Особливості нейропсихологічних показників у пацієнтів із виразкою дванадцятипалої кишки в стадії загострення та ремісії

О.В. Демидас

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Київ, Україна

Анотація. Мета: дослідження особливостей нейропсихологічних показників у пацієнтів з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки в стадії загострення та в стадії ремісії. **Об'єкт і методи дослідження.** Проведено комплексне нейропсихологічне обстеження 84 пацієнтів з виразкою дванадцятипалої кишки (ВДК) в стадії загострення, з них повторно 84 в стадії ремісії захворювання. Вік обстежуваних осіб становив 25–60 років. Середній вік пацієнтів — $39,90 \pm 1,29$ року. Усі обстежені поділені на дві групи за ознакою наявності загострення чи ремісії виразкової хвороби. У контрольну групу включили 30 практично здорових осіб без соматичної патології. Для дослідження нейропсихологічних характеристик пацієнтам проведені нейропсихологічне тестування, яке передбачало визначення рівнів конституційної та реактивної тривожності за шкалою Спілбергера — Ханіна, рівня депресії за шкалою Бека, оцінка самопочуття, активності та настрою за допомогою опитувальника САН, оцінка когнітивних порушень за допомогою шкали MMSE, оцінка швидкості переключення уваги та динаміки працездатності за допомогою таблиць Шульте. **Результати.** Досліджено, що рівень особистісної тривожності має тісний кореляційний зв'язок із тривалістю виразкової хвороби ($r=0,86$). Виявлені ознаки депресивних розладів різного ступеня вираження за шкалою Бека у 79 (76,6%) пацієнтів у стадії загострення ВДК та у 31 (36,9%) в ремісії ВДК. При оцінці функціонального стану за допомогою опитувальника САН у хворих з ВДК встановлено статистично достовірне зниження показників самопочуття, активності та настрою у період загострення ВДК ($p<0,05$). Також виявлений кореляційний зв'язок середньої сили між рівнем особистісної тривожності та виявленням когнітивних порушень за шкалою MMSE ($r=0,53$). Встановлена кореляція між рівнем депресії та виявленням когнітивних порушень за шкалою MMSE ($r=0,49$). **Висновки.** Проаналізувавши дані нейропсихологічного тестування, встановлено, що для пацієнтів з ВДК є характерними прояви дисфункції нервової системи, зокрема тривожність, депресивні розлади, зниження самопочуття та когнітивні порушення. **Ключові слова:** виразка дванадцятипалої кишки, нейропсихологічні особливості, депресія, тривожність, самопочуття.

Вступ

Проблема психосоматичної патології в останні роки стала однією з найважливіших у сучасній клінічній медицині [1, 2]. Психосоматичні захворювання надзвичайно поширені, особливо у високорозвинених країнах, причому у зв'язку з прогресуючою стресогенністю суспільства зберігається стійка тенденція до їх зростання [3]. У 54–100% пацієнтів із виразкою дванадцятипалої кишки (ВДК) виявляють порушення у психічній сфері, у 50–60% — соматичні неврози та депресію [5]. 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 [5, 6]. У цьому процесі вирішальну роль відіграють емоції, що детермінують усю діяльність організму, забезпечуючи майже миттєву інтеграцію всіх його функцій [6, 7]. Часто саме психологічний дистрес, що є неспецифічним тригером, а не виразка сама по собі, змушує пацієнта звернутися до лікаря [8]. Наявність межових психічних розладів у пацієнтів із ВДК негативно впливає на перебіг захворювання і є однією з причин зниження працездатності [9]. Тому терапія виключно гастроентерологічних симптомів не завжди є результативною, оскільки не усуває емоційні та вегетативні порушення, що є ланками патогенезу [10, 11]. Враховуючи зазначене, аналіз результатів дослідження нейропсихологічних характеристик у пацієнтів із ВДК у стадії загострення та ремісії є актуальним як для удосконалення діагностики, так і оптимізації підходів у терапевтичній практиці.

Мета: дослідження особливостей нейропсихологічних показників у пацієнтів із ВДК в стадії загострення та ремісії.

Об'єкт і методи дослідження

Проведено комплексне обстеження 84 пацієнтів із ВДК у стадії загострення та 84 — повторно в стадії ремісії захворювання. Пацієнти проходили обстеження та лікування у відділенні гастроентерології та центрі шлунково-кишкових кровотеч Київської міської клінічної лікарні № 12, яка є клінічною базою

кафедри неврології № 2 Національного університету охорони здоров'я 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 (1-ша група) чи ремісії ВДК (2-га група). Контрольну групу становили 30 практично здорових осіб без соматичної патології.

Всім пацієнтам проведено комплексне нейропсихологічне обстеження. Оцінку вираженості тривожності проводили за шкалою Спілбергера — Ханіна з дослідженням реактивної та особистісної тривожності. Для інтерпретації результатів використовували такі орієнтовні оцінки: 0–30 балів — низький, 31–45 — помірний, >45 балів — високий рівень тривожності.

Для визначення рівня депресії використовували шкалу депресії Бека. Для інтерпретації результатів оцінювали кількість виявлених балів: 0–9 — відсутність депресивних симптомів, 10–15 — легка, 16–19 — помірна, 20–29 — виражена, 30–63 — тяжка депресія.

Для оцінки самопочуття, активності та настрою використовували методику САН. Середній бал шкали дорівнює 4. Оцінка >4 балів свідчить про сприятливий стан випробуваного, <4 — про несприятливий стан. Нормальні оцінки стану знаходяться в діапазоні 5,0–5,5 балу.

Для виявлення когнітивних порушень в обстежених пацієнтів використана коротка шкала оцінки психічного статусу (Mini Mental State Examination — MMSE). Ця шкала є достатньо надійним методом для первинного скринінгу когнітивних розладів, у тому числі деменції. Максимально можна набрати 30 балів, що відповідає найбільш високому когнітивним здібностям. Чим нижчий результат тесту, тим більш виражений когнітивний дефіцит.

Для визначення стійкості уваги і динаміки працездатності використовували таблиці Шульте. Оцінювали швидкість виконання в кожній групі пацієнтів. За результатами проходження кожної таблиці побудована крива виснаження (стомлюваності), що відображає стійкість уваги та працездатність в динаміці.

Дані обчислені з використанням персонального комп'ютера та пакета програм для обробки та аналізу статистичної інформації «STATISTICA 6.0». Кореляційний аналіз здійснювали за допомогою критерію Спірмена. Залежно від величини кореляції слабким вважали зв'язок при $r < 0,3$ – $0,5$, помірним — при $r = 0,5$ – $0,7$ та сильним — при $r > 0,7$. Напрямок виявленого зв'язку вказує позитивний або негативний знак коефіцієнту кореляції. Відмінності вважали значимими при $p < 0,05$.

Результати та їх обговорення

За допомогою шкали Спілберґера — Ханіна в обстежених групах визначені рівні реактивної та особистісної тривожності (табл. 1). Виявлено, що у пацієнтів із ВДК у стадії загострення середній рівень особистісної тривожності становить $61,8 \pm 4,94$, а реактивної — $60,2 \pm 3,12$, що відповідає рівню високої тривожності за двома показниками. При цьому високу особистісну тривожність відмічали у 63,4%, помірну — 32,3%, низьку — 4,3% пацієнтів. Реактивну високу тривожність мали 65,2%, помірну — 30,5%, низьку — 4,3% хворих. У пацієнтів із ВДК в стадії ремісії захворювання відмічали зниження середнього показника особистісної ($41,26 \pm 2,1$) та реактивної тривожності ($42,4 \pm 2,75$) до рівня помірної тривожності. При цьому високу особистісну тривожність виявлено у 35,2%, помірну — 58,11%, низьку — 6,69% пацієнтів. Реактивну високу тривожність мали 37,1%, помірну — 56,21%, низьку — 6,69% пацієнтів. У контрольній групі середній показник особистісної тривожності становив $25,4 \pm 1,2$, реактивної — $23,9 \pm 1,4$, що відповідає рівню низької тривожності за двома показниками. При цьому високу особистісну тривожність відмічали у 3,2%, помірну — 29,4%, низьку — 67,4% пацієнтів. Високу реактивну тривожність зафіксовано у 2,89%, помірну — 29,01%, низьку — 68,1% пацієнтів. При оцінці тривожності за допомогою шкали Спілберґера — Ханіна виявлено, що значення реактивної та особистісної тривожності у пацієнтів із ВДК у стадії загострення були достовірно вищими, ніж у пацієнтів із ВДК в стадії ремісії ($p < 0,05$). Також визначено, що ці показники вірогідно відрізнялися від таких у групі контролю ($p < 0,05$). Виявлено, що рівень особистісної тривожності має тісний кореляційний зв'язок із тривалістю ВДК ($r = 0,86$). Також відмічена кореляція між рівнем реактивної тривожності та частотою загострення ВДК ($r = 0,68$).

Таблиця 1 Рівні реактивної та особистісної тривожності

Рівень тривожності	При ВДК в стадії загострення (n=84), %	При ВДК в стадії ремісії (n=84), %	Група контролю (n=30), %
	Особистісна	тривожність	
Високий	63,4	32,5	3,2
Помірний	32,3	58,11	29,4
Низький	4,3	6,69	67,4
	Реактивна	тривожність	
Високий	65,2	37,1	2,89
Помірний	30,5	56,21	29,01
Низький	4,3	6,69	68,1

Ознаки депресивних розладів різного ступеня вираженості за шкалою Бека виявлено у 79 (76,6%) пацієнтів у стадії загострення ВДК, у 31 (36,9%) — в ремісії ВДК та у 2 (6,6%) пацієнтів контрольної групи. Середній рівень депресії в 1-й групі становив $17,9 \pm 2,1$ бала, що відповідає помірній депресії. При цьому депресія була відсутня у 21 (20,3%) пацієнта, легкий ступінь — у 52 (50,4%), у 17 (16,5%) — помірний, у 7 (6,7%) — виражений та у 3 (2,9%) — тяжкий. Середній рівень депресії в 2-й групі становив $10,1 \pm 1,2$ бала, що відповідає легкій депресії. При цьому депресія була відсутня у 53 (63%) пацієнтів, легкий ступінь виявлено у 20 (23,8%), у 10 (11,9%) — помірний та у 1 (1,1%) — високий. У контрольній групі середній рівень депресії становив $6,1 \pm 0,8$ бала, що відповідає відсутності депресивних розладів. При цьому депресія відсутня у 28 (93,3%) пацієнтів, легкий ступінь відмічено у 2 (6,6%) пацієнтів. У період загострення ВДК рівень депресії був достовірно вищим, ніж у період ремісії захворювання ($p < 0,05$). Визначено, що ці показники вірогідно відрізнялися від таких у групі контролю

($p < 0,05$). Також виявлено, що у 77 (74,7%) пацієнтів із ВДК в стадії загострення депресія та тривога були коморбідними.

При оцінці функціонального стану за допомогою опитувальника САН у хворих із ВДК виявили статистично достовірне зниження показників самопочуття, активності та настрою у період загострення захворювання порівняно з пацієнтами в стадії ремісії та групою контролю (табл. 2). У пацієнтів 1-ї групи середній показник самопочуття становив $2,9 \pm 1,8$, активності — $3,2 \pm 2,4$ та настрою — $3,4 \pm 3,1$ бала, що вказує на зниження активності, погіршення самопочуття та настрою у пацієнтів цієї групи. У пацієнтів із ВДК в стадії ремісії відмічали достовірне покращення самопочуття — $4,3 \pm 2,85$, активності — $4,1 \pm 2,44$ та настрою — $4,5 \pm 2,15$ бала, результати цієї групи знаходяться в межах середнього показника. У групі контролю показник самопочуття становив $5,4 \pm 2,12$, активності — $5,1 \pm 2,31$ та настрою — $5,9 \pm 2,44$ бала, що вказує на нормальний функціональний стан обстежуваних цієї групи.

Таблиця 2 Оцінка функціонального стану за допомогою опитувальника САН

Середній показник	При ВДК в стадії загострення (n=84)	При ВДК в стадії ремісії (n=84)	Група контролю (n=30)
Самопочуття	$2,9 \pm 1,8$	$4,3 \pm 2,85$	$5,4 \pm 2,12$
Активність	$3,2 \pm 2,4$	$4,1 \pm 2,44$	$5,1 \pm 2,31$
Настрій	$3,4 \pm 3,1$	$4,5 \pm 2,15$	$5,9 \pm 2,44$

При визначенні когнітивних порушень за допомогою шкали MMSE виявлено, що ці показники були практично однаковими у пацієнтів із ВДК в стадії загострення та ремісії. Середній показник становив $26,45 \pm 1,56$ у пацієнтів 1-ї та $26,89 \pm 1,21$ — 2-ї групи. При цьому деменція помірного та тяжкого ступеня не виявлена в жодного обстежуваного. Ці показники відрізнялися від результатів тестування в контрольній групі, в яких порушення когнітивних функцій за шкалою MMSE взагалі не виявлено, а середній показник становив $29,39 \pm 0,81$ бала. Встановлений кореляційний зв'язок середньої сили між рівнем особистісної тривожності та виявленням когнітивних порушень за шкалою MMSE ($r = 0,53$). Також мала місце кореляція між рівнем депресії та виявленням когнітивних порушень за шкалою MMSE ($r = 0,49$).

Середня швидкість виконання таблиць Шульте у пацієнтів із ВДК в стадії загострення становила $51,8 \pm 2,42$ с, що демонструє дещо знижену концентрацію уваги у пацієнтів цієї групи. У пацієнтів із ВДК в стадії ремісії цей показник знаходився в межах норми — $48,85 \pm 1,98$ с. Ці показники достовірно відрізнялися порівняно з групою контролю ($p < 0,05$), де середня швидкість виконання становила $40,94 \pm 2,01$ с. За результатами витраченого на вирішення кожної окремої таблиці Шульте часу побудована «крива виснаження», що відображає стійкість уваги та працездатність в динаміці. В усіх досліджуваних групах час виконання коливався незначно, але у пацієнтів із ВДК у стадії загострення відзначали чітке збільшення часового проміжку в роботі з 2-ю та 5-ю таблицями, що може свідчити про коливання уваги та втомлюваність (рисунок).

Рисунок Час на читання таблиць Шульте, який витрачають хворі на ВДК у стадії загострення та ремісії

Висновки

Для пацієнтів із ВДК характерними є прояви дисфункції нервової системи, зокрема тривожність, депресивні розлади, погіршення самопочуття та когнітивні порушення. Порівняння результатів тестування в динаміці (в загостренні ВДК та в ремісії) дозволили зробити висновок, що в ремісії психоемоційний стан хворих достовірно покращується ($p < 0,05$). Наявність змін в емоційній сфері у пацієнтів із ВДК негативно впливає на перебіг захворювання і є однією з причин зниження якості життя та працездатності. Досліджені нейропсихологічні характеристики у пацієнтів із ВДК в стадії загострення та ремісії можуть бути використані як для удосконалення діагностики, так і оптимізації підходів у терапевтичній практиці щодо пацієнтів із ВДК.

Робота виконана в рамках дисертаційної роботи «Клініко-неврологічні, нейропсихологічні та параклінічні характеристики у пацієнтів з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки».

Конфлікт інтересів

Конфлікту інтересів немає.

Список використаної літератури

1. Александровский Ю.А. (2002) Пограничные психические расстройства при соматических заболеваниях. Психиатрия и психофармакотерапия, 4(1): 16–22.
2. Фирсова Л.Д., Машарова А.А., Бордин Д.С., Янова О.Б. (2011) Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки. Планида, Москва, 52 с.
3. Фирсова Л.Д. (2003) Особенности психической сферы больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки на разных стадиях заболевания. Тер. арх., 2: 21–23.
4. Балобанов В.Ю. (2008) Ноотропные соединения и их влияние на качество жизни больных язвенной болезнью. Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопрокт., 5: 238.
5. Ахмадулина Г.Х. (2004) Выявление факторов риска, предрасполагающих к развитию язвенной болезни у студенческой молодежи. Экспер. и клин. гастроэнтерол., 1: 143–148.
6. Опарин А.А. (2005) Психосоматические расстройства как маркеры определения прогноза и тяжести течения язвы двенадцатиперстной кишки у студентов. Сучас. гастроентерол., 1(21): 16–18.
7. Лапин И.П. (2001) Нейрокинуренины: стресс, тревога, депрессия, алкоголизм, эпилепсия. Междунар. мед. журн., 3: 81–86.
8. Циммерман Я.С., Телянер И.И. (2008) Концепция патогенеза язвенной болезни и перспективы ее лечения. Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопрокт., 3: 35–41.
9. Вейн А.М. (2000) Неврозы в практике невролога. Междунар. мед. журн., 4: 31–35.
10. Bratia V. (2005) Stress and the gastrointestinal tract. J. Gastroenterol. Hepatol., 20(3): 332–339. DOI: 10.1111/j.1400-1746.2004.03508.x
11. Levenstein S. (2002) Bellyaching in these pages: upper gastrointestinal disorders in Psychosomatic medicine. J. Psychosom. Med., 64(5): 767–772. DOI: 10.1097/00006842-200209000-00009

Інформація про автора:

Демидас Олена Василівна — аспірант кафедри неврології № 2 Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Київ, Україна.

Адреса для кореспонденції:

Демидас Олена Василівна
04112, Київ, вул. Дорогожичська, 9
E-mail: o.demydas@ukr.net

Distinctive neuropsychological indicators in patients suffering from peptic ulcer in the acute phase and in remission

O.V. Demydas

Shupyk national healthcare university of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Abstract. *Aim of the study* is to analyze the distinctive patterns of the neuropsychological indicators in patients suffering from peptic ulcer (PU) in the acute phase and in remission. **Research methodology.** 84 patients suffering from PU were comprehensively examined while in the acute phase of the disease and then all 84 were reexamined while in remission. The age range of the patients was from 25 to 60 years. The average age was 39.90 ± 1.29 years. The examined individuals were separated into two groups based on whether they presented symptoms of an acute phase or remission of the PU. The control group comprised 30 generally healthy individuals with no somatic conditions. In order to identify and study distinctive neuropsychological indicators, the patients were subjected to a comprehensive examination, which included trait and state anxiety levels monitoring based on the Spielberg — Khanin scale, depressive state evaluation using Beck Depression Inventory, self-perceived health assessment, mood, and activity monitoring using the SAN questionnaire, cognitive impairment evaluation using the MMSE scale, and the assessment of the refocusing speeds and performance distribution using Schulte tables. **Findings.** It was identified that the level of trait anxiety closely correlates with the duration of the PU ($r = 0.86$). When tested using Beck Depression Inventory, 79 patients (76.6%) in the acute phase of PU and 31 patients (36.9%) in remission demonstrated signs of a depressive disorder at varying levels of intensity. Assessment using the SAN questionnaire revealed a statistically significant decrease in the levels of self-perceived health, mood, and activity in patients suffering from PU in the acute phase ($p < 0.05$). The research allowed to determine a moderate correlation between the levels of trait anxiety and the cognitive impairment levels identified using the MMSE scale ($r = 0.53$). Moreover, a correlation between the levels of depression and the cognitive impairment levels identified using the MMSE scale was also determined ($r = 0.49$). **Conclusions.** Having analyzed the data obtained from the neuropsychological testing, it was concluded that the manifestations of the nervous system dysfunction, such as anxiety, depressive disorder, cognitive impairment, and overall lower levels of wellbeing, typically occur in patients suffering from PU.

Key words: peptic ulcer, distinctive neuropsychological indicators, depression, anxiety, physical and mental wellbeing.

Information about the author:

Demydas Olena V. — PhD student of Neurology Department № 2 of Shupyk national healthcare university of Ukraine, Kyiv, Ukraine.

Address for correspondence:

Olena Demydas
04112, Kyiv, Dorohozhytska str., 9
E-mail: o.demydas@ukr.net

Надійшла до редакції/Received: 13.01.2022

Прийнято до друку/Accepted: 28.01.2022