють тривогу, депресію, зниження активності, загальносоматичні прояви, порушення сну, гастроінтестинальні та вегетативні симптоми. За даними дослідження [8] більш ніж у 80 % пацієнтів з ХП (хронічним панкреатитом) виявляються депресивні та тривожні стани різного ступеня вираженості. При невчасній психіатричній допомозі таким пацієнтам значно зростає ризик агресії спрямованої на себе, такої як передозування лікарськими засобами та суїцидами [9]. Коморбідна з панкреатитом психосоматична патологія або психіатричний розлад також повинні бути частиною лікувальної мети при захворюваннях підшлункової залози. Також доведено, що вчасне комплексне лікування панкреатиту, яке включає в себе не тільки стандартні медичні та хірургічні втручання, а й лікування депресії та тривоги дозволяє суттєво знизити витрати на лікування [10]. Таким чином вчасна діагностика психогенних тривожно-депресивних розладів у хворих на панкреатит, яка має базуватися на визначенні певних чинників, які сприяють виникненню захворювання, набуває суттєвого значення. До таких чинників мають належати вік, стать, наявність психологічної травматизації, вживання тютюну та алкоголю, наявність сімейного анамнезу захворювань підшлункової залози, актуальна психопатологічна симптоматика, рівень освіти, соціальний статус тощо.

### 3. Мета дослідження

Провести комплексний аналіз соціально-демографічних характеристик пацієнтів на хронічний рецидивуючий панкреатит, які можуть виступати у якості предикторів розвитку захворювання, для підвищення якості життя даних пацієнтів.

### 4. Матеріал і методи

У дослідженні прийняли участь 131 пацієнт з рецидивуючим панкреатитом, 60 з яких знаходились на стаціонарному лікуванні у ДЗ «Інститут гастроентерології НАМН України» (м. Дніпро) з діагнозом «хронічний панкреатит» (К 81.1 за МКХ-10) та 71 пацієнт знаходився на стаціонарному лікуванні у Кошарському закладі «Дніпропетровське клінічне об'єднання швидкої медичної допомоги» Дніпропетровської обласної ради» м. Дніпро з діагнозом «гострий панкреатит» встановленого згідно критеріям МКХ-10 у 2015 році. Серед обстежених було 50 (38,2 %) чоловіків та 81 (61,8 %) жінок.

Середній вік хворих склав  $40,9 \pm 1,1$  ( $M \pm m$ ) років. Критерії виключення у дослідженні були: вік старше 65 років, наявність інших соматичних захворювань, психічних та поведінкових розладів в наслідок зловживання алкоголем, наркотичними речовинами та речовинами, що не внесені до державного переліку наркотичних, відмова пацієнта від

огляду психіатром. Використовувались клініко-анамнестичний та клініко-психопатологічний методи дослідження. Клініко-психопатологічний і клініко-анамнестичний методи ґрунтувались на загальноприйнятих підходах до психіатричного обстеження пацієнтів, проводилися шляхом вивчення історій хвороб, структурованого інтерв'ю та спостереження за хворими.

Проводився ретроспективний аналіз історій хвороб та іншої медичної звітної документації хворих на панкреатити, які знаходились на стаціонарному лікуванні.

Для проведення структурованого інтерв'ю використовували спеціально розроблену карту клініко-психопатологічного обстеження, що вміщує окрім загальних запитань для з'ясування соціально-демографічного статусу хворих, питання щодо діючих стресових чинників, діагностичного маршруту пацієнтів, відношення до хвороби тощо.

Хворих розподілили на підгрупи в залежності від стану психічного здоров'я. Першу клінічну підгрупу склали хворі на гострий панкреатит, а другу клінічну групу склали хворі на хронічний панкреатит.

Статистична обробка результатів дослідження проводилась за допомогою пакета програм Statistica v.6.1. Середні показники надані як середня арифметична та стандартна помилка ( $M \pm m$ ) для параметричних показників. Для порівняння використовували критерій Стьюдента для залежних (T) та незалежних (t) виборок, критерій Мак-Немара, вірогідність різниці відносних показників оцінювалася з використанням  $\chi^2$ , для оцінки кореляцій розраховували коефіцієнт рангової кореляції Спірмена ( $\rho$ ).

### 5. Результати дослідження

У даному дослідженні буденне психологічне навантаження у хворих на панкреатит вивчалися у вигляді факторів соціально-психологічної травматизації, з якими стикалися хворі до початку лікування.

При аналізі соціально-демографічних характеристик обстежених, що можуть виступати в ролі предикторів розвитку захворювання, привертає увагу високий відсоток пацієнтів ( $50,4 \pm 4,4$  %), в яких рівень освіти та професійної підготовки не відповідали соціальному статусу, тобто пацієнти із вищою освітою працювали прибиральниками чи взагалі не працювали. Це може сприйматися людиною як психотравмуюча ситуація.

За даними анамнезу, сімейне обтяження захворюваннями підшлункової залози відмічалось у 49 ( $37,4 \pm 4,2$  %) випадках, що вказує на вплив генетичних чинників. Сімейне обтяження захворюваннями підшлункової залози визначено у 22 ( $36,6 \pm 6,2$  %) випадках при хронічному панкреатиті, та у 27 ( $38,0 \pm 5,8$  %) – при гострому панкреатиті.

Вагомим психосоціальним чинником, що мав вплив на психічний і соматичний статус хворих з панкреатитом, був нездоровий спосіб їх життя. На тютюнопаління та побутове вживання алкоголю

вказали всього 87 (66,4±4,1 %) пацієнтів, переважно чоловіки (92,0±2,9 %). Серед хворих на гострий рецидивуючий панкреатит на тютюнопаління та вживання етанолмістких речовин вказали 64 (90,1±3,5 %) пацієнтів, зокрема 33 з 34 чоловіків (97,1±2,9 %). Серед хворих на хронічну форму захворювання ця частка суттєво ( $p < 0,05$ ) менша (41,7±6,4 %), що пов'язано передусім з хронічним характером перебігу захворювання, необхідністю додержуватися здорового способу життя при лікуванні.

На відміну від хворих на гострий панкреатит без психічних розладів, у групі пацієнтів з виявленими порушеннями психічного здоров'я переважали особи віком старше 40 років (середній вік (42,1±2,0) років проти (35,1±2,0) років;  $p < 0,05$ ), у близьких родичів яких часто зустрічались захворювання підшлункової залози (42,9±8,4 % проти 19,4±6,6 %;  $p < 0,05$ ). Вони також достовірно частіше вказували на минулі негативні події та переживання в житті – 91,4±4,8 % проти 72,2±7,5 % пацієнтів ( $p < 0,05$ ). Найвиразнішими ці відмінності були серед пацієнтів з клінічно вираженою симптоматикою генералізованого тривожного розладу та іншими хворими з групи ГП (гострим панкреатитом). Відмінною особливістю останніх була і висока частота звернень за медичною допомогою – в середньому (6,3±0,6) рази на рік проти (3,81±0,4) рази у психічно здорових осіб ( $p < 0,01$ ).

На відміну від хворих на хронічний панкреатит без психічних розладів, у групі пацієнтів з клінічно вираженою невротичною симптоматикою переважали чоловіки (80,0±12,7 % проти 38,1±10,6 %, відповідно;  $p < 0,05$ ), особи віком до 45 років (середній вік (35,0±2,5) років проти (45,4±2,5) років;  $p < 0,05$ ), у близьких родичів яких рідко зустрічались захворювання підшлункової залози (10,0±9,5 % проти 52,4±10,9 %;  $p < 0,05$ ). Вони досить рідко звертались за медичною допомогою – в середньому (1,6±0,3) рази на рік проти (4,2±0,5) рази у психічно здорових осіб ( $p < 0,01$ ), намагаючись самостійно справитися з симптомами захворювання.

Відмінними особливостями хворих на хронічний панкреатит з виявленими тривожно-депресивними розладами були жіноча стать ( $\rho = 0,5$ ;  $p < 0,001$ ) і пережиті важкі психоемоційні стреси ( $\rho = 0,3$ ;  $p < 0,05$ ), передусім пов'язані з неблагополуччям сімейного життя ( $\rho = 0,3$ ;  $p < 0,05$ ).

Серед пацієнтів з неврастенією переважали чоловіки (77,8±9,8 %), а в групі з тривожно-депресивним синдромом – жінки (93,5±3,6 %). У віковому аспекті відрізнялася група пацієнтів з генералізованим тривожним розладом, середній вік яких становив 52,7±2,0 років. У цій же групі відзначалася висока частота звернень по медичну допомогу з приводу основного захворювання протягом року (6,3±0,6).

Наявність психоемоціональних стресів (100 % обстежених) та обтяжливий сімейний анамнез (70±14,5 % обстежених) виступали провідними факторами розвитку ПР у хворих з тривожними розладами (рис. 1).

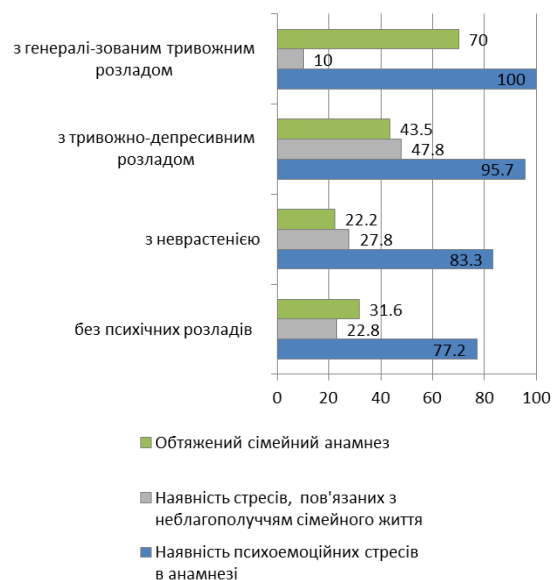


Рис. 1. Наявність психоемоційних стресів та обтяжливого сімейного анамнезу у хворих на гострий та хронічний панкреатит

Наявність стресів, пов'язаних з неблагополуччям сімейного життя в найбільшому ступені (у 47,8±7,3 % обстежених) впливало на розвиток з тривожно-депресивних розладів.

Встановлено що конституціональний тип хворого (у всіх обстежених: астенічний – 41,2 %, нормостенічний – 45,8 %, гіперстенічний – 13,0 %) суттєво не впливає на розвиток психогенних тривожно-депресивних розладів у хворих на панкреатити.

Більшість пацієнтів (113 осіб – 86,3±3,0 %) перенесли протягом життя (після 18 років) важкі психоемоційні стреси, пов'язані з професійно-економічними факторами (42,0±4,3 %), проблемами у сімейному житті (30,5±4,0 %), смертю близьких людей (13,7±3,0 %). Для пацієнтів з гострим панкреатитом загальна кількість хворих, що перенесли протягом життя важкі психоемоційні стреси складає 58 осіб (81,7±4,6 %), для пацієнтів з хронічним панкреатитом – 55 осіб (91,7±3,6 %); стреси, пов'язані з професійно-економічними факторами перенесли хворі з ГП – 52,1±5,9 %, з ХП – 30,0±5,9 %; неблагополуччям сімейного життя (ГП – 21,1±4,9 %, ХП – 41,7±6,4 %); зі смертю близьких людей (ГП – 8,5±3,3 %, ХП – 20,0±5,2 %).

Як показало дослідження, головним психотравмуючим фактором у хворих на панкреатит була наявність професійно-економічних проблем (табл. 1).

Інші фактори мали менший вплив на психічне самопочуття цих хворих, проте були взаємопов'язаними. Зокрема, конфліктні ситуації в сім'ї, виявлені у 30,5±4,0 % пацієнтів, переважно в другій групі (41,7±6,4 % проти 21,1±4,9 %,  $p < 0,05$ ), були здебільшого обумовлені складнощами взаємовідносин з дітьми і проблемами матеріального рівня життя.

Аналіз психопатологічної симптоматики у хворих на панкреатити виявив ряд особливостей кількісної та якісної структури емоційних розладів. За

анамнестичними даними, захворювання підшлункової залози маніфестувало практично у всіх хворих ( $93,9 \pm 2,1$  % – 123 пацієнтів) після емоційно значущої для особистості гострої або хронічної психотравмуючої події, яка часто мала нерозв'язний характер. Вона відзначалася поліморфністю, масивністю та залученням різних сфер діяльності пацієнта. Зона конфлікту у жінок поширювалася, як правило, на сферу внутрішньосімейних відносин ( $39,7 \pm 5,4$  % проти  $16,8 \pm 5,3$  % у чоловіків;  $p < 0,05$ ), тоді як у чоловіків психотравмуюча ситуація найчастіше обмежувалася виробничими відносинами або сексуальними проблемами ( $60,5 \pm 6,9$  % проти  $33,9 \pm 5,3$  % у жінок;  $p < 0,05$ ). Первинною реакцією на стрес у всіх хворих було зниження настрою, на тлі якого формувалась функціональна соматична патологія.

Таблиця 1

Фактори соціально-психологічної травматизації у хворих на гострий і хронічний панкреатит

Фактор	1 група – гострий панкреатит (n=71)		2 група – хронічний панкреатит (n=60)		В цілому (n=131)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Професійно-економічні проблеми	37	$52,1 \pm 5,9$	18	$30,0 \pm 5,9^*$	55	$42,0 \pm 4,3$
Негаразди у сімейному житті	15	$21,1 \pm 4,9$	25	$41,7 \pm 6,4^*$	40	$30,5 \pm 4,0$
Смерть близьких	6	$8,5 \pm 3,3$	12	$20,0 \pm 5,2$	18	$13,7 \pm 3,0$
Відсутність психотравм	13	$18,3 \pm 4,6$	5	$8,3 \pm 3,6$	18	$13,7 \pm 3,0$

Примітка: \* –  $p < 0,05$  в порівнянні з показником 1 групи за критерієм  $\chi^2$

Розвиток і вираженість психогенних тривожно-депресивних розладів у хворих на гострий панкреатит достовірно асоціюється з такими факторами як старший вік (коефіцієнт кореляції Спірмена  $\rho = 0,35$ ;  $p < 0,05$ ), сімейне обтяження захворюваннями підшлункової залози ( $\rho = 0,33$ ;  $p < 0,05$ ), пережиті важкі психоемоційні стреси ( $\rho = 0,26$ ;  $p < 0,05$ ).

За даними кореляційного аналізу встановлено, що розвиток і вираженість неврастенії у хворих на хронічний панкреатит достовірно асоціюється з такими факторами як чоловіча стать ( $\rho = 0,39$ ;  $p < 0,05$ ), молодший вік ( $\rho = 0,43$ ;  $p < 0,05$ ), відсутність сімейного

обтяження захворюваннями підшлункової залози ( $\rho = 0,41$ ;  $p < 0,05$ ), низька частота звернень за медичною допомогою протягом року ( $\rho = 0,57$ ;  $p < 0,05$ ).

## 6. Обговорення результатів дослідження

Отримані дані свідчать про клінічну гетерогенність психопатологічної симптоматики при психічних розладах у хворих на панкреатит. Це підтверджує значущість афективної патології у процесах формування та подальшого розвитку психогенних тривожно-депресивних розладів у хворих на панкреатит.

Серед можливих психотравмуючих факторів визначається невідповідність рівня освіти та професійної підготовки соціальному статусу.

Головними психотравмуючими факторами у хворих на панкреатити були професійно-економічні проблеми та негаразди у сімейному житті; 37 ( $52,1 \pm 5,9$  %) хворих з гострим рецидивуючим панкреатитом і 18 ( $30,0 \pm 5,9$  %) хворих з хронічним панкреатитом ( $p < 0,05$  між групами).

Встановлено, що неврастенічна симптоматика у хворих на панкреатит більш характерна для чоловіків молодого віку без сімейного досвіду щодо захворювань підшлункової залози, а тривожно-депресивні розлади частіше виявляються у жінок, в анамнезі яких превалюють психоемоційні стреси, пов'язані з неблагополуччям сімейного життя. Психопатологічна симптоматика у хворих на гострий панкреатит більш характерна для осіб старше 40 років з сімейним досвідом щодо захворювань підшлункової залози, в анамнезі яких превалюють психоемоційні стреси.

## 7. Висновки

1. Основною патогенетичною ланкою розвитку психогенних тривожно-депресивних розладів у хворих на панкреатит є емоційні розлади. Афективна патологія при психічних розладах у хворих на панкреатит представлена тривожно-депресивною та невротичною симптоматикою.

2. До основних соціально-демографічних факторів, які впливають на розвиток психічних розладів при гострому рецидивуючому панкреатиті належать вік старше 40 років, професійно-економічні проблеми та негаразди у сімейному житті, сімейний досвід захворювань підшлункової залози.

3. До основних соціально-демографічних факторів, які впливають на розвиток психічних розладів при хронічному рецидивуючому панкреатиті належать чоловіча стать, низька частота звернень за медичною допомогою протягом року, відсутність сімейного анамнезу захворювань підшлункової залози.

## Література

1. United European Gastroenterology evidence-based guidelines for the diagnosis and therapy of chronic pancreatitis (HaPanEU) / Löhr J. M. et. al. // United European Gastroenterology Journal. 2017. Vol. 5, Issue 2. P. 153–199. doi: <http://doi.org/10.1177/2050640616684695>
2. Prevalence of chronic pancreatitis: Results of a primary care physician-based population study / Capurso G. et. al. // Digestive and Liver Disease. 2017. Vol. 49, Issue 5. P. 535–539. doi: <http://doi.org/10.1016/j.dld.2016.12.024>

3. Бабінець Л. С., Шевченко Н. О. Актуальність вікового аспекта клінічного перебігу і ведення хворих на хронічний панкреатит (огляд літератури) // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. 2017. № 4. Р. 5–11. doi: <http://doi.org/10.11603/1811-2471.2017.v0.i4.8318>
4. Alexithymic Features of the Patients with Chronic Pancreatitis / Nakai Y. et. al. // Psychotherapy and Psychosomatics. 1979. Vol. 31, Issue 1-4. P. 205–217. doi: <http://doi.org/10.1159/000287332>
5. Chronic Pancreatitis as Psychosomatic Disorder / Nakai Y. et. al. // Psychotherapy and Psychosomatics. 1983. Vol. 39, Issue 4. P. 201–212. doi: <http://doi.org/10.1159/000287742>
6. Влияние лечения на уровень тревожности больных хроническим панкреатитом / Потяженко М. М. та ін. // Web of Scholar. 2018. № 2. С. 44–47.
7. Особенности терапии хронического панкреатита, ассоциированного с тревожно-депрессивными расстройствами у работников железнодорожного транспорта / Ушаков И. Б. и др. // Медицина труда и промышленная экология. 2016. № 4. С. 31–35.
8. Кутова Н. В. Порівняльний аналіз депресивних і тривожних станів у пацієнтів з хронічним панкреатитом біліарної та алкогольної етіології // Український вісник психоневрології. 2015. Т. 23, № 2. С. 56–60.
9. Diseases of the pancreas and suicide mortality: A nationwide nested case-control study among patients with mental health disorders in Taiwan / Chen H.-M. et. al. // General Hospital Psychiatry. 2018. Vol. 50. P. 45–50. doi: <http://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2017.09.008>
10. Interprofessional Collaborative Care Reduces Excess Service Utilization Among Individuals With Chronic Pancreatitis / Madan A. et. al. // Journal For Healthcare Quality. 2013. Vol. 35, Issue 5. P. 41–46. doi: <http://doi.org/10.1111/jhq.12025>

*Дата надходження рукопису 15.11.2018*

**Спіріна Ірина Дмитрівна**, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри, кафедра психіатрії, загальної та медичної психології, Дніпропетровська медична академія, вул. В. Вернадського, 9, м. Дніпро, Україна, 49044  
E-mail: [psychiatry@dma.dp.ua](mailto:psychiatry@dma.dp.ua)

**Шевченко Юлія Миколаївна**, кандидат медичних наук, асистент, кафедра психіатрії, загальної та медичної психології, Дніпропетровська медична академія, вул. В. Вернадського, 9, м. Дніпро, Україна, 49044  
E-mail: [j\\_shevchenko@ukr.net](mailto:j_shevchenko@ukr.net)

**Шорніков Андрій Володимирович**, асистент, кафедра психіатрії, загальної та медичної психології, Дніпропетровська медична академія, вул. В. Вернадського, 9, м. Дніпро, Україна, 49044  
E-mail: [shornikov@ukr.net](mailto:shornikov@ukr.net)