



УДК 616.891+616.34-002+616.342



КУЛАЄЦЬ В.М.  
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

## ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ ІЗ ЧАСТО РЕЦИДИВУЮЧОЮ ВИРАЗКОВОЮ ХВОРОБОЮ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

**Резюме.** Метою дослідження було провести комплексну оцінку психоневрологічного статусу, зокрема депресивних і тривожних розладів, рівня соціальної дезадаптації, алекситимії у хворих із часто рецидивуючою виразковою хворобою дванадцятипалої кишки (ВХ ДПК).

Обстежено 25 хворих із виразковою хворобою дванадцятипалої кишки віком від 21 до 55 років, які перебували на стаціонарному лікуванні на базі гастроентерологічного відділення обласної клінічної лікарні, а також 15 здорових осіб, які відповідали клінічній групі за віковим та статевим складом. Діагноз ВХ ДПК установлювали відповідно до стандартизованих протоколів діагностики та лікування хвороб органів травлення згідно з наказом МОЗ України № 271 від 13.06.2005.

Для оцінки психоневрологічного статусу використовували шкалу Гамільтона для оцінки депресії (HDRS) і тривоги (HARS), яку заповнювали шляхом клінічного інтерв'ю.

Для визначення стресонаповненості життєвих подій у морфогенезі виразкової хвороби використовували порівняльну шкалу соціальної адаптації Т. Холмса — Р. Раха в модифікації Marx et al. (1975). Розрахунок інтегральних показників рівня соціальної дезадаптації проводили за заданими балами стресового навантаження тієї чи іншої життєвої події.

За показниками рівня соціальної дезадаптації більше ніж у половини обстежених пацієнтів із ВХ ДПК рівень стресоопірності дезадаптуючим чинникам оцінювали як низький — (378,0 ± 34,8) бала.

У хворих із часто рецидивуючою ВХ ДПК рівень алекситимії становив (53,7 ± 0,3) бала ( $p < 0,05$ ); тип особистості характеризувався як алекситимічний.

**Ключові слова:** виразка дванадцятипалої кишки, психоневрологічні розлади, депресія, тривожний стан, соціальна дезадаптація.

Актуальною проблемою сьогодення є значне поширення виразкової хвороби дванадцятипалої кишки (ВХ ДПК) серед осіб соціально активного віку, що супроводжується великими витратами на діагностику та лікування, зниженням якості життя і працездатності таких хворих [1, 4]. Досягнуті успіхи щодо розкриття механізмів ульцерогенезу та розробка на їх основі методів етіопатогенетичної терапії до

кінця не вирішують проблему виразкової хвороби [6]. З сучасних позицій пептична виразка розглядається як поліетіологічне, генетично та патогенетично неоднорідне захворювання, в основі якого ле-

© Кулаєць В.М., 2014

© «Гастроентерологія», 2014

© Заславський О.Ю., 2014



жить системність реагування цілісного організму на вплив етіологічного фактора, у т.ч. хелікобактеріозу, з переважним ураженням слизової оболонки гастродуоденальної зони на тлі розладу ієрархії адаптивної регуляції [3, 5, 7]. При цьому нервово-психічні чинники розцінюються як неспецифічні фактори виразкоутворення, що модифікуються [10]. У 54–100 % пацієнтів із виразковою хворобою виявляються порушення в психічній сфері, 50–60 % страждають на соматичні неврози та депресії [2, 3]. Часто саме психологічний дистрес, що є неспецифічним тригером, а не ВХ сама по собі змушує пацієнта звернутися до лікаря [9]. Тому терапія виключно гастроентерологічних симптомів не завжди є результативною, оскільки не усуває емоційні та вегетативні зрушення, що є ланками патогенезу [12].

Соціальні події у житті таких пацієнтів, що супроводжуються встановленням нових або розривом старих афективних зв'язків, спричиняють емоційні розлади, наслідки яких можуть бути драматичними (Годфруа, 1992). В умовах економічної кризи будь-яка, навіть радісна подія, що вимагає додаткових фінансових витрат (Різдво, весілля, відпустка, народження дитини), є стресогенною (Віткін, 1997; Аммон, 2000). Опинившись у стресовій ситуації, хворі часто відчують сильне серцебиття, пітливість, тремтіння, напруження м'язів, сухість у роті, з'являється відчуття жару чи холоду, іноді головний біль, у цей момент відбувається розвиток клінічних проявів основного хронічного психосоматичного захворювання [11].

Наявність межових психічних розладів у пацієнтів із часто рецидивуючою виразковою хворобою негативно впливає на перебіг захворювання і є однією з причин зниження працездатності [8]. Це потребує особливого підходу до лікування та реабілітації. У низці випадків соматичні симптоми відходять на другий план, нівелюються вираженими проявами психічних розладів, насамперед тривожних. Водночас спостерігаються випадки, коли яскраво виражена картина основного захворювання приховує психічну патологію [2, 5].

**Мета дослідження** — провести комплексну оцінку психоневрологічного статусу, зокрема депресивних та тривожних розладів, рівня соціальної дезадаптації, алекситимії (Ал) у хворих із часто рецидивуючою виразковою хворобою дванадцятипалої кишки.

## Матеріал та методи

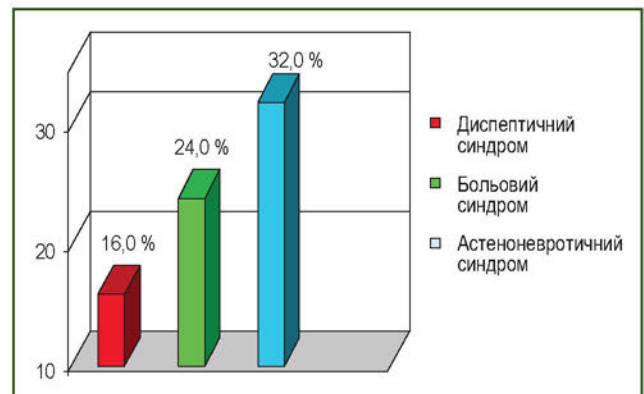
Обстежено 25 хворих на ВХ ДПК віком від 21 до 55 років, які перебували на стаціонарному лікуванні на базі гастроентерологічного відділення обласної клінічної лікарні, а також 15 здорових осіб, які відповідали клінічній групі за віковим та статевим складом. Діагноз ВХ ДПК установлювали відповідно до стандартизованих протоколів діагностики та лікування хвороб органів травлення згідно з наказом МОЗ України № 271 від 13.06.2005. Часто рецидивуючий перебіг ВХ ДПК проявлявся загостренням 2–3

рази на рік, що здебільшого мало сезонний характер (наприкінці зими, літа та восени). Обсяг і тривалість протирецидивного лікування визначалися індивідуально з обов'язковим врахуванням наявності хелікобактерної інфекції і подальшим проведенням ерадикаційної антихелікобактерної терапії (Маастрихт-4, 2011). Рецидив ВХ ДПК супроводжувався больовим, диспептичним та астеноневротичним синдромами у 18 (72,0 %) обстежених пацієнтів, тоді як атипичний (прихований, безболісний) варіант відмічався у 7 (28,0 %). Часте загострення та резистентність до лікування, що проводилось, ми пов'язували з недотриманням тривалості назначеного курсу лікування, дієтичних рекомендацій, частими стресами, психоемоційним переживанням, тривожно-депресивними станами (рис. 1).

Для оцінки психоневрологічного статусу використовували шкалу Гамільтона для оцінки депресії (HDRS) і тривоги (HARS), яку заповнювали шляхом клінічного інтерв'ю. Пункти шкал відображали стан пацієнта протягом останніх кількох днів або попереднього тижня. Підраховували сумарний бал (за винятком чотирьох останніх пунктів HDRS, які використовували для оцінки додаткових симптомів депресії та визначення підтипів депресивного розладу). Шкала Гамільтона дає змогу виявити депресивний розлад різного ступеня вираженості та тривогу у пацієнтів. За сумарним балом визначають відсутність або наявність тривожного стану різного ступеня вираженості.

В основу методики покладено принцип структурованого інтерв'ю з наступним розрахунком інтегральних показників, що стосуються фізичного, психоемоційного (комунікативного), професійного і соціального статусу пацієнта.

Для визначення стресонаповненості життєвих подій у морфогенезі виразкової хвороби використовували порівняльну шкалу, відому як шкала соціальної адаптації Т. Холмса — Р. Раха (Райгородский, 1998) у модифікації Marx et al. (1975) (Годфруа, 1992), що передбачає перегрупування життєвих подій на окремі групи: на рівні афективних зв'язків, навчан-



**Рисунок 1** — Розподіл хворих із часто рецидивуючою виразковою хворобою дванадцятипалої кишки за переважними клінічними синдромами

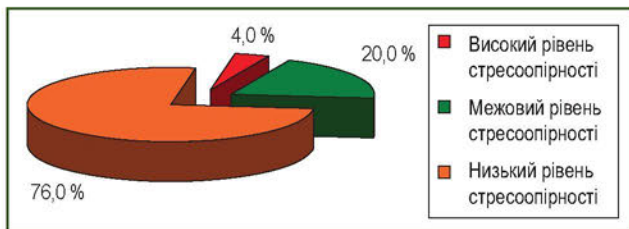


ня, професійної діяльності, особистості, здоров'я, повсякденного життя та дозвілля.

Розрахунок інтегральних показників рівня соціальної дезадаптації проводили за заданими Т. Холмсом і Р. Рахом балами стресового навантаження тієї чи іншої життєвої події. Згідно з запропонованою авторами градацією загальний рівень стресоопірності дезадаптуючим чинникам оцінювали як високий (150–199 балів у загальній сумі), межовий (200–299 балів) та низький (більше 300 балів, що збільшує ймовірність виникнення психосоматичного захворювання до 90 %). Загальну суму понад 300 балів розцінювали як порушення соціалізації.

Рівень Ал визначали за Торонтською алекситимічною шкалою (TAS-20). Шкала TAS-20 створена G.J. Taylor і співавт. (1985) та адаптована в Інституті ім. В.М. Бехтерева. Термін «алекситимія» (від грец. *a* — відсутність, *lexis* — слово, *thymos* — почуття) запропонував Р. Sifnoes, який описав її як психоневрологічний розлад пізнавально-емоційної сфери (нездатність людини точно описати власні емоційні переживання та зрозуміти почуття іншої людини).

Шкала містить 26 питань із варіантами відповідей, рангованими за шкалою Лікерта, що характеризується пунктами відповідей від «абсолютно не згоден» до «абсолютно згоден». При цьому одна половина пунктів має позитивний код, інша — негативний. Сума балів, отримана в результаті додавання за всіма пунктами, є підсумковим показником алекситимічності. Результати можуть розподілитися в інтервалі від 26 до 130 балів. Алекситимічний тип особистості одержує 74 бали й вище. Неалекситимічний тип особистості набирає 62 бали й нижче. Показник від 63 до 73 балів характеризує проміжний рівень алекситимічності.



**Рисунок 2** — Показники рівня соціальної дезадаптації у хворих із виразковою хворобою дванадцятипалої кишки

**Таблиця 1** — Особливості тривожних проявів за шкалою Гамільтона, n (%)

Прояв	Хворі на ВХ ДПК (n = 25)	Здорові (n = 15)
Відсутність тривоги	0 (0)*	9 (60,0)
Симптоми тривоги	16 (64,0)*	4 (26,7)
Тривожний стан	8 (32,0)*	2 (13,3)
Панічний розлад	1 (4,0)	0 (0)

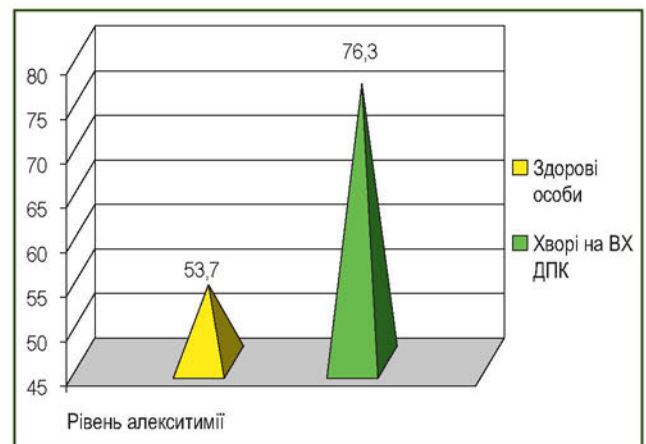
**Примітка.** \* — Різниця показників вірогідна ( $p < 0,05$ ) порівняно з показниками групи здорових осіб.

Обробку даних проводили з використанням пакета прикладних програм Statistica 6.0 (StatSoft Inc., США). Вірогідність різниці показників визначали за допомогою t-критерію Стьюдента.

## Результати та обговорення

За даними клінічного інтерв'ю, симптоми тривоги виявлено у 16 (64,0 %) хворих на ВХ ДПК, виражений тривожний стан — у 8 (32,0 %), панічний розлад відмітили в 1 (4,0 %) особи; дані показники вірогідно відрізнялись від таких у групі здорових осіб ( $p < 0,05$ ), де симптоми тривоги відмітили у 4 (26,7 %), а виражений тривожний стан — у 2 (13,3 %) пацієнтів (табл. 1). Показник тривожності в 3,5 раза перевищував такий порівняно із здоровими ( $p < 0,05$ ).

У групі хворих на ВХ ДПК наявність депресивних проявів різного ступеня вираженості зафіксована у 25 (100,0 %) обстежених. Так, частота депресивних епізодів легкого та середнього ступеня вираженості становила 2 (8,0 %) і 6 (24,0 %) відповідно. Тоді як частота депресивних епізодів важкого ступеня вираженості відмічалась у 17 (68,0 %) обстежених. Виявлені показники вірогідно відрізнялись від таких у здорових ( $p < 0,05$ ). У більшості здорових осіб депресивні епізоди мали транзиторний характер і відповідали легкому ступеню — у 4 (26,7 %) пацієнтів (табл. 2). Частота депресії у 2,65 раза перевищувала даний показник групи здорових ( $p < 0,05$ ).



**Рисунок 3** — Рівень алекситимії у хворих із часто рецидивуючою виразковою хворобою дванадцятипалої кишки

**Таблиця 2** — Особливості депресивних проявів за шкалою Гамільтона, n (%)

Депресивний епізод	Хворі на ВХ ДПК (n = 25)	Здорові (n = 15)
Немає	0 (0)*	8 (53,3)
Легкий ступінь	2 (8,0)*	4 (26,7)
Середній ступінь	6 (24,0)*	2 (13,3)
Тяжкий ступінь	17 (68,0)*	1 (6,6)

**Примітка.** \* — Різниця показників вірогідна ( $p < 0,05$ ) порівняно з показниками групи здорових осіб.



Аналізуючи показники рівня соціальної дезадаптації, в 1 (4,0 %) пацієнта з ВХ ДПК рівень стресоопірності дезадаптуючим чинникам оцінювали як високий ( $172,0 \pm 14,6$ ), у 5 (20,0 %) — межовий ( $247,0 \pm 21,9$ ), у 19 (76,0 %) — низький ( $378,0 \pm 34,8$ ) (рис. 2).

Рівень Ал у хворих із ВХ ДПК — ( $76,3 \pm 0,2$ ) бала, у той час як у здорових він становив ( $53,7 \pm 0,3$ ) бала ( $p < 0,05$ ). Отже, у хворих із часто рецидивуючою ВХ ДПК тип особистості розцінювали як алекситимічний (рис. 3).

У результаті аналізу кореляційних відношень досліджуваних показників у групі хворих на ВХ ДПК виявлений прямий сильний кореляційний зв'язок між рівнем Ал та показником тривожних проявів ( $r = 0,750$ ;  $p < 0,05$ ), прямий сильний кореляційний зв'язок між рівнем Ал та проявами депресії ( $r = 0,820$ ;  $p < 0,05$ ).

Отже, кореляційні відношення відображають виражену дисфункцію показників неврогенного забезпечення, що негативно впливає на формування психоневрологічного статусу таких пацієнтів і може призвести до значних порушень у функціонуванні як травної, так і інших систем організму.

У хворих із часто рецидивуючою ВХ ДПК рівень стресоопірності дезадаптуючим чинникам оцінювали як низький у 19 (76,0 %) хворих — ( $378,0 \pm 34,8$ ) бала. За результатами психологічного тестування тип особистості розцінювали як алекситимічний — ( $76,3 \pm 0,2$ ) бала. Показник алекситимії у 2,16 раза перевищував даний показник осіб здорової групи ( $p < 0,05$ ).

Результати психологічного тестування вказують на те, що на ВХ ДПК хворіють переважно особи зі стійкою схильністю до сприйняття навколишньої дійсності як загрози, з наявністю невротичного конфлікту, що значну частину часу знаходяться в стані тривоги, напруги, з підвищеною дратівливістю.

Таким чином, встановлено, що захворювання на ВХ ДПК із часто рецидивуючим перебігом погіршує психоневрологічний статус таких хворих. Суттєві складнощі у громадському житті, дозвіллі та професійній діяльності таких хворих спричиняють депресія, тривога. Тому такі хворі потребують підвищеної уваги з боку не лише лікарів-терапевтів, а й психологів і психотерапевтів. Застосування навіть елементарних психотерапевтичних методик у формі раціональної психотерапії з метою корекції психоневрологічного статусу (базова терапія в поєднанні з медикаментозною терапією), що включає прийом антидепресантів, може позитивно впливати на результати лікування хворих із виразковою хворобою дванадцятипалої кишки, попередити часті загострення та уникнути можливих ускладнень даного захворювання.

## Висновки

1. У пацієнтів із виразковою хворобою дванадцятипалої кишки з часто рецидивуючим перебігом по-

казник тривожності в 3,5 раза підвищений порівняно із здоровими особами ( $p < 0,05$ ). Частота депресії у 2,7 раза перевищує даний показник у здорових ( $p < 0,05$ ), а показник алекситимії у хворих у 2,2 раза вищий, ніж у здорових ( $p < 0,05$ ).

2. Підвищені показники тривожності, депресії, алекситимії у хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки із часто рецидивуючим перебігом прямо корелюють між собою, що вказує на наявність психоневрологічних розладів і погіршує перебіг виразкової хвороби в таких пацієнтів.

## Список літератури

1. Бабак О.Я. Психосоматические нарушения при язвенной болезни и способ их коррекции / О.Я. Бабак // Сучасна гастроентерологія. — 2003. — № 1. — С. 6-8.
2. Балобанов В.Ю. Ноотропные соединения и их влияние на качество жизни больных язвенной болезнью / В.Ю. Балобанов, Л.Н. Свинова, Н.В. Ветер // Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2008. — № 5. — С. 238.
3. Гриценко И.И. Психический статус пациентов с пептической язвой и его коррекция с применением эглонила / И.И. Гриценко, Ю.М. Степанов, И.Н. Кононов // Сучасна гастроентерологія. — 2003. — № 1. — С. 2-4.
4. Громова О.А. Значение магния в патогенезе заболевания нервной системы / О.А. Громова, А.А. Никонов // Журнал неврологии и психиатрии. — 2005. — Т. 102, № 12. — С. 62-67.
5. Передерий В.Г. Стресс и его последствия / В.Г. Передерий, Н.Н. Безюк // Новости медицины и фармации. — 2003. — № 10 (138). — С. 11-12.
6. Передерий В.Г. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки / В.Г. Передерий, С.М. Ткач, С.В. Скопиченко. — К., 2003. — 245 с.
7. Степанов Ю.М. Психосоматичні стани у хворих гастроентерологічного профілю та їх медикаментозна корекція: методичні рекомендації / Ю.М. Степанов, І.М. Кононов, В.І. Залевський. — Дніпропетровськ, 2003. — 28 с.
8. Циммерман Я.С., Телянер И.И. Концепция патогенеза язвенной болезни и перспективы ее излечения / Я.С. Циммерман, И.И. Телянер // Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2008. — № 3. — С. 35-41.
9. Лапин И.П. Нейрокинуренины: стресс, тревога, депрессия, алкоголизм, эпилепсия / И.П. Лапин // Междунар. мед. журн. — 2001. — № 3. — С. 81-86.
10. Смулевич А.Б. Органические неврозы: клинический подход к анализу проблемы / А.Б. Смулевич, С.И. Раппопорт, А.А. Сыркин // Журн. неврол. и психиатр. — 2002. — № 2. — С. 15-22.
11. Ахмедов Т.И. Психосоматический подход в медицине / Т.И. Ахмедов, Н.В. Шовкова, Н.А. Федоренко // Врачебная практика. — 2000. — № 4. — С. 91-96.
12. Вейн А.М. Неврозы в практике невролога / А.М. Вейн, Г.М. Дюкова // Междунар. мед. журн. — 2000. — № 4. — С. 31-35.

Отримано 25.02.14 ■



Кулаєць В.М.

ГВУЗ «Івано-Франківський національний медичинський університет»

### ОСОБЕННОСТИ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ЧАСТО РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

**Резюме.** Целью исследования было провести комплексную оценку психоневрологического статуса, в частности депрессивных и тревожных расстройств, уровня социальной дезадаптации, алекситимии у больных с часто рецидивирующей язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК).

Обследовано 25 больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в возрасте от 21 до 55 лет, находившихся на стационарном лечении на базе гастроэнтерологического отделения областной клинической больницы, а также 15 здоровых лиц, которые соответствовали клинической группе по возрастному и половому составу. Диагноз ЯБ ДПК устанавливали согласно стандартизированным протоколам диагностики и лечения болезней органов пищеварения в соответствии с приказом МЗ Украины № 271 от 13.06.2005.

Для оценки психоневрологического статуса использовали шкалу Гамильтона для оценки депрессии (HDRS) и тревоги (HARS), которую заполняли путем клинического интервью.

Для определения стрессонаполнения жизненных событий в морфогенезе язвенной болезни использовали сравнительную шкалу социальной адаптации Т. Холмса — Р. Раха в модификации Marx et al. (1975). Расчет интегральных показателей уровня социальной дезадаптации проводили по заданным баллам стрессовой нагрузки того или иного жизненного события.

По показателям уровня социальной дезадаптации больше чем у половины обследованных пациентов с ЯБ ДПК уровень стрессоустойчивости к дезадаптирующим факторам оценивали как низкий —  $(378,0 \pm 34,8)$  балла.

У больных с часто рецидивирующей ЯБ ДПК уровень алекситимии составлял  $(53,7 \pm 0,3)$  балла ( $p < 0,05$ ), тип личности характеризовался как алекситимический.

**Ключевые слова:** язва двенадцатиперстной кишки, психоневрологические расстройства, депрессия, тревожное состояние, социальная дезадаптация.

Kulayets V.M.

State Higher Educational Institution «Ivano-Frankivsk National Medical University», Ivano-Frankivsk, Ukraine

### FEATURES OF PSYCHONEUROLOGICAL DISORDERS IN PATIENTS WITH RELAPSED DUODENAL ULCER

**Summary.** The aim of the study was to conduct a comprehensive assessment of the psychoneurological status, in particular depression and anxiety disorders, the level of social maladjustment, alexithymia in patients with relapsed duodenal ulcer (DU).

We examined 25 patients with duodenal ulcer in age from 21 to 55 years, who underwent inpatient treatment on the basis of gastroenterology department of the regional clinical hospital, and 15 healthy individuals who meet clinical group's age composition. The diagnosis of DU was made according to standardized protocols of diagnosis and treatment of diseases of the digestive system in accordance with the order of Ministry of Healthcare of Ukraine № 271 dated 13.06.2005.

To assess the psychoneurological status we used Hamilton Rating Scale for Depression and Hamilton Anxiety Rating Scale, which

were filled by clinical interview. To determine the presence of stress life events in the morphogenesis of peptic ulcer we used T. Holmes — R. Rahe comparative scale of social adaptation in modification of Marx et al. (1975). Calculation of integral indicators of social maladjustment has been carried out using scores of stress load of a life event.

By indicators of social maladjustment in more than half of the surveyed patients with DU the level of stress resistance to maladjustment factors assessed as low —  $(378.0 \pm 34.8)$  points.

In patients with recurrent duodenal ulcer the level of alexithymia was  $(53.7 \pm 0.3)$  points ( $p < 0.05$ ), personality type has been characterized as alexithymic one.

**Key words:** duodenal ulcer, psychoneurological disorders, depression, anxiety, social maladjustment.