

Тривожні розлади у пацієнтів з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки в стадії загострення та ремісії

Олена Демидас

Кафедра неврології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Олена Ткаченко

Кафедра неврології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Тези доповіді до IV Конгресу з міжнародною участю «Психосоматична медицина XXI століття: реалії та перспективи»

Актуальність: Психосоматичний підхід до вивчення соматичної патології означає прагнення знайти більш повне порівняно з можливостями традиційного підходу розуміння етіології та патогенезу захворювань, причин варіабельності їх перебігу, а також терапевтичної проблематики. Типовим прикладом психосоматичної патології є виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки. У патогенезі виразкової хвороби шлунку та дванадцятипалої кишки функціональні порушення нервової системи можуть бути причиною розгортання захворювання або, навпаки, носити соматогенний характер з різними типами нейропсихічного симптомокомплексу. Порушення психо-вегетативної регуляції та психосоматичних співвідношень може спричинити виникнення або загострення виразкової хвороби дванадцятипалої кишки. Відіграючи роль пускового механізму, психоемоційний фактор створює умови для формування стійких функціональних, метаболічних, а потім і структурних змін — виразки в гастродуоденальній ділянці, знижуючи резистентність слизового бар'єра. Враховуючи зазначене, дослідження тривожних розладів у пацієнтів з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки є актуальним, як для удосконалення діагностики, так і щодо оптимізації підходів до терапевтичної практики у пацієнтів з ВХ ДПК.

Мета: дослідження тривожних розладів у пацієнтів з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки в стадії загострення та ремісії.

Матеріали та методи: Проведено комплексне обстеження 84 пацієнтів із ВХ ДПК у стадії загострення та 84 — повторно в стадії ремісії захворювання. Пацієнти проходили обстеження та лікування у відділенні гастроентерології та центрі ШКК КМКЛ № 12, яка є клінічною базою кафедри неврології НУОЗ України імені П.Л. Шупика. Вік обстежуваних становив 25–60 років, середній вік — $39,90 \pm 1,29$ року. Чоловіків — 61 (72,6%), жінок — 23 (27,4%). Усі обстежені поділені на дві групи за ознакою наявності загострення (1ша група) чи ремісії ВХ ДПК (2га група). Контрольну групу становили 30 практично здорових осіб без соматичної патології. Оцінку вираженості тривожності проводили за шкалою Спілбергера-Ханіна з дослідженням реактивної та особистісної тривожності. Ця шкала складалася з 2 частин: запитання № 1-20, які оцінювали реактивну тривожність, а запитання № 21-40 оцінювали особисту тривожність. Для інтерпретації результатів використовуються такі орієнтовані оцінки: 0-30 балів – низький рівень тривожності; 31-45 балів – помірний рівень тривожності; вище 45 балів – високий рівень тривожності.

Результати: Виявлено, що у пацієнтів з ВХ ДПК у стадії загострення середній рівень особистісної тривожності дорівнює ($61,8 \pm 4,94$), а реактивної ($60,2 \pm 3,12$), що відповідає рівню



високої тривожності за двома показниками. При цьому високу особистісну тривожність мали - 63,4%, помірну - 32,3%, низьку - 4,3% пацієнтів. Реактивну високу тривожність мали - 65,2%, помірну-30,5%, низьку - 4,3%.

У пацієнтів з ВХ ДПК в ремісії захворювання відмічалось зниження середнього показника ОТ ($41,2 \pm 2,1$) та РТ ($42,4 \pm 2,75$) до рівня помірної тривожності. При цьому високу особистісну тривожність мали 35,2 %, помірну- 58,11 %, низьку 6,69 % пацієнтів. Реактивну високу тривожність мали 37,1 %, помірну- 56,21 %, низьку - 6,69 %.

В контрольній групі середній показник особистісної тривожності дорівнює ($25,4 \pm 1,2$), а реактивної ($23,9 \pm 1,4$), що відповідає рівню низької тривожності за двома показниками. При цьому високу особистісну тривожність мали - 3,2 %, помірну - 29,4 %, низьку - 67,4 %. Реактивну високу тривожність мали - 2,89 %, помірну - 29,01 %, низьку - 68,1 %.

Висновки: Для пацієнтів із ВХ ДПК характерними є прояви дисфункції нервової системи, зокрема тривожні розлади. У період загострення ВХ ДПК рівень тривожних розладів був достовірно вищим, ніж у період ремісії захворювання ($p < 0,05$). Визначено, що ці показники вірогідно відрізнялися від таких у групі контролю ($p < 0,05$).