

УДК 616.89.19:616.33-002.44

**КОМОРБІДНІ ТРИВОЖНІ ТА ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ У
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ ХВОРІЮТЬ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ
ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ**

Г.З. Мороз, доктор медичних наук, професор кафедри загальної практики-сімейної медицини Української військово-медичної академії

О.М. Ткаленко, майор медичної служби, ад'юнкт кафедри загальної практики-сімейної медицини Української військово-медичної академії

Н.Ю. Паргасюк, лікар загальної практики-сімейної медицини клініки амбулаторної допомоги Головного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ»

Резюме. Проведено аналіз поширеності коморбідних тривожних та депресивних розладів у військовослужбовців, які хворіють на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки. Визначено, що характерним для цієї категорії військовослужбовців є висока частота виявлення субклінічної депресії – 31%, в порівнянні з контрольною групою – 7,1% ($p < 0.05$), що обґрунтовує необхідність розробки і впровадження комплексу медико-організаційних заходів щодо діагностики і корекції цих коморбідних розладів в амбулаторних умовах.

Ключові слова: військовослужбовці, виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, тривога, депресія.

Вступ. Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки (ВХДПК) відноситься до поширених захворювань, які суттєво впливають на економічні ресурси країни. На диспансерному обліку в Україні перебуває майже мільйон хворих, при цьому кожен другий з них потребував стаціонарного лікування, кожний третій перебував на лікарняному більше ніж один раз на рік [1]. Актуальною ця проблема лишається і для Збройних Сил (ЗС) України. Аналіз звітної медичної документації вказує на високий рівень захворюваності на ВХДПК у військовослужбовців із тенденцією до її росту. Так, поширеність ВХДПК серед військовослужбовців постійного складу в 2004 році в середньому становила 2463 на 100 тисяч, а захворюваність – 268,2 на 100 тисяч. Такі показники суттєво перевищують відповідні у цивільного населення [2]. ВХДПК залишається і є однією з основних причин дискваліфікації військовослужбовців за медичними показами і звільнення з лав ЗС України. ВХДПК – єдине захворювання, з приводу якого рядовий склад звільняється, прослуживши 3-6 місяців. Найбільш часто

ВХДПК у солдат строкової служби проявляється у перші три місяці військової служби. Так, за даними Денисенка І.Г., Дрюка Н.А. [3], із усіх хворих на ВХДПК, які поступили до Головного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ» впродовж 2001-2005 років, 78,6% не прослужили в ЗС України і трьох місяців. Дослідження, які були проведені впродовж останніх десятиліть підтвердили значимість стресу, тривоги та депресії в розвитку ВХДПК, що може бути обумовлено розвитком і стабілізацією нейрогуморальних і мікроциркуляторних порушень. Хвороба в свою чергу стає стресовим фактором, створюється складна залежність, виникає «хибне коло». Все це обумовлює необхідність комплексного підходу до діагностики, лікування та профілактики ВХДПК у військовослужбовців.

Мета: дослідити частоту виявлення коморбідних тривожних та депресивних розладів у військовослужбовців, які хворіють на ВХДПК та визначити їх зв'язок із клінічними проявами ВХДПК.

Матеріали та методи дослідження. Методом випадкової вибірки було проведено обстеження 100 військовослужбовців, які

хворіють на ВХДПК і проходили лікування у денному стаціонарі клініки амбулаторної допомоги Головного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ» (1-а група). Всі обстежені віком від 21 до 54 років, середній вік склав $37,96 \pm 0,67$ років. Програма дослідження включала детальний аналіз даних анамнезу, клінічного та інструментального обстеження (результати вносились в спеціально розроблену стандартизовану карту), та діагностику тривожних і депресивних розладів за клінічною шкалою тривоги та депресії (шкала HADS). Шкала HADS включає 14 питань: 7 з них визначають рівень тривоги, 7 рівень депресії. Вибрані пацієнтами відповіді переводяться в бальну шкалу. Показники від 0 до 7 – норма, 8-10 – субклінічні прояви тривоги (депресії), 11 балів і вище – клінічно виражена тривога (депресія).

В контрольну групу включено 82 практично здорових військовослужбовців, які проходили медичний огляд в клініці амбулаторної допомоги (2-а група, середній вік $34,7 \pm 0,48$ років).

За результатами дослідження сформована комп'ютерна база даних. Для

формування бази даних і статистичної обробки результатів використана програма Microsoft Excel 2007. Статистичний аналіз отриманого матеріалу проводили за допомогою пакета прикладних програм методами варіаційної статистики з використанням t-критерія Стьюдента. Для визначення достовірності різниці між групами був використаний метод, що базується на розподілі різниці відносних частот [4].

Результати дослідження та їх обговорення. Професія військовослужбовця характеризується високим рівнем психологічного та фізичного навантаження, що дозволяє говорити про неї, як про самостійний фактор ризику, який необхідно враховувати при аналізі причин виникнення та особливостей перебігу ВХДПК [5]. За результатами нашого дослідження депресивні та/або тривожні розлади виявлені у 44% військовослужбовців, які хворіють на ВХДПК, що вірогідно частіше в порівнянні з практично здоровими – 19,5% ($p < 0,05$). Розподіл військовослужбовців за наявністю депресивних та/або тривожних розладів представлено в таблиці 1.

Таблиця 1

Частота виявлення тривожних і депресивних розладів у військовослужбовців за результатами анкетного опитування за шкалою HADS, %

№ з/п	Наявність тривоги та депресії за шкалою HADS	1 група (n=100)	2 група (n=82)
1.	Субклінічна тривога	19	12,2
2.	Клінічно виражена тривога	3	4,9
3.	Субклінічна депресія	31*	7,3
4.	Клінічно виражена депресія	8	0
5.	Субклінічна та клінічно виражена депресія	39*	7,3
6.	Поєднання тривожних та депресивних розладів	16,83*	4,8

Примітка. * – вірогідність різниці у порівнянні з 2-ою групою, $p < 0,05$.

Значне розповсюдження тривожних і депресивних розладів у хворих на ВХДПК було виявлено й іншими дослідниками [6, 7, 8, 9].

Так, за результатами американського національного опитування, виразкова хвороба асоціюється з підвищенням частоти

генералізованої тривоги в 4,5 разів, панічних атак - в 2,8 рази, депресії в 3,3 рази, алкогольної залежності – в 2,2 рази [6]. Було встановлено, що підвищений рівень тривоги асоціюється зі збільшенням терміну загоєння виразки [7]. За даними різних авторів депресія виявляється у 35-50% хворих на ВХДПК [9, 10]. По ступеню тяжкості частіше зустрічаються легкі форми.

За результатами нашого дослідження було визначено, що частота виявлення тривожних розладів у військовослужбовців обох груп суттєво не відрізнялась (табл. 1) і склала 22% в I групі і 17,1% в II групі. При цьому, частота діагностованої депресії (клінічної та субклінічної) була вищою (табл. 1) і склала 39% у військовослужбовців, які хворіють на ВХДПК, у порівнянні з практично здоровими (7,3%). Важливо зауважити, що у більшості хворих на

ВХДПК виявлено субклінічну депресію (табл. 1). В клінічних дослідженнях доведено, що депресія у хворих на ВХДПК може мати важливе значення, як у розвитку захворювання, так і в його прогресуванні, може бути фоном на якому розвивається ВХДПК, а також формуватися в процесі хронічного захворювання. В будь-якому випадку її присутність впливає на перебіг захворювання й повинна враховуватись при розробці плану лікування [11, 12].

Нами проведено дослідження частоти виявлення тривожних і депресивних розладів у військовослужбовців в залежності від особливостей клінічних проявів захворювання: у хворих з вираженим больовим синдромом (група А), з вираженим диспепсичним синдромом (група Б), з вираженим астеничним синдромом (група В) – (табл. 2).

Таблиця 2

Частота виявлення тривожних і депресивних розладів у військовослужбовців, хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки за результатами анкетного опитування за шкалою HADS, %

№ з/п	Наявність тривоги та депресії за шкалою HAD	група А (n=37)	група Б (n=11)	група В (n=13)
1.	Субклінічна тривога	24,3	18,2	23,1
2.	Клінічно виражена тривога	2,6	0	0
3.	Субклінічна депресія	27,03	27,3	46,2
4.	Клінічно виражена депресія	8,1	9,1	15,4
5.	Субклінічна та клінічно виражена депресія	35,14	36,4	72,7*
6.	Поєднання тривожних та депресивних розладів	18,9	18,2	15,4

Примітка. * – вірогідність різниці у порівнянні з групами А і В, $p < 0,05$.

Результати проведених досліджень показали, що частота виявлення депресивних розладів була найвищою у військовослужбовців з вираженим астеничним синдромом - 72,7%. У хворих з вираженим больовим синдромом депресія виявлена у 35,14%, у хворих з вираженим диспепсичним синдромом – у 36,4%. Таким чином, пацієнти з вираженим астеничним синдромом потребують

обов'язкового обстеження щодо діагностики депресивних розладів.

Виявлена нами висока частота коморбідної депресії у військовослужбовців, які хворіють на ВХДПК, відповідає загальним тенденціям, які були визначені при проведенні досліджень в амбулаторних та клінічних умовах. Так, за даними А.Б.Смулевича [13] поширеність депресії в загальній популяції складає від 3 до

6%, а серед пацієнтів, які звертаються за допомогою в лікувальні заклади загальномедичної мережі клінічно означені, типові прояви депресії виявляються не менше, ніж в 12-25 % випадків. Важливо зауважити, що дослідники вказують на збільшення частоти психічної патології у пацієнтів сімейних лікарів, терапевтів, кардіологів, що може бути пов'язано зі збільшенням соціальних і економічних проблем, зміною темпу життя, збільшенням потоку інформації та ін. З іншого боку, переглядається відношення до депресії, як суто психіатричного діагнозу [9, 10, 13].

Все це обумовлює необхідність ранньої верифікації та адекватної терапії тривожних і депресивних розладів. Позиція фахівців ВООЗ (2006) полягає в тому, що ці психопатологічні стани можуть і повинні бути діагностовані в умовах первинної допомоги. В більшості країн вирішення цієї проблеми проводять шляхом навчання лікарів загальної практики основам психолого-психіатричних знань і навичок. Було показано, що відповідне навчання лікарів загальнолікарських спеціальностей основам психіатрії на 78% покращило діагностику і на 70 % лікування психічних розладів в загальній медичній практиці. Успішно зарекомендувала себе організація цілеспрямованої роботи по впровадженню надання психолого-психіатричної допомоги в первинній ланці охорони здоров'я в Німеччині. Ця програма, яка отримала назву психосоціальної первинної допомоги, реалізується лікарями загального профілю після проходження 80-годинного курсу підготовки. Всесвітня психіатрична асоціація і Міжнародний комітет по профілактиці і терапії депресії запровадили освітню програму по діагностиці і лікуванню

Література

1. Саенко В.Ф., Полинкевич Б.С., Диброва Ю.А. и соавт. Хирургические аспекты лечения язвенной болезни // Харківська хірургічна школа. – 2003. – № 1 (6). – С. 27-28.
2. Зубрицький О.С. Особливості розвитку, перебігу і лікування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки у військовослужбовців: Автореф. Дисертації на здобуття наукового

депресивних розладів, яка була реалізована в багатьох регіонах. В 1998 році програма була започаткована в Російській Федерації, в 2002 році матеріали були опубліковані в Україні [14, 15]. Проте ця проблема все ще лишається не вирішеною. Враховуючи наведені наукові дані та результати нашого дослідження, важливим для військової медицини є розробка та впровадження комплексу заходів щодо діагностики і корекції коморбідних тривожних і депресивних розладів у військовослужбовців.

Висновки

1. За результатами нашого дослідження депресивні та/або тривожні розлади виявлені у 44% військовослужбовців, які хворіють на ВХДПК, що вірогідно частіше в порівнянні з практично здоровими – 19,5% ($p < 0,05$).

2. Характерним для військовослужбовців, які хворіють на ВХДПК є висока частота виявлення субклінічної депресії – 31%, в контрольній групі – 7,3% ($p < 0,05$). Частота виявлення тривожних розладів не відрізнялась у двох груп військовослужбовців.

3. Частота виявлення депресивних розладів була найвищою у військовослужбовців з вираженим астеничним синдромом – 72,7%, у хворих з вираженим больовим синдромом депресія виявлена у 35,14%, у хворих з вираженим диспепсичним синдромом – у 36,4%.

4. Визначений нами високий рівень розповсюдженості депресії у хворих на ВХДПК, особливо у пацієнтів з вираженим астеничним синдромом, обґрунтовує необхідність розробки і впровадження комплексу медико-організаційних заходів щодо діагностики і корекції цих коморбідних розладів в амбулаторних умовах.

ступеню канд. мед. наук: 14.01.36 / Нац. мед. ун-т ім. О.О. Богомольця. – К., 2007. – 20 с.

3. Денисенко І.Г., Дрюк Н.А. Захворюваність військовослужбовців строкової служби виразковою хворобою шлунка та дванадцятипалої кишки у першому півріччі їх служби // Сучасні аспекти військової медицини. Зб. наукових праць ГВКГ МО України. Випуск 11. – К., 2006. – С. 39-44.

4. Минцер О. П., Угаров Б. П., Власов В. П. Методы обработки медицинской информации. – К.: Вища школа, 1991. – 271 с.
5. Власюк С.Б. Особливості перебігу виразкової хвороби дванадцятипалої кишки серед військовослужбовців Служби Безпеки України // Сучасні аспекти військової медицини. Зб. наукових праць ГВКГ МО України. Випуск 11. – К., 2006. – С. 39-44.
6. Goodwin R.D., Stein M.B. Generalized Anxiety Disorder and Peptic Ulcer. Disease Among Adults in the United States // Psychosom. Med. – 2002. – 64.- P. 862- 866.
7. Levenstein S., Prantera C., Scribano M.L. et al. Psychologic predictors of duodenal ulcer healing. // J. Clin. Gastroenterol.- 1996.- 22(2).- P. 84-89.
8. Палий И.Г., Заика С.В., Резниченко И.Г., Севак Н.М. Тревожность и депрессия у пациентов с патологией желудочно-кишечного тракта: актуальность проблемы и возможные пути ее решения // Здоров'я України.- 2007.- №19. - С. 72-73.
9. Беялов Ф.И. Психосоматические связи при заболеваниях внутренних органов: Часть 2.// Клиническая медицина.- 2007.-№ 4.- С. 20-23.
10. Оганов Р.Г., Ольбинская Л.И., Смулевич А.Б. и др. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общемедицинской практике. Результаты программы КОМПАС. // Кардиология. - 2004.- Т. 44.- № 1.- С. 48-54.
11. Белобородова Э.И., Писаренко И.В., Дорохова Т.А. Течение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в зависимости от типа личности и эффективность дифференцированной психотропной терапии // Тер. архив.-2002. -№8. -С. 60-64.
12. Фирсова Л.Д.. Особенности психической сферы больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки на разных стадиях заболевания. // Тер. архив.- 2003.- №2 - С. 21-23.
13. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине: Руководство для врачей. - М.: МИА, 2001. - 256 с.
14. Депрессивные расстройства при соматических заболеваниях. Образовательная программа по депрессивным расстройствам ВПА/ПТД. Модуль 2. / Пер. с англ. под общ. ред. Н.А. Корнетова.- К.: Сфера. - 69 с.
15. Голдберг Д., Гаск Л., Санториус Н. Обучение врачей навыкам в сфере психического здоровья. Образовательная программа по депрессивным расстройствам ВПА/ПТД. Модуль 4. / Пер. с англ. под общ. ред. Н.А. Корнетова.- К.: Сфера.- 34 с.

Науковий рецензент кандидат медичних наук, доцент Красюк О.А.