

ВЛИЯНИЕ ЛЕЧЕНИЯ НА УРОВЕНЬ ТРЕВОЖНОСТИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

д. мед. н. *Потяженко М. М.*,

к. мед. н. *Китура О. Е.*,

к. мед. н. *Невойт А. В.*,

к. мед. н. *Соколюк Н. Л.*,

к. мед. н. *Настрога Т. В.*

Украина, г.Полтава, Высшее государственное учебное заведение «Украинская медицинская стоматологическая академия»

ARTICLE INFO

Received 10 January 2018

Accepted 26 January 2018

Published 10 February 2018

KEYWORDS

chronic pancreatitis,
pain syndrome,
anxiety level

ABSTRACT

The long course of chronic pancreatitis causes a variety of changes in the psycho-emotional sphere of patients. The purpose of the work: to assess the level of anxiety in patients with chronic pancreatitis, depending on the severity of the pain syndrome under the breath of treatment. The study included 68 patients. At the beginning and after three weeks of treatment, the level of anxiety disorders was studied (with the help of a questionnaire by Ch.D.Spilberger-Yu.L.Khanin). As a result of the study, it was found that patients with chronic pancreatitis have a high level of reactive anxiety and close to a high level of personal anxiety. Reduced severity of clinical symptoms on the background of treatment led to a decrease in reactive anxiety in all clinical groups, the level of personal anxiety has not significantly changed.

© 2018 The Authors.

Введение. Проблема хронического панкреатита (ХП) продолжает оставаться актуальной не только в Украине, но и во всем мире. Это обусловлено ростом заболеваемости, прогрессирующим течением заболевания, которое приводит к ухудшению качества жизни и инвалидизации. Большинство проведенных исследований посвящено анализу клинического течения патологии и данным лабораторно-инструментального обследования [1, 10]. В то же время недостаточное внимание уделяется не менее значимым для больных факторам, которые отражают их физическую и социальную активность, уровень психологического комфорта, степень психологической защиты [9].

Давно известно, что у пациентов с патологией пищеварительной системы часто встречаются тревожно-депрессивные расстройства. Это связано с дисбалансом вегетативной нервной системы, в частности с активацией симпатического ее отдела, что приводит к моторным, нейрогуморальным расстройствам гастроинтестинальной системы. В тоже время, стресс усиливает восприятие симптомов заболевания, приводит к снижению порога восприятия.

По некоторым данным, депрессивные и тревожные расстройства у больных ХП встречаются более чем в половине случаев и являются провоцирующим фактором заболевания. При этом тревогу можно рассматривать как один из основных психологических механизмов хронизации панкреатита. Заболевание как стрессовая ситуация в жизни пациента активирует систему высших регуляторных механизмов, которые проявляются в условиях болезни и лечения, в характерных способах восприятия переживаний и оценок с одной стороны, а с другой - в особенностях приспособительной поведения [3, 4, 13]. Основой психологического воздействия болезни является соматический дистресс, угрожающие жизни осложнения заболевания и инвалидизация. Соматический стресс при ХП обуславливается наличием болевого синдрома, диспептического симптомо-комплекса, ограничительными мерами (строгая диета, отказ от употребления алкоголя). Современные исследования показывают, что хронический психосоциальный стресс запускает освобождение провоспалительных цитокинов, которые, воздействуя на мозг, вызывают симптомы болезненного поведения - повышенную тревогу, снижение активности,

сонливость, снижение концентрации внимания и интереса к текущим событиям, что может свидетельствовать о депрессивном синдроме [12, 14, 17]. Обострение болезни и риск возникновения тяжелых осложнений формируют многоуровневый пласт внутренних психологических переживаний экзистенциального характера, происходит изменение стабильного уклада жизни и проявляются дисгармоничны аспекты личностного функционирования. [8].

Как известно, эмоциональное состояние пациентов важно не только как компонент психического здоровья, но и как фон восприятия реальности и поддержания значимой активности и формирования терапевтической сотрудничества [2, 4, 7]. В настоящее время существует достаточно небольшое количество работ, которые показывают взаимосвязь психологических проявлений с особенностями течения ХП [7, 14]. Поэтому, изучение психологических особенностей пациентов ХП остается актуальным.

Цель работы. Оценить уровень тревожности у больных ХП в зависимости от выраженности болевого синдрома под влиянием лечения.

Объект и методы исследования. В исследование было включено 68 больных ХП, из них 36 женщин и 32 мужчин. Средний возраст составил $56,9 \pm 7,4$ года, длительность заболевания - $9,5 \pm 4,9$ года.

Диагноз ХП установлен согласно приказа МЗ Украины от 10.09.2014 № 638 "Об утверждении и внедрении медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи при хроническом панкреатите». Все пациенты получали стандартную терапию: ингибиторы протонной помпы (пантопразол 40 мг два раза в сутки), спазмолитики (мебеверин 200 мг два раза в сутки), ферментные препараты (панкреатин 40000 ЕД три раза в сутки во время еды). В начале и через три недели лечения изучалась интенсивность болевого синдрома и уровень тревожных расстройств.

Интенсивность болевого синдрома оценивалась по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Изучение уровня тревожных расстройств проводилось с помощью опросника Ч. Д. Спилбергера-Ю. Л. Ханина.

Шкала ВАШ представляет собой обычную 10 сантиметровую линейку на одной стороне которой нанесена миллиметровая шкала, а на другой - цветная полоса: у отметки «0» - интенсивно красная, желтая около 50 и до отметки 100 баллов становится

зеленой. На рисунке пациент произвольно, после короткого инструктажа, размещает перпендикулярно линию в той точке, соответствующей интенсивности его боли, то есть выбирает «оценку» своего самочувствия. Это место совпадает с тем или иным числовым значением на линейке. Именно это число и является значением ВАШ [11, 16]. На основании распределения баллов определяется интенсивность болевого синдрома: нет боли (0-4 мм), слабая боль (5-44 мм), умеренная боль (45-74 мм), сильная боль (75-100 мм).

Опросник Ч. Д. Спилбергера-Ю. Л. Ханина состоит из 2-х частей: пункты 1-20 оценивающих реактивную (ситуационную) тревожность (РТ), пункты 21-40 отдельно определяют личностную тревожность (ЛТ) - характеристику личности. Подсчитывается общее количество баллов отдельно по каждой части. Общее количество баллов отдельно делится на 20. По некоторым утверждениям баллы начисляются в обратном порядке. Это пункты 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20, 21, 26, 27, 30, 36, 39. Итоговый показатель рассматривается как уровень развития соответствующего вида тревожности. По этим показателям выделяют разные уровни выраженности тревожности: 3,5-4,0 балла - очень высокая тревожность, 3,0-3,4 балла - высокая тревожность, 2,0-2,9 балла - средняя тревожность, 1,5- 1,9 балла - низкая тревожность, 0-1,4 балла - очень низкая тревожность [5].

Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью дисперсионного анализа с использованием пакетов лицензионных программ Microsoft Office 2003, Microsoft Excel Stadia 6.1 / prof и Statistica.

Результаты исследования и их обсуждение. В зависимости от интенсивности болевого синдрома больных ХП по шкале ВАШ выделено четыре клинические группы: I группа - 10 (14,7 %) пациентов, которые не отмечали боли, II группа - 12 (17,6 %) больных, которые отмечали слабую боль, III группа - 36 (52,9 %) пациентов, которые оценивали боль как умеренную, IV клиническая группа - 10 (14,7 %) пациентов, отмечали сильную боль в животе.

По данным опросника Ч. Д. Спилбергера-Ю. Л. Ханина в общей группе больных ХП отмечен высокий уровень РТ - $3,25 \pm 0,67$ балла и близкий к высокому уровень ЛТ - $2,95 \pm 0,29$ балла. Согласно литературным данным, высокий уровень ЛТ повышает вероятность появления тревожных расстройств в ситуациях, требующих оценки компетентности и могут быть восприняты как

угрожающие. Проведенные ранее исследования позволяют предположить, что по мере прогрессирования заболевания, ЛТ превращается в непосредственный фактор усиления патологических нарушений, то есть формируется жесткий стереотип реагирования на психоэмоциональную нагрузку, что не характерно для здоровых лиц [14].

Проводя детальный анализ по клиническим группам, отмечено очень высокий уровень РТ у пациентов IV группы - $3,6 \pm 0,32$ балла, высокий уровень РТ в I и III группах - $3,3 \pm 0,3$ балла и $3,4 \pm 0,3$ балла соответственно, во II группе - средний уровень РТ - $2,7 \pm 0,28$ балла. Это можно объяснить тем, что у пациентов III и IV групп более выраженный болевой синдром, а в первой группе - диарейный синдром. В I и IV группах наблюдался высокий уровень ЛТ - $3,0 \pm 0,27$ балла и $3,3 \pm 0,24$ балла, у пациентов II и III групп отмечено средний уровень ЛТ - $2,6 \pm 0,29$ балла и $2,9 \pm 0,25$ балла. Как свидетельствуют литературные данные, личностная тревожность является тем фактором, который облегчает возникновение реакции тревоги, и поэтому они тесно взаимосвязаны между собой.

Уменьшение выраженности клинической симптоматики на фоне проводимого лечения

привело к снижению уровня РТ в общей группе больных ХП до $1,58 \pm 0,48$ баллов ($p < 0,05$), уровень ЛТ достоверно не изменился и составил $2,9 \pm 0,32$ балла.

Также на фоне проводимого лечения наблюдалось снижение уровня реактивной тревожности во всех клинических группах: в первой группе до $1,75 \pm 0,28$ баллов ($p < 0,01$), во II группе - до $1,5 \pm 0,22$ баллов ($p < 0,01$), в IV группе - до $1,6 \pm 0,34$ баллов ($p < 0,01$). В III клинической группе (с умеренно выраженным болевым и диарейными синдромами) наблюдалась наиболее выраженная динамика и уровень РТ составил $1,45 \pm 0,40$ баллов ($p < 0,001$). Динамических изменений уровня ЛТ на фоне лечения во всех клинических группах не отмечено.

Выводы.

1. У пациентов с хроническим панкреатитом наблюдаются существенные изменения в психоэмоциональном статусе в виде повышения уровня личностной и реактивной тревожности.

2. У пациентов с выраженным болевым и диарейными синдромами наблюдается очень высокий уровень реактивной тревожности.

3. На фоне лечения хронического панкреатита в течение трех недель отмечено снижение уровня реактивной тревожности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Baranskaya EK. Bol' v zhivote: klinicheskij podhod k bol'nomu i algoritm lecheniya. Farmateka: ezhegodnyj sbornik izbrannyh nauchno-medicinskih statej. 2006:143-153.
2. Danilov DS. Komplains v medicine i metody ego optimizacii (klinicheskie, psihologicheskie i psihoterapevticheskie aspekty). Psihiatriya i psihofarmakoterapiya im. P.B. Gannushkina. 2008; 01:13-20.
3. Zhdan VN, Babanina MYu, Gurina LI, Kitura EM, SHilkina LN, Ivanickij IV. Primenenie antidepressantov v kompleksnoj terapii zabolovaniy zheludochno-kishechnogo trakta. Krims'kij terapevtichnij zhurnal. 2010.2(2):226-230.
4. Zhdan VM, Kaidashev IP, Nevoit HV. Psykhosomatychni rozlady v praktytysi likaria-internista. Poltava;2011. 344 s.
5. Dermanova IB, redaktor. Issledovanie trevozhnosti (CH. D. Spilberger, adaptaciya YU. L. Hanin). Diagnostika ehmocional'no-nravstvennogo razvitiya. SPb.; 2002. 174 s.
6. Har'kina DN, Mordasova VI, SHiryayev OYU. Trevozhno-depressivnye rasstrojstva u bol'nyh hronicheskim pankreatitom. ZHurn. teoretich. i praktich. med. 2005. 3(1):108-109.
7. Kitura OYe, Potiazhenko MM, Nevoit HV, Sokoliuk NL, Velychko YeO. Otsinka yakosti zhyttia ta psykhoemotsiinoho statusu khvorykh na khronichniy pankreatyt.Zdobutky klinichnoi i eksperymentalnoi medytsyny. 2017. 2(30):57-59.
8. Kutova NV. Porivnialnyi analiz depresyvykh ta tryvozhnykh staniv u patsientiv z khronichnym pankreatytom miliarnoi ta alkoholnoi etiologii. Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohii. 2015. 23(2):56-60.
9. Listishenkova YuV. Kliniko-prognosticheskie aspekty kachestva zhizni i priverzhennosti k lecheniyu u bol'nyh hronicheskim biliarnozavisimym pankreatitom [disertaciya]. Saratov: Sarat. gosud. med. un-t; 2010. 135 s.
10. Maev IV, Kucheryavij YuA. Sovremennye podhody k diagnostike i lecheniyu hronicheskogo pankreatita. Kachestvo zhizni. Medicina. 2004. 2(5):65-69.

11. Perminov AB. Ispol'zovanie vizual'no-analogovoj shkaly dlya ocenki tyazhesti sostoyaniya pacientov s ostrym gnojnym rinosinusitom. Medicinskij zhurnal: ezhekvartal'nyj recenziruemyj nauchno-prakticheskij zhurnal. 2015.3:99-102.
12. Rebrov BO, Kasy'nech` SS, Komarova OB. Novi mozhy`vosti likuvannya xvory`x na revmatoyidny`j artry`t u poyednanni z try`vozhno-depresy`vny`my` rozladamy`. L`vivs`ky`j klinichny`j visny`k. 2014. 1-2:8-13.
13. Rusyn VI, Sirchak YeS, Kurchak NIu, Moskal OM, Futko KhV. Dynamika pokaznykiv yakosti zhyttia ta psykhosomatychnykh zmin khvorykh na khronichni pankreatyt pislia kholetsystektomii na foni patohenetychno obgruntovanoi kompleksnoi terapii. Naukovyi visnyk Uzhhorodskoho universytetu, serii «Medytsyna». 2014.1 (49):36-40.
14. Sarvir IN. Sravnitel'nye dannye ehksperimental'no-psihologicheskogo issledovaniya lichnosti bol'nyh gipertonicheskoy boleznyu i ishemicheskoy boleznyu serdca s anksioznymi sostoyaniami. Medicinskie issledovaniya. 2001. 1 (1):41-43.
15. Scott DL., Smith C, Kingsley G. [et al.] What are the consequences of early rheumatoid arthritis for the individual? / Best Pract. Res. Clin. Rheumatol. 2005. 19: 117–136.
16. Scott J., Huskisson EC. Graphic representation of pain. Pain 1976. 2 (2):175-186.
17. Zelyin AE, Veltischev DYu, Fofanova YuS. Revmatoidnyiy artrit i depressiya: patogeneticheskaya rol stressovyih faktorov (obzor literatury). Psihicheskie rasstroystva v obschey meditsine. 2010. 1:13–22.