



О.І. Сергієнко¹, О.В. Безсонова²

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДИСПЕПСІЇ ТА ХРОНІЧНОГО ГАСТРИТУ З УРАХУВАННЯМ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ І СТАТІ ХВОРИХ

¹Харківська медична академія післядипломної освіти,

²10-а міська поліклініка, м. Харків

Ключові слова: функціональна диспепсія, хронічний гастрит, психологічний стан.

Ключевые слова: функциональная диспепсия, хронический гастрит, психологическое состояние.

Key words: functional dyspepsia, chronic gastritis, psychological state.

Наведено результати вивчення клінічних проявів у хворих на функціональну диспепсію та хронічний гастрит з урахуванням психологічного стану та статі хворих. У хворих на функціональну диспепсію визначено вищий рівень особистісної та ситуаційної тривожності у порівнянні з хворими на хронічний гастрит.

Представлены результаты изучения клинических проявлений у больных функциональной диспепсией и хроническим гастритом с учетом психологического состояния и пола больных. У больных функциональной диспепсией выявлен более высокий уровень личностной и ситуационной тревожности в сравнении с больными с хроническим гастритом.

In the article the results of investigation of clinical manifestations in patients with functional dyspepsia and chronic gastritis depending on gender and psychological state are given. It has been shown higher level of personal and situational anxiety in patients with functional dyspepsia than in patients with chronic gastritis.

Синдром диспепсії є розповсюдженим у клінічній практиці: 4–10% усіх звернень хворих до лікарів загальної лікувальної мережі та гастроентерологів пов'язані зі скаргами на диспепсичні симптоми. Ознаки диспепсії не є специфічними та можуть бути клінічними проявами функціональних розладів шлунка, хронічного гастриту (ХГ), виразкової хвороби, раку шлунка. Значне місце серед функціональних розладів шлунка посідає функціональна диспепсія (ФД), частка якої в структурі функціональних захворювань травного каналу складає 5–20% [7]. Перебіг ФД супроводжується зниженням якості життя хворих за показниками більш значними, ніж у хворих на хронічні захворювання печінки [12].

Механізми розвитку ФД вивчено недостатньо. За сучасними уявленнями, формування клінічних симптомів ФД зумовлюють моторні розлади гастродуоденальної зони, збільшення чутливості шлунка хворих до механічних, хімічних, термічних стимулів [11]. Серед чинників, що можуть провокувати появу зазначених порушень, розглядають вплив короточасних або тривалих стресових життєвих ситуацій, соціальних умов [2,16]. Рівень визначення тривожних порушень і депресії в загальній клінічній практиці є низьким і складає 2,8%, у той час як при прицільному обстеженні психологічні розлади виявляють у 15,3% амбулаторних гастроентерологічних хворих [13]. Зазначають, що найбільш часто психологічні розлади трапляються у хворих з діагнозами «хронічний гастрит» і «функціональний розлад шлунка». Питання зв'язку психологічного стану хворого зі змінами функцій шлунка цікавить багатьох науковців [10]. Існує точка зору, згідно якій функціональні розлади травлення вважають психосоматичними хворобами [3]. Є відомості про наявність психічних розладів у 53–80% хворих на ФД [15]. Поряд з цим, є вказівки на те, що диспепсичні

симптоми можуть бути зумовлені психічним розладом за відсутності будь-якого захворювання шлунка. Так само можливе існування супутнього психічного розладу у осіб з захворюваннями шлунка або супутнього захворювання шлунка у пацієнта з психічним розладом [2,6]. Вважають, що частіше розлади психологічного стану притаманні хворим на ФД жінкам [17]. Інші автори не виявили різниці у частоті виявлення психологічних змін у чоловіків і жінок, хворих на ФД [13].

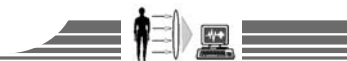
Остаточо не з'ясовано, які саме психологічні розлади є характерними для хворих на ФД та чи мають вони зв'язок з клінічними проявами розладу. За даними різних дослідників, у хворих на ФД найбільш часто спостерігаються симптоми тривожності [4], соматизації [8], депресії [2]. Недостатньо вивчено особливості змін психологічного стану хворих при функціональній диспепсії та за наявності запального процесу у шлунку. За даними Jiang R., у 30,6% хворих на ХГ спостерігаються ознаки тривожних розладів, у пацієнтів з ФД цей показник склав 26,4% [13]. Інші автори виявили депресію у 28% хворих на ФД, у той час як у хворих на виразкову хворобу цей показник дорівнював 11% [14]. Дослідження психологічного стану хворих на функціональні та запальні захворювання шлунка дозволить уточнити значення нервово-психічного фактору у формуванні клінічних проявів цих станів і є перспективним в аспекті розробки схем диференційованої корекції визначених порушень.

МЕТА РОБОТИ

Вивчення особливостей клінічних проявів у хворих на функціональну диспепсію та хронічний гастрит з урахуванням психологічного стану й статі пацієнтів.

ПАЦІЄНТИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Під нашим спостереженням перебували 90 хворих: 45 хворих на ФД (І група) і 45 хворих на ХГ, асоційованих з



Helicobacter pylori (Hр) (II група), групу контролю склали 30 практично здорових осіб. Вік хворих варіював від 18 до 58 років, середній вік пацієнтів I групи склав $35,8 \pm 2,48$ роки, II – $37,1 \pm 3,45$ роки. У I групі було 29 жінок і 16 чоловіків, у II – 24 жінки й 21 чоловік.

Діагноз ФД встановлювали у відповідності з Римськими критеріями III, верифікацію діагнозу «хронічний гастрит» здійснювали шляхом визначення гістологічних змін слизової оболонки. Проводили загальноклінічні й додаткові обстеження: езофагогастродуоденоскопію (ЕГДС) з біопсією, тести на визначення інфекції Hр. У дослідження не залучали хворих з тяжкою супутньою патологією серцево-судинної системи, органів дихання, нирок, не включали також осіб, які останнім часом приймали аспірин, нестероїдні протизапальні засоби та кортикостероїдні гормони. Оцінку інтенсивності больового синдрому здійснювали за шкалою Лікєрта (1 бал – симптом відсутній, 2 бали – біль викликає незначний неспокій, але можна не звертати на нього увагу, 3 бали – біль помірний, не порушує денну активність і сон, 4 бали – біль дуже хвилює та порушує денну активність і сон, 5 балів – біль значно порушує або тимчасово робить неможливою денну активність і сон). Кількісну оцінку інших скарг проводили за візуально-аналоговою шкалою [9]. Психологічний стан хворих оцінювали на основі результатів тестування: виявлення ситуаційної (СТ) та особистісної тривожності (ОТ) за методикою Спілбергера-Ханіна, рівень депресії (Д) визначали за шкалою Бека [5].

Усіх хворих інформували про цілі та задачі дослідження, конфіденційність інформації. Отримано письмову згоду пацієнтів на проведення досліджень. Статистичну обробку даних проводили методами варіаційної статистики за допомогою програм Statistica for Windows 6,0.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Серед хворих I групи 27 (60%) скаржились на відчуття переповнення у шлунку після прийому їжі, середнє значення показника інтенсивності ознаки склало $5,0 \pm 0,73$ бали. У жінок цей показник становив $5,11 \pm 0,3$ бали, у чоловіків – $3,8 \pm 0,4$ бали ($p < 0,05$). Швидке насичення відзначали 25 (55,5%) хворих: 18 (62,1%) жінок і 7 (43,7%) чоловіків, середнє значення показника – $4,84 \pm 0,74$ бали: $4,86 \pm 0,5$ бали у жінок і $4,1 \pm 0,1$ бали у чоловіків ($p > 0,05$). Біль у епігастральній ділянці відзначали 25 (55,5%) хворих I групи, серед яких було 12 (41,38%) жінок і 13 (81,25%) чоловіків. Середнє значення показника інтенсивності болю склало $3,2 \pm 0,3$ бали: $3,52 \pm 0,3$ бали у жінок і $2,8 \pm 0,4$ бали у чоловіків ($p > 0,05$). У 10 (22,2%) осіб, у тому числі 8 жінок, больові прояви поєднувались зі швидким насиченням і відчуттям переповнення у шлунку. На нудоту скаржились 34 (75,55%) хворих I групи, серед них 22 (75,86%) жінки та 12 (75,0%) чоловіків. Відрижку повітрям відзначали 32 (71,1%) хворих: 20 (68,96%) жінок і 12 (75,0%) чоловіків.

Більшість хворих II групи – 37 (82,2%) осіб – скаржились на біль, пов'язаний з прийомом їжі. Вірогідної різниці між показниками інтенсивності болю у хворих I та II груп не виявлено: $3,2 \pm 0,3$ бали; $3,4 \pm 0,2$ бали відповідно ($p > 0,05$).

Біль відзначали 22 (91,6%) жінок і 15 (71,42%) чоловіків. Середнє інтенсивність болю у жінок склала $3,03 \pm 0,37$ бали, у чоловіків – $3,43 \pm 0,4$ ($p > 0,05$). На відчуття переповнення та важкості у шлунку після прийому їжі скаржились 18 (40%) пацієнтів, середнє значення показника – $2,86 \pm 0,6$ бали ($p < 0,05$) у порівнянні з I групою. У жінок середнє значення показника склало $3,01 \pm 0,4$ бали, у чоловіків – $2,7 \pm 0,3$ бали ($p > 0,05$). 35 (77,7%) хворих II групи відзначали нудоту: 13 (54,16%) жінок і 12 (57,14%) чоловіків; 22 (73,3%) хворих вказували на відрижку повітрям: 13 (54,16%) жінок і 9 (42,85%) чоловіків.

При вивченні показників психологічного стану хворих I групи з'ясовано, що 39 (86,6%) осіб, з них 27 (93,3%) жінки і 12 (75%) чоловіків, відзначали зниження настрою. 36 (80%) хворих, 21 (77,7%) жінка і 15 (93,75%) чоловіків, скаржились на порушення сну. Відчуття невпевненості у собі та зниження самооцінки спостерігалось у 32 (71,1%) хворих, 2/3 з яких склали жінки. На підвищену стомлюваність вказував 31 (68,8%) хворий, внутрішнє напруження відчували 38 (84,4%) осіб.

У II групі зниження настрою відчували 19 (95%) хворих, порушення сну відзначали 14 (31%). На зниження самооцінки й відчуття впевненості у собі вказували 11 (24,4%) осіб, підвищену стомлюваність відчували 14 (31,10%) хворих, внутрішнє напруження – 11 (24%) пацієнтів цієї групи.

При аналізі результатів психологічного тестування хворих встановлено, що у пацієнтів I групи показник особистісної тривожності був вищим на 42,54% відносно хворих II групи та на 86,64% – контрольної (табл. 1).

Таблиця 1

Характеристика психологічного стану хворих на ФД та ХГ (M±m)

Показники психологічного стану	Хворі на ФД n = 45	Хворі на ХГ n = 45	Група контролю n = 30
Особистісна тривожність, бали	$75,84 \pm 3,35^{**}$	$51,4 \pm 1,62^*$	$43,73 \pm 0,92$
Ситуаційна тривожність, бали	$64,86 \pm 2,74^{**}$	$49,6 \pm 2,1^*$	$42,26 \pm 1,1$
Депресія, бали	$16,48 \pm 0,6$	$13,5 \pm 0,9$	$9,4 \pm 1,4$

Примітки: * – вірогідність різниці показників відносно групи контролю ($p < 0,05$); ** – вірогідність різниці при порівнянні показників I та II груп ($p < 0,05$).

Так само у хворих I групи відзначено вищий на 30,7% рівень СТ у порівнянні з показником хворих II групи й на 53,48% ніж у групі контролю. Симптоми депресії виявлено у 38 (84,4%) хворих I групи й у 29 (96,6%) пацієнтів II. Показник вираженості розладу у хворих I групи був вищим на 22% у порівнянні з показником хворих II групи й на 82,95% відносно контрольної. При аналізі результатів психологічного тестування хворих на ФД встановлено, що у жінок відзначається вищий рівень СТ на 12,6%, ОТ – на 10,5%, Д – на 8,8% у порівнянні з чоловіками (табл. 2).

Статистичний аналіз показників симптомів диспепсії та психологічного стану хворих I групи виявив наявність прямого кореляційного зв'язку між показником відчуття



Таблиця 2

Характеристика психологічного стану хворих на ФД з урахуванням статі (M±m)

Показники психологічного стану	Хворі на ФД		Хворі на ХГ	
	жінки n = 29	чоловіки n = 16	жінки n = 24	чоловіки n = 21
Особистісна тривожність, бали	81,55±2,95	74,68±4,94	54,9±1,76**	49,6±2,6**
Ситуаційна тривожність, бали	69,51±3,12	58,37±2,02*	47,4±1,76**	50,6±2,6
Депресія, бали	19,85±0,89	17,37±1,07	14,1±0,84**	16,2±1,41

Примітка: * – вірогідність різниці показників чоловіків і жінок у I та II групах ($p < 0,05$); ** – вірогідність різниці показників хворих досліджуваних груп однієї статі ($p < 0,05$).

переповнення після прийому їжі та характеристиками тривожності: відчуття переповнення після прийому їжі/рівень ситуаційної тривожності ($r=0,42$); відчуття переповнення після прийому їжі/рівень особистісної тривожності ОТ ($r=0,49$). Так само встановлений прямий кореляційний зв'язок між показником швидкого насичення і характеристиками тривожності: СТ ($r=0,39$) та ОТ ($r=0,42$). У жінок ці показники були вищими: відчуття переповнення після прийому їжі/СТ ($r=0,48$) та відчуття переповнення після прийому їжі/ОТ ($r=0,54$). У хворих II групи визначено зв'язок між відчуттям переповнення у животі після прийому їжі та рівнем депресії ($r=0,34$), показники кореляційного зв'язку між диспепсичними проявами та симптомами тривожності не перевищували 0,3. При аналізі отриманих даних встановлено, що у хворих на ФД і пацієнтів з ХГ спостерігаються близькі за спектром і поширеністю диспепсичні симптоми, що підтверджує результати досліджень інших авторів [13]. Зіставлення характеристик диспепсичних проявів у хворих на ФД і ХГ показало, що вираженість симптомів відчуття переповнення після прийому їжі та швидкого насичення була вірогідно вищою у хворих на ФД. Найбільша інтенсивність цих проявів спостерігалась у хворих на ФД жінок. Результати дослідження психологічного стану осіб за стандартними опитувальниками виявили збільшення рівнів особистісної та ситуаційної тривожності як у хворих на ФД, так і у хворих на ХГ. Підвищення рівнів ситуаційної та особистісної тривожності у хворих на ФД у порівнянні зі здоровими виявили й інші дослідники [1, 12]. У пацієнтів з ФД показники рівнів СТ, ОТ були вищими не тільки від групи контролю, але й показників хворих на ХГ. У таких пацієнтів не виявлено особливостей психологічного стану, специфічні тільки для чоловіків чи жінок, у той час як у хворих на ФД вищі рівні СТ, ОТ виявлено у жінок. У хворих I групи визначено прямий кореляційний зв'язок між показниками тривожності та швидким насиченням, відчуттям переповнення після прийому їжі. Психологічні фактори можуть виступати в якості модуляторів взаємодії між головним мозком і шлунком та впливати на формування клінічних проявів. Наявність психічного розладу може

сприяти зниженню адаптаційних можливостей організму хворого, спричинити погіршення перебігу соматичного захворювання. Хронічний стрес може викликати розвиток електролітного дисбалансу, порушення хроноритму шлункового кислотоутворення, що супроводжується дезорганізацією моторної функції шлунково-кишкового тракту [1]. Можна припустити, що вираженість симптомів тривожності та шлункової диспепсії у жінок спонукає їх частіше звертатись по лікарську допомогу [13]. У зв'язку з цим, перспективним напрямком подальших досліджень є вивчення особливостей стану моторно-евакуаторної функції шлунка та її регуляції з урахуванням статі хворих на ФД. Визначення змін психологічного стану хворих на ФД та їх взаємозв'язку з диспепсичними проявами обґрунтовує перспективу терапевтичної корекції визначених змін у рамках патогенетичної терапії розладу.

ВИСНОВКИ

1. Диспепсичні прояви у хворих на ФД і ХГ є близькими за спектром і розповсюдженістю, інтенсивність симптомів раннього насичення та відчуття переповнення у шлунку є більшою у хворих на ФД, особливо жінок.

2. Для пацієнтів з ФД характерні вищі рівні особистісної та ситуаційної тривожності у порівнянні з контрольною групою та хворими на ХГ. Суттєвіші зміни показників психологічного стану спостерігали у хворих на ФД жінок.

3. Визначено прямий характер кореляційного зв'язку між показниками особистісної та ситуаційної тривожності та інтенсивністю диспепсичних проявів у пацієнтів з ФД.

Отже, результати психологічного тестування за стандартними опитувальниками свідчать про наявність у хворих на хронічний гастрит і функціональну диспепсію підвищеної особистісної та ситуаційної тривожності. Ці зміни є найбільш вираженими у пацієнток з ФД. Перспективи подальших досліджень полягають у поглибленому вивченні причин специфіки перебігу ФД у чоловіків і жінок та застосуванні терапевтичної корекції визначених порушень.

ЛІТЕРАТУРА

1. Глушко Л.В. Електролітний дисбаланс, секреторна функція шлунка, психоневрологічний статус у хворих на функціональну диспепсію з різними клінічними варіантами / Глушко Л.В., Кулаєць В.М. // Буковинський мед. вісник. – 2010. – Т.14, №1(53). – С. 25–28.
2. Собенников В.С. Соматизация и психосоматические расстройства / Собенников В.С., Белянов Ф.И. – Иркутск: РИО ИГИУВа, 2010. – С. 103–106, 154–158.
3. Степанов Ю.М. Психосоматические аспекты и функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта / Степанов Ю.М. // Здоров'я України. – 2008. – №19/1. – С. 32–33.
4. Anxiety is associated with uninvestigated and functional dyspepsia (Rome III criteria) in a Swedish population-based study / Aro P., Talley N., Ronkainen J., et al. // Gastroenterology. – 2009. – V.1, №137. – P. 23–26.
5. Assessment of pain / Breivik H., Borchgrevink P., Allen S., et al. // British J. of Anaesthesia. – 2008. – V. 1, №101. – P. 17–24.
6. Bielefeldt K. Different faces of gastroparesis / Bielefeldt K., Raza N., Zickmund S. // World J. Gastroenterol. – 2009. – V. 48, №15. – P. 6052–6060.
7. Brun R. Functional dyspepsia / Brun R., Kuo B. // Therapeutic Advances in Gastroenterology. – 2010. – V. 1, №3. – P. 145–164.



8. *Creed F.* Somatisation in functional dyspepsia: integrating gastric physiology with psychological state / *Creed F.* // *Gut.* – 2008. – №57. – P. 1642–1643.
9. *Dawes J.* Do data Characteristics Change According to the number of scale points used? An experiment using 5-point, 7-point and 10-point scales / *Dawes J.* // *International J. of Market Research.* – 2008. – Vol. 50, №1. – P. 61–77.
10. Depressive mood and quality of life in functional gastrointestinal disorders: differences between functional dyspepsia, irritable bowel syndrome and overlap syndrome / *Lee H., Lee S., Kim J., et al.* // *Gut.* – 2010. – Vol. 32. – P. 499–502.
11. Determinants of symptoms in functional dyspepsia: gastric sensorimotor function, psychosocial factors or somatisation? / *Van Oudenhove L., Vandenberghe J., Geeraerts B., et al.* // *Gut.* – 2008. – №57. – P. 1666–1673.
12. Impairment of health-related quality of life in functional dyspepsia and chronic liver disease: the influence of depression and anxiety / *Haag S., Senf W., Häuser W., et al.* // *Aliment Pharmac. Ther.* – 2008. – V. 7, № 27. – P. 561–571.
13. *Jiang R.* The prevalence of depression and anxiety in gastrointestinal out-patients of tertiary general hospitals in Beijing / *Jiang R.* // *Zhonghua Nei Ke Za Zhi.* – 2009. – V. 5, № 48. – P. 399–401.
14. *Ochi M.* Perfectionism underlying psychological back-ground correlated with the symptoms of functional dyspepsia / *Ochi M., Tominaga K., Iketani T.* // *Gastroenterology.* – 2008. – Vol. 43. – P. 699–704.
15. Risk factors for impaired health-related quality of life in functional dyspepsia / *Van Oudenhove L., Vandenberghe J., Vos R., et al.* // *Aliment. Pharmacology&Therapeutics.* – 2010. – V. 33, Is. 2. – P. 261–274.
16. Stress profile, coping style, anxiety, depression, and gastric emptying as predictors of functional dyspepsia: a case-control study / *Roca-Chiapas J., Solis-Ortiz S., Fajardo-Araujo M., Rosa-Zarate A.* // *J. Psychosom. Res.* – 2010. – Vol. 68, №1 – P. 73–81.
17. *Welén K.* Functional dyspepsia affects women more than men in daily life: a case-control study in primary care / *Welén K., Faresjö A., Faresjö T.* // *Gender Med.* – 2008. – V. 5, №1. – P. 62–73.

Відомості про авторів:

Сергієнко О.І., д. мед. н., професор каф. гастроентерології ХМАПО.

Безсонова О.В., лікар-гастроентеролог 10-ї міської поліклініки м. Харків, здобувач.

Адреса для листування:

Сергієнко Олена Іванівна. 61167, м. Харків, вул. Корчагінців, 58, каф. гастроентерології ХМАПО.

Тел: (067) 927 72 75, (095) 683 31 90.

E-mail: sergienko@i.ua