Summary

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF PYELOVESICAL BYPASS IN THE TREATMENT OF PYELONEPHRITIS

Ivashchenko D.M., Dudchenko M.O., Kravtsiv M.I., Shevchuk M.P., Prykhidko R.A.

Key words: pyelonephritis, ureteral stent, antibiotic therapy.

Based on the widespread incidence of acute pyelonephritis, which is one of the most common inflammatory diseases of the urinary system, it is important to conduct searching for improved treatment methods, which would ensure higher effectiveness of clinical regression of the process and minimize the extent of manipulations and pharmacotherapy. Pyelovesical bypass is one of these methods. The aim of this study is to investigate the efficacy of pyelovesical drainage of the urinary tract in the course of acute pyelonephritis in comparison with conservative methods of treatment in order to identify its advantages and disadvantages. To assess the effect of urinary tract drainage, we analyzed the clinical findings of patients with acute obstructive pyelonephritis, who underwent pyelovesical stenting and compared them with standard conservative treatment methods. According to the data obtained, we can conclude that pyelovesical stenting procedure in cases of acute obstructive pyelonephritis provides a statistically significant acceleration of the regression of clinical manifestations of kidney inflammation, such as hyperthermic reaction, pain syndrome, inflammatory changes in the blood and urine, parameters of ultrasonic dynamics. Thus, in the presence of clinical indications, appropriate technical conditions, devices and qualified surgeons to perform stenting, we can recommend this method as an effective means of integrated treatment for this renal pathology.

DOI 10.31718/2077-1096.21.4.43

УДК 616.34:616.89-008.454

Криворучко І.Г., Скрипник І.М., Приходько Н.П., Щербак О.В., Якимишина Л.І.

ОСОБЛИВОСТІ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНОГО СИНДРОМУ У ПАЦІЄНТІВ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ КИШЕЧНИКА

Полтавський державний медичний університет

Функціональні захворювання кишечника часто супроводжуються розвитком тривожно-депресивних розладів, які є важливою медико-соціальною проблемою. Мета – дослідити поширеність та вираженість тривожно-депресивного синдрому у пацієнтів із функціональними розладами кишечника в залежності від гендерних особливостей. Матеріали і методи. Обстежено 165 пацієнтів, яких у залежності від фенотипу функціонального розладу кишечника обстежених розподілено на групи: I група (n=27) – пацієнти із функціональним закрепом; II група (n=28) – пацієнти із функціональним здуттям живота; III група (n=27) – пацієнти із функціональною діареєю; IV група (n=27) – пацієнти із синдромом подразненого кишечника із закрепом; V група (n=27) – пацієнти із синдромом подразненого кишечника за змішаним типом; VI група (n=29) – пацієнти із синдромом подразненого кишечника з діареєю. Наявність тривоги та депресії оцінювали за допомогою госпітальної шкали тривоги і депресії (The Hospital Anxiety and Depression Scale). Результати дослідження і їх обговорення. Найбільші частота і ступінь тяжкості синдрому тривоги зареєстрований у групі хворих на синдром подразненого кишечника з діареєю, а найнижчі – у пацієнтів із функціональним закрепом, здуттям та діареєю. Субклінічні та клінічні прояви депресії найчастіше спостерігались у пацієнтів із різними фенотипами синдрому подразненого кишечника: у 13 (48,2%) хворих із закрепами, у 10 (37%) – із змішаним синдромом і у 8 (27,6%) із діареєю. Частота тривожно-депресивних розладів зростала у жіночій популяції за умов наявності синдрому подразненого кишечника. Висновки: ризик розвитку тривожно-депресивних розладів зростає у хворих на синдром подразненого кишечника жіночої статі.

Ключові слова: функціональні розлади кишечника, госпітальна шкала тривоги та депресії, абдомінальний біль, діарея, запор.

Стаття є фрагментом НДР кафедри внутрішньої медицини №1 Полтавського державного медичного університету «Удосконалення діагностичних підходів та оптимізація лікування захворювань органів травлення у поєднанні з іншими хворобами систем організму». Шифр та номер держреєстрації 0117 У 000300.

Вступ

За даними мета-аналізу [7], близько 30-40% дорослих мають симптоми, пов'язані з порушеннями функціонування травної системи, серед яких найчастіше зустрічаються функціональні розлади кишечника (ФРК). Відповідно до даних дослідження[10], поширеність синдрому подразненого кишечника (СПК) у всьому світі складає від 10 до 25% дорослого населення.

Основою патогенезу ФРК є вісь «головний

мозок – кишечник», котра являє собою нервово-анатомічний субстрат із взаємним впливом між психосоціальними чинниками і кишечником. Даний зв'язок забезпечує передачу інформації за допомогою нейромедіаторів від емоційних і когнітивних центрів головного мозку, які відповідають за мнестичні процеси, почуття, спогади, відчуття болю, до кишечника і навпаки. За структурою виділяють два типи зв'язків ЦНС, а саме з мієнтеричним нервовим сплетінням та з вісцеральними м'язами й іншими структурами органів

мішеней. За рахунок даної взаємодії забезпечується сенсорна, моторна, ендокринна, вегетативна та імунна функції кишечника, а також його реакція на процеси запалення [11]. Важливо, що такі емоції, як страх, гнів, тривога, больові стимули, психічний і фізичний стрес можуть як сповільняти, так і стимулювати моторну функцію кишечника шляхом впливу його на скоротливу активність та індукцію акту дефекації. Одночасно, гіпер моторика та запалення його слизової оболонки можуть посилити висхідний вісцеральний шлях передачі імпульсів і вплинути на ділянки мозку, потенціюючи вираженість болю, що призводить до зміни психічного функціонування, формування тривоги і депресії [5, 9].

Таким чином, на сучасному етапі розвитку суспільства серед загально-медичних проблем особливої актуальності набуває проблема патології афективної сфери, особливо, тривожних і депресивних розладів. Наявність супутнього депресивного та тривожного синдромів встановлено приблизно у 25% пацієнтів лікарів загальної практики [13, 17]. Відповідно до даних епідеміологічних досліджень, розповсюдженість депресивних розладів в Європі складає 11-15%, що відповідає першому місцю у структурі причин непрацездатності. Поширеність тривожних розладів складає 4% у структурі причин непрацездатності, що відповідає шостому місцю [2].

За даними ВООЗ, від 2 до 5% дорослого населення планети в різні періоди свого життя страждають на депресію чи тривогу. До 20-30% пацієнтів загальної практики мають тривожні і депресивні розлади, з яких 16% потребують спеціалізованої медичної допомоги. До того ж, часто спостерігається поєднання тривожних та депресивних розладів [12, 14]. Близько 85% пацієнтів з депресією мають значну тривожність, а 90% пацієнтів з тривожним розладом – депресію [17]. Тривога та депресія найчастіше зустрічається серед осіб молодого віку, неодружених або розлучених та осіб, що перебувають у соціально незахищеному становищі [8].

Лише за 2014-2015 роки поширеність депресивних розладів в Україні зросла з 65,37 до 73,6 випадків на 100 тис. населення, а захворюваність – з 8,74 до 9,06 на 100 тис. населення [6]. Дослідження В. І. Коростій (2020) показали, що Україна посідає перше місце серед країн Європи та СНД за рівнем депресивних розладів [2].

Більша частина хворих на СПК страждає на депресію та/або мають підвищений рівень тривоги, що принципово порушує якість їх життя [6].

На сьогоднішній день відсутні статистичні дані поширеності тривожного та депресивного синдромів у пацієнтів з ФРК, що обґрунтовує доцільність у детального вивчення розповсюдження тривожно-депресивних розладів у даної когорти пацієнтів.

Мета

Дослідити поширеність та вираженість тривожно-депресивного синдрому у пацієнтів із функціональними розладами кишечника в залежності від гендерних особливостей.

Матеріали та методи дослідження

Обстежено 165 пацієнтів, які проходили обстеження та амбулаторне лікування на базі гастроентерологічного центру та обласної консультативної поліклініки КП «ПОКЛ ім. М.В. Скліфосовського ПОР» за період з 2017 по 2021 роки. Середній вік пацієнтів склав $36,4 \pm 10,9$ років (від 18 до 59 років), середня тривалість захворювання – $11,3 \pm 5,2$ років. Діагноз ФРК обстеженим хворим встановлено відповідно до Римських критеріїв IV (2016) [15].

В залежності від фенотипу ФРК обстежених пацієнтів було розділено на шість груп:

I група (n=27) – пацієнти із функціональним закрепом (ФЗ);

II група (n=28) – пацієнти із функціональним здуттям живота (ФЗЖ);

III група (n=27) – пацієнти із функціональною діареєю (ФД);

IV група (n=27) – пацієнти, що мали СПК із закрепом (СПК-3);

V група (n=27) – пацієнти, що мали СПК за змішаним типом (СПК-М);

VI група (n=29) – пацієнти, що мали СПК з діареєю (СПК-Д).

Для оцінки наявності тривоги та депресії у пацієнтів з ФРК використовували госпітальну шкалу тривоги і депресії (The Hospital Anxiety and Depression Scale, (HADS)), яка була розроблена Zigmond A.S. та Snaith R.P. (1983) для визначення та оцінки тяжкості симптомів депресії та тривоги в умовах загально-медичної практики. Переваги шкали HADS полягають у простоті її застосування і обробки, що дозволяє рекомендувати отримані результати для первинного виявлення тривоги та депресії у хворих із функціональними розладами шлунково-кишкового тракту (ШКТ). Шкала складається з 14 тверджень, що поділяються на дві субшкали: "тривога" (непарні пункти –1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) і "депресія" (парні пункти –2, 4, 6, 8, 10, 12, 14). Кожному твердженню відповідають чотири варіанти відповіді, які відображають градації вираженості ознаки і кодуються за наростанням тяжкості симптому від 0 (відсутність) до 3 (максимальна вираженість). Обробка результатів полягає в підрахунку сумарного показника за кожною шкалою. Інтерпретація результатів проводилася наступним чином: 0-7 – вказує на відсутність достовірно виражених симптомів тривоги і депресії; 8-10 – підтверджує субклінічно виражену тривогу чи депресію; 11 і вище – свідчить про клінічно виражену тривогу чи депресію.

Статистичну обробку отриманих результатів дослідження проводили із використанням статистичної програми GraphPad Prism версії 5.00

(GraphPad Software, Inc., San Diego, CA, USA), яка дозволяє виконувати параметричний та непараметричний статистичний аналіз. При нормальному розподілі даних результати представляли у вигляді середніх арифметичних величин (M) та їх похибки (m). Достовірність відмінностей розраховували за допомогою t критерію Стюдента. При розподілі, що відрізняється від нормального, використовували парні непараметричні методи рангових критеріїв Вілкоксона та Манна-Уїтні. Оцінку взаємозв'язку досліджуваних показників проводили з використанням кореляційного аналізу за Спірменом. Аналіз відносного ризику проводили шляхом розрахунку відношення ризиків (RR) та його 95% довірчого інтервалу (CI). Використовували формулу: $RR = A(C+D) / C(A+B)$, де A, B, C, D – кількість спостережень в осередках таблиці сполучення [1]. Статистично достовірними вважали відмінності при $p < 0,05$.

Результати та їх обговорення

Нами було оцінено гендерний розподіл обстежених пацієнтів залежно від фенотипу ФРК. Важливо, що за отриманими нами даними, синдром закреплю частіше зустрічався у осіб жіночої

статі, а синдром діареї – у чоловіків. Так, особи жіночої статі переважали у I групі хворих із ФЗ (співвідношення жінки / чоловіки – 74,1%/25,9%), II групи – із ФЗЖ (співвідношення жінки / чоловіки – 64,3% / 35,7%), IV групи – із СПК-3 (співвідношення жінки / чоловіки – 70,3% / 29,7%) та V групі пацієнтів із СПК-М (співвідношення жінки / чоловіки – 59,3% / 40,7%).

Одночасно ФРК із синдромом діареї зафіксовано переважно у осіб чоловічої статі, а саме у III групі хворих із ФД (співвідношення жінки / чоловіки – 63% / 37%) та VI групі пацієнтів із СПК-Д (співвідношення жінки / чоловіки – 62,1% / 37,9%).

Аналізуючи дані опитувальника госпітальної шкали тривоги і депресії HADS, нами встановлено, що серед пацієнтів з ФРК тривожно-депресивний синдром спостерігався у 86 (52,1%) випадках. Синдром тривоги найчастіше був зареєстрований у пацієнтів VI групи із СПК-Д. Субклінічні та клінічні прояви тривоги виявлено у 14 (48,3%) обстежених даної групи. Одночасно найменший ступінь тривоги зафіксовано у I групі, а саме – у 2 (7,4%) пацієнтів із ФЗ (табл. 1).

Таблиця 1
Частота та вираженість проявів тривожного синдрому у пацієнтів із функціональними розладами кишечника

Інтерпретація HADS, бали	I група (n=27)	II група (n=28)	III група (n=27)	IV група (n=27)	V група (n=27)	VI група (n=29)
Відсутність симптомів тривоги (0-7)	25 (92,6%)	24 (85,7%)	21 (77,8%)	20 (74,1%)	16 (59,3%)	15 (51,6%)
Субклінічно виражена тривога (8-10)	2 (7,4%)	4 (14,3%)	4 (14,8%)	5 (18,5%)	5 (18,5%)	6 (20,6%)
Клінічно виражена тривога (11 та більше)	0 (0%)	0 (0%)	2 (7,4%)	2 (7,4%)	6 (22,2%)	8 (27,8%)

Одночасно у хворих із іншими фенотипами СПК також спостерігався високий відсоток пацієнтів із субклінічною і клінічною тривогою, а саме – у 7 (15,9%) пацієнтів IV групи із СПК-3 та – у 11 (40,7%) хворих V групи із СПК-М. За результатами нашого дослідження, достовірне зростання ризику формування тривожних станів зафіксовано у пацієнтів V групи із СПК-М ($RR = 5,5$; 95% $CI = 1,34 - 22,5$; $p < 0,05$) та хворих VI групи із СПК-Д ($RR = 6,5$; 95% $CI = 1,63-26,05$; $p < 0,05$) порівняно із хворими I групи із ФЗ та у пацієнтів із фенотипом СПК-М ($RR = 2,85$; 95% $CI = 1,03 - 7,89$; $p < 0,05$) та СПК-Д ($RR = 3,37$; 95% $CI = 1,26 - 9,02$; $p < 0,05$) порівняно із хворими на ФЗЖ, у яких був відсутній абдомінальний больовий синдром. Зафіксована загальна низька ймовірність виникнення клінічної тривоги у пацієнтів із ФЗ, ФЗЖ та ФД без достовірної різниці у даних групах порівняння ($p > 0,05$).

Отже, на формування тривожних розладів у хворих на ФЗК принципово впливало поєднання абдомінального больового синдрому та синдрому діареї. Отримані дані узгоджуються з результатами проведеного локального неінтервенцій-

ного проспективного епідеміологічного дослідження «СПК-Контроль» [4], де частота виявлення тривожного синдрому у пацієнтів із фенотипом СПК-Д спостерігалась у 1,54 рази ($p < 0,05$) частіше у порівнянні із фенотипом СПК-3.

Аналогічна закономірність встановлена при оцінці частоти і вираженості депресивного синдрому у хворих із ФРК. Субклінічні та клінічні прояви депресії найчастіше спостерігались у пацієнтів із різними фенотипами СПК. Так, депресивні розлади зафіксовано у 13 (48,2%) хворих IV групи із СПК-3 (у 4 (4,18%) пацієнтів – субклінічна депресія, у 9 (33,3%) клінічна депресія), у 10 (37%) пацієнтів V групи із СПК-М (у 4 (14, 8%) хворих – субклінічна депресія, у 6 (22,2%) – клінічна депресія) та у 8 (27,6%) хворих VI групи із СПК-Д (у 3 (10,3%) пацієнтів – субклінічна депресія, у 5 (17,3%) клінічна депресія).

Одночасно субклінічно виражену депресію зафіксовано у 2 (7,1 %) хворих II групи із ФЗЖ, у 4 (14,8%) пацієнтів III групи із ФД. Важливо, що у хворих II та III групи клінічно вираженої депресії не зустрічалось (табл. 2).

Таблиця 2
Частота та вираженість проявів депресивного синдрому у пацієнтів із функціональними розладами кишечника

Інтерпретація HADS, бали	I група (n=27)	II група (n=28)	III група (n=27)	IV група (n=27)	V група (n=27)	VI група (n=29)
Відсутність симптомів депресії (0-7)	22 (81,5%)	26 (92,9%)	23 (85,2%)	14 (51,9%)	17 (63%)	21 (72,4%)
Субклінічно виражена депресія (8-10)	4 (14,8%)	2 (7,1%)	4 (14,8%)	4 (14,8%)	4 (14,8%)	3 (10,3%)
Клінічно виражена депресія (11 та більше)	1 (3,7%)	0 (%)	0 (%)	9 (33,3%)	6 (22,2%)	5 (17,3%)

Отже, порівнюючи розповсюдженість субклінічних та клінічних проявів депресії за допомогою опитувальника HADS, нами виявлено достовірне збільшення ризику виникнення депресивних станів у пацієнтів із СПК-З (RR= 6,74; 95%CI= 1,67 - 27,1; $p<0,05$) та із СПК-М (RR= 5,18; 95%CI= 1,24 - 21,52; $p<0,05$) у порівнянні із хворими на ФЗЖ, які мали найменший ризик розвитку депресії. Також нами зафіксовано зростання ризику формування субклінічної та клінічної депресії у пацієнтів із СПК-З (RR= 2,6; 95%CI= 1,07 - 6,28; $p<0,05$) порівняно з пацієнтами, які страждали на ФЗ. Таким чином, наявність і інтенсивність больового синдрому впливає на ймовірність розвитку депресивних розладів у хворих із ФРК.

Важливо, що вірогідність виникнення і тяжкості тривожно-депресивного синдрому у хворих на ФРК додатково залежала від гендерної належності (табл. 3). Відносний ризик розвитку тривожних та депресивних станів у осіб жіночої статі був вищий, ніж у чоловіків (RR= 17,14; 95%CI= 2,47 - 118,59; $p<0,05$) та (RR= 13,6; 95%CI= 1,98

– 93,37; $p<0,05$) у групах пацієнтів із ФЗ та ФД відповідно. Одночасно тривожно-депресивний синдром переважав у пацієнтів із різним фенотипом СПК, порівняно із хворими, які мали подібні порушення моторики із меншою інтенсивністю больового синдрому. Ризик розвитку субклінічної і клінічної тривоги та депресії згідно опитувальником HADS зростав у осіб жіночої статі у IV групі хворих із СПК-З (RR= 3,15%; 95% CI= 1,41 – 6,37; $p<0,05$) порівняно з I групою пацієнтів із ФЗ та у V групі хворих із СПК-М (RR= 4,26; 95%CI= 1,78 – 10,18; $p<0,05$) відносно II групи пацієнтів із ФЗЖ.

Сумарно вірогідність розвитку тривожно-депресивного синдрому у хворих із СПК була вищою, ніж у хворих із ФЗ, ФЗЖ, ФД, що характеризувалось зростанням ризику у IV групі пацієнтів із СПК-З (RR= 3,0; 95%CI= 1,53 – 5,85; $p<0,05$) порівняно з I групою із ФЗ, у V групі хворих із СПК-М (RR= 2,69; 95%CI= 1,78 – 7,64; $p<0,05$) порівняно з II групою з ФЗЖ та у VI групі пацієнтів із СПК-Д (RR= 1,95; 95%CI= 1,13 – 3,35; $p<0,05$) у порівнянні з III групою із ФД.

Таблиця 3
Частота проявів та ступінь вираженості тривожного та депресивного синдромів у пацієнтів із ФРК у залежності від гендерного поділу

Інтерпретація HADS, бали	Стать	I група (n=27)	II група (n=28)	III група (n=27)	IV група (n=27)	V група (n=27)	VI група (n=29)
Субклінічно виражена тривога (8-10)	Чоловіки	0 (0%)	1 (10%)	1 (5,9%)	1 (12,5%)	2 (25%)	2 (11,1%)
	жінки	2 (10%)	3 (16,7%)	3 (30%)	4 (21,1%)	3 (15,8%)	3 (27,3%)
Клінічно виражена тривога (8-10)	чоловіки	0 (%)	0 (%)	0 (%)	0 (%)	0 (%)	3 (16,7%)
	жінки	0 (%)	0 (%)	2 (20%)	2 (10,5%)	6 (31,6%)	5 (45,5%)
Субклінічно виражена депресія (8-10)	чоловіки	1 (14,2%)	1 (10%)	0 (%)	1 (12,5%)	1 (12,5%)	3 (16,7%)
	жінки	3 (15%)	1 (5,6%)	4 (40%)	4 (21,1%)	4 (21,1%)	1 (9,1%)
Клінічно виражена депресія (8-10)	чоловіки	0 (%)	0 (%)	0 (%)	1 (12,5%)	1 (12,5%)	2 (11,1%)
	жінки	1 (5%)	0 (%)	0 (%)	8 (42,1%)	5 (26,3%)	2 (18,2%)

Отримані нами результати підтверджують особливе значення больового синдрому у формуванні тривожних та депресивних розладів у пацієнтів з СПК, що підтверджує необхідність розробки і впровадження у клінічну практику засобів, які дозволять зменшити прояви больового синдрому і, відповідно, тривожно-депресивних розладів.

Висновки

1. Найбільші показники частоти і ступеня тяж-

кості синдрому тривоги зареєстровані у групі хворих на СПК-Д, з яких у 14 (48,3%) обстежених зафіксовані субклінічні та клінічні прояви тривоги, а найнижчі – у пацієнтів із ФЗ, ФЗЖ, ФД.

2. Субклінічні та клінічні прояви депресії найчастіше спостерігались у пацієнтів із різними фенотипами СПК: у 13 (48,2%) хворих із СПК-З, у 10 (37%) пацієнтів із СПК-М та у 8 (27,6%) хворих із СПК-Д.

3. Жіноча стать належить до вагомих факторів ризику виникнення тривожно-депресивних

станів порівняно із особами чоловічої статі, що підтверджувалось у групах хворих із ФЗ (RR= 17,14; 95%CI= 2,47 – 118,59; p<0,05), із ФД (RR= 13,6; 95%CI= 1,98 – 93,37; p<0,05). Частота три-ожно-депресивних розладів зростала у жіночій популяції за наявності абдомінального больово-го синдрому: на фоні СПК-З (RR= 3,15%; 95% CI= 1,41 – 6,37; p<0,05) порівняно із ФЗ та на тлі СПК-М (RR= 4,26; 95%CI= 1,78 – 10,18; p<0,05) відносно ФЗЖ.

Література

1. Antomonov M.YU. Matematicheskaya obrabotka i analiz mediko-biologicheskikh dannykh [Mathematical processing and analysis of medical and biological data]. Kiev: Medinform, 2018. 579 s. (Ukrainian).
2. Korostij VI. Paciyent iz psy'ichny'm rozladom u prakty'ci likarya-nevrologa: porady psy'iatra. Zdorov'ya Ukrainy [A patient with a mental disorder in the practice of a neurologist: the advice of a psychiatrist]. 2020;2:18-9. (Ukrainian).
3. Sapon DN. Osobly'vosti diagnosty'ky try'vozno-depresy'vny'x rozladiv u xvory'x na fibromialgiyu na tli nejropaty'chnogo bolu traumaty'chnogo genezu [Features of diagnosis of anxiety and depressive disorders in patients with fibromyalgia on the background of neuropathic pain of traumatic origin]. NeiroNews. 2016;5(79):59-61. (Ukrainian).
4. Skry'pny'k IM, Kry'voruchko IG, Gopko OF, Pry'xod'ko NP. Vply'v Bifidobacterium infantis 35624 na klinichny'j perebig sy'ndromu podraznenogo ky'shechny'ka zalezno vid fenoty'pu: rezul'taty lokal'nogo neintervenciynogo prospekty'vnoho epidemiologich-nogo doslidzhennya «SPK-Kontrol'» [The effect of Bifidobacterium infantis 35624 on the clinical course of irritable bowel syndrome depending on the phenotype: the results of local non-interventional prospective epidemiological study "IBS-Control"]. Suchasna gastroenterologiya. 2020;4(114):13-21. (Ukrainian).
5. Skry'pny'k IM, Kry'voruchko IG, Gopko OF, Pry'xod'ko NP. Suchasni mozhy'vosti korekciyi visceral'noyi giperchutly'vosti u xvory'x na sy'ndrom podraznenogo ky'shechny'ka [Modern pos-

- sibilities of correction of visceral hypersensitivity in patients with irritable bowel syndrome]. Suchasna gastroenterologiya. 2020;2:37-44. (Ukrainian).
6. Shafransky'j VV, Dudnik SV. Psy'ichne zdorov'ya naselennya Ukrainy: stan, problemy' ta shlyaxy vy'rishennya [Mental health of the population of Ukraine: state, problems and solutions]. Ukrainy. Zdorov'ya nacyi. 2016;3(39):12-8. (Ukrainian).
7. Alammam N, Wang L, Saberi B, et al. The impact of peppermint oil on the irritable bowel syndrome: a meta-analysis of the pooled clinical data. BMC Complement Altern Med. 2019 Jan;19(1):21. doi: 10.1186/s12906-018-2409-0;
8. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. Dialogues Clin Neurosci. 2015Sep;17(3):327-35.
9. Drossman DA. Severe and refractory chronic abdominal pain: treatment strategies. Clin Gastroenterol Hepatol. 2008 Sep;6(9):978-82.
10. Ford AC, Harris LA, Lacy BE, et al. Systematic review with meta-analysis: the efficacy of prebiotics, probiotics, synbiotics and antibiotics in irritable bowel syndrome. Aliment Pharmacol Ther. 2018 Nov;48(10):1044-60.
11. Gaman A, Kuo B. Neuromodulatory processes of the brain-gut axis. Neuromodulation. 2008 Oct 1;11(4):249-59.
12. Pedersen CB, Mors O, Bertelsen A, et al. A comprehensive nationwide study of the incidence rate and lifetime risk for treated mental disorders. JAMA Psychiatry. 2014 May;71(5):573-81.
13. Penninx BW, Milaneschi Y, Lamers F, Vogelzangs N. Understanding the somatic consequences of depression: biological mechanisms and the role of depression symptom profile. BMC Med. 2013May;11:129.
14. Perna G, Alciati A, Sangiorgio E, Caldirola D, Nemeroff CB. Personalized Clinical Approaches to Anxiety Disorders. Advances in Experimental Medicine and Biology. 2020;1191:489-521.
15. Schmulson MJ, Drossman DA. What is new in Rome IV. J Neurogastroenterol Motil. 2017Apr;23(2):151-63.
16. Snijders JTW, van den Oever W, Weerts ZZ, et al. Examining the optimal cutoff values of HADS, PHQ-9 and GAD-7 as screening instruments for depression and anxiety in irritable bowel syndrome. Neurogastroenterology and Motility. 2021 May;00:e14161.
17. Tiller JW. Depression and anxiety. Med J Aust. 2013Sep;199(S6):28-31.

Реферат

ОСОБЕННОСТИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ КИШЕЧНИКА

Криворучко И.Г., Скрыпник И.Н., Приходько Н.П., Щербак О.В., Якимшина Л.И.

Ключевые слова: функциональные расстройства кишечника, госпитальная шкала тревоги и депрессии, боль в животе, диарея, запор.

Функциональные заболевания кишечника часто сопровождаются развитием тревожно-депрессивных расстройств, которые представляют собой важную медико-социальную проблему. Цель - исследовать распространенность и выраженность тревожно-депрессивного синдрома у пациентов с функциональными расстройствами кишечника в зависимости от гендерных особенностей. Материалы и методы. Обследовано 165 пациентов, которых в зависимости от фенотипа функционального расстройства кишечника распределили на группы: I группа (n = 27) - пациенты с функциональным запором; II группа (n = 28) - пациенты с функциональным вздутием живота, III группы (n = 27) - пациенты с функциональной диареей; IV группа (n = 27) - пациенты с синдромом раздраженного кишечника с запором; V группа (n = 27) - пациенты с синдромом раздраженного кишечника по смешанному типу; VI группа (n = 29) - пациенты с синдромом раздраженного кишечника с диареей. Наличие тревоги и депрессии оценивали с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (The Hospital Anxiety and Depression Scale). Результаты. Наибольшие частота и степень тяжести синдрома тревоги зарегистрированы в группе больных синдромом раздраженного кишечника с диареей, а самые низкие - у пациентов с функциональным запором, вздутием и диареей. Субклинические и клинические проявления депрессии чаще наблюдались у пациентов с различными фенотипами синдрома раздраженного кишечника: у 13 (48,2%) больных с запорами, у 10 (37%) - со смешанным синдромом и у 8 (27,6%) с диареей. Частота тревожно-депрессивных расстройств возросла в женской популяции при наличии синдрома раздраженного кишечника. Выводы: риск развития тревожно-депрессивных расстройств возрастает у больных синдромом раздраженного кишечника женского пола.

Summary

FEATURES OF ANXIETY AND DEPRESSIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH FUNCTIONAL INTESTINAL DISORDERS

Kryvoruchko I.G., Skrypnik I.N., Prykhodko N.P., Scherbak O.B., Yakimishina L.I.

Key words: functional bowel disorders, hospital scale of anxiety and depression, abdominal pain, diarrhoea, constipation.

Functional intestinal diseases are often accompanied by the development of anxiety and depressive disorders, which are an important medical and social issue. The aim of this study is to investigate the prevalence and severity of anxiety and depressive disorders in patients with functional intestinal disorders depending on gender. Materials and methods. The study included 165 patients divided into 6 groups depending on

the phenotype of functional bowel disorder: group I (n = 27) involved patients with functional constipation; group II (n = 28) included patients with functional bloating; group III (n = 27) comprised patients with functional diarrhoea; group IV (n = 27) included patients with irritable bowel syndrome and constipation; group V (n = 27) involved patients with irritable bowel syndrome of mixed type; and group VI (n = 29) included patients with irritable bowel syndrome and diarrhoea. The presence of anxiety and depression was assessed using the Hospital Anxiety and Depression Scale. Results and discussion. The highest frequency and severity of anxiety disorder was registered in the group of patients with irritable bowel syndrome and diarrhoea, and the lowest level was found in patients with functional constipation, bloating and diarrhoea. Subclinical and clinical manifestations of depression were the most often observed in patients with different phenotypes of irritable bowel syndrome: in 13 (48.2%) patients with constipation, in 10 (37%) with mixed syndrome and in 8 (27.6%) with diarrhoea. The incidence of anxiety and depressive disorders was higher in women with irritable bowel syndrome. Our results confirm the importance of pain in the formation of anxiety and depressive disorders in IBS patients. Conclusion. Female patients with irritable bowel syndrome demonstrate the higher risk of anxiety and depressive disorders.

DOI 10.31718/2077–1096.21.4.48

УДК: 616.37-002

Кербаж Н., Панасенко С.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СУЧАСНИХ СИСТЕМ ОЦІНКИ ТЯЖКОСТІ ТА ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

Полтавський державний медичний університет

Вступ. Гострий панкреатит – це одна з найпоширеніших клінічних задач у повсякденній практиці лікаря-хірурга, яка часто стає досить складною для вирішення навіть для досвідчених клініцистів з багаторічним стажем. Дані щодо інформативності та порівняльні характеристики існуючих критеріїв гострого панкреатиту є досить суперечливими, тому вибір оптимального методу оцінки стану пацієнта з гострим панкреатитом досі є актуальним та потребує подальшого вивчення. *Мета дослідження.* Порівняти можливості наявних систем оцінки тяжкості гострого панкреатиту у визначенні прогнозу перебігу гострого панкреатиту. *Матеріали і методи.* Робоча характеристика приймача (ROC-крива) була використана для оцінки прогностичної цінності кожної системи критеріїв, площа під кривою (AUC) п'яти систем оцінки була розрахована індивідуально для обох груп пацієнтів. *Результати.* У дослідженні порівнювались прогностичні характеристики критеріїв Marshall, BISAP, HAPS, Panc 3 та JPN. З 36 пацієнтів тяжкий гострий панкреатит розвився у 9 (25%) хворих, з яких 3 (8,4%) померли від ускладнень. AUC для критеріїв Marshall, BISAP, HAPS, Panc 3 та JPN складала 0,829 (0,667-0,934); 0,899 (0,752-0,974), 0,885 (0,734-0,967), 0,870 (0,716-0,959), 0,969 (0,850-0,999) відповідно. При попарному порівнянні ROC-кривих критеріїв виявлено, що статистично значуща відмінність показника AUC є тільки між системою JPN та Panc 3 ($P < 0,05$), при цьому, показник JPN виявився найбільш інформативним у прогнозуванні тяжкого перебігу гострого панкреатиту. *Висновки.* Таким чином, всі системи критеріїв, що приймали участь у порівнянні, показали середній рівень прогностичних можливостей та у загальній характеристиці не мали статистично значущих відмінностей між собою. Проте варто зазначити, що Японські критерії показали найвищу результативність при мінімальних часових втратах. Приймаючи до уваги невелику кількість пацієнтів у групі тяжкого гострого панкреатиту та одноцентровість дослідження, результати можуть відрізнятися від тих, що можна отримати при дослідженні більшої когорти хворих. Для підтвердження результатів потребуються подальші дослідження у цьому напрямку.

Ключові слова: Гострий панкреатит, прогнозування перебігу гострого панкреатиту, Marshall, BISAP, HAPS, Panc 3, Японські критерії.

Дослідження проведене в рамках науково-дослідницької роботи кафедри хірургії №3 Полтавського державного медичного університету «Розробка науково обґрунтованих принципів стратифікації, моніторингу і прогнозування перебігу хірургічних захворювань та травм» № 0120U101176

Вступ

Гострий панкреатит (ГП) – це одна з найпоширеніших клінічних задач у повсякденній практиці лікаря-хірурга, яка часто стає досить складною для вирішення навіть для досвідчених клініцистів з багаторічним стажем. Перебіг цієї хвороби характеризується великою різноманітністю палітри клінічної картини, починаючи від легкого болю в животі і закінчуючи поліорганною недостатністю з летальним результатом, що розви-

ваються протягом декількох годин від появи перших симптомів. ГП є провідною причиною екстрених госпіталізацій у всьому світі. За останні роки глобальна захворюваність на ГП зросла приблизно до 34 випадків на 100 000 осіб на рік та варіює між 5 та 80 випадками на 100 000 населення щорічно, в залежності від країни [1]. В Україні цей показник на сьогоднішній день дорівнює 67-70 випадків на 100 000 осіб на рік, що ставить ГП на друге місце по захворюваності серед усієї ургентної абдомінальної патології пі-