

Тривожно-депресивні прояви та їхній зв'язок із соматичною симптоматикою в пацієнтів з інтерстиційним циститом

Б. С. Божук¹, М. С. Степанченко², Д. О. Асонов*³

¹Навчально-науковий інститут медицини, Університет «КРОК», м. Київ, Україна, ²Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна, ³Київський міський клінічний госпіталь ветеранів війни, Україна

Інтерстиційний цистит – важлива не тільки медична, але і соціальна проблема, адже може призводити до втрати працездатності, появи невротичних станів, позбавити повноцінного сну, змінити поведінку. Дослідження та оцінювання тривожно-депресивних розладів у пацієнтів з інтерстиційним циститом дасть змогу краще зрозуміти особливості та структуру психічної складової в симптоматиці цієї патології та розробити найбільш адекватну стратегію лікування із залученням фахівця у сфері психічного здоров'я для роботи в парі з урологом.

Мета роботи – оцінити тривожно-депресивні прояви та їхній зв'язок із соматичною симптоматикою в пацієнтів з інтерстиційним циститом.

Матеріали та методи. Обстежили 44 пацієнти (38 жінок, 6 чоловіків) із діагнозом інтерстиційний цистит/сечоміхуровий больовий синдром. Для оцінювання соматичних проявів і впливу симптомів на якість життя використали опитувальники Genitourinary Pain Index (GUPI), O'Leary-Sant, Pelvic Pain and Urgency/Frequency Patient Symptom Scale (PUF). Для оцінювання психічних проявів використали шкалу депресії Бека, тест Спілбергера.

Результати. Виявили, що 5 осіб мали низький ступінь реактивної тривожності, 11 – помірний ступінь, 28 – високу реактивну тривожність; 9 осіб мали низьку особистісну тривожність, 18 – помірну, 17 обстежених – високу особистісну тривожність. Не встановили кореляцію показників реактивної та особистісної тривожності з результатами опитувальника GUPI, шкали PUF, опитувальника O'Leary-Sant. 22 особи мали легкі депресивні прояви, у 22 осіб – відсутні депресивні симптоми. Визначили зворотну кореляцію між ступенем вираженості симптоматики за опитувальником GUPI та ступенем тяжкості депресії ($r_s = -0,28$, $p < 0,1$). Виявили пряму кореляцію між негативним впливом на якість життя та ступенем тяжкості депресії ($r_s = +0,253$, $p < 0,1$).

Висновки. Інтерстиційний цистит завжди супроводжується тривожно-депресивною симптоматикою, і тривожна симптоматика більш притаманна та виражена, ніж депресивна. Тяжка симптоматика може бути передумовою розвитку тривожно-депресивних розладів у пацієнтів, однак не є прямою причиною їх виникнення. Особистісна тривожність не є фактором ризику для ранньої появи захворювання та подовження його тривалості, як і більш рання чи пізня поява та довша тривалість інтерстиційного циститу не є передумовою посилення реактивної тривожності. Ступінь тяжкості депресії прямо залежить від негативного впливу соматичних симптомів на якість життя. Комплексний підхід із залученням до діагностики та лікування фахівця у сфері психічного здоров'я може суттєво підвищити ефективність терапії інтерстиційного циститу.

Ключові слова:
тривога,
депресія,
інтерстиційний
цистит.

**Запорізький
медичний
журнал. – 2019. –
Т. 21, № 2(113). –
С. 219–224**

DOI:
10.14739/2310-1210.
2019.2.161498

***E-mail:**
dmitryassonov@
gmail.com

Тревожно-депрессивные проявления и их связь с соматической симптоматикой у пациентов с интерстициальным циститом

Б. С. Божук, М. С. Степанченко, Д. А. Асонов

Интерстициальный цистит – важная не только медицинская, но и социальная проблема, ведь может приводить к потере работоспособности, появлению невротических состояний, лишению полноценного сна и изменению поведения. Исследование и оценка тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с интерстициальным циститом позволит понять особенности и структуру психической составляющей в симптоматике данной патологии и разработать наиболее адекватную стратегию лечения с привлечением специалиста в области психического здоровья для работы в паре с урологом.

Цель работы – оценить тревожно-депрессивные проявления и их связь с соматической симптоматикой у пациентов с интерстициальным циститом.

Материалы и методы. Обследовали 44 пациента (38 женщин, 6 мужчин) с диагнозом интерстициальный цистит/болевого синдром мочевого пузыря. Для оценки соматических проявлений и влияния симптомов на качество жизни использованы опросники Genitourinary Pain Index (GUPI), O'Leary-Sant, Pelvic Pain and Urgency/Frequency Patient Symptom Scale (PUF). Для оценки психических проявлений использованы шкала депрессии Бека, тест Спилбергера.

Результаты. Установили, что 5 обследованных имели низкую степень реактивной тревожности, 11 – умеренную степень, 28 – высокую реактивную тревожность; 9 обследованных имели низкую личностную тревожность, 18 – умеренную, 17 обследованных – высокую личностную тревожность. Не установлена корреляция показателей реактивной и личностной тревожности с результатами опросника GUPI, шкалы PUF, опросника O'Leary-Sant. 22 обследованных имели легкие депрессивные проявления, у 22 человек отсутствовали депрессивные симптомы. Отмечена обратная корреляция между степенью выраженности симптоматики по опроснику GUPI и степенью тяжести депрессии ($r_s = -0,28$, $p < 0,1$). Установлена прямая корреляция между негативным влиянием на качество жизни и степенью тяжести депрессии ($r_s = +0,253$, $p < 0,1$).

Выводы. Интерстициальный цистит всегда сопровождается тревожно-депрессивной симптоматикой, и тревожная симптоматика более присуща и выражена, чем депрессивная. Тяжелая симптоматика может быть предпосылкой развития тревожно-депрессивных расстройств у пациентов, однако не является прямой причиной их возникновения. Личностная тревожность – не фактор риска для раннего появления заболевания и продления его продолжительности, равно как

Ключевые слова:
тревога,
депрессия,
интерстициальный
цистит.

**Запорожский
медический
журнал. – 2019. –
Т. 21, № 2(113). –
С. 219–224**

более раннее или позднее появление и большая продолжительность интерстициального цистита – не предпосылка усиления реактивной тревожности. Степень тяжести депрессии напрямую зависит от негативного влияния соматических симптомов на качество жизни. Комплексный подход с привлечением к диагностике и лечению специалиста в области психического здоровья может существенно повысить эффективность терапии интерстициального цистита.

Key words:

anxiety,
depression,
interstitial cystitis.

Zaporozhye
medical journal
2019; 21 (2), 219–224

Anxiety-depressive manifestations and their relationship with somatic symptoms in patients with interstitial cystitis

B. S. Bozhuk, M. S. Stepanchenko, D. O. Assonov

Interstitial cystitis is important not only medical, but also a social problem, because it can lead to productivity loss, neurotic states occurrence, sleep deprivation and behavior change. The study and assessment of anxiety-depressive disorders in patients with interstitial cystitis will allow to learn better the features and structure of the psychic component in the symptomatology of this pathology and to develop the most appropriate treatment strategy with the involvement of a mental health specialist to work with an urologist.

Aim. To assess anxiety-depressive manifestations and their relationship with somatic symptoms in patients with interstitial cystitis.

Materials and methods. A total of 44 patients (38 women and 6 men) diagnosed with interstitial cystitis / bladder pain syndrome were examined. To assess the somatic manifestations and the symptoms effect on the quality of life, the Genitourinary Pain Index (GUPI) questionnaire, the O'Leary-Sant questionnaire, the Pelvic Pain and Urgency/Frequency (PUF) Patient Symptom Scale questionnaire were used. To assess the mental manifestations, the Beck Depression Scale and the Spielberger test were used.

Results. 5 of the examined patients had a low state anxiety, 11 – moderate and 28 – high state anxiety. 9 of the examined patients had a low trait anxiety, 18 – moderate and 17 – high trait anxiety. There was no correlation between state and trait anxiety indicators with the results of the GUPI questionnaire, the PUF scale, the O'Leary-Sant questionnaire. 22 subjects had mild depressive symptoms, 22 subjects had no depressive symptoms. A negative correlation was found between the degree of symptomatology according to the GUPI questionnaire and the severity of depression ($r_s = -0.28, P < 0.1$). A direct correlation was found between the negative effect on the quality of life and the degree of depression severity ($r_s = +0.253, P < 0.1$).

Conclusions. Interstitial cystitis is always accompanied by anxiety-depressive symptoms, and anxiety symptoms are more common and expressed than depressive. Severe symptomatology may be a precondition for the development of anxiety and depressive disorders in patients, but is not a direct cause of their occurrence. Trait anxiety is not a risk factor for the early onset of the disease and its course prolongation, as well as earlier or later occurrence and longer duration of interstitial cystitis is not a prerequisite for state anxiety aggravation. Severity of depression depends directly on the negative impact of somatic symptoms on the quality of life. An integrated complex approach to the diagnosis and management involving a mental health specialist can significantly improve the effectiveness of interstitial cystitis therapy.

Проблема тривожно-депресивних розладів в урологічній практиці загалом і в терапії інтерстиційного циститу зокрема нині досліджена недостатньо. Питання щодо її вирішення є актуальним як для урологів, так і для медичних психологів, адже терапія тільки циститу малоефективна без урахування тривожно-депресивних розладів [1]. Інтерстиційний цистит – досі маловивчене захворювання, є однією з найбільш частих причин хронічного тазового болю.

Дослідження поширеності інтерстиційного циститу, або так званого «сечоміхурового больового синдрому» істотно відрізняються за результатами, враховуючи неоднаковість діагностичних критеріїв і відмінності популяцій, котрі вивчали. Останні показники захворюваності варіюють між 0,06 % та 30,00 % [6,14,20]. Ця патологія характерна переважно для жіночої статі, превалюючи зі співвідношенням 10:1 [20], середній вік пацієнток становить майже 45 років [2]. Зв'язку захворюваності з расою чи етнічною приналежністю досі не виявили [4]. Співвідношення класичної та безвиразкової форм захворювання невідоме. Отримані наукові дані констатують від 5 % до 50 % [16]. Є все більше доказів про захворюваність дітей до 18 років, але показники поширеності в цього контингенту низькі, та не варто виключати названу патологію на підставі тільки віку [10].

Хронічний цистит може призводити до втрати працездатності, появи невротичних станів, може позбавити повноцінного нічного сну та звичних моделей поведінки,

що робить його важливою не тільки медичною, але і соціальною проблемою [19,23]. Одночасне вивчення тривожно-депресивних симптомів у комплексі є обґрунтованим, адже численні дослідження свідчать про кореляцію симптоматики цих двох типів розладів і про те, що тривожні та депресивні розлади є двоспрямованими факторами ризику один для одного [8,12]. Дослідження та оцінювання тривожно-депресивних розладів у пацієнтів з інтерстиційним циститом дасть змогу краще зрозуміти особливості та структуру психічної складової в симптоматиці цієї патології, а отримані дані дадуть можливість розробити адекватну стратегію лікування з залученням фахівця у сфері психічного здоров'я для роботи в парі з урологом.

Мета роботи

Оцінити тривожно-депресивні прояви та їхній зв'язок із соматичною симптоматикою в пацієнтів з інтерстиційним циститом.

Завдання дослідження:

1. Виявлення больових симптомів і симптомів порушення сечовипускання, їхнього впливу на якість життя пацієнтів.
2. Виявлення ступеня тривожних і депресивних проявів у пацієнтів з інтерстиційним циститом.
3. Оцінювання характеру і структури тривожно-депресивних проявів у пацієнтів з інтерстиційним циститом.

4. Виявлення взаємозв'язку вираженості тривожно-депресивних проявів і соматичних симптомів у пацієнтів з інтерстиційним циститом.

Матеріали і методи дослідження

За період від жовтня 2016 р. до листопада 2017 р. обстежили 44 пацієнти (38 жінок, 6 чоловіків) із діагнозом інтерстиційний цистит – сечоміхуровий больовий синдром. Відповідно до класифікації ESSIC (European Society for the Study of Interstitial Cystitis – Європейська спілнота з вивчення інтерстиційного циститу) [22], серед обстежених пацієнтів 12 осіб відповідали підтипу XX (цистоскопію не робили), 15 – 1X (цистоскопія без особливостей), 11 – 2X (наявність гломеруляцій), 5 – 3X (наявність виразок Ганнера). Середній вік пацієнтів на момент появи перших симптомів – $49,20 \pm 10,41$ року, середня тривалість симптоматики – $23,52 \pm 7,29$ місяця.

Для оцінювання соматичних проявів і впливу симптомів на якість життя використали опитувальники Genitourinary Pain Index (GUPI), O'Leary-Sant, Pelvic Pain and Urgency/Frequency Patient Symptom Scale (PUF).

Опитувальник *GUPI (Genitourinary Pain Index)* складається з 4 субшкал: біль/дискомфорт, сечовипускання, вплив симптомів на життя та якість життя. Перша субшкала містить 4 запитання, що оцінюють характер больових відчуттів. Перше та друге запитання містять по 4 підпункти, кожен із них оцінюється від 0 до 1 бала, третє запитання – від 0 до 5 балів, четверте – 0–10 балів. Субшкала сечовипускання містить 2 запитання, кожне з них оцінюється від 0 до 5 балів. Третя субшкала містить 2 запитання, кожне з них оцінюється від 0 до 3 балів, що разом із 4 субшкалою (одне запитання, 0–6 балів) оцінюють вплив симптомів на життя пацієнта. Сума балів перших двох доменів характеризує ступінь вираженості симптомів, де 0–9 балів – незначно виражені симптоми; 10–18 балів – середньо виражені симптоми; 19–33 – тяжка симптоматика. Сума чотирьох субшкал (0–45 балів) комплексно оцінює симптоми пацієнта [7].

Шкала PUF складається з 8 запитань, сім із них оцінюють симптоматику (4 запитання про характер сечовипускання, 3 запитання про больові відчуття) та запитання про сексуальну активність. Крім того, опитувальник включає 4 додаткові запитання, що стосуються впливу конкретних симптомів на життя пацієнта. Отже, визначається вираженість симптомів, ступінь обтяження останніх і сумарний показник [15].

Опитувальник *O'Leary-Sant* оцінює ступінь тяжкості симптомів і те, наскільки симптоми є проблемою для пацієнта. Має дві субшкали: симптомів інтерстиційного циститу (*interstitial cystitis symptom index*) і проблем, що викликані інтерстиційним циститом (*interstitial cystitis problem index*). Загальна кількість балів може бути від 0 до 20 для субшкали симптомів і від 0 до 16 для субшкали проблем. Для обох субшкал загальна сума балів понад 6 свідчить про наявність інтерстиційного циститу [9].

Для оцінювання психічних проявів використали шкалу депресії Бека, тест Спілбергера в модифікації Ю. Л. Ханіна.

Тест Спілбергера в модифікації Ю. Л. Ханіна застосовували для оцінювання рівня реактивної та особистісної тривоги. Опитувальник складається з 40

тверджень, перші 20 з них спрямовані на виявлення ступеня реактивної тривоги, інші 20 – на виявлення особистісної тривоги. Результат менше ніж 30 балів відповідає низькому рівню тривоги, 31–44 бали – помірного рівню, понад 45 балів – високому рівню тривоги [3].

Опитувальник *Бека* застосовували для визначення рівня депресії. Тест складається з 21 групи тверджень, у кожній із них потрібно вибрати одне, відповідне певному балу. Результат оцінюється за сумою балів. Нормальне значення дорівнює від 0 до 9 балів, м'який ступінь депресії – 10–15 балів, помірний ступінь – 16–19 балів, сильний ступінь – 20–29 балів, край виражена депресія – 30 балів і більше [5].

Математична та статистична обробка даних. Визначення кореляції виконали шляхом обрахування коефіцієнта рангової кореляції Спірмена. Критичні значення для цієї вибірки: r_s $k_r = 0,384$ ($p \leq 0,01$); r_s $k_r = 0,297$ ($p \leq 0,05$) r_s $k_r = 0,251$ ($p \leq 0,1$).

Результати

Соматична симптоматика. Оцінювання ступеня вираженості соматичних симптомів за допомогою опитувальника *GUPI*: середній бал дорівнював $17,77 \pm 3,71$, що відповідає середньому ступеню вираженості симптомів, мінімальний результат – 9 балів, максимальний – 35 балів. Незначно виражені симптоми спостерігали у 2 пацієнтів (4,54 %), помірно виражені симптоми – у 21 пацієнта (47,73%), тяжка симптоматика – у 21 хворого (47,73 %).

Під час оцінювання соматичних симптомів за допомогою шкали *PUF* отримали такі результати: середнє значення – $18,84 \pm 5,14$ бала (що відповідає 76 % ризику позитивного результату калієвого тесту), мінімальний результат – 7 балів, максимальний – 28 балів. Відсоткове співвідношення: 2 пацієнти (4,54 %) мали результат у межах 5–9 балів, що відповідало 55 % ризику позитивного результату калієвого тесту; 6 пацієнтів (13,64 %) мали результати в межах 10–14 балів, що відповідало 74 % ризику отримати позитивний результат калієвого тесту; 13 пацієнтів (29,55 %) мали результати в межах 15–19 балів, що відповідало 76 % ризику позитивного результату калієвого тесту, а 23 пацієнти (52,27 %) мали результати в межах >20 балів, що відповідало 91 % ризику отримати позитивний результат калієвого тесту. Осіб із ризиком <2 % у вибірці не було.

За кожною із субшкал опитувальника *O'Leary-Sant* усі учасники мали суму балів понад 6, що засвідчувало наявність інтерстиційного циститу, а також вказувало на валідність цієї методики у його діагностиці. Середній бал субшкали симптомів становив $13,16 \pm 3,01$, мінімальне значення – 7, максимальне – 19. Середній бал субшкали проблем $11,57 \pm 2,37$. Мінімальне значення – 8, максимальне – 16.

У жодного з обстежених не зареєстрували легкий ступінь (0–5 балів) впливу симптоматики на якість життя, у 16 (36,4 %) осіб виявили середній ступінь проблемності (6–10 балів), у 28 (63,6 %) – значне (11–16 балів) порушення якості життя через хворобу.

Ситуативна тривожність. Під час дослідження ситуативної (реактивної) тривожності за допомогою методики Ч. Д. Спілбергера в модифікації Ю. Л. Ханіна

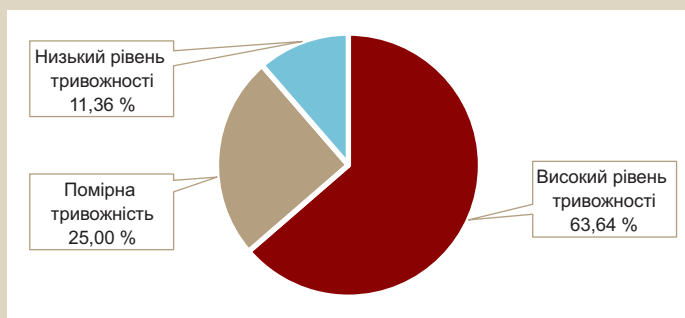


Рис. 1. Оцінювання рівня реактивної тривоги в пацієнтів з інтерстиційним циститом за допомогою тесту Спілбергера (у % обстежених).

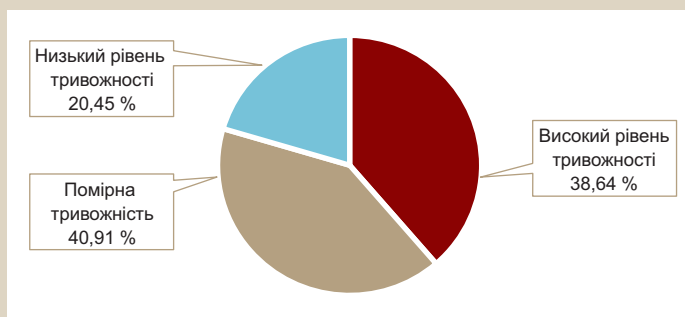


Рис. 2. Оцінювання рівня особистісної тривоги в пацієнтів з інтерстиційним циститом за допомогою тесту Спілбергера (у % обстежених).

отримали такі дані: середній бал – $47,59 \pm 10,89$ (що відповідає високому рівню реактивної тривожності, мінімальний – 26, максимальний – 62). Відсоткове співвідношення: 5 (11,36 %) осіб мали низький ступінь реактивної тривожності, 11 (25,00 %) – помірний ступінь, 28 (63,64 %) – високу реактивну тривожність (рис. 1).

Не виявили вірогідну кореляцію показників ситуативної тривожності з результатами за субшкалою болю та субшкалою сечовипускання ($r_s = -0,00539$), за субшкалами впливу симптомів на якість життя ($r_s = -0,064$) опитувальника GUPI. Не визначили вірогідну кореляцію ситуативної тривожності та ступеня тяжкості симптоматики ($r_s = +0,153$) і впливом симптоматики на якість життя ($r_s = +0,167$) за шкалою PUF. Відсутня кореляція з результатами за субшкалою симптомів і субшкалою проблем опитувальника O'Leary-Sant ($r_s = +0,134$ для обох шкал).

Особистісна тривожність. Оцінювання показників особистісної тривожності, що отримані за допомогою методики Ч. Д. Спілбергера в модифікації Ю. Л. Ханіна: середній бал – $40,48 \pm 8,95$, що відповідає помірній особистісній тривожності, де мінімальний – 25, максимальний – 54 бали. У відсотковому співвідношенні отримали такі показники: 20,45 % опитаних (9 осіб) мали низьку особистісну тривожність, 40,91 % (18 осіб) – помірну, 38,64 % (17 осіб) – високу особистісну тривожність (рис. 2).

Не виявили кореляцію показників особистісної тривожності з результатами опитувальника GUPI, шкали PUF, опитувальника O'Leary-Sant.

Депресивна симптоматика. Після тестування пацієнтів за допомогою шкали депресії Бека з'ясували, що 22 (50 %) особи мали легкі депресивні прояви, а в інших

22 (50 %) осіб відсутні депресивні симптоми. Середній бал становив $9,39 \pm 3,04$, що відповідає межі між відсутністю симптоматики та легкою депресією. Мінімальний результат серед опитаних – 5 балів, максимальний – 15 балів. Осіб із помірною, вираженою та тяжкою депресією серед обстежених не було.

Визначили зворотну кореляцію між ступенем вираженості симптоматики за опитувальником GUPI та ступенем тяжкості депресії за шкалою Бека ($r_s = -0,28$, $p < 0,1$). Такий результат неможливо пояснити припущенням про те, що менш серйозна симптоматика через більш дратівливий, ніж лякаючий пацієнта характер, більше впливає на якість життя, адже кореляцію між субшкалою впливу на якість життя та субшкалою вираженості симптоматики опитувальника GUPI в дослідженні не виявили ($r_s = +0,0081$). Можливими поясненнями того, чому чим більше виражена симптоматика, тим менший ступінь тяжкості депресії, на нашу думку, є версії:

1. слабо виражена симптоматика лякає пацієнта можливістю прогресування, спричиняючи більші депресивні прояви;
2. менш виражена симптоматика більше впливає на ті показники якості життя, які неможливо оцінити за допомогою шкали GUPI;
3. вплив певних психічних компонентів чи особливостей, що не був охоплений здійсненим дослідженням.

Також виявили очікувану пряму кореляцію між негативним впливом на якість життя (встановленого за допомогою опитувальника GUPI) та ступенем тяжкості депресії за шкалою Бека ($r_s = +0,253$, $p < 0,1$). Очевидно, чим більший дискомфорт, обмеження в діях і постійне відволікання та думки про симптоматику, тим більше в пацієнта виникає негативних думок і песимізму.

Не визначили вірогідну кореляцію результатів за шкалою Спілбергера та шкалою Бека з віком появи симптомів (для реактивної тривоги – $r_s = -0,024$, для особистісної тривоги – $r_s = 0,066$, для депресії – $r_s = 0,088$).

Обговорення

Майже всі пацієнти (95,46 %) мали помірно виражену або тяжку соматичну симптоматику, що підтверджує сильний вплив інтерстиційного циститу на психосоціальне функціонування [11]. Доволі тяжка симптоматика може бути передумовою розвитку тривожно-депресивних розладів у пацієнтів, адже дослідження показало, що інтерстиційний цистит завжди супроводжувався тривожно-депресивними проявами. Тривожна симптоматика притаманна більше, що підтверджується її наявністю у 100 % обстежених, а також є більш вираженою (63,4 % особи мали високий рівень ситуативної тривожності, а 39,0 % – високий рівень особистісної тривожності); депресивна симптоматика була менш характерною для інтерстиційного циститу – легкі депресивні прояви мали 50 % осіб, половина зовсім не відзначала появи депресивних симптомів.

На основі відсутності вірогідної кореляції реактивної та особистісної тривожності зі ступенем тяжкості симптоматики, віком появи симптомів та їхньою тривалістю, впливом на якість життя можна припустити, що особистісна тривожність не є фактором ризику для ранньої

появи захворювання та подовження його тривалості, як і більш рання чи пізня поява та довша тривалість не є передумовою посилення реактивної тривожності. Ймовірно, причина виникнення та поглиблення тривожно-депресивної симптоматики при інтерстиційному циститі полягає в біологічних, психічних, соціальних та інших властивостях людини, які не вивчали протягом цього дослідження.

Пряма кореляція між негативним впливом на якість життя та ступенем тяжкості депресії є очікуваним результатом [17,21] і свідчить: чим більший дискомфорт для пацієнта, тим більша ймовірність виникнення відповідної реакції.

Виявлена зворотна кореляція між ступенем вираженості симптоматики за опитувальником GUPI та ступенем тяжкості депресії за шкалою Бека не збігається з даними, які отримали деякі дослідники [13,18]. Одне з можливих тлумачень – така кореляція може бути викликана страхом перед імовірним прогресуванням незначної на момент обстеження симптоматики. У дослідженні не виявили кореляцію між двома субшкалами GUPI, яка могла б свідчити, що менш серйозна симптоматика через свій більше дратівливий, ніж лякаючий пацієнта характер більше впливає на якість життя. Однак інше можливе пояснення наявності такої кореляції – менш виражена симптоматика більше впливає на показники якості життя, які неможливо оцінити за допомогою шкали GUPI. Ще одна можлива причина – дія певних психічних особливостей чи законів сприймання та обробки інформації, які пояснюють таку реакцію, однак не були об'єктом дослідження. Наприклад, певні види копіngu пов'язані з меншою депресивною симптоматикою у пацієнтів з інтерстиційним циститом [18].

Комплексний біопсихосоціальний підхід із залученням фахівця у сфері психічного здоров'я для діагностики та спостереження за психічним станом пацієнтів з інтерстиційним циститом дасть змогу вчасно простежувати момент, коли пацієнту необхідна консультація чи психотерапія. На нашу думку, серед фахівців сфери охорони психічного здоров'я лікар-психолог найкраще підходить для роботи в парі з урологом. Злагоджена робота уролога та медичного психолога може підвищити ефективність лікування інтерстиційного циститу та поліпшити його результати.

Висновки

1. Інтерстиційний цистит завжди супроводжується тривожно-депресивною симптоматикою, і тривожна симптоматика більш притаманна та більш виражена, ніж депресивна.
2. Тяжка симптоматика може бути передумовою розвитку тривожно-депресивних розладів у пацієнтів, але не є прямою причиною їх виникнення.
3. Особистісна тривожність не є фактором ризику для ранньої появи захворювання та подовження його тривалості, як і більш рання чи пізня поява та довша тривалість інтерстиційного циститу не є передумовою посилення реактивної тривожності.
4. Ступінь тяжкості депресії прямо залежить від негативного впливу соматичних симптомів інтерстиційного циститу на якість життя.

5. Виявили зворотну кореляцію між ступенем вираженості симптоматики за опитувальником GUPI та ступенем тяжкості депресії за шкалою Бека, що потребує дослідження надалі для з'ясування ймовірної причини.

6. Комплексний біопсихосоціальний підхід із залученням до діагностики та лікування фахівця у сфері психічного здоров'я (на нашу думку, це має бути лікар-психолог) може суттєво підвищити ефективність терапії інтерстиційного циститу.

Перспективи подальших досліджень стосуються вивчення взаємозв'язку ступеня вираженості симптоматики та ступеня тяжкості депресії, дослідження біологічних, психічних, соціальних та інших факторів, що впливають на виникнення та поглиблення тривожно-депресивної симптоматики при інтерстиційному циститі, а також психологічних і соціальних факторів розроблення методів усунення негативного впливу таких факторів.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: authors have no conflict of interest to declare.

Надійшла до редакції / Received: 04.06.2018

Після доопрацювання / Revised: 22.06.2018

Прийнято до друку / Accepted: 02.07.2018

Відомості про авторів:

Божук Б. С., канд. мед. наук, доцент каф. прикладної медицини, Навчально-науковий інститут медицини, Університет «КРОК», м. Київ, Україна.

Степанченко М. С., канд. мед. наук, асистент каф. урології та нейрохірургії, Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна.

Ассонов Д. О., лікар-інтерн, Київський міський клінічний госпіталь ветеранів війни, Україна.

Сведения об авторах:

Божук Б. С., канд. мед. наук, доцент каф. прикладної медицини, Учебно-научный институт медицины, Университет «КРОК», г. Киев, Украина.

Степанченко М. С., канд. мед. наук, ассистент каф. урологии и нейрохирургии, Буковинский государственный медицинский университет, г. Черновцы, Украина.

Ассонов Д. А., врач-интерн, Киевский городской клинический госпиталь ветеранов войны, Украина.

Information about authors:

Bozhuk B. S., MD, PhD, Associate Professor of the Department of Applied Medicine, Educational and Scientific Institute for Medicine, KROK University, Kyiv, Ukraine.

Stepanchenko M. S., MD, PhD, Assistant of the Department of Urology and Neurosurgery, Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine.

Assonov D. O., MD, Intern, Kyiv City Clinical Hospital for War Veterans, Ukraine.

Список літератури

- [1] Тревожно-депрессивные расстройства у больных с хроническим рецидивирующим бактериальным циститом в стадии обострения [Электронный ресурс] / Т.А. Гяургиев, А.В. Кузьменко, В.В. Кузьменко и др. // Вестник новых медицинских технологий. – 2013. – №1. – С. Электронное издание. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/trevozhno-depressivnye-rassstroystva-u-bolnyh-s-hronicheskim-retsidiviruyuschim-bakterialnym-tsistitom-v-stadii-obostreniya>.
- [2] Интерстициальный цистит или синдром болезненного мочевого пузыря: современный взгляд на проблему / В.Ф. Онопко, Е.А. Кирилленко, Е.О. Баранова, В.С. Голубева // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. – 2016. – №1. – С. 65–69.

- [3] Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика / Д.Я. Райгородский. – М. : Бахрах-М, 2004. – 672 с.
- [4] Barry M. Overlap of different urological symptom complexes in a racially and ethnically diverse, community-based population of men and women / M. Barry, C. Link, M. McNaughton-Collins, J. McKinlay // *BJU International*. – 2007. – Vol. 101. – P. 45–51.
- [5] An Inventory for Measuring Depression / A. Beck, C.H. Ward, M. Mendelson, et al. // *Archives Of General Psychiatry*. – 1961. – Vol. 4. – P. 561–571.
- [6] Burkman R.T. Chronic pelvic pain of bladder origin: epidemiology, pathogenesis and quality of life / R.T. Burkman // *The Journal of reproductive medicine*. – 2004. – Vol. 49. – P. 225–229.
- [7] Validation of a Modified National Institutes of Health Chronic Prostatitis Symptom Index to Assess Genitourinary Pain in Both Men and Women / J. Clemens, E. Calhoun, M. Litwin, et al. // *Urology*. – 2009. – Vol. 74. – P. 983–987.e3.
- [8] Jacobson N. Anxiety and depression as bidirectional risk factors for one another: A meta-analysis of longitudinal studies / N. Jacobson, M. Newman // *Psychological Bulletin*. – 2017. – Vol. 143. – P. 1155–1200.
- [9] Psychometric validation of the O'leary-Sant interstitial cystitis symptom index in a clinical trial of pentosan polysulfate sodium / D. Lubeck, K. Whitmore, G. Sant, et al. // *Urology*. – 2001. – Vol. 57. – P. 62–66.
- [10] Mattox T. Interstitial cystitis in adolescents and children: A review / T. Mattox // *Journal of Pediatric And Adolescent Gynecology*. – 2004. – Vol. 17. – P. 7–11.
- [11] Psychosocial co-morbidities in Interstitial Cystitis/Bladder Pain syndrome (IC/BPS): A systematic review / L. McKernan, C. Walsh, W. Reynolds, et al. // *Neurourology And Urodynamics*. – 2017.
- [12] Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in Women With Chronic Pelvic Pain / S. Meltzer-Brody, J. Leserman, D. Zolnoun, et al. // *Obstetrics & Gynecology*. – 2007. – Vol. 109. – P. 902–908.
- [13] Psychosocial Phenotyping in Women With Interstitial Cystitis/Painful Bladder Syndrome: A Case Control Study / J. Nickel, D. Tripp, M. Pontari, et al. // *The Journal of Urology*. – 2010. – Vol. 183. – P. 167–172.
- [14] Increased prevalence of interstitial cystitis: previously unrecognized urologic and gynecologic cases identified using a new symptom questionnaire and intravesical potassium sensitivity / C. Parsons, J. Dell, E. Stanford, et al. // *Urology*. – 2002. – Vol. 60. – P. 573–578.
- [15] Parsons C. Prevalence of interstitial cystitis in young women / C. Parsons, V. Tatsis. // *Urology*. – 2004. – Vol. 64. – P. 866–870.
- [16] Peeker R. Toward a Precise Definition of Interstitial Cystitis: Further Evidence of Differences in Classic and Nonulcer Disease / R. Peeker, M. Fall. // *The Journal of Urology*. – 2002. – Vol. 167. – P. 2470–2472.
- [17] Rothrock N. Coping Strategies in Patients with Interstitial Cystitis: Relationships with Quality of Life and Depression / N. Rothrock, S. Lutgendorf, K. Kreder. // *The Journal of Urology*. – 2003. – Vol. 169. – P. 233–236.
- [18] Depressive Symptoms And Quality Of Life In Patients With Interstitial Cystitis / N. Rothrock, S. Lutgendorf, A. Hoffman, K. Kreder // *The Journal Of Urology*. – 2002. – Vol. 167. – P. 1763–1767.
- [19] Savidge C. Psychological aspects of chronic pelvic pain / C. Savidge, P. Slade // *Journal of Psychosomatic Research*. – 1997. – Vol. 42. – P. 433–444.
- [20] Prevalence and Correlates for Interstitial Cystitis Symptoms in Women Participating in a Health Screening Project / C. Temml, C. Wehrberger, C. Riedl, et al. // *European Urology*. – 2007. – Vol. 51. – P. 803–809.
- [21] Sexual Functioning, Catastrophizing, Depression, and Pain, as Predictors of Quality of Life in Women With Interstitial Cystitis/Painful Bladder Syndrome / D. Tripp, J. Nickel, M. FitzGerald, et al. // *Urology*. – 2009. – Vol. 73. – P. 987–992.
- [22] Diagnostic Criteria, Classification, and Nomenclature for Painful Bladder Syndrome/Interstitial Cystitis: An ESSIC Proposal / J. Van de Merwe, J. Nordling, P. Bouchelouche, et al. // *European Urology*. – 2008. – Vol. 53. – P. 60–67.
- [23] The community prevalence of chronic pelvic pain in women and associated illness behaviour / K.T. Zondervan, P.L. Yudkin, M.P. Vessey, et al. // *Br J Gen Pract*. – 2001. – Vol. 51. – P. 541–547.
- [3] Raygorodskiy, D. Ya. (2004). *Prakticheskaya psichodiagnostika* [Practical psychodiagnosis]. Moscow: Bakhrakh-M [in Russian].
- [4] Barry, M., Link, C., McNaughton-Collins, M., & McKinlay, J. (2007). Overlap of different urological symptom complexes in a racially and ethnically diverse, community-based population of men and women. *BJU International*, 101(1), 45-51. doi:10.1111/j.1464-410x.2007.07191.x
- [5] Beck, A. Ward C.H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives Of General Psychiatry*, 4(6), 561-571. doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
- [6] Burkman, R. T. (2004). Chronic pelvic pain of bladder origin: epidemiology, pathogenesis and quality of life. *The Journal of reproductive medicine*, 49(3 Suppl), 225-229.
- [7] Clemens, J., Calhoun, E., Litwin, M., McNaughton-Collins, M., Kusek, J., Crowley, E., & Landis, J. (2009). Validation of a Modified National Institutes of Health Chronic Prostatitis Symptom Index to Assess Genitourinary Pain in Both Men and Women. *Urology*, 74(5), 983-987.e3. doi:10.1016/j.urology.2009.06.078
- [8] Jacobson, N., & Newman, M. (2017). Anxiety and depression as bidirectional risk factors for one another: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 143(11), 1155-1200. doi:10.1037/bul0000111
- [9] Lubeck, D., Whitmore, K., Sant, G., Alvarez-Horine, S., & Lai, C. (2001). Psychometric validation of the O'leary-Sant interstitial cystitis symptom index in a clinical trial of pentosan polysulfate sodium. *Urology*, 57(6), 62-66. doi:10.1016/s0090-4295(01)01126-8
- [10] Mattox, T. (2004). Interstitial cystitis in adolescents and children: A review. *Journal Of Pediatric And Adolescent Gynecology*, 17(1), 7-11. doi:10.1016/j.jpaga.2003.11.003
- [11] McKernan, L., Walsh, C., Reynolds, W., Crofford, L., Dmochowski, R., & Williams, D. (2017). Psychosocial co-morbidities in Interstitial Cystitis/Bladder Pain syndrome (IC/BPS): A systematic review. *Neurourology And Urodynamics*. doi:doi.org/10.1002/nau.23421
- [12] Meltzer-Brody, S., Leserman, J., Zolnoun, D., Steege, J., Green, E., & Teich, A. (2007). Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in Women With Chronic Pelvic Pain. *Obstetrics & Gynecology*, 109(4), 902-908. doi:10.1097/01.aog.0000258296.35538.88
- [13] Nickel, J., Tripp, D., Pontari, M., Moldwin, R., Mayer, R., & Carr, L. et al. (2010). Psychosocial Phenotyping in Women With Interstitial Cystitis/Painful Bladder Syndrome: A Case Control Study. *The Journal Of Urology*, 183(1), 167-172. doi:10.1016/j.juro.2009.08.133
- [14] Parsons, C., & Tatsis, V. (2004). Prevalence of interstitial cystitis in young women. *Urology*, 64(5), 866-870. doi:10.1016/j.urology.2004.06.044
- [15] Parsons, C., Dell, J., Stanford, E., Bullen, M., Kahn, B., Waxell, T., & Koziol, J. (2002). Increased prevalence of interstitial cystitis: previously unrecognized urologic and gynecologic cases identified using a new symptom questionnaire and intravesical potassium sensitivity. *Urology*, 60(4), 573-578. doi:10.1016/s0090-4295(02)01829-0
- [16] Peeker, R., & Fall, M. (2002). Toward a Precise Definition of Interstitial Cystitis: Further Evidence of Differences in Classic and Nonulcer Disease. *The Journal Of Urology*, 167(6), 2470-2472. doi:10.1016/s0022-5347(05)65006-9
- [17] Rothrock, N., Lutgendorf, S., & Kreder, K. (2003). Coping Strategies in Patients with Interstitial Cystitis: Relationships with Quality of Life and Depression. *The Journal Of Urology*, 169(1), 233-236. doi:10.1016/s0022-5347(05)64075-x
- [18] Rothrock, N., Lutgendorf, S., Hoffman, A., & Kreder, K. (2002). Depressive Symptoms And Quality Of Life In Patients With Interstitial Cystitis. *The Journal Of Urology*, 167(4), 1763-1767. doi:10.1016/s0022-5347(05)65195-6
- [19] Savidge, C., & Slade, P. (1997). Psychological aspects of chronic pelvic pain. *Journal Of Psychosomatic Research*, 42(5), 433-444. doi:10.1016/s0022-3999(96)00300-5
- [20] Temml, C., Wehrberger, C., Riedl, C., Ponholzer, A., Marszalek, M., & Madersbacher, S. (2007). Prevalence and Correlates for Interstitial Cystitis Symptoms in Women Participating in a Health Screening Project. *European Urology*, 51(3), 803-809. doi:10.1016/j.eururo.2006.08.028
- [21] Tripp, D., Nickel, J., FitzGerald, M., Mayer, R., Stechyson, N., & Hsieh, A. (2009). Sexual Functioning, Catastrophizing, Depression, and Pain, as Predictors of Quality of Life in Women With Interstitial Cystitis/Painful Bladder Syndrome. *Urology*, 73(5), 987-992. doi:10.1016/j.urology.2008.11.049
- [22] van de Merwe, J., Nordling, J., Bouchelouche, P., Bouchelouche, K., Cervigni, M., & Daha, L. et al. (2008). Diagnostic Criteria, Classification, and Nomenclature for Painful Bladder Syndrome/Interstitial Cystitis: An ESSIC Proposal. *European Urology*, 53(1), 60– doi:10.1016/j.eururo.2007.09.019
- [23] Zondervan, K. T., Yudkin, P. L., Vessey, M. P., Jenkinson, C. P., Dawes, M. G., Barlow, D. H., & Kennedy, S. H. (2001). The community prevalence of chronic pelvic pain in women and associated illness behaviour. *Br J Gen Pract*, 51(468), 541-547.

References

- [1] Gyaurgiev, T., Kuzmenko, A., Kuzmenko, V., Kurnosova, N., Kutashov, V., & Popov, D. (2013). Trevozhno-depressivnye rasstroystva u bolnyh s hronicheskim recidiviruyuschim bakterialnym cistitom v stadii obostreniya [Anxiety-depressive disorders in patients with chronic recurrent bacterial cystitis in the acute stage]. *Vestnik Novykh Meditsinskih Tehnologiy – Bulletin of New Medical Technologies. Digital Edition*, 1. Retrieved from: <https://cyberleninka.ru/article/n/trevozhno-depressivnye-rasstroystva-u-bolnyh-s-hronicheskim-recidiviruyuschim-bakterialnym-tsistitom-v-stadii-obostreniya> [in Russian].
- [2] Onopko, V. F., Kirilenko, E. A., Baranova, E. O., & Golubeva, V. S. (2016). Interstititsialnyy tsistit ili sindrom boleznennogo mochevogo puzryra: sovremennyy vzglyad na problemu [Interstitial cystitis or painful bladder syndrome: a modern view of the problem]. *Acta Biomedica Scientifica*, 1, 65-69. [in Russian].