

Діагностика непсихотичних психічних розладів у хворих на гострий панкреатит в діяльності лікаря загальної практики

Ю.М. Шевченко

ДЗ «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України»

Було обстежено 71 пацієнта з діагнозом «Гострий панкреатит» (К 85.0 за МКХ-10), які знаходились на стаціонарному лікуванні в КЗ «Дніпропетровське клінічне об'єднання швидкої медичної допомоги» ДОР» м. Дніпропетровськ. У 49,3% випадків виявлено непсихотичні психічні розлади. Критеріями включення в дослідження були: наявність встановленого згідно з критеріями МКХ-10 діагнозу «Панкреатит», вік від 21 до 65 років, інформована згода пацієнта. Критеріями виключення з дослідження були: вік понад 65 років, наявність інших соматичних захворювань, психічні та поведінкові розлади внаслідок зловживання алкогольними та наркотичними засобами, відмова пацієнта від огляду психіатром.

Наведено дані про клініко-психопатологічні особливості непсихотичних психічних розладів у хворих на гострий панкреатит. Установлено питома вагу і описані провідні синдроми: астеноневротичний (11,3%), тривожно-депресивний (23,9%) і генералізований тривожний розлади (14,1%).

Ключові слова: непсихотичні психічні розлади, тривога, депресія, скринінг-тести, гострий панкреатит.

За останні десятиліття спостерігається постійне зростання кількості хворих на панкреатит. Близько 15% таких хворих отримують інвалідність [6, 8]. Захворюваність на гострий панкреатит у Європі коливається від 19,7 до 30,6 випадків на 100 000 населення (Lankisch P.G., 2002; Gislason H., 2004 Ratu S., 2006). Психічні розлади у пацієнтів із соматичними хворобами загострюють важкість захворювання, впливаючи тим самим на результат основного захворювання [2–4]. Увагу фахівців і організаторів охорони здоров'я все частіше привертають психічні розлади, які супроводжують соматичні захворювання і які виявляють в умовах загальносоматичних установ. Поєднання соматичних і психічних розладів – загальновідомий факт у клінічній практиці, який підтверджується також і численними спеціальними дослідженнями [1, 2, 5, 11]. Психічні розлади можуть провокувати соматичні захворювання або, частіше, їхні загострення і посилювати їхній перебіг, затримувати одужання і відповідно подовжувати терміни госпіталізації. Тому своєчасно діагностувати у хворих на гострий панкреатит розлади психіки непсихотичного рівня дуже важливо.

Мета дослідження: виявлення непсихотичних психічних розладів у хворих на гострий панкреатит на діагностичному етапі.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідженні, за умови інформованої згоди, взяли участь 71 пацієнт, які перебували на стаціонарному лікуванні в КЗ «Дніпропетровське клінічне об'єднання швидкої медичної допомоги» ДОР» (м. Дніпропетровськ) з діагнозом «Гострий панкреатит» (К 85.0 за МКХ-10). Серед обстеже-

них було 34 (47,9%) чоловіки і 37 (52,1%) жінок у віці від 21 до 60 років, середній вік – 38,5±1,5 року.

Основними методами дослідження були клініко-психопатологічний і скринінг-тест про стан здоров'я PHQ-9. Вивчення тривожної та депресивної симптоматики проводили за допомогою шкали Шихана. При наявності клінічного рівня розладів за результатами застосованих шкал стан пацієнтів оцінювали відповідно до критеріїв МКХ-10 [3].

Скринінгову анкету з виявлення депресії використовували у всіх пацієнтів для швидкого виявлення депресивних станів та відбору обстежених для подальшої діагностики депресивних розладів [12]. Вона складається з 9 скринінгових запитань про наявність або відсутність за останні 2 тиж скарж депресивного ряду та потребує відповідей: «зовсім не турбували» – 0 балів, «декілька днів турбували» – 1 бал, «більше половини всіх днів турбували» – 2 бали, «майже щоденно турбували» – 3 бали. Для подальшого діагностичного оцінювання глибини депресії відбирали обстежуваних, дані анкет яких свідчили про наявність депресивних тенденцій:

- від 5 до 9 балів (помірна депресія);
- від 10 до 14 балів (середня депресія);
- від 15 до 19 балів (середньоважка депресія);
- більше 20 балів (важка депресія).

Скринінг-тест для виявлення тривожних розладів Шихана (ShARS) – скринінговий тестовий інструмент для діагностики та самодіагностики розладів тривожного спектра дозволив швидко визначити наявність або відсутність тривоги та відібрати обстежених для подальшої клінічної діагностики тривожних розладів. Ця методика також була застосована у всіх пацієнтів. Анкету заповнює клініцист на підставі структурованого інтерв'ю, яке в якості запитань включає пункти шкали. Витрати часу – не більше 30 хв. Час оцінювання визначають як «зараз» або «протягом останнього тижня».

Вираженість симптомів ранжирують залежно від їхньої оцінки пацієнтом від 0 (відсутність) до 4 (вкрай сильно) балів. Загальний бал дорівнює сумі всіх балів і може мати значення від 0 до 140. При інтерпретації даних виділяють наступні діапазони значень:

- 0–30 – відсутність клінічно вираженої тривоги;
- 30–80 – клінічно виражена тривога;
- 80 і вище – важкий тривожний розлад.

Для подальшого діагностичного оцінювання рівня тривоги відбирали обстежуваних пацієнтів, анкети яких свідчили про можливу наявність перелічених вище патологічних станів.

Статистичне оброблення результатів дослідження проводили за допомогою пакета програм Statistica v.6.1®. Середні показники представлені як середня арифметична і стандартна похибка ($M \pm m$). Для порівняння використовували t-критерій Стьюдента і точний двосторонній критерій Фішера (Fisher exact).

Соціально-демографічна характеристика пацієнтів з гострим панкреатитом

Показник		Кількість пацієнтів	
		Абс. число	%
Стать	Чоловіча	34	47,9
	Жіноча	37	52,1
Освіта	Середня	15	21,1
	Середньо-технічна і незакінчена вища	28	39,4
	Вища	28	39,4
Сімейний стан	Не був у шлюбі	27	38,0
	Перебуває у шлюбі	25	35,2
	Розлучений / удівець	19	26,8
Соціальний стан	Учень	13	18,3
	Робітник	23	32,4
	Службовець	20	28,2
	Безробітний	12	16,9
	Пенсіонер	3	4,2

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Більшість пацієнтів мали середню технічну або вищу освіту (78,8%), працювали (60,6%), переважно за робочими спеціальностями (32,4%), ніколи не перебували у шлюбі (38,0%) (табл. 1). Привертає увагу високий відсоток пацієнтів (43,7%), в яких рівень освіти і професійної підготовки не відповідає їхньому соціальному стану.

Протягом року, що передував дослідженню, більшість пацієнтів (58 чоловіків – 81,7%) зверталися по медичну допомогу від 2 до 10 разів (у середньому $4,1 \pm 0,3$ разу). За даними анамнезу, сімейне обтяження на захворювання підшлункової залози зазначалося в 22 (31,0%) випадках. На тютюнопаління та вживання етанолвмісних речовин вказали 64 (90,1%) пацієнти, у тому числі 33 з 34 чоловіків (97,1%).

Більшість пацієнтів (58 чоловіків – 81,7%) мали протягом життя (після 18 років) важкі психоемоційні стреси, пов'язані з професійно-економічними факторами (52,1%), неблагополучним сімейним життям (21,1%), зі смертю близьких людей (8,5%).

Аналіз психопатологічної симптоматики у хворих на гострий панкреатит виявив низку особливостей кількісної та якісної структури емоційних розладів. За анамнестичними даними захворювання підшлункової залози маніфестувало у більшості хворих (66 пацієнтів – 93,0%) після емоційно значущої для особистості гострої або хронічної психотравмувальної ситуації, яку часто не можна було виправити. Вона відзначалася поліморфністю, масивністю та залученням різних сфер діяльності пацієнта. Зона конфлікту у жінок поширювалася, як правило, на сферу внутрішньосімейних відносин (27,0% проти 14,7% у чоловіків; $p > 0,05$), тоді як у чоловіків психотравмувальна ситуація найчастіше обмежувалася виробничими відносинами або економічними проблемами (64,7% проти 40,5% у жінок; $p < 0,05$). Первинною реакцією на стрес у всіх хворих було погіршення настрою, на тлі якого формувалась функціональна соматична патологія.

За результатами проведених досліджень, у 35 (49,3%) хворих на гострий панкреатит виявлено клінічні ознаки неспокійних психічних розладів. У 36 випадках (50,7%) суттєвих відхилень у психічному здоров'ї не спостерігалось.

У 17 (23,9%) обстежених виявлено ознаки тривожно-депресивного синдрому. Психотравмувальна ситуація, яка була ґрунтом для розвитку хвороби, мала гострий характер. Перебіг захворювання був хвилеподібний. Загострення гастроентерологічної симптоматики супроводжувалося значними вегета-

тивними проявами, такими, як підвищення швидкості евакуації їжі травним каналом, серцебиття, підвищена пітливість тощо. Тривога виникала спонтанно, на короткий час, була пов'язана з будь-яким стресом (виступ на людях, необхідність йти до лікаря і таке інше). При подальшому розвитку хвороби навіть необхідність прийняття конкретного рішення або виконання повсякденних, але неприємних обов'язків могли спровокувати виникнення короткочасної тривоги та загострення гастроентерологічної симптоматики. Застосування звичайних лікарських засобів, що нормалізують діяльність підшлункової залози, хоча і мало деякий позитивний вплив на основні соматичні скарги хворого, але ніяк не впливало на тривогу, яка потребувала додаткового призначення анксиолітиків.

Астеноневротична симптоматика спостерігалася у 8 пацієнтів (11,3% обстежених хворих). Причиною появи такого синдрому були не тільки затяжні психотравмувальні ситуації, а й виснажлива робота без відпустки, тривалі фізичні перевантаження тощо. У клінічній картині переважали явища астенії і депресії, серед симптомів якої домінували соматовегетативні і вітальні прояви. Захворювання могло починатися з надмірної збудливості та дратівливості, разом з цим знижувалася працездатність. Хворим була притаманна інтерорецептивна гіперестезія – вони уважно прислухалися до своїх будь-яких відчуттів з боку внутрішніх органів, і у випадках незвичайності проявів визнавали їх як хворобливий симптом. Пацієнти були пригнічені через свої думки про соматичну недугу. Їхня афективна сфера відзначалася емоційною гіперестезією. Дратівливість нерідко змінювалася емоційним безсиллям. Такі полярні емоційні стани проявлялися навіть через дрібні приводи, що свідчило про формування емоційної неспокійності. Усі симптоми зазвичай зникали після відпочинку. Препарати для нормалізації функції підшлункової залози призначали короткими курсами, ефективним було додавання адаптогенів.

Ретельний аналіз соматичного стану хворих засвідчував, що кількість скарг, їхня інтенсивність, оцінювання свого стану пацієнтом не відповідали важкості соматичної патології, що визначалася гастроентерологом під час лікування у стаціонарі. Пацієнти завжди перебільшували свої скарги, змальовували себе як невеличково хворих та непрацездатних. Особливо це спостереження стосувалося диспепсичних явищ (нудота, важкість у шлунку, відрижка та інше). Щодо скарг, які стосувалися психічної сфери хворих (тривога, порушення сну, погіршення настрою), то більшість пацієнтів під час першої бесіди з лікарем

Окремі демографічні і клініко-анамнестичні характеристики пацієнтів з гострим панкреатитом і виявленими неспихотичними психічними розладами

Характеристика		Групи дослідження			
		Без психічних розладів, n=36	З астеноневротичним синдромом, n=8	З тривожно-депресивним синдромом, n=17	З генералізованим тривожним розладом, n=10
Стать, абс. число (%)	Чоловіча	20 (55,6)	6 (75)	3 (17,7)*	5 (50)
	Жіноча	16 (44,4)	2 (25)	14 (82,3)*	5 (50)
Середній вік, M±m		35,1±2,0	40,4±3,9	36,7±2,6	52,7±2,0*
Наявність психоемоційних стресів в анамнезі, абс. число (%)		26 (72,2)	7 (87,5)	15 (88,2)	10 (100)
Наявність стресів, пов'язаних з неблагополучним сімейним життям, абс. число (%)		7 (19,4)	2 (25)	5 (29,4)	1 (10)
Обтяжений сімейний анамнез, абс. число (%)		7 (19,4)	2 (25)	6 (35,3)	7 (70)*
Середня кількість звернень по медичну допомогу протягом року, M±m		3,81±0,42	3,88±0,67	3,71±0,64	6,30±0,63*
Середній рівень тривоги за тестом Шихана, M±m		23,6±0,6	40,3±2,7*	55,7±0,9*	54,5±2,3*

Примітка. * – $p < 0,05$ порівняно з групою пацієнтів без психічних розладів.

не вказувала їх зовсім. Але вже через декілька візитів саме ці проблеми виходили на перший план. Соматична симптоматика, навпаки, значно менше їх турбувала.

За даними кореляційного аналізу встановлено, що розвиток і вираженість неспихотичних психічних розладів у хворих на гострий панкреатит достовірно асоціюється з такими факторами, як старший вік (коефіцієнт кореляції Спірмена – $r=0,35$; $p < 0,01$), сімейне обтяження захворюваннями підшлункової залози ($r=0,33$; $p < 0,01$), пережиті важкі психоемоційні стреси ($r=0,26$; $p < 0,05$). Отже, на відміну від хворих на панкреатит без психічних розладів, у групі пацієнтів з виявленими відхиленнями у стані психічного здоров'я переважали особи віком понад 40 років (середній вік – $42,1 \pm 2,0$ року проти $35,1 \pm 2,0$ року; $p < 0,05$), у близьких родичів яких часто виявляли захворювання підшлункової залози (42,9% проти 19,4%; $p < 0,05$). Вони також достовірно частіше свідчили про минулі негативні події та переживання в житті – 91,4% проти 72,2% пацієнтів ($p < 0,05$). Найвираженішими ці відмінності були у групі пацієнтів з клінічно вираженою симптоматикою генералізованого тривожного розладу (ГТР) (табл. 2). Відмінною особливістю останніх була і висока частота звернень по медичну допомогу – у середньому $6,30 \pm 0,63$ рази на рік проти $3,81 \pm 0,42$ рази у психічно здорових осіб ($p < 0,01$).

ВИСНОВКИ

1. Основною патогенетичною ланкою розвитку неспихотичних психічних розладів у хворих на панкреатит є емоційні розлади.
2. Афективна патологія при неспихотичних психічних розладах у хворих на панкреатит представлена тривожно-депресивною, астеноневротичною симптоматикою та генералізованим тривожним розладом.
3. Отримані дані свідчать про клінічну гетерогенність психопатологічної симптоматики при неспихотичних психічних розладах у хворих на панкреатит. Це підтверджує значущість афективної патології у процесах формування та подальшого розвитку неспихотичних психічних розладів у хворих на панкреатит.
4. Установлено, що психопатологічна симптоматика у хворих на гострий панкреатит більш характерна для осіб віком по-

над 40 років з сімейним досвідом щодо захворювань підшлункової залози, в анамнезі яких преважують психоемоційні стреси.

Таким чином, під час дослідження була виявлена структура психопатологічних особливостей, що лежать в основі неспихотичних психічних розладів у хворих на панкреатит, визначення їхньої ролі у патогенезі даної патології. Подальше вивчення цієї проблеми треба проводити шляхом глибокого аналізу зв'язку психопатологічних синдромів із соматичними проявами, перебігом та прогнозом захворювання.

Отримані дані свідчать про те, що серед пацієнтів з гострим панкреатитом достатньо високий рівень депресивної симптоматики, яка потребує спеціалізованого лікування. Тому лікарі загальної практики повинні володіти скринінговими методиками, наприклад опитувальником про стан здоров'я PHQ-9, для виявлення депресивних розладів у пацієнтів з хронічним панкреатитом та своєчасно направляти їх на консультацію до лікаря-психіатра.

Диагностика неспихотических психических расстройств у больных острым панкреатитом в деятельности врача общей практики Ю.М. Шевченко

Было обследовано 71 пациента с диагнозом «Острый панкреатит» (К 85.0 по МКБ-10), которые находились на стационарном лечении в КУ «Днепропетровское клиническое объединение скорой медицинской помощи» ДОР» г. Днепропетровск. В 49,3% случаев выявлено неспихотические психические расстройства. Критериями включения в исследование были: наличие установленного согласно критериям МКБ-10 диагноза «Панкреатит», возраст от 21 до 65 лет, информированное согласие пациента. Критериями исключения из исследования были: возраст старше 65 лет, наличие других соматических заболеваний, психические и поведенческие расстройства вследствие злоупотребления алкогольными и наркотическими средствами, отказ пациента от осмотра психиатром. Приведены данные о клинико-психопатологических особенностях неспихотических психических расстройств у больных острым панкреатитом. Установлено удельный вес и описаны ведущие синдромы: астеноневротический (11,3%), тревожно-депрессивный (23,9%) и генерализованное тревожное расстройство (14,1%). **Ключевые слова:** неспихотические психические расстройства, тревога, депрессия, скрининг-тесты, острый панкреатит.

Diagnosis of non-psychotic mental disorders in patients with acute pancreatitis in the activities of a general practitioner
Yu.M. Shevchenko

Were examined 71 patients with a diagnosis of «acute pancreatitis» (85.0 K for ICD-10), who were hospitalized in KU «DKOSMP» DOR «m. Dnepropetrovsk. In 49.3% found nepsyhotycheskye mental disorders. The criteria for inclusion in the study were: presence established in accordance with the criteria of ICD-10 diagnosis of «pancreatitis»,

age 21 to 65 years, informed consent of the patient. Exclusion criteria in the study were: age over 65 years, presence of other systemic diseases, mental and behavioral disorders due to alcohol abuse and drugs, patient refusal of view of a psychiatrist.

The data on clinical and psychopathological features of non-psychotic mental disorders in patients with acute pancreatitis. Established share and described leading syndromes: asthenic-neurotic (11.3%), anxiety and depression (23.9%) and generalized anxiety disorder (14.1%).

Key words: *non-psychotic mental disorders, depression, acute pancreatitis.*

Сведения об авторе

Шевченко Юлия Николаевна – Государственное учреждение «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», 49044, г. Днепропетровск, ул. Дзержинского, 9; тел.: (067) 856-07-78. E-mail: j_shevchenko@ukr.net

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства при соматических заболеваниях / Ю.А. Александровский // Психиатрия и психофармакология. – 2002. – № 1. – С. 4–7.
2. Бремя депрессивных расстройств в отечественных психиатрических службах / И.Я. Гурович, Е.Б. Любов, С.А. Чапурин [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2010. – Т. 110, № 3. – С. 77–82.
3. ВОЗ. МКБ-10. Глава V. Версия для первичной медицинской помощи. Психические расстройства в общей медицинской практике: диагностика и лечебно-профилактические мероприятия. – М.: «Синтез», 1996. – 54 с.
4. Клинико-патогенетические аспекты типологии депрессий / О.П. Вертоградова, И.Л. Степанов, Н.М. Максимова [и др.] // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22, № 3. – С. 5–10.
5. Клиническое руководство по диагностике и лечению депрессивных расстройств в практике врача первичной медико-санитарной помощи / Кузнецов В.Н., Мазуренко М.А., Мальяров С.А. и др. – К., 2004. – 160 с.
6. Краснов В.Н. Психиатрические расстройства в общей медицинской сети // Русский Медицинский Журнал. – 2001. – Т. 9, № 25. – С. 1187–1191.
7. Клінічні протоколи надання медичної допомоги за спеціальністю «Психіатрія»: Наказ № 59 від 05.02.2007 р.
8. Пишель В.Я., Польшанская М.Ю., Гузенко К.В. Клинико-социальные и организационные аспекты помощи больным с первым психотическим эпизодом // Таврич. журн. психиатрии. – 2007. – Т. 11, № 3 (40). – С. 81–85.
9. Підаєв А.В., Табачніков С.І. Проблеми організації психіатричної, психотерапевтичної і психологічної допомоги в загальносоматичній мережі // Арх. психіатрії. – 2003. – № 1. – С. 4–5.
10. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицинской практике. – М.: Берг, 2000. – 160 с.
11. Табачніков С.І. Актуальні проблеми психічного здоров'я населення України // Міжнар. психіатр., психотерапевт. та психоаналіт. журн. – 2007. – Т. 1, № 1. – С. 5–7.
12. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология: Монография. – Днепропетровск: Пороги, 2006. – 472 с.

Статья поступила в редакцию 04.02.2015