

УДК: 616.89-008-036:616.37-002-036.1

Ю. М. Шевченко

**КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ
У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ**

Ю. Н. Шевченко

**КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ
ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ**

Yu. M. Shevchenko

**CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL FEATURES OF NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS
IN PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS**

Було обстежено 60 пацієнтів з діагнозом «хронічний панкреатит» (К 81.1 за МКХ-10). У 65,0 % хворих виявлено непсихотичні психічні розлади. Наведено дані про клініко-психопатологічні особливості непсихотичних психічних розладів у хворих на хронічний панкреатит. Встановлено питому вагу й описані провідні синдроми: астено-невротичний (16,7 %) та тривожно-депресивний (48,3 %). Кореляційний аналіз психопатологічної симптоматики у хворих на хронічний панкреатит виявив низку особливостей кількісної та якісної структури емоційних розладів.

Ключові слова: клініко-психопатологічні особливості, непсихотичні психічні розлади, хронічний панкреатит.

Было обследовано 60 пациентов с диагнозом «хронический панкреатит» (К 81.1 по МКБ-10). В 65,0 % случаев выявлены непсихотические психические расстройства. Приведены данные о клинико-психопатологических особенностях непсихотических психических расстройств у больных хроническим панкреатитом. Установлен удельный вес и описаны ведущие синдромы: астено-невротический (16,7 %) и тревожно-депрессивный (48,3 %). Корреляционный анализ психопатологической симптоматики у больных хроническим панкреатитом выявил ряд особенностей количественной и качественной структуры эмоциональных расстройств.

Ключевые слова: клинико-психопатологические особенности, непсихотические психические расстройства, хронический панкреатит.

Were examined 60 patients diagnosed with "chronic pancreatitis" (81.1 K according to ICD-10). In 65.0 % found non-psychotic mental disorders. The data on clinical and psychopathological features of non-psychotic mental disorders in patients with chronic pancreatitis. Established share and described major syndromes: asthenic-neurotic (16.7 %) and anxiety and depression (48.3 %). Correlation analysis of psychopathology in patients with chronic pancreatitis revealed a number of features of quantitative and qualitative patterns of emotional disorders.

Keywords: clinical and psychopathological features non-psychotic mental disorders, chronic pancreatitis.

Непсихотичні психічні розлади з кожним роком набувають великої поширеності, в тому числі серед хворих на панкреатит. Результати багатьох досліджень свідчать про високу частоту та значний поліморфізм психічних розладів у соматичних хворих, серед яких провідне місце займають розлади тривожно-депресивного спектра [1].

Більше половини хворих з непсихотичними психічними розладами, серед яких депресія займає перше місце, не усвідомлюють, що страждають на психічні розлади та висловлюють скарги лише соматичного характеру.

При хронічному перебігу захворювання у пацієнтів відбувається депресивно-дистимічна деформація з виникненням депресивного світосприйняття.

Таким чином психічні розлади у пацієнтів з соматичними захворюваннями загострюють важкість захворювання, впливаючи тим самим на результат основного захворювання [2—4].

В основі даної патології лежать процеси соматизації, тобто переносу психічних феноменів у соматичну площину. Також велику роль відіграє неможливість особистості адекватно вербалізувати свій емоційний стан (алекситимія). У публікаціях одного з сучасних провідних спеціалістів з функціональних гастроентерологічних розладів D. Drossman велика увага приділяється біопсихологічній моделі для розуміння та лікування даних порушень. Також автор зазначає, що особливості особистості, порушення настрою та інші риси відрізняють пацієнтів з функціональними розладами від здорових

людей, але вони часто спостерігаються у хворих на інші психічні розлади [5].

Метою нашого дослідження є виявлення клініко-психопатологічних особливостей непсихотичних психічних розладів у хворих на панкреатит.

У дослідженні, за умови інформованої згоди, взяли участь 60 пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні в ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» (м. Дніпропетровськ) з діагнозом «хронічний панкреатит» (К 81.1 за МКБ-10). Серед обстежених було 16 (26,7 %) чоловіків і 44 (73,3 %) жінки у віці від 23 до 72 роки, середній вік — (43,6 ± 1,6) роки.

Основним методом дослідження був клініко-психопатологічний. Вивчення тривожної та депресивної симптоматики проводили за допомогою шкал самооцінки Ch. Spilberger. При наявності клінічного рівня розладів за застосованими шкалами стан пацієнтів оцінювали відповідно до критеріїв МКХ-10.

Статистичне оброблення результатів дослідження проводили за допомогою пакета програм Statistica v.6.1[®]. Середні показники подані як середня арифметична і стандартна похибка ($M \pm m$). Для порівняння використовували парний критерій Стьюдента з поправкою Бонфероні і критерій Хі-квадрат Пірсона (X^2) з поправкою Йетса.

Більшість пацієнтів мали середню технічну або незакінчену вищу освіту (53,4 %), працювали (70,0 %), переважно на робочих спеціальностях (60,0 %), перебували у шлюбі (51,7 %) (табл. 1). Звертає увагу високий відсоток пацієнтів (58,3 %), в яких рівень освіти і професійної підготовки не відповідає їхньому соціальному стану.

Таблиця 1

Соціально-демографічна характеристика пацієнтів з хронічним панкреатитом

Показник		Кількість пацієнтів	
		абс.	%
Стать	чоловіча	16	26,7
	жіноча	44	73,3
Освіта	середня	8	13,3
	середня технічна і незакінчена вища	32	53,4
	вища	20	33,3
Сімейний стан	не був у шлюбі	9	15,0
	перебуває у шлюбі	31	51,7
	розлучений/ вдівець	20	33,3
Соціальний стан	учінь	1	1,7
	робітник	36	60,0
	службовець	6	10,0
	безробітний	10	16,7
	пенсіонер	7	11,6

Протягом року, що передувє дослідженню, більшість пацієнтів (41 чол. — 68,3 %) зверталися за медичною допомогою від 2 до 11 разів (у середньому $3,5 \pm 0,3$ рази). За даними анамнезу, сімейне обтяження захворюваннями підшлункової залози зазначалося в 27 (45,0 %) випадках (табл. 2). На тютюнопаління та вживання етанолвмісних речовин вказали 25 (41,7 %) пацієнтів, в тому числі 14 з 16 чоловіків (87,5 %).

Більшість пацієнтів (55 чол. — 91,7 %) перенесли протягом життя (після 18 років) важкі психоемоційні стреси, пов'язані з неблагополуччям сімейного життя (43,3 %), професійно-економічними чинниками (31,7 %), зі смертю близьких людей (18,3 %).

Аналіз психопатологічної симптоматики у хворих на хронічний панкреатит виявив низку особливостей кількісної та якісної структури емоційних розладів. За анамнестичними даними, захворювання підшлункової залози маніфестувало практично в усіх хворих (95,0 % — 57 пацієнтів) після емоційно значимої для особистості гострої або хронічної психотравмуючої ситуації, яка часто мала нерозв'язний характер. Вона відзначалася поліморфністю, масивністю та залученням різних сфер діяльності пацієнта. Зона конфлікту у жінок поширювалася, як

правило, на сферу внутрішньосімейних відносин (52,3 % проти 18,8 % у чоловіків; $p < 0,05$), тоді як у чоловіків психотравмуюча ситуація найчастіше обмежувалася виробничими відносинами або сексуальними проблемами (56,3 % проти 27,3 % у жінок; $p < 0,05$). Первинною реакцією на стрес у всіх хворих було зниження настрою, на тлі якого формувалась функціональна соматична патологія.

За результатами проведених досліджень у 39 (65,0 %) хворих на хронічний панкреатит виявлено клінічні ознаки неспсихотичних психічних розладів. В 21 випадку (35,0 %) суттєвих відхилень у психічному здоров'ї не спостерігалось.

У 29 (48,3 %) обстежених виявлено ознаки тривожно-депресивного синдрому. Психотравмуюча ситуація, яка була ґрунтом для розвитку хвороби, мала гострий характер. Перебіг захворювання був хвилеподібний. Загострення гастроентерологічної симптоматики супроводжувалося значними вегетативними 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 прийняти конкретне рішення або виконати повсякденні, але неприємні обов'язки, могли спровокувати виникнення короточасної 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.

Астено-невротична симптоматика спостерігалася у 10 пацієнтів (16,7 % обстежених хворих). Причиною появи такого синдрому були не тільки затяжні психотравмуючі ситуації, а й виснажлива робота без відпустки, тривалі фізичні перевантаження тощо. У клінічній картині переважали прояви астенії і депресії, серед симптомів якої домінували соматовегетативні і вітальні прояви. Захворювання могло починатися з надмірної збудливості та дратівливості, поряд з цим знижалася працездатність. Хворим була притаманна інтерорецептивна гіперестезія — вони уважно прислухалися до своїх будь-яких відчуттів, що йшли з внутрішніх органів, і у разі

Таблиця 2

Окремі демографічні і клініко-анамнестичні характеристики пацієнтів з хронічним панкреатитом і виявленими неспсихотичними психічними розладами

Характеристика		Групи дослідження		
		без психічних розладів (n = 21)	з астено-невротичним синдромом (n = 10)	з тривожно-депресивним синдромом (n = 29)
Стать, абс. (%)	чоловіча	8 (38,1)	8 (80,0) *	—
	жіноча	13 (61,9)	2 (20,0) *	29 (100) *
Середній вік ($M \pm m$), роки		$45,4 \pm 2,5$	$35,0 \pm 2,5$ *	$45,2 \pm 2,4$
Наявність психоемоційних стресів в анамнезі, абс. (%)		17 (81,0)	9 (90,0)	29 (100) *
Наявність стресів, пов'язаних з неблагополуччям сімейного життя, абс. (%)		6 (28,6)	3 (30,0)	17 (100) *
Обтяжений сімейний анамнез, абс. (%)		11 (52,4)	1 (10,0) *	15 (58,6)
Середня кількість звернень за медичною допомогою протягом року, $M \pm m$		$4,2 \pm 0,5$	$1,6 \pm 0,3$ *	$3,5 \pm 0,3$

Примітка: * — $p < 0,05$ порівняно з групою пацієнтів без психічних розладів

незвичайності проявів визнавали їх як хворобливий симптом. Пацієнти були пригнічені через свої думки про соматичну недугу. Їхня афективна сфера відзначалася емоційною гіперестезією. Дратівливість нерідко змінювалась емоційним безсиллям. Такі полярні емоційні стани проявлялися навіть через дрібні приводи, що вказувало на формування емоційної сенситивності. Всі симптоми зазвичай зникали після відпочинку. Препарати для нормалізації функції підшлункової залози призначалися короткими курсами, ефективним було додавання адаптогенів.

Ретельний аналіз соматичного стану хворих засвідчував, що кількість скарг, їхня інтенсивність, оцінка свого стану пацієнтом не відповідали важкості соматичної патології, що визначав гастроентеролог під час лікування у стаціонарі. Пацієнти завжди перебільшували свої скарги, змальовували себе як невиліковно хворих та непрацездатних. Особливо це спостереження стосувалося диспепсичних проявів (нудота, важкість у шлунку, відрижка та інше). Щодо скарг, які стосувалися психічної сфери хворих (тривога, порушення сну, зниження настрою), то більшість пацієнтів при першій бесіді з лікарем не виказувала їх зовсім. Але вже через декілька візитів саме ці проблеми виходили на перший план. Соматична симптоматика, навпроти, значно менше їх турбувала.

За даними кореляційного аналізу встановлено, що розвиток і вираженість астено-невротичних розладів у хворих на хронічний панкреатит достовірно асоціюються з такими чинниками як чоловіча стать (коефіцієнт кореляції Спірмена $r = 0,39$; $p < 0,05$), молодший вік ($r = 0,43$; $p < 0,01$), відсутність сімейного обтяження захворюваннями підшлункової залози ($r = 0,41$; $p < 0,05$), низька частота звернень за медичною допомогою протягом року ($r = 0,57$; $p < 0,001$). Отже, на відміну від хворих на панкреатит без психічних розладів, у групі пацієнтів з клінічно вираженою астено-невротичною симптоматикою переважали чоловіки (80,0 % проти 38,1 %, відповідно; $p < 0,05$), особи віком до 45 років (середній вік $35,0 \pm 2,5$ роки проти $45,4 \pm 2,5$ роки; $p < 0,05$), у близьких родичів яких рідко спостерігались захворювання підшлункової залози (10,0 % проти 52,4 %; $p < 0,05$) (див. табл. 2).

Вони досить рідко звертались за медичною допомогою — в середньому $1,6 \pm 0,3$ рази на рік проти $4,2 \pm 0,5$ рази у психічно здорових осіб ($p < 0,01$), намагаючись самостійно справитися з симптомами захворювання.

Відмінними особливостями групи хворих на хронічний панкреатит з виявленими тривожно-депресивними розладами були жіноча стать ($r = 0,51$; $p < 0,001$) і пережиті важкі психоемоційні стреси ($r = 0,30$; $p < 0,05$), передусім пов'язані з неблагополуччям сімейного життя ($r = 0,28$; $p < 0,05$).

На підставі отриманих даних можна дійти таких висновків.

1. Основною патогенетичною ланкою розвитку неспсихотичних психічних розладів у хворих на панкреатит є емоційні розлади.

2. Афективна патологія при неспсихотичних психічних розладах у хворих на панкреатит виражена тривожно-депресивною та астено-невротичною симптоматикою.

3. Отримані дані свідчать про клінічну гетерогенність психопатологічної симптоматики при неспсихотичних психічних розладах у хворих на панкреатит. Це підтверджує значущість афективної патології у процесах формування та подальшого розвитку неспсихотичних психічних розладів у хворих на панкреатит.

4. Встановлено, що астено-невротична симптоматика у хворих на панкреатит більш характерна для чоловіків молодого віку без сімейного досвіду щодо захворювань підшлункової залози, а тривожно-депресивні розлади частіше виявляються у жінок, в анамнезі яких превалюють психоемоційні стреси, пов'язані з неблагополуччям сімейного життя.

Таким чином, під час дослідження було виявлено структуру психопатологічних особливостей, що лежать в основі неспсихотичних психічних розладів у хворих на панкреатит, визначено їхню роль у патогенезі даної патології.

Подальше вивчення даної проблеми доцільно проводити шляхом глибокого аналізу зв'язку психопатологічних синдромів із соматичними проявами, перебігом та прогнозом захворювання, що дає можливість для розроблення поетапних диференційованих реабілітаційних програм для хворих на хронічний панкреатит з неспсихотичними психічними розладами.

Список літератури

1. Соматоформні розлади — сучасна загальномедична проблема / [Михайлов Б. В., Сарвір І. М., Баженов О. С. та ін.] // Український медичний часопис. — 2003. — № 3. — С. 73—77.
2. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике / [Любан-Плоца Б., Пельдингер В., Крегер Ф., Педерак-Хофман К.]. — СПб., 2000. — 287 с.
3. Марута Н. А. Депрессивные расстройства в структуре невротических расстройств / Марута Н. А., Явдак И. А., Теренковский Д. И. // Український вісник психоневрології. — 2004. — Т. 12, вип. 3. — С. 81—83.
4. Сукиасян С. Г. Агрессивность и патология человека: соматизированные психические нарушения / С. Г. Сукиасян, Н. Г. Манасян // 11-й Всемирный конгресс по психиатрии. — Гамбург, 1999. — С. 235.
5. Psychological aspects of the functional gastrointestinal disorders / [Drossman D., Creed F., Olden K. et al.] // Gut. — 1999. — Vol. 45. — P. 25—30.
6. Подкорытов В. С. Депрессии. Современная терапия : руководство для врачей / В. С. Подкорытов, Ю. Ю. Чайка. — Харьков : Торнадо, 2003. — 352 с.

Надійшла до редакції 22.09.2014 р.

ШЕВЧЕНКО Юлія Миколаївна, аспірант Державного закладу «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України», м. Дніпропетровськ; e-mail: j_shevchenko@ukr.net

SHEVCHENKO Yuliya, Postgraduate Student of State Establishment "Dnipropetrovsk medical Academy of Ministry of Health of Ukraine", Dnipropetrovsk; e-mail: j_shevchenko@ukr.net