© О.М. Москаль, 2017

УДК 616.33/.342-002.44-031.7:616.36]-02-056:159.942.972

О.М. МОСКАЛЬ
Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб, Ужгород

ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ХВОРИХ ПРИ ГЕПАТОГЕННИХ ВИРАЗКОВИХ УРАЖЕННЯХ ШЛУНКОВО-ДВАНАДЦЯТИПАЛОКИШКОВОЇ ДІЛЯНКИ ТРАВНОГО ТРАКТУ

Досліджено психоемоційний статус хворих із гепатогенною виразкою та виразковою хворобою дванадцятипалої кишки. У обидвох групах обстежених хворих є виражені розлади психоемоційної сфери у вигляді тривожних та депресивних тенденцій, нестійкості емоційної сфери та невротизації особистості.

Ключові слова: гепатогенні виразки, виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, психологічний статус

Вступ. Не викликає сумніву той факт, що виразкова хвороба шлунка і особливо виразкова хвороба дванадцятипалої кишки (ДПК) відноситься до психосоматичних захворювань [3]. Психосоматичні співвідношення при виразковій хворобі ДПК продовжують залишатися однією із найактуальніших проблем сучасної гастроентерології [1]. У кінці XX ст. були створені новітні схеми терапії даного захворювання, основою яких ерадикація Helicobacter pylori (Hp), якому була відведена роль провідного фактора, що приводить до утворення виразок. Однак, не зважаючи на широке впровадження анти-Hp-терапії як в Україні, так і за кордоном, кількість хворих з даною патологією не тільки не зменшилось, але продовжує зростати [5]. До того ж, на сьогодні показано, що Hp виявляється не у всіх пацієнтів з виразковою хворобою ДПК, як вважали спочатку [4]. Багато вчених все більше значення надають ролі психосоматичних факторів в ульцерогенезі [6]. Тому слід враховувати при розробці терапії не тільки соматичний компонент захворювання, але і психоемоційний статус хворого. Нервово-психічні порушення, які виникають при захворюваннях печінки, в тому числі при цирозах, давно привертають увагу клініцистів. Але до цього часу це все ще не до кінця вивчена проблема. При розвитку цирозу печінки та портальної гіпертензії спостерігається поступове поглиблення нервово-психічних порушень. Спочатку з'являються астенічні стани, в подальшому формується психоорганічний синдром, на фоні якого можуть періодично виникати психотичні стани [2].

Мета дослідження. Вивчити психологічний статус особистості хворих на виразкову хворобу ДПК та симптоматичну гепатогенну виразку та виявити різницю у психологічному статусі хворих при даних захворюваннях.

Матеріали та методи. Нами було обстежено 36 хворих, які розділені на дві групи:

I група – хворі із хронічними захворюваннями печінки та поєднаною патологією шлунково-кишкового тракту (ШКТ) – 22 хворих (61%);

II група – хворі з пептичною виразкою дванадцятипалої кишки – 14 хворих (39%).

Вік хворих коливався від 23 до 61 року, середній вік складав 48±1,66 року.

У 1-ій групі хворих із хронічними захворюваннями печінки та поєднаною патологією ШКТ було 14 (64%) чоловіків і 8 (36%) жінок. Серед них було 7 (32%) хворих із цирозом печінки і 15 (68%) хворих – із хронічним алкогольним гепатитом.

У 2-ій групі всі хворі були з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки, серед яких – 7 (50%) чоловіків і 7 (50%) жінок.

Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб без психічної чи соматичної патології, віком від 24 до 65 років, із яких 11 жінок та 9 чоловіків. Середній вік пацієнтів контрольної групи склав 41±2,91 року.

Усім хворим 2-ї групи проводилася фіброезофагодуоденоскопія. У 15 (68%) хворих було виявлено ерозивне ураження шлунка і ДПК (у 12 хворих – ерозії з локалізацією у воротарній частині шлунка, у 3 – в цибулині ДПК), у 7 (32%) хворих – гепатогенна виразка з локалізацією у воротарній частині шлунка.

Для виявлення психоемоційних змін та прихованих психологічних розладів ми використовували набір анкетних тестів: тест Люшера (тест вибору кольору), тест САН (тест диференційної самооцінки функціонального стану), опитувальник Спілбергера (шкала реактивної та особистісної тривожності) та опитувальник Айзенка (для визначення рівня нейротизму і показників екстра- та інтроверсії). Результати тестування оцінювали в балах.

Результати досліджень та їх обговорення. *1. Результати тестування за методикою Люшера.* При проведенні обстеження хворих на гепатогенну виразку (ГВ) та хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки (ВХ ДПК) за методикою Люшера, перш за все, обидві групи хворих ми порівнювали із контрольною групою практично здорових людей. В результаті у хворих на гепатогенну виразку, у порівнянні із контрольною групою, виявлено достовірне підвищення значень тривоги та нестійкості емоційної сфери. Отже, у хворих на ГВ наявний середній рівень тривоги, у порівнянні із контрольною групою, де виявлена незначна ситуаційна тривога, а також нестійкою

при ГВ є емоційна сфера, тоді як у контрольній групі – вона є стійкою.

При порівнянні психологічного статусу хворих на виразкову хворобу ДПК (2 група хворих) з контрольною групою ми виявили аналогічні зміни зі змінами при ГВ.

При порівнянні психологічного профілю чоловіків і жінок, хворих на гепатогенну виразку та виразкову хворобу ДПК виявлена тенденція до підвищення рівня тривоги у жінок обох груп та рівня нестабільності емоційної сфери у чоловіків з ГВ, а в 2-ій групі – у жінок.

Обстеження психологічного статусу проводилося при поступленні в стаціонар та перед випискою, тобто після отримання курсу лікування.

Статистично достовірне зниження рівня тривоги (із середньої до деякої ситуаційної) отримано тільки у групі хворих з гепатогенною виразкою.

Аналізуючи психологічний статус хворих на ГВ та ВХ ДПК за методикою Люшера, слід вказати, що в обох групах хворих рівень тривоги виявився середнім і не мав достовірної різниці, а саме – в першій групі 4,82±0,36 і 4,64±0,82 у другій групі, що свідчило про достовірну вищу тривогу, ніж у пацієнтів контрольної групи, які мали показник 2,40±0,39, що вказує на можливу в нормі певну ситуаційну тривогу. Рівень тривоги дещо вищим був у жінок, ніж у чоловіків, особливо при ВХ ДПК, але ці показники недостовірні.

Показник стану емоційної сфери у обох групах був також близьким: 5,05±0,37 при ГВ та 5,36±0,40 при ВХ ДПК, що свідчить про достовірну нестійкість емоційної сфери у порівнянні з контрольною групою практично здорових осіб, де показник емоційної сфери вказує на її стійкість (3,15±0,51).

Отже, за методикою Люшера, як при симптоматичній ГВ, так і при ВХ ДПК значно підвищена тривога супроводжується нестійкістю емоційної сфери. Під впливом лікування у обох групах хворих спостерігалася тенденція до покращення психологічного профілю, але достовірно змінився лише показник тривоги у хворих на симптоматичну ГВ, де він від середнього рівня тривоги зменшився до ситуаційної тривожності, тобто до норми.

2. Результати тестування за методикою САН.

Обстежуючи загальний стан хворих на ГВ та ВХ ДПК за методикою САН, при порівнянні обох груп хворих із контрольною групою, ми виявили статистично достовірне зниження показників самопочуття, активності та настрою.

Також ми порівнювали обидві групи хворих між собою. Зниження показників самопочуття, активності і настрою у хворих на ВХ ДПК у порівнянні із хворими на ГВ, виявилося статистично недостовірним.

Порівнюючи показники за статтю у обох групах хворих, нижчі рівні активності, самопочуття та настрою у жінок виявилися статистично недостовірними.

Показники самопочуття, активності та настрою порівнювалися нами у динаміці. Ми отримали статистично достовірне підвищення всіх показників після курсу лікування у обох групах хворих (рис. 1).

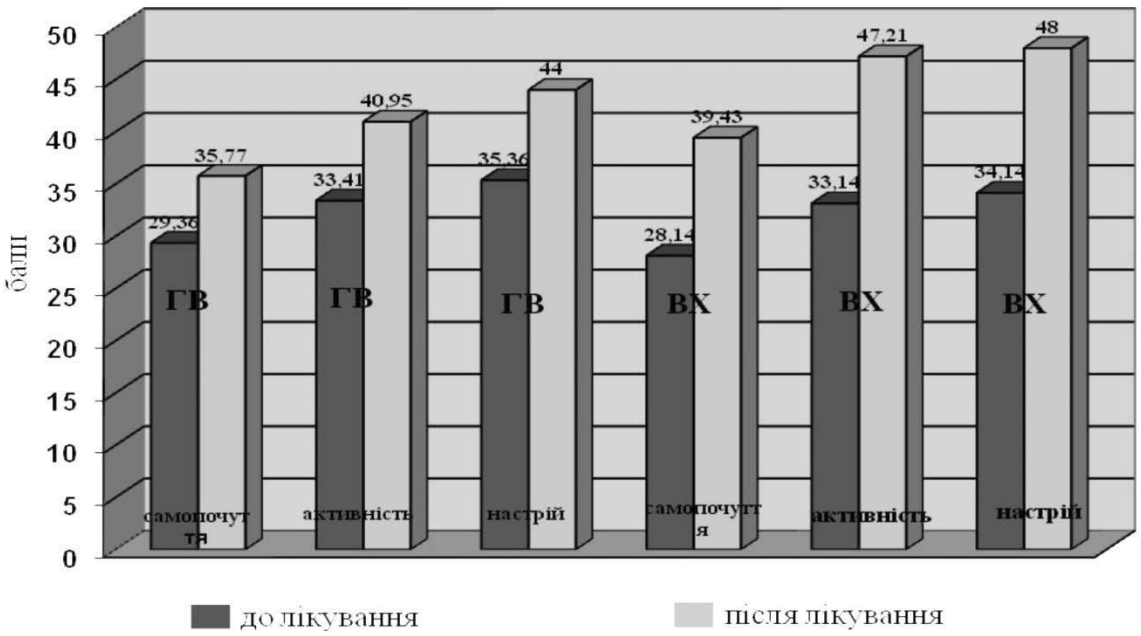

Рис. 1. Динаміка показників самопочуття, активності та настрою у хворих на ГВ та ВХ ДПК до і після курсу лікування.

Самопочуття із поганого стало середнім у обох групах, активність залишилася на середньому рівні, але стала вищою ніж до лікування, настрій також достовірно підвищився, але залишався в межах середнього показника.

Аналізуючи отримані нами показники у хворих на симптоматичну гепатогенну виразку та виразкову хворобу ДПК за методикою САН, виявлено достовірне погіршення самопочуття, зокрема 29,36±2,29 при ГВ та 28,14±2,66 при ВХ ДПК, проти 46,20±2,17 у практично здорових контрольної групи; зниження активності, а саме: 33,41±2,78 при ГВ та 33,14±3,41 при ВХ ДПК проти 49,15±2,52 та погіршення настрою, при ГВ до показника – 35,36±2,89, а при ВХ ДПК – до 34,14±3,45 при нормі 51,75±2,36. Щодо чоловіків і жінок спостерігалася тенденція до нижчих показників у жінок, але вона виявилася недостовірною, як і відносно показників тесту Люшера. Спостерігаючи за динамікою показників САН, при закінченні курсу стаціонарного лікування у хворих як на симптоматичну ГВ, так і на ВХ ДПК спостерігається достовірне покращення самопочуття (при ГВ – 35,77±2,29 та 39,43±2,18 при ВХ ДПК), активності (ГВ – 40,95±2,73 та 47,21±2,95 при ВХ ДПК) та настрою (ГВ – 44,00±2,44 та 48,00±2,45 при ВХ ДПК). Активність хворих на ВХ ДПК після лікування навіть досягає рівня практично здорових.

Отже, загальний стан хворих за даними САН погіршується в обох групах пацієнтів і значно покращується під впливом лікування, хоч далеко не всі показники повністю нормалізуються.

3. Результати тестування за методикою Спілбергера.

Тестування за методикою Спілбергера у хворих на гепатогенну виразку та виразкову хворобу ДПК дало можливість виявити, що значення реактивної та особистісної тривожності були достовірно вищими у порівнянні із практично здоровими особами (рис. 2).

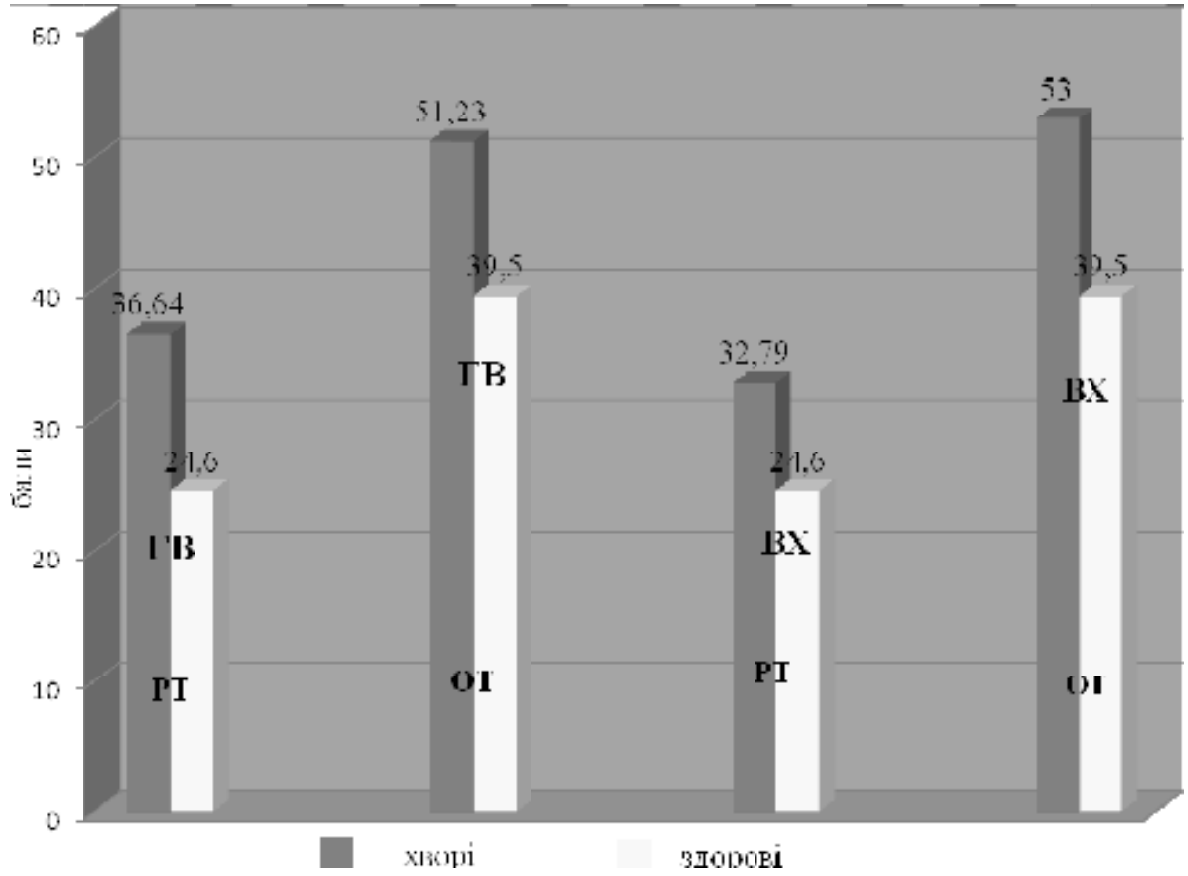

Рис. 2. Рівень реактивної та особистісної тривожності у хворих на ГВ та ВХ ДПК.

Рівні особистісної та реактивної тривожності в обох групах мінялися односпрямовано і не мали достовірних відмінностей.

Порівнюючи показники за статтю у обох групах хворих, ми отримали статистично достовірне підвищення реактивної тривожності (РТ) та особистісної тривожності (ОТ) у жінок, які хворіють на гепатогенну виразку, тоді як у жінок, хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки, таке підвищення показників було недостовірним (рис. 3).

Після проведеного лікування відзначено статистично достовірне зниження показників реактивної та особистісної тривожності в обох групах хворих (табл. 1).

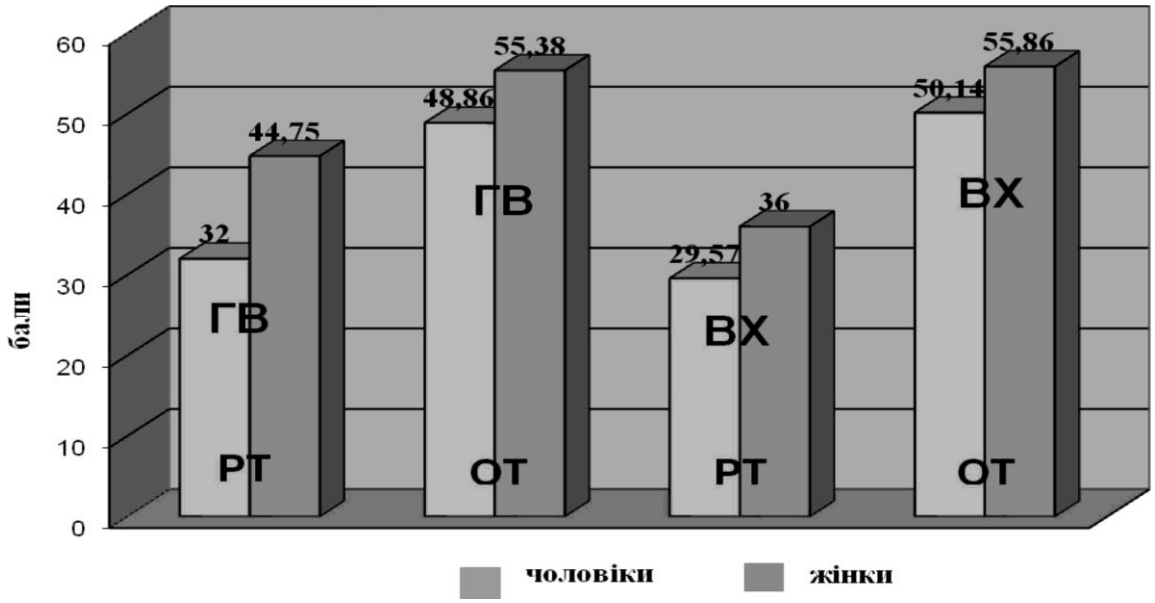

Рис. 3. Рівень РТ та ОТ у хворих на ГВ та ВХ ДПК залежно від статі.

Таблиця 1

Динаміка показників реактивної та особистісної тривожності у хворих на гепатогенну виразку та виразкову хворобу до і після курсу лікування

Групи хворих / Тривожність	Хворі з гепатогенною виразкою		Хворі з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
РТ, бали	36,64±2,04	29,23±1,42#	32,79±2,40	23,64±0,96*
ОТ, бали	51,23±2,05	42,55±1,68#	53,00±1,92	43,79±2,34*

#p<0,05 ; *p<0,01 після лікування

Аналізуючи отримані нами дані за методикою Спілбергера, ми спостерігали підвищені рівні РТ та ОТ в обох групах хворих та достовірне їх пониження після проведеного лікування.

4. Результати тестування за методикою Айзенка.

Порівнюючи обидві групи хворих за методикою Айзенка із контрольною групою, ми виявили достовірне підвищення рівня нейротизму в обох групах, причому у групі хворих з гепатогенною виразкою він помірно виражений (15,36±0,62), а в групі хворих з виразковою хворобою ДПК – виражений (16,92±1,16). Показник екстраінтравертованості у обох групах хворих та контрольній групі свідчить про помірно виражену інтравертованість (рис. 4).

При порівнянні даних показників у чоловіків і жінок в обох групах значні відмінності виявлено тільки за рівнем нейротизму у жінок з ВХ ДПК. Він становить 19,57±1,09 бала і є значно вираженим, що свідчить про виражену психоемоційну напруженість. У групі хворих на ГВ рівень нейротизму у жінок теж підвищений порівняно із чоловіками, але це підвищення не є статистично достовірним. У жінок, хворих на виразкову хворобу, також виявлено статистично достовірне підвищення рівня інтравертованості (виражена інтравертованість). У групі хворих на ГВ інтравертованість як у чоловіків, так і у жінок помірно виражена. Між ними немає статистично достовірної різниці (табл. 2).

Слід відзначити, що тест Айзенка в обох групах досліджуваних нами хворих на ГВ та ВХ ДПК свідчить про односпрямованість психоемоційних порушень у хворих та їх покращення під впливом лікування. Однак, за тестом Айзенка психоемоційний профіль жінок, хворих на ВХ ДПК, погіршується значніше ніж у чоловіків, на відміну від хворих на ГВ жінок і чоловіків.

Отже, усі тести з дослідження психологічних характеристик хворих на ГВ і ВХ ДПК є досить інформативними і засвідчують значні порушення психоемоційного статусу цього контингенту хворих, що слід враховувати при їх лікуванні.

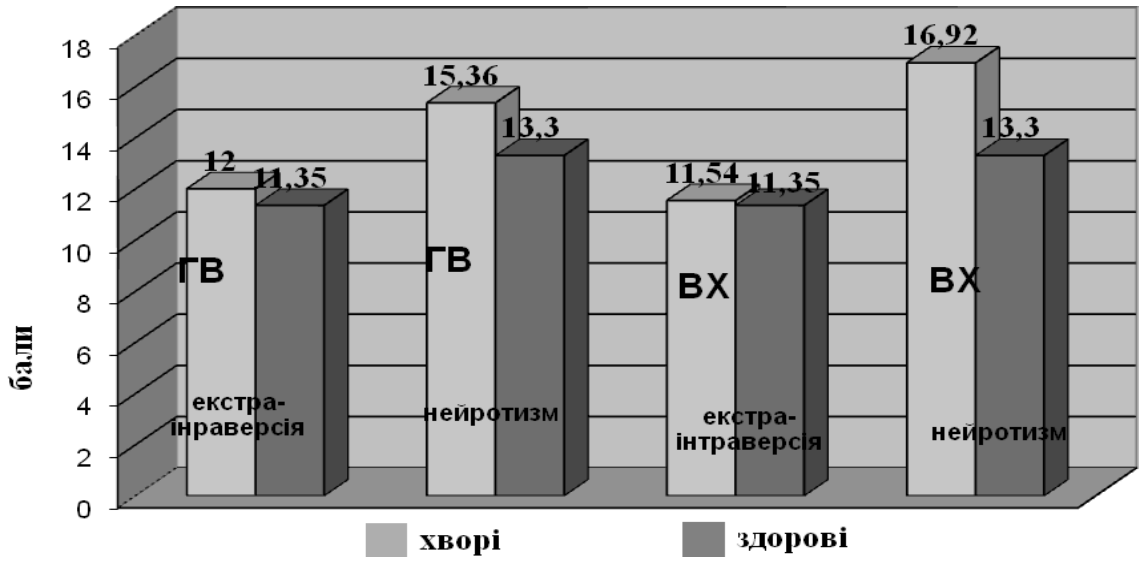

Рис. 4. Середні значення показників психологічного статусу хворих на ГВ та ВХ ДПК за тестом Айзенка.

Таблиця 2

Середні значення показників психологічного статусу хворих на гепатогенну виразку та виразкову хворобу дванадцятипалої кишки залежно від статі

Стать / Показник	Чоловіки з гепатогенною виразкою	Жінки з гепатогенною виразкою	Чоловіки з виразковою хворобою ДПК	Жінки з виразковою хворобою ДПК
Екстра-інтраверсія	12,69±0,94	10,88±1,14#	13,29±1,36	9,57±0,90*
Нейротизм	14,79±0,72	16,38±1,10#	13,86±1,14	19,57±1,09**

** p<0,01; * p<0,05; # p>0,05 порівняно з чоловіками

Висновки. У хворих на гепатогенну виразку та виразкову хворобу ДПК є виражені розлади психоемоційної сфери у вигляді тривожних та депресивних тенденцій, нестійкості емоційної сфери та невротизації особистості:

1. За методикою Люшера в обох групах хворих рівень тривоги виявився середнім і був достовірно вищим, ніж у пацієнтів контрольної групи. Спостерігалася тенденція до дещо вищого рівня тривоги у жінок, ніж у чоловіків, особливо при ВХ ДПК. Показник стану емоційної сфери у обох групах свідчить про достовірну нестійкість емоційної сфери у порівнянні з контрольною групою практично здорових осіб.

2. За методикою САН ми виявили достовірне погіршення самопочуття, зниження активності та погіршення настрою у обох групах хворих.

3. Тестування за методикою Спілбергера дало можливість виявити, що значення реактивної та особистісної тривожності були достовірно вищими у порівнянні із практично здоровими особами. Порівнюючи показники за статтю у обох групах хворих, ми отримали статистично достовірне підвищення РТ та ОТ у жінок, які хворіють на гепатогенну виразку.

4. Порівнюючи обидві групи хворих за методикою Айзенка із контрольною групою, ми виявили достовірне підвищення рівня нейротизму у обох групах. При порівнянні показників чоловіків і жінок у обох групах значні відмінності виявлено тільки за рівнем нейротизму у жінок з виразковою хворобою ДПК, у яких він є значно вираженим.

5. При проведенні дослідження психоемоційного статусу хворих у динаміці виявлено статистично достовірне зниження показників реактивної та особистісної тривожності, покращення самопочуття, активності та настрою після проведення курсу лікування.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Бабак О.Я. Фармакотерапия пептических язв желудка и двенадцатиперстной кишки / О.Я. Бабак, Г.Д. Фадеенко. — Харьков: Основа, 1997. — 150 с.
2. Ващенко М.А. Об изменениях нервной системы у больных вирусным гепатитом и циррозом печени / М.А. Ващенко, О.В. Новикова // Вирусы и вирусные заболевания. — 1982. — Вып. 10. — С. 10—15.

3. Волков В.С. Влияние психических нарушений на течение язвенной болезни / В.С. Волков, Л.Е. Смирнова // Клиническая медицина. — 1996. — № 6. — С.81—82.
4. Гриневич В.Б. Особенности язвенной болезни, не связанной с Helicobacter pylori / В.Б. Гриневич // Терапевтический архив. — 2002. — № 2. — С. 24—27.
5. Ивашкин В.Т. Helicobacter pylori — революция в гастроэнтерологии / В.Т. Ивашкин, Т.Л. Лапина, Ф. Мегро. — М.: Триада, 1999. — 258 с.
6. Циммерман Я.С. Психосоматическая медицина и проблема язвенной болезни / Я.С. Циммерман, Ф.В. Белоусов // Клиническая медицина. — 1999. — № 8. — С. 9—16.

O.M. MOSKAL

Uzhhorod National University, Medical Faculty, Department of Propedeutics to Internal Medicine, Uzhhorod

PSYCHOLOGICAL STATUS OF PATIENTS AT HEPATOGENIC ULCEROUS LESIONS OF GASTRODUODENAL REGION OF DIGESTIVE REGIONOF DIGESTIVE TRACT

The investigation of emotional status in patients with hepatogenic ulcer and duodenal ulcer was conducted. In both groups of surveyed patients were revealed expressed disorders of psycho-emotional sphere in the form of anxiety and depressive tendencies, emotional instability and neurotic personality.

Key words: hepatogenic ulcer, duodenal ulcer, psychological status

Стаття надійшла до редакції: 2.12.2016 р.