

Значення оцінювання психосоматичного стану і якості життя хворих на функціональну диспепсію в загальній клінічній практиці

О.І. Сергієнко, О.В. Безсонова

Харківська медична академія післядипломної освіти

У статті представлені результати вивчення психологічного стану та показників якості життя у хворих на функціональну диспепсію з урахуванням клінічної форми розладу. У хворих на функціональну диспепсію з епігастральним больовим синдромом визначений вищий рівень депресії, в той час як у хворих на функціональну диспепсію із пострандіальним дистрес-синдромом визначений вищий рівень ситуаційної тривожності.

Ключові слова: функціональна диспепсія, психологічний стан, якість життя.

Функціональні розлади травного тракту в структурі патології органів травлення посідають одне з провідних місць, значно знижують якість життя хворих та зумовлюють 4–10% усіх звернень хворих до лікарів загальної лікувальної мережі. Відсутність морфологічних або біохімічних маркерів робить функціональну патологію цікавою для вивчення [5]. Одним з найбільш поширених функціональних захворювань органів травлення є функціональна диспепсія (ФД). Сьогодні виділяють дві клінічні форми розладу (Рим III): пострандіальний дистрес-синдром (ПДС) та епігастральний больовий синдром (ЕБС) [13].

Згідно із сучасними уявленнями важливу роль у патогенезі ФД відіграють порушення моторної функції шлунка, результати численних досліджень свідчать про визначення у хворих на ФД дизритмії скорочень шлунка, порушення акомодатії, сповільнення евакуації їжі зі шлунка [9]. Учені приділяють увагу пошуку факторів, які можуть сприяти або провокувати появу наведених змін. У зв'язку з цим аналізують можливість впливу гіперсекреції соляної кислоти, гелікобактерної інфекції, соціальних і економічних факторів, короточасних або тривалих стресових життєвих ситуацій [3]. Особливу цікавість викликає вивчення психологічного стану хворих, оскільки рівень визначення тривожних порушень та депресії у загальній клінічній практиці є низьким та складає 2,8%, в той час як під час спрямованого обстеження психологічні розлади виявляють у 15,3% амбулаторних гастроентерологічних хворих [8].

Результати досліджень психологічного стану хворих достатньо суперечливі: остаточно не з'ясовано, які саме психологічні розлади є характерними для хворих на ФД та при якій формі розладу вони спостерігаються. Опубліковані дані, згідно з якими у хворих на ФД виявляють симптоми тривожності [2], соматизації [5], депресії [1]. Зазначено, що депресивні настрої були виявлені у хворих на ФД у разі наявності супутнього синдрому подразненого кишечника [6]. За даними одних авторів, психологічні розлади спостерігали у хворих на ФД із ПДС [2]. Інші автори вважають, що у більшості випадків (53–80%) зазначені розлади спостерігають у хворих на ФД із ЕБС [12].

Загальним критерієм оцінювання здоров'я хворого є визначення показників якості життя (ЯЖ) [17]. Результати вивчення показників якості життя та їхнього взаємозв'язку із психосоціальними факторами у хворих на ФД є досить суперечливі. Деякі автори свідчать про наявність зв'язку між інтенсивністю клінічних проявів і погіршенням ЯЖ хворих [15]. За даними інших авторів, зменшення клінічних проявів завдяки лікуванню не впливало на показники якості життя цих пацієнтів [14].

Визначено, що у хворих на ФД у поєднанні із гастроезофагеальною рефлюксною хворобою виявлений низький показник фізичної складової здоров'я, у той час як показник психічної складової здоров'я був нижчим у хворих на ФД у поєднанні із синдромом подразненої кишки [10]. За даними Creed F, 2008, показник психічної складової здоров'я хворих на ФД нижчий від такого у хворих із хронічними захворюваннями печінки [5]. Зроблене припущення про те, що знижувати показники здоров'я хворих на ФД можуть психосоціальні фактори [11], наявність депресії [7]. Деякі автори вважають, що погіршення ЯЖ більш виражене у жінок [16], проте інші науковці не спостерігали гендерної різниці при оцінюванні показників ЯЖ у хворих на ФД [15].

Мета дослідження: оцінити психосоматичний стан і ЯЖ хворих на ФД з урахуванням клінічної форми розладу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Під спостереженням перебували 64 хворих: 34 хворих на ФД із ЕБС (I група), 30 хворих на ФД із ПДС (II група), групу контролю склали 30 практично здорових осіб. Вік хворих варіював від 18 до 58 років, середній показник – $33,89 \pm 2,46$ року; вік хворих контрольної групи $31,3 \pm 2,9$ року ($p > 0,05$). У I групі жінок було 22 (64,7%), чоловіків – 12 (35,3%), у II групі жінок було 18 (60,0%), чоловіків – 12 (40,0%).

Діагноз ФД встановлювали відповідно до Римських критеріїв III [2]. Хворим виконували загальноклінічні обстеження, езофагогастродуоденоскопію з біопсією, тести на визначення інфекції Нр. У дослідження не включали хворих з тяжкою супутньою патологією серцево-судинної системи, органів дихання, нирок, також не включали осіб, які останнім часом вживали аспірин, нестероїдні протизапальні засоби та кортикостероїдні гормони. Психологічний стан хворих оцінювали на підставі результатів тестування: виявлення ситуаційної (СТ) та особистісної тривожності (ОТ) за методикою Спілберга–Ханіна, рівень депресії визначали за шкалою Бека [4]. Оцінювання показників ЯЖ хворих здійснювали на підставі аналізу результатів анкетування за опитувальником «SF-36» (Health Status Survey). Результати оцінювали у балах за 8 шкалами, аналізували два основних показники: складову фізичного функціонування (Physical health – Ph) та психічну складову здоров'я (Mental health – Mh) [17].

Характеристика психологічного стану хворих на функціональну диспепсію з урахуванням клінічної форми розладу, $M \pm t$

Показники психологічного стану	I група, n=34	II група, n=30	Група контролю, n=30
Особистісна тривожність, бали	73,88 ± 2,83*	71,32 ± 1,29*	43,73 ± 0,92
Ситуаційна тривожність, бали	60,32 ± 1,19*, **	69,06 ± 1,99*	42,26 ± 1,1
Депресія, бали	18,32 ± 1,22*, **	12,76 ± 0,29*	9,4 ± 1,4

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

Усі хворі були інформовані про цілі та завдання дослідження, конфіденційність інформації. Отримана письмова згода пацієнтів на проведення досліджень. Статистичне оброблення даних проводили методами варіаційної статистики за допомогою програм Statistica for Windows 6,0.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Оцінювання показників тривожності в усіх обстежених хворих на ФД виявила вищий на 35,1% рівень СТ порівняно з аналогічним показником контрольної групи: 65,15 ± 1,60 бала, контроль 42,26 ± 1,1 бала ($p < 0,05$). Так само показник ОТ усіх хворих на ФД був на 39,5% вищий від контрольного – 72,34 ± 1,29 бала та 43,73 ± 0,92 бала відповідно. У 62 (96,8%) обстежених хворих визначені ознаки депресивного стану. Показник депресії був вищий від контрольного на 70,8% – 16,06 ± 0,19 бала, контроль – 9,4 ± 1,4 бала ($p < 0,05$).

Під час аналізу результатів психологічного тестування хворих на ФД з урахуванням клінічної форми розладу з'ясовано, що у пацієнтів I та II груп не спостерігали вірогідної різниці показників ОТ (табл. 1).

Показник СТ в обстежених хворих II групи був на 42,7% вище, ніж у групі контролю, та на 14,5% вище порівняно з показником у хворих I групи. Показник вираженості депресії у хворих I групи був вищий на 30,3% порівняно з показником у хворих II групи та на 73,6% порівняно з контрольною групою.

Під час вивчення характеристик ЯЖ хворих на ФД встановлено їхнє зниження порівняно зі здоровими особами. Так, фізичний компонент здоров'я в обстежених хворих на ФД в цілому був на 37,7% нижчий від групи контролю, психічний компонент здоров'я був нижчий на 38,8%.

Під час аналізу характеристик ЯЖ з урахуванням клінічної форми розладу визначено, що сумарний вимір фізичного компонента здоров'я був незначно більш знижений у хворих I групи, в той час як показники психічного компонента здоров'я були вірогідно нижчими у хворих II групи (табл. 2).

Детальний аналіз результатів анкетування за окремими шкалами виявив, що показники фізичного функціонування у хворих I та II груп вірогідно не відрізнялись між собою та від показника здорових осіб ($p > 0,05$). Разом з цим відзначено вірогідне зниження показника рольового

фізичного функціонування як у хворих I групи, так і у хворих II групи – 44,3 ± 11,64 бала та 46,66 ± 16,4 бала відповідно ($p > 0,05$); контроль – 84,02 ± 4,2 бала ($p < 0,05$) порівняно з показниками I і II груп. Дослідження за шкалою болю визначили вірогідно нижчі показники у хворих I групи: 38,4 ± 7,3 бала; у хворих II групи – 85,13 ± 5,05 бала ($p < 0,05$), контроль – 89,0 ± 4,08 бала ($p < 0,05$) порівняно з показником I групи.

Показник психічного здоров'я був вірогідно нижчим у хворих II групи – 36,37 ± 4,08 бала порівняно з показником хворих I групи – 52,5 ± 4,89 бала ($p < 0,05$) і контролем 72,6 ± 2,03 бала ($p < 0,05$).

Показники оцінювання за шкалами загального здоров'я, життєздатності та соціального функціонування у хворих I та II груп були близькими та вірогідно нижчими від аналогічних показників контрольної групи ($p < 0,05$).

Дослідження взаємозв'язку між показниками у хворих II групи виявили наявність зворотного кореляційного зв'язку між показником психічної складової здоров'я та рівнем ОТ ($r = -0,39$), показником психічного здоров'я та рівнем СТ ($r = -0,42$).

Таким чином, отримані дані свідчать, що показник фізичного функціонування обстежених хворих на ФД – незалежно від клінічної форми розладу – суттєво не відрізнявся від такого у здорових осіб. Разом з тим значне зниження показників рольового функціонування, показника оцінювання за шкалою болю зумовили вірогідне зниження фізичної складової здоров'я. У хворих на ПДС встановлено більш значне зниження психічної складової здоров'я порівняно з хворими I групи та зворотний кореляційний зв'язок із показниками ситуаційної та особистісної тривожності. Отримані дані свідчать про значущість оцінки психологічного стану у хворих на ФД і відкривають перспективи патогенетично обґрунтованого призначення терапевтичних засобів корекції визначених змін.

ВИСНОВКИ

1. Перебіг функціональної диспепсії як при епігастральному больовому синдромі, так і при постпрандіальному дистрес-синдромі супроводжується зниженням показників якості життя хворих.

2. У хворих на постпрандіальний дистрес-синдром виявлено вищий рівень ситуаційної тривожності та зворотний кореляційний зв'язок показника із психічною складовою здоров'я.

Показники якості життя хворих на функціональну диспепсію з урахуванням клінічної форми розладу, $M \pm t$

Показники якості життя хворих	I група, n=34	II група, n=30	Група контролю, n=30
Фізична складова здоров'я, бали	52,0 ± 2,09*	55,23 ± 2,23*	86,2 ± 0,8
Психічна складова здоров'я, бали	52,5 ± 4,89*	36,37 ± 4,08*, **	73,5 ± 1,6

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

3. У хворих на функціональну диспепсію виявлені ознаки депресивного стану, які були більш виражені при епігастральному больовому синдромі.

Отримані дані є основою для патогенетично обґрунтованого призначення засобів корекції психосоматичних змін в обстежених хворих на функціональну диспепсію з урахуванням клінічної форми розладу, що є перспективою для подальших досліджень.

Значение оценки психосоматического состояния и показателей качества жизни у больных с функциональной диспепсией в общей клинической практике

Е.И. Сергиенко, О.В. Бессонова

В статье представлены результаты изучения психологического состояния и показателей качества жизни у больных функциональной диспепсией с учетом клинической формы заболевания.

У больных с функциональной диспепсией с эпигастральным болевым синдромом выявлен более высокий уровень депрессии, в то время как у больных с функциональной диспепсией с постпрандиальным дистресс-синдромом выявлен более высокий уровень ситуационной тревожности.

Ключевые слова: функциональная диспепсия, психологическое состояние, качество жизни.

Value of psychological states and quality of life estimate in patients with functional dyspepsia in clinical practice

E.I. Sergienko, O.V. Bessonova

In the article the results of investigation of psychological states in patients with functional dyspepsia depend on clinical form of disease are given. It has been shown higher level of depression in patients with epigastric pain and situational anxiety in patients with postprandial distress syndrome.

Key words: functional dyspepsia, psychological state, quality of life.

Сведения об авторах

Сергиенко Елена Ивановна – Харьковская медицинская академия последипломного образования, 61176, г. Харьков, ул. Корчагинцев, 58.

Бессонова Ольга Витальевна – Харьковская медицинская академия последипломного образования, 61176, г. Харьков, ул. Корчагинцев, 58. E-mail: klop088@mail.ru.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Собенников В.С., Белянов Ф.И. Соматизация и психосоматические расстройства. – Иркутск: РИО ИГИУВа, 2010. – С. 103–106, 154–158.
2. 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. – № 137, V. 1. – P. 23–26.
3. Assessing somatization with various diagnostic criteria / Mangelli L., Bravi A., Fava G., et al. // *Psychosomatics*. – 2009. – № 50, V. 1. – P. 38–41.
4. Assessment of pain / Breivik H., Borchgrevink P., Allen S., et al. // *British J. of Anaesthesia*. – 2008. – № 101, V. 1. – P. 17–24.
5. Creed F. Functional dyspepsia is considered to be the result of a complex interaction between biological, psychological and social factors // *Gut*. – 2008. – № 57. – P. 1642–1643.
6. Depressive mood and quality of life in functional gastrointestinal disorders: differences between functional dyspepsia, irritable bowel syndrome and overlap syndrome / Lee H.-J., Lee S.-Y., Kim J. H., et al. // *General Hospital Psychiatry*. – 2010. – № 32, V. 5. – P. 499–502.
7. Impairment of health-related quality of life in functional dyspepsia and chronic liver disease: the influence of depression and anxiety / Haag S., Senf W., Hduser, et al. // *Aliment Pharmacol Ther.* – 2008. – № 27, V. 7. – P. 561–571.
8. Jiang R. The prevalence of depression and anxiety in gastrointestinal outpatients of tertiary general hospitals in Beijing // *Zhonghua Nei Ke Za Zhi*. – 2009. – V. 5, № 48. – P. 399–401.
9. Mimidis K, Tack J. Pathogenesis of dyspepsia. / Mimidis K, Tack J. // *Dig Dis*. – 2008. – № 26, V. 3. – P. 194–202.
10. Prevalence of overlaps between GERD, FD and IBS and impact on health-related quality of life / M. Kaji, Y. Fujiwara, M. Shiba, et al. // *Gastroenterol Hepatol*. – 2010. – № 25, V. 6. – P. 1151–1156.
11. Risk factors for impaired health-related quality of life in functional dyspepsia / Van Oudenhove L, Vandenberghe J, Vos R, et al. // *Aliment Pharmacol Ther.* – 2011. – № 33, V. 2. – P. 261–274.
12. Relationship between anxiety and gastric sensorimotor function in functional dyspepsia / Van Oudenhove L, Vandenberghe J, Geeraerts B, et al. // *Psychosom Med.* – 2007. – № 69, V. 5. – P. 455–463.
13. Talley N. Functional nausea and vomiting // *Aust Fam Physician*. – 2000. – № 36. – P. 694–697.
14. The effect of Helicobacter pylori eradication on dyspeptic symptoms, acid reflux and quality of life in patients with functional dyspepsia / M. Bektas, I. Soykan, M. Altan, et al. // *Eur J Intern Med*. – 2009. – № 20, V. 4. – P. 419–423.
15. The impact of functional dyspepsia on health-related quality of life in Saudi patients / S. Wahass, V. Khalil, Qurain A. et al. // *Gastroenterol*. – 2006. – № 12, V. 3. – P. 123–129.
16. Welin K. Functional dyspepsia affects women more than men in daily life: a case-control study in primary care / K. Welin, A. Faresju, T. Faresju // *Gend Med*. – 2008. – № 5, V. 1. – P. 62–73.
17. Ware J. SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide / J. Ware // Boston: Nimrod Press. – 1993.

Статья поступила в редакцию 09.09.2013