

Н. В. Кутова

**ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ДЕПРЕСИВНИХ І ТРИВОЖНИХ СТАНІВ
У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ БІЛІАРНОЇ ТА АЛКОГОЛЬНОЇ ЕТІОЛОГІЇ**

Н. В. Кутова

**Сравнительный анализ депрессивных и тревожных состояний
у пациентов с хроническим панкреатитом билиарной и алкогольной этиологии**

N. V. Kutova

**Comparative analysis of depressive and anxiety disorders
in patients with chronic pancreatitis of biliary and alcoholic etiology**

Хронічний панкреатит спричиняє різноманітні зміни у психоемоційній сфері пацієнтів: від ситуаційних реакцій до тривалих глибоких переживань, що можуть досягати клінічного рівня. У роботі наведені результати дослідження вираженості та структури депресивних та тривожних станів у пацієнтів з хронічним панкреатитом біліарної та алкогольної етіології. Більш ніж у 80 % пацієнтів з хронічним панкреатитом виявлені депресивні та тривожні стани різного ступеня вираженості, які проявляються різноманітною психопатологічною симптоматикою. У 75 % опитуваних реєструвалися депресивний чи тривожний настрій, напруження, соматична тривога, зниження активності, загальносоматичні прояви, порушення сну, гастроінтестинальні та вегетативні симптоми. Специфіку психоемоційного профілю визначали почуття провини, суїцидальні тенденції, загальмованість, ажитація, іпохондрія, зниження маси тіла, інтелектуальні, соматичні м'язові, серцево-судинні, респіраторні, сечостатевої та сенсорні симптоми. У структурі афективних та невротичних станів домінували розлади легкого та середнього ступеня тяжкості. Найвищий рівень порушень виявлено у жінок з алкогольним хронічним панкреатитом. Наявні гендерні відмінності у вираженості симптомів депресії та тривоги у хворих з хронічною патологією підшлункової залози.

Поширеність та структура депресивних та тривожних станів у пацієнтів з хронічним панкреатитом вказують на необхідність розроблення програм, спрямованих на ранню діагностику та терапію цих розладів, як елемента комплексної медико-психологічної допомоги хворим гастроентерологічного профілю.

Ключові слова: депресія, тривога, хронічний панкреатит

Хронический панкреатит вызывает различные изменения в психоэмоциональной сфере пациентов: от ситуационных реакций до длительных глубоких переживаний, которые могут достигать клинического уровня. В работе приведены результаты исследования выраженности и структуры депрессивных и тревожных состояний у пациентов с хроническим панкреатитом билиарной и алкогольной этиологии. Выявлено, что более чем у 80 % пациентов с хроническим панкреатитом определяются депрессивные и тревожные состояния различной степени выраженности, которые представлены разнообразной психопатологической симптоматикой. У 75 % опрошенных регистрировались депрессивное или тревожное настроение, напряжение, соматическая тревога, снижение активности, нарушения сна, гастроинтестинальные и вегетативные симптомы. Специфику психоэмоционального профиля определяли чувство вины, суицидальные тенденции, заторможенность, ажитация, ипохондрия, снижение массы тела, интеллектуальные, соматические мышечные, сердечно-сосудистые, респираторные, мочеполовые и сенсорные симптомы. В структуре аффективных и невротических состояний доминировали расстройства легкой и средней степени тяжести. Самый высокий уровень нарушений выявлен у женщин с алкогольным хроническим панкреатитом. Имели место гендерные различия в выраженности симптомов депрессии и тревоги у больных с хронической патологией поджелудочной железы.

Распространенность и структура депрессивных и тревожных состояний у пациентов с хроническим панкреатитом указывают на необходимость разработки программ, направленных на раннюю диагностику и терапию данных расстройств, как элемента комплексной медико-психологической помощи больным гастроэнтерологического профиля.

Ключевые слова: депрессия, тревога, хронический панкреатит

Chronic pancreatitis causes many changes in psychoemotional conditions of patients from situational reactions to long deep feelings that can reach clinical levels. The paper presents the results of research of severity and structure of depressive and anxiety disorders in patients with chronic pancreatitis with biliary and alcohol etiology. Revealed that more than 80 % of patients with chronic pancreatitis had depressive and anxiety states of varying degrees of severity with a variety of psychopathological symptoms. In 75 % of respondents recorded depressed or anxious mood, tension, somatic anxiety, decreased activity, general somatic manifestations, insomnia, and gastrointestinal and autonomic nerves symptoms. The specific emotional profile determined guilt, suicidal tendencies, agitation, hypochondria, weight loss, and muscular, cardiovascular, respiratory, urinary and sensory symptoms. In the structure of affective and neurotic states dominated disorders with mild and moderate severity. The highest level of disorders found in women with alcoholic chronic pancreatitis. Existed gender differences in symptoms of depression and anxiety in patients with chronic disorders of the pancreas.

Prevalence and structure of depressive and anxiety disorders in patients with chronic pancreatitis indicate the need to develop programs aimed at early detection and treatment of these disorders, as part of a comprehensive psychological help for patients with gastroenterological diseases.

Keywords: depression, anxiety, chronic pancreatitis

На сьогодні в Україні склалася напружена ситуація щодо хронічного панкреатиту (ХП), реєструється близько 230 нових випадків патології підшлункової залози на рік, поширеність становить 2400 на 100 тис. дорослого населення, що у 4 рази вище, ніж епідеміологічні показники у країнах Європи [1—3]. Наявна неухильна тенденція до збільшення захворюваності та поширеності хвороби за останнє десятиліття до 80 % [4]. Пацієнти з ХП складають

чверть усіх звернень хворих, які приходять на прийом до лікарів-гастроентерологів та займають більш ніж 10 % ліжок у стаціонарі [1].

Основними причинами розвитку ХП є надмірне вживання алкоголю — алкогольний хронічний панкреатит (АХП), а також хвороби жовчного міхура та дванадцятипалої кишки — біліарний хронічний панкреатит (БХП). Також окремою формою є ідіопатичний ХП. Алкогольний панкреатит домінує серед чоловіків, однак в останні роки кількість жінок з таким діагнозом збільшилася на 30 % [4].

Біліарний панкреатит, навпаки, реєструється переважно у пацієнтів жіночої статі. Ідіопатичний панкреатит виникає у молодих людей або осіб похилого віку. ХП найчастіше діагностується у пацієнтів у віці 30—50 років, які є найбільш працездатною частиною населення [1, 3].

Важливою клінічною особливістю ХП є те, що у третини хворих розвиваються ранні ускладнення (панкреонекроз, гастродуоденальні кровотечі, тромбоз у системі портальної вени, стеноз жовчовивідного протоку, дванадцятипалої кишки), первинна інвалідизація досягає 15 %, а летальність складає 5,1 % [4].

Рівень смертності при ХП досягає 20 % після 10 років та до 50 % при 25-літньому перебігу хвороби, причиною смерті у 1/5 пацієнтів є ускладнення загострень панкреатиту, інші причини включають вторинні порушення функції травлення та інфекційні ускладнення [3]. Порушення толерантності до глюкози спостерігається у 2/3 пацієнтів, у третини розвивається цукровий діабет, у половини хворих виникає екзокринна недостатність. Тривалість захворювання на ХП більше ніж 20 років підвищує ризик розвитку раку підшлункової залози в 5 разів [4].

Хронічний панкреатит — це типове соматичне захворювання з вираженим психологічним компонентом. Основою психологічної дії хвороби є соматичний дистрес, загрозливий для життя ускладнення захворювання та інвалідизація.

Соматичний дистрес при ХП обумовлюється наявністю больового синдрому, диспептичного сипптомокомплексу, обмежувальними заходами (строга дієта, відмова від вживання алкоголю). Загострення хвороби та ризик виникнення тяжких ускладнень формують багаторівневий пласт внутрішньопсихологічних переживань екзистенційного характеру, відбувається зміна стабільного укладу життя і проявляються дисгармонійні аспекти особистісного функціонування. Внаслідок прогресування ХП відбуваються незворотні зміни у організмі, які знижують фізіологічні можливості, що приводить до зменшення включеності у соціальну діяльність і самоефективності.

Хвороба спричиняє різноманітні зміни у психоемоційній сфері пацієнтів: від ситуаційних реакцій — до тривалих глибоких переживань, що можуть досягати клінічного рівня [5]. Емоційний стан важливий не лише як компонент психічного здоров'я, але і як фон сприйняття реальності і підтримання значимої активності.

Поширеність, тенденція до підвищення ураженості ХП, медичні, психологічні та соціальні наслідки хвороби обумовлюють актуальність практичних досліджень у цій галузі з метою розроблення програм медико-психологічної допомоги соматичним пацієнтам.

Метою дослідження було оцінити поширеність та структуру депресивних та тривожних станів у пацієнтів з хронічним панкреатитом.

У дослідженні взяли участь 147 пацієнтів з ХП біліарної етіології — група 1, з них 98 жінок (ПГ1а) та 49 чоловіків (ПГ1б), і 140 хворих з ХП, причиною якого було вживання алкоголю — група 2, з них 44 опитувані жіночої (ПГ2а) та 96 — чоловічої статі (ПГ2б).

Було використано психометричні методики: HDRS (Hamilton Depression Rating Scale) для вивчення депресивних станів та HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale) — тривожних розладів [6, 7].

За результатами вивчення депресивних проявів у хворих на ХП (табл. 1) серед пацієнтів з патологією підшлункової залози було виявлено симптоми депресивного стану різного ступеня вираженості. Провідними симптомами у хворих обох груп були депресивний настрій (91,8 ± 2,7 % у ПГ1а, 75,5 ± 4,3 % — ПГ1б, 95,5 ± 2,1 % — ПГ2а та 87,5 ± 3,3 % — ПГ2б), психічна тривога (80,6 ± 4,0 % у ПГ1а, 83,7 ± 3,7 % — ПГ1б, 81,8 ± 3,9 % — ПГ2а, 62,5 ± 4,8 % у ПГ2б), соматична тривога (92,9 ± 2,6 % у ПГ1а, 85,7 ± 3,5 % — ПГ1б, 86,4 ± 3,4 % та 82,3 ± 3,8 % у ПГ2а і ПГ2б), зниження працездатності та активності (100 % у групі 1 та 86,4 % у ПГ2а і 84,4 % у ПГ2б), порушення сну і загальносоматичні прояви (94,9 ± 2,2 % у ПГ1а, 89,8 ± 3,0 % — ПГ1б, 88,6 ± 3,2 % — ПГ2а, 94,8 ± 2,2 % — ПГ2б).

Таблиця 1. Депресивні прояви у пацієнтів з хронічним панкреатитом за Hamilton Depression Rating Scale

Показники	Група 1 (n = 147)				Група 2 (n = 140)			
	ПГ1а (n = 98)		ПГ1б (n = 49)		ПГ2а (n = 44)		ПГ2б (n = 96)	
	> 0	x	> 0	x	> 0	x	> 0	x
Депресивний настрій	91,8 ± 2,7	1,18	75,5 ± 4,3	1,06	95,5 ± 2,1	1,43*	87,5 ± 3,3	1,16*
Почуття провини	61,2 ± 4,9	0,62	51,0 ± 5,0	0,51	61,4 ± 4,9	0,75*	50,0 ± 5,0	0,5*
Суїцидальні наміри	33,7 ± 4,7	0,34	28,6 ± 4,5	0,29	52,3 ± 5,0	0,52	34,4 ± 4,7	0,34
Раннє безсоння	78,6 ± 4,1	0,84	67,3 ± 4,7	0,78	65,9 ± 4,7	0,77	68,8 ± 4,6	0,74
Середнє безсоння	44,9 ± 5,0	0,52	49,0 ± 5,0	0,61	65,9 ± 4,7	0,80	59,4 ± 4,9	0,72
Пізнє безсоння	52,0 ± 5,0	0,60	44,9 ± 5,0	0,73	50,0 ± 5,0	0,82	54,2 ± 5,0	0,59
Працездатність та активність	100	1,29*	100	1,49*	86,4 ± 3,4	1,07	84,4 ± 3,6	1,01
Загальмованість	43,9 ± 5,0	0,44	30,6 ± 4,6	0,31	31,8 ± 4,7	0,32	41,7 ± 4,9	0,42
Ажитація	63,3 ± 4,8	0,90	67,3 ± 4,7	0,96	70,0 ± 4,6	1,09*	56,3 ± 5,0	0,7*
Психічна тривога	80,6 ± 4,0	1,2	83,7 ± 3,7	0,98	81,8 ± 3,9	1,05	62,5 ± 4,8	0,91
Соматична тривога	92,9 ± 2,6	1,46*	85,7 ± 3,5	1,14*	86,4 ± 3,4	1,2	82,3 ± 3,8	1,2
ШКТ-симптоми	42,9 ± 4,9	0,43	34,7 ± 4,8	0,35	45,5 ± 5,0	0,45	44,8 ± 5,0	0,45
Загальносоматичні симптоми	94,9 ± 2,2	1,12	89,8 ± 3,0	1,29	88,6 ± 3,2	1,14	94,8 ± 2,2	1,25
Генітальні симптоми	34,7 ± 4,8	0,35	38,8 ± 4,9	0,39	45,5 ± 5,0	0,45	34,4 ± 4,7	0,34
Іпохондрія	58,2 ± 4,9	0,62*	81,6 ± 3,9	0,94*	70,5 ± 4,6	0,84*	55,2 ± 5,0	0,55*
Зниження маси тіла	15,3 ± 3,6	0,15	14,3 ± 3,5	0,14	34,1 ± 4,7	0,34*	15,6 ± 3,6	0,16*
Усереднені показники	12,1 ± 3,8		12,0 ± 4,4		13,0 ± 5,3*		11,0 ± 3,7*	

Примітка. Виділений **жирним** та позначений * текст — $p < 0,05$

Такі параметри як почуття провини ($61,2 \pm 4,9\%$ у ПГ1а та $51,0 \pm 5,0\%$ у ПГ1б; $61,4 \pm 4,9\%$ у ПГ2а та $50,0 \pm 5,0\%$ у ПГ2б), суїцидальні тенденції ($33,7 \pm 4,7\%$ у ПГ1а, $28,6 \pm 4,5\%$ — ПГ1б, $52,3 \pm 5,0\%$ — ПГ2а, $34,4 \pm 4,7\%$ — ПГ2б), загальмованість ($43,9 \pm 5,0\%$ у ПГ1а, $30,6 \pm 4,6\%$ — ПГ1б, $31,8 \pm 4,7\%$ — ПГ2а, $41,7 \pm 4,9\%$ — ПГ2б) або ажитація ($63,3 \pm 4,8\%$ — ПГ1а, $67,3 \pm 4,7\%$ — ПГ1б, $70,0 \pm 4,6\%$ — ПГ2а, $56,3 \pm 5,0\%$ — ПГ2б), іпохондрія ($58,2 \pm 4,9\%$ у ПГ1а, $81,6 \pm 3,9\%$ — ПГ1б, $70,5 \pm 4,6\%$ — ПГ2а та $55,2 \pm 5,0\%$ — ПГ2б), зниження маси тіла ($15,3 \pm 3,6\%$ у ПГ1а, $14,3 \pm 3,5\%$ у ПГ1б, $34,1 \pm 4,7\%$ у ПГ2а та $15,6 \pm 3,6\%$ у ПГ2б), генітальні ($34,7 \pm 4,8\%$ у ПГ1а, $38,8 \pm 4,9\%$ — ПГ1б, $45,5 \pm 5,0\%$ — ПГ2а, $34,4 \pm 4,7\%$ — ПГ2б) чи ШКТ-симптоми ($42,9 \pm 4,9\%$ у ПГ1а, $34,7 \pm 4,8\%$ — ПГ1б, $45,5 \pm 5,0\%$ — ПГ2а, $44,8 \pm 5,0\%$ — ПГ2б) характеризували індивідуальну специфіку психічного стану опитуваних і корелювали з більшою тяжкістю зрушень у психоемоційній сфері.

Усереднені показники депресивних проявів у опитуваних становили: $12,1 \pm 3,8$ бали у ПГ1а та $12,0 \pm 4,4$ бали у ПГ1б, $13,0 \pm 5,3$ бали у ПГ2а та $11,0 \pm 3,7$ бали у ПГ2б. Рівень вираженості депресивного стану у жінок з АХП був значимо вищим порівняно з чоловіками з даною патологією.

У жінок з алкогольним ХП вираженість гіпотимії була вищою у порівнянні з опитуваними жінками з біліарним ХП ($1,18 \pm 0,6$ бали у ПГ1а та $1,43 \pm 0,7$ бали у ПГ2а, $p < 0,05$).

Також зареєстровано вищий рівень вираженості суїцидальних намірів у пацієнток з АХП на відміну від хворих жінок з БХП ($0,34 \pm 0,48$ бали у ПГ1а та $0,52 \pm 0,51$ у ПГ2а, $p < 0,05$), поверхневий неспокійний сон ($0,52 \pm 0,63$ бали у ПГ1а та $0,8 \pm 0,67$ бали у ПГ2а, $p < 0,05$), зниження маси тіла ($0,15 \pm 0,36$ бали у ПГ1а та $0,34 \pm 0,48$ бали у ПГ2а, $p < 0,05$).

Захворювання на ХП значно впливало на працездатність респондентів. Виявлено більшу вираженість негативного впливу на активність у групі 1 порівняно з групою 2 ($1,29 \pm 0,45$ та $1,49 \pm 0,54$ бали у ПГ1а та ПГ1б; $1,07 \pm 0,73$ та $1,01 \pm 0,57$ бали у ПГ2а і ПГ2б, $p < 0,05$).

У чоловіків з БХП показники іпохондрії були більшими, на відміну від опитуваних з АХП ($0,94 \pm 0,56$ бали у ПГ1б та $0,55 \pm 0,5$ бали у ПГ2б, $p < 0,05$), тоді як поміж жінок навпаки вищий рівень зареєстровано у респонденток з панкреатитом алкогольної етіології ($0,62 \pm 0,57$ бали у ПГ1а та $0,84 \pm 0,64$ бали у ПГ2а, $p < 0,05$).

Поміж чоловіків також виявлено вищий рівень напруженості у пацієнтів з БХП ($0,96 \pm 0,84$ бали у ПГ1а та $0,70 \pm 0,65$ бали у ПГ2б, $p < 0,05$).

Гендерні відмінності проявлялися у більшому прояві гіпотимії ($1,43 \pm 0,7$ бали у ПГ2а та $1,16 \pm 0,64$ бали у ПГ2б, $p < 0,05$), почутті провини ($0,75 \pm 0,69$ бали у ПГ2а та $0,50 \pm 0,49$ бали у ПГ2б, $p < 0,05$), напруженості ($1,09 \pm 0,88$ бали у ПГ2а та $0,70 \pm 0,69$ бали у ПГ2б, $p < 0,05$), іпохондрії ($0,84 \pm 0,64$ бали у ПГ2а та $0,55 \pm 0,5$ бали у ПГ2б, $p < 0,05$) та зниження маси тіла ($0,34 \pm 0,48$ бали у ПГ2а та $0,16 \pm 0,36$ бали у ПГ2б, $p < 0,05$) у жінок з АХП порівняно з чоловіками однойменної групи.

У чоловіків з БХП, на відміну від осіб протилежної статі з даної групи, виявлено вищі рівні зниження активності ($1,29 \pm 0,45$ бали у ПГ1а та $1,49 \pm 0,54$ бали у ПГ1б, $p < 0,05$) та іпохондрії ($0,62 \pm 0,57$ бали у ПГ1а та $0,94 \pm 0,56$ бали у ПГ1б, $p < 0,05$), тоді як у жінок — соматичної тривоги ($1,46 \pm 0,76$ бали у ПГ1а та $1,14 \pm 0,65$ бали у ПГ1б, $p < 0,05$).

У структурі депресивних станів серед жінок з БХП без депресії зареєстровано $12,2 \pm 3,3\%$ опитуваних та

переважав легкий депресивний стан — у $51,1 \pm 5,0\%$, у $30,6 \pm 4,6\%$ виявлено депресивний синдром середньої тяжкості, а у $6,1 \pm 2,4\%$ — тяжкий депресивний стан (табл. 2).

Серед чоловіків з БХП кількість опитуваних без депресії становила $20,4 \pm 4,0\%$, на легкий та середньої тяжкості припадало $40,8 \pm 4,9\%$ та $26,5 \pm 4,4\%$, тоді як тяжкий депресивний стан виявлено у $12,3 \pm 3,3\%$ пацієнтів.

Серед жінок з АХП виявлено $20,5 \pm 4,0\%$ опитуваних без депресії, $34,0 \pm 4,7\%$ осіб з легким, $20,5 \pm 4,0\%$ — середньої тяжкості та $25,0 \pm 4,3\%$ з тяжким депресивним станом.

У $18,8 \pm 3,9\%$ чоловіків з АХП ознаки депресії були відсутніми, у $60,4 \pm 4,9\%$ виявлено легкий депресивний стан, тоді як середньої тяжкості та тяжкий діагностовано відповідно у $14,6 \pm 3,5\%$ та $6,2 \pm 2,4\%$ респондентів.

Вкрай тяжкий депресивний стан не було виявлено у жодній з досліджуваних груп.

Узагальнюючи, можна стверджувати, що у пацієнтів з БХП обох статей та чоловіків з АХП переважав депресивний стан легкого ступеня прояву, тоді як у жінок з АХП депресивні прояви характеризувалися більшою вираженістю.

Таблиця 2. Структура депресивних станів у пацієнтів з хронічним панкреатитом ($x \pm \%$)

Депресивний стан: рівень прояву	Група 1, n = 147		Група 2, n = 140	
	ПГ1а (n = 98)	ПГ1б (n = 49)	ПГ2а (n = 44)	ПГ2б (n = 96)
відсутній	12,2 ± 3,3	20,4 ± 4,0	20,5 ± 4,0	18,8 ± 3,9
легкий	51,1 ± 5,0	40,8 ± 4,9	34,0 ± 4,7	60,4 ± 4,9
середньої тяжкості	30,6 ± 4,6	26,5 ± 4,4	20,5 ± 4,0	14,6 ± 3,5
тяжкий	6,1 ± 2,4	12,3 ± 3,3	25,0 ± 4,3	6,2 ± 2,4
вкрай тяжкий	0	0	0	0

Було виявлено такі усереднені рівні тривожних проявів по групам: у жінок з БХП показник становив $13,8 \pm 5,3$ бали та був нижчим порівняно з пацієнтками з АХП — $16,1 \pm 4,5$ бали, тоді як у чоловіків — $13,3 \pm 5,0$ балів у ПГ2а та $13,8 \pm 4,1$ — у ПГ2б.

Домінуючими поміж тривожних станів були тривожний настрій, проявами якого були: заклопотаність, очікування того, що трапиться щось погане, тривожні побювання, дратівливість ($90,8 \pm 2,9\%$ у ПГ1а, $63,3 \pm 4,8\%$ у ПГ1б, $90,9 \pm 2,9\%$ — ПГ2а та $71,9 \pm 4,5\%$ — ПГ2б) у поєднанні з гіпотимією ($85,7 \pm 3,5\%$ — ПГ1а, $75,5 \pm 4,3\%$ — ПГ1б, $95,5 \pm 2,1\%$ — ПГ2а, $87,5 \pm 3,3\%$ — ПГ2б), що виражалася у пригніченості, втраті інтересу до діяльності, яка раніше подобалася, добових коливаннях настрою; гастроінтестинальні ($88,8 \pm 3,2\%$ — ПГ1а, $79,6 \pm 4,0\%$ — ПГ1б, $72,7 \pm 4,5\%$ — ПГ2а та $75,0 \pm 4,3\%$ — ПГ2б) — утруднення ковтання, метеоризм, біль у животі, нудота, порушення по кишечнику та вегетативні симптоми ($85,7 \pm 3,5\%$ у ПГ1а, $63,3 \pm 4,8\%$ у ПГ1б, 100% у ПГ2а та $82,3 \pm 3,8\%$ — ПГ2б) — сухість у роті, зміни кольору шкірних покривів, пітливість, головний біль; інсомнія ($87,8 \pm 3,3\%$ у ПГ1а, $83,7 \pm 3,7\%$ — ПГ1б, $88,6 \pm 3,2\%$ — ПГ2а, $82,3 \pm 3,8\%$ — ПГ2б); напруження ($68,4 \pm 4,7\%$ у ПГ1а, $69,4 \pm 4,6\%$ — ПГ1б, $70,5 \pm 4,6\%$ — ПГ2а, $56,3 \pm 5,0\%$ — ПГ2б) у вигляді внутрішньої стисненості, тремтіння, нездатності розслабитися та страхи ($68,4 \pm 4,7\%$ у ПГ1а, $65,3 \pm 4,8\%$ — ПГ1б, $70,5 \pm 4,6\%$ — ПГ2а, $87,5 \pm 3,3\%$ — ПГ2б) (табл. 3).

Нижченаведені прояви характеризували індивідуальні особливості прояву тривожних станів: інтелектуальні зрушення ($52,0 \pm 5,0$ % у ПГ1а, $65,3 \pm 4,8$ % — ПГ1б, $79,5 \pm 4,0$ % — ПГ2а, $74,0 \pm 4,4$ % — ПГ2б), що виражалися в утрудненні концентрації уваги, погіршенні пам'яті, сповільненні когнітивних процесів; соматичні м'язові ($61,2 \pm 4,9$ % — ПГ1а, $71,4 \pm 4,5$ % — ПГ1б, $61,4 \pm 4,9$ % — ПГ2а, $40,6 \pm 4,9$ % — ПГ2б) — напруження, гіпертонус та біль у м'язах, судоми; серцево-судинні ($67,3 \pm 4,7$ % — ПГ1а, $63,3 \pm 4,8$ % — ПГ1б, $70,5 \pm 4,6$ % — ПГ2а, $84,4 \pm 3,6$ % — ПГ2б) — тахікардія, серцебиття,

стискаючий біль в грудній клітці, пульсація судин; респіраторні ($64,3 \pm 4,8$ % — ПГ1а, $73,5 \pm 4,4$ % — ПГ1б, $81,8 \pm 3,9$ % — ПГ2а, $80,2 \pm 4,0$ % — ПГ2б) — відчуття нестачі повітря, неможливість вдихнути на повні груди; сечостатевої ($56,1 \pm 5,0$ % у ПГ1а, $69,4 \pm 4,6$ % — ПГ1б, $86,4 \pm 3,4$ % — ПГ2а, $61,5 \pm 4,9$ % — ПГ2б) — часте сечовипускання, менорагії, зниження лібідо, передчасна еякуляція та сенсорні симптоми ($26,5 \pm 4,4$ % — ПГ1а, $42,9 \pm 4,9$ % — ПГ1б, $65,9 \pm 4,7$ % — ПГ2а та $55,2 \pm 5,0$ % — ПГ2б) — шум у вухах, нечіткість зору, припливи жару, парестезії.

Таблиця 3. Тривожні прояви у пацієнтів з хронічним панкреатитом за Hamilton Anxiety Rating Scale

Симптоми	Група 1 (n = 147)				Група 2 (n = 140)			
	ПГ1а (n = 98)		ПГ1б (n = 49)		ПГ2а (n = 44)		ПГ2б (n = 96)	
	> 0	x	> 0	x	> 0	x	> 0	x
Тривожний настрій	90,8 ± 2,9	1,2*	63,3 ± 4,8	0,88*	90,9 ± 2,9	1,48*	71,9 ± 4,5	1,02*
Напруження	68,4 ± 4,7	1,05	69,4 ± 4,6	0,98	70,5 ± 4,6	1,09*	56,3 ± 5,0	0,7*
Страхи	68,4 ± 4,7	1,01	65,3 ± 4,8	0,98	70,5 ± 4,6	1,02*	87,5 ± 3,3	1,26*
Інсомнія	87,8 ± 3,3	1,37	83,7 ± 3,7	1,35	88,6 ± 3,2	1,32	82,3 ± 3,8	1,31
Інтелектуальні порушення	52,0 ± 5,0	0,84	65,3 ± 4,8	0,86	79,5 ± 4,0	1,16	74,0 ± 4,4	1,11
Депресивний настрій	85,7 ± 3,5	1,12	75,5 ± 4,3	1,06	95,5 ± 2,1	1,43*	87,5 ± 3,3	1,16*
Соматичні м'язові	61,2 ± 4,9	0,79*	71,4 ± 4,5	1,1*	61,4 ± 4,9	0,84*	40,6 ± 4,9	0,52*
Соматичні сенсорні	26,5 ± 4,4	0,35	42,9 ± 4,9	0,53	65,9 ± 4,7	0,75	55,2 ± 5,0	0,61
Серцево-судинні	67,3 ± 4,7	1,34	63,3 ± 4,8	1,18	70,5 ± 4,6	1,43	84,4 ± 3,6	1,42
Респіраторні	64,3 ± 4,8	0,85	73,5 ± 4,4	0,94	81,8 ± 3,9	0,95	80,2 ± 4,0	1,07
Гастроінтестинальні	88,8 ± 3,2	1,29*	79,6 ± 4,0	1,0*	72,7 ± 4,5	1,16	75,0 ± 4,3	1,0
Сечостатевої	56,1 ± 5,0	0,61	69,4 ± 4,6	0,78	86,4 ± 3,4	0,86	61,5 ± 4,9	0,73
Вегетативні	85,7 ± 3,5	1,22*	63,3 ± 4,8	0,86*	100	1,7*	82,3 ± 3,8	1,16*
Поведінка при огляді	63,3 ± 4,8	0,78	75,5 ± 4,3	0,78	84,1 ± 3,7	0,84	69,8 ± 4,6	0,72
Усереднені показники	13,8 ± 5,3		13,3 ± 5,0		16,1 ± 4,5*		13,8 ± 4,1*	

Примітка. Виділений **жирним** та позначений * текст — $p < 0,05$

Виявлено низку відмінностей у тривожних проявах між досліджуваними групами (див. табл. 3). У жінок з АХП були вищими рівні тривожного ($1,2 \pm 0,63$ бали у ПГ1а та $1,48 \pm 0,88$ бали у ПГ2а, $p < 0,05$) та депресивного настрою ($1,12 \pm 0,65$ бали у ПГ1а та $1,43 \pm 0,7$ бали у ПГ2а, $p < 0,05$), ознаки інтелектуальних порушень ($0,84 \pm 0,88$ бали у ПГ1а та $1,16 \pm 0,75$ бали у ПГ2а, $p < 0,05$), вегетативних ($1,22 \pm 0,82$ бали у ПГ1а та $1,7 \pm 0,46$ бали у ПГ2а, $p < 0,05$), соматичних сенсорних ($0,35 \pm 0,63$ бали у ПГ1а та $0,75 \pm 0,61$ бали у ПГ2а, $p < 0,05$) та сечостатевих симптомів ($0,61 \pm 0,59$ бали у ПГ1а та $0,86 \pm 0,35$ бали у ПГ2а, $p < 0,05$).

У чоловіків з БХП були вищими рівні напруження ($0,98 \pm 0,83$ бали у ПГ1б та $0,7 \pm 0,69$ бали у ПГ2б, $p < 0,05$) та соматичні м'язові симптоми ($1,1 \pm 0,82$ бали у ПГ1б та $0,52 \pm 0,7$ бали у ПГ2б, $p < 0,05$), та нижчими — страхи ($0,98 \pm 0,83$ бали у ПГ2а та $1,26 \pm 0,76$ бали у ПГ2б, $p < 0,05$) і вегетативні прояви ($0,86 \pm 0,76$ бали у ПГ2а та $1,16 \pm 0,77$ бали у ПГ2б, $p < 0,05$).

Гендерні особливості тривожних станів виражалися у більшому прояві тривожного настрою ($1,2 \pm 0,63$ бали у ПГ1а та $0,88 \pm 0,81$ бали у ПГ1б; $1,48 \pm 0,88$ бали у ПГ2а та $1,02 \pm 0,78$ бали у ПГ2б, $p < 0,05$), вегетативних симптомів у жінок в обох групах ($1,22 \pm 0,82$ бали у ПГ1а

та $0,86 \pm 0,76$ бали у ПГ1б; $1,7 \pm 0,46$ бали у ПГ2а та $1,16 \pm 0,77$ бали у ПГ2б, $p < 0,05$), на відміну від чоловіків з біліарною та алкогольною етіологією ХП, у вищому рівні гастроінтестинальних ($1,29 \pm 0,81$ бали у ПГ1а та $1,0 \pm 0,65$ бали у ПГ1б, $p < 0,05$) і нижчому — соматичних м'язових проявів у пацієнток з БХП ($0,79 \pm 0,72$ бали у ПГ1а та $1,1 \pm 0,82$ бали у ПГ1б, $p < 0,05$). У опитуваних жіночої статі з АХП також виявлено вищий рівень напруженості ($1,09 \pm 0,88$ бали у ПГ2а та $0,7 \pm 0,69$ бали у ПГ2б, $p < 0,05$), депресивного настрою ($1,43 \pm 0,7$ бали у ПГ2а та $1,16 \pm 0,64$ бали у ПГ2б, $p < 0,05$), соматичних м'язових симптомів ($0,84 \pm 0,78$ бали у ПГ2а та $0,52 \pm 0,7$ бали у ПГ2б, $p < 0,05$) та менший — проявів страхів ($1,02 \pm 0,9$ бали у ПГ2а та $1,26 \pm 0,76$ бали у ПГ2б, $p < 0,05$), на відміну від чоловіків з ХП алкогольної етіології.

У структурі тривожних станів у жінок з БХП виявлено $43,8 \pm 5,0$ % опитуваних без виражених симптомів тривоги, $27,6 \pm 4,5$ % та $27,6 \pm 4,5$ % — з тривожними проявами легкого і середнього ступеня, тяжкий тривожний стан діагностувався у $1,0 \pm 1,0$ % пацієнтів. Для чоловіків з БХП ситуацію була подібною: у $51,0 \pm 5,0$ % тривожного стану не виявлено, $32,7 \pm 4,7$ % та $14,3 \pm 3,5$ % хворих мали прояви легкого та середнього ступеня і у $2,0 \pm 1,4$ % виявлено тяжкий тривожний стан (табл. 4).

Таблиця 4. Структура тривожних станів у пацієнтів з хронічним панкреатитом, (x ± %)

Рівень прояву	Група 1 (n = 147)		Група 2 (n = 140)	
	ПГ1а (n = 98)	ПГ1б (n = 49)	ПГ2а (n = 44)	ПГ2б (n = 96)
Відсутній тривожний стан	43,8 ± 5,0	51,0 ± 5,0	25,0 ± 4,3	37,5 ± 4,8
Тривожні прояви легкого ступеня	27,6 ± 4,5	32,7 ± 4,7	40,9 ± 4,9	41,7 ± 4,9
Тривожні прояви середньої тяжкості	27,6 ± 4,5	14,3 ± 3,5	27,3 ± 4,5	20,8 ± 4,1
Тяжкий тривожний стан	1,0 ± 1,0	2,0 ± 1,4	6,8 ± 2,5	0

Серед жінок з АХП була більшою кількістю осіб з тривожними станами різного ступеня вираженості: 40,9 ± 4,9 % — з легким, 27,3 ± 4,5 % — середньої тяжкості, 6,8 ± 2,5 % — з тяжким проявом і лише 25,0 ± 4,3 % — без тривожних розладів. У чоловіків з АХП домінували тривожні прояви легкого ступеня у 41,7 ± 4,9 % та у 37,5 ± 4,8 % були відсутні, у 20,8 ± 4,1 % пацієнтів-чоловіків виявлені тривожні прояви середньої тяжкості (див. табл. 4).

Таким чином, вивчення проявів депресивних та тривожних станів у хворих з ХП біліарної та алкогольної етіології виявило таке:

- Більш ніж у 80 % пацієнтів з ХП виявляються депресивні та тривожні стани різного ступеня вираженості.
 - Афективна та невротична симптоматика у хворих на ХП виражена різноманітними симптомами.
 - До загальних симптомів, які спостерігалися у 75 % опитуваних, належать депресивний чи тривожний настрій, напруження, соматична тривога, зниження активності, загальносоматичні прояви, порушення сну, гастроінтестинальні та вегетативні симптоми.
 - Специфіку психоемоційного профілю визначали почуття провини, суїцидальні тенденції, загальмованість, ажитація, іпохондрія, зниження маси тіла, інтелектуальні, соматичні м'язові, серцево-судинні, респіраторні, сечостатевої та сенсорні симптоми.
 - У структурі афективних та невротичних станів домінували розлади легкого та середнього ступеня тяжкості.
 - Найвищий рівень депресивних та тривожних розладів виявлено у жінок з АХП. У пацієнток з АХП виявлено вищі рівні гіпотимії, суїцидальних тенденцій, почуття провини, іпохондрії, напруженості, розладів сну, інтелектуальних порушень, соматичних сенсорних, сечостатевих та вегетативних симптомів.
 - Наявні гендерні відмінності у вираженості симптомів депресії та тривоги у хворих з БХП та АХП.
- Поширеність та структура депресивних та тривожних станів у пацієнтів з хронічним панкреатитом вказують

на необхідність розроблення програм, спрямованих на ранню діагностику та терапію цих розладів, як елемента комплексної медико-психологічної допомоги хворим гастроентерологічного профілю.

Список літератури

1. Современные подходы к диетическому питанию больных хроническим панкреатитом [Текст] / [Н. В. Харченко, Г. А. Анохина, И. А. Коруля и др.] // Здоров'я України. — 2011. — № 4 (22). — С. 17—18.
2. Коваль В. Ю. Особливості хронічних панкреатитів на Закарпатті [Електронний ресурс] / В. Ю. Коваль, Е. Й. Архій, О. О. Болдіжар // Гастроентерологія. — 2013. — № 3 (49). — Режим доступу : <http://www.mif-ua.com/archive/article/36818#prettyPhoto>
3. Halloran С. Хронічний панкреатит [Text] / С. Halloran // Внутренняя медицина. — 2009. — № 4 (16). — С. 44—47.
4. Короткевич О. И. Хронический панкреатит: от патогенеза к терапии [Электронный ресурс] / О. И. Короткевич // Русский медицинский журнал. — 2009. — № 19. — Режим доступа : http://www.rmj.ru/articles_6765.htm
5. Различные виды пограничных соматических расстройств у пациентов с хроническим панкреатитом и пути их коррекции [Текст] / Ю. А. Гарипова, В. Л. Юлдашев, Ф. А. Зарудный [и др.] // Вестник ЮУрГУ. — 2011. — № 7. — С. 109—112.
6. Hamilton M. A rating scale for depression [Text] / M. Hamilton // Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry. — 1960. — № 23. — P. 56—62.
7. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации [Текст] / под ред. А. Н. Белова, О. Н. Щепетова. — М.: Антидор, 2002. — 440 с.

Надійшла до редакції 05.03.2015 р.

КУТОВА Наталія Валеріївна, лікар-психолог Медичного учбово-діагностичного центру м. Харкова, здобувач кафедри сексології та медичної психології Харківської медичної академії післядипломної освіти, м. Харків

KUTOVA Nataliia, Physician-psychologist of Medical training and diagnostic center of Kharkiv; Competitor of the Department of Sexology and Medical Psychology of Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv