

Журнал «Перспективи та інновації науки»  
(Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»)  
№ 8(42) 2024

УДК: 616.33-002-085:616.89-008.441.44-056.83

[https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-8\(42\)-1106-1120](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-8(42)-1106-1120)

**Кучер Світлана Вікторівна** кандидат медичних наук, доцент кафедри пропедевтики внутрішньої медицини та фтизіатрії, Тернопільський національний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського МОЗ України, м.Тернопіль, <https://orcid.org/0000-0003-1026-9567>

**Бударна Олена Юріївна** кандидат медичних наук, доцент кафедри неврології, Тернопільський національний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського МОЗ України, м.Тернопіль, <https://orcid.org/0009-0006-3477-206X>

**Ткачук Віталій Васильович** кандидат медичних наук, асистент кафедри сімейної медицини та поліклінічної терапії, Одеський національний медичний університет, провулок Валіховський, 2, м. Одеса, 65082, <https://orcid.org/0000-0002-8323-5467>

**Воронцова Тамара Олександрівна** кандидат медичних наук, доцент кафедри дитячих хвороб з дитячою хірургією, Тернопільський національний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського МОЗ України, м.Тернопіль, <https://orcid.org/0000-0002-2544-1887>

**Горішний Ігор Мирославович** кандидат медичних наук, доцент кафедри дитячих хвороб з дитячою хірургією, Тернопільський національний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського МОЗ України, м.Тернопіль, <https://orcid.org/0000-0002-7109-4652>

**Рогальська Яна В'ячеславівна** кандидат медичних наук, доцент кафедри дитячих хвороб з дитячою хірургією, Тернопільський національний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського МОЗ України, <https://orcid.org/0000-0002-6376-1953>.

## **ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПІДВИЩЕНИХ РІВНІВ ТРИВОГИ ТА ДЕПРЕСІЇ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ ГАСТРИТОМ**

**Анотація.** У статті розглядається вплив психоемоційного стану, зокрема тривоги та депресії, на перебіг хронічного гастриту, зокрема на частоту загострень захворювання. Хронічний гастрит – це складне захворювання, яке характеризується запаленням слизової оболонки шлунка, що може мати

різноманітні причини, такі як інфекції, стрес, аутоімунні розлади та інші фактори. Важливим аспектом є взаємозв'язок між фізіологічними та психологічними факторами, які можуть впливати на стан пацієнтів та перебіг захворювання.

Метою цього дослідження було вивчити, як рівні тривоги та депресії впливають на частоту загострень у пацієнтів з хронічним гастритом. У дослідженні взяли участь 67 пацієнтів віком від 18 до 42 років, які перебували на лікуванні та спостереженні у сімейного лікаря. Вони були поділені на три групи залежно від кількості звернень за медичною допомогою через загострення гастриту. Усі учасники пройшли комплексне обстеження, яке включало психометричне тестування для оцінки рівнів депресії (тест Бека) та тривоги (опитувальник GAD-7), а також оцінку якості життя за допомогою опитувальника SF-36.

Аналіз даних показав, що пацієнти з підвищеним рівнем тривоги та депресії частіше зверталися за медичною допомогою через загострення гастриту і мали нижчу якість життя за всіма шкалами SF-36. Пацієнти, які мали лише одне загострення за 5 років, демонстрували вищі показники фізичного та психічного благополуччя, тоді як ті, хто мав більше п'яти загострень, мали значно гірші результати. Це свідчить про те, що часті загострення гастриту тісно пов'язані з погіршенням як фізичного, так і психоемоційного стану пацієнтів

Таким чином, дослідження підтвердило взаємозв'язок між рівнями тривоги, депресії та частотою загострень хронічного гастриту. Пацієнти з високим рівнем тривоги та депресії частіше страждали від загострень і мали нижчу якість життя. Ці результати вказують на необхідність інтеграції психологічної підтримки та управління стресом у стандартні протоколи лікування хронічного гастриту. Зокрема, підходи, які включають когнітивно-поведінкову терапію, техніки релаксації, психотерапію та фармакологічне лікування тривожних і депресивних розладів, можуть сприяти покращенню якості життя пацієнтів та зниженню частоти загострень.

**Ключові слова:** тривога, депресія, хронічний гастрит, психоемоційний стан, якість життя, загострення

**Kucher Svitlana Viktorivna** PhD, MD, Associate Professor of department of Internal Medicine Propedeutics and Phthisiology I. Horbachevsky Ternopil National Medical University, Ternopil, <https://orcid.org/0000-0003-1026-9567>

**Budarna Olena Yuriivna** PhD, MD, Associate Professor of department of Neurology, I. Horbachevsky Ternopil National Medical University, Ternopil, <https://orcid.org/0009-0006-3477-206X>

**Tkachuk Vitalii Vasylovych** PhD, MD, Assistant of the Department of Family Medicine and Polyclinic Therapy, Odessa National Medical University, Valikhovsky Lane 2, Odesa, 65082, <https://orcid.org/0000-0002-8323-5467>

**Voroncova Tamara Oleksandrivna** PhD, MD, Associate Professor of department of Children's Diseases and Pediatric Surgery, I. Horbachevsky Ternopil National Medical University, Ternopil, <https://orcid.org/0000-0002-2544-1887>

**Horishniy Ihor Myroslavovych** PhD, MD, Associate Professor of department of Children's Diseases and Pediatric Surgery, I. Horbachevsky Ternopil National Medical University, Ternopil, <https://orcid.org/0000-0002-7109-4652>

**Rohalska Yana Vyacheslavivna** MD, PhD Associate Professor of department of Children's Diseases and Pediatric Surgery, I. Horbachevsky Ternopil National Medical University, Ternopil, <https://orcid.org/0000-0002-6376-1953>.

### **STUDY OF THE IMPACT OF INCREASED LEVELS OF ANXIETY AND DEPRESSION ON THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC GASTRITIS**

**Abstract.** The article discusses the impact of psycho-emotional state, in particular anxiety and depression, on the course of chronic gastritis, in particular on the frequency of exacerbations. Chronic gastritis is a complex disease characterised by inflammation of the gastric mucosa, which can have a variety of causes, such as infections, stress, autoimmune disorders and other factors. An important aspect is the relationship between physiological and psychological factors that can affect patients' condition and the course of the disease.

The aim of this study was to investigate how anxiety and depression levels affect the frequency of exacerbations in patients with chronic gastritis. The study involved 67 patients aged 18 to 42 years who were treated and monitored by a family doctor. They were divided into three groups depending on the number of times they sought medical care for gastritis exacerbations. All participants underwent a comprehensive examination, which included psychometric testing to assess levels of depression (Beck's test) and anxiety (GAD-7 questionnaire), as well as an assessment of quality of life using the SF-36 questionnaire.

The data analysis showed that patients with elevated levels of anxiety and depression were more likely to seek medical care for gastritis exacerbations and had lower quality of life on all SF-36 scales. Patients who had only one exacerbation in 5 years demonstrated higher physical and mental well-being scores, while those with more than five exacerbations had significantly worse results. This suggests that frequent gastritis exacerbations are closely associated with a deterioration in both the physical and psycho-emotional state of patients

Thus, the study confirmed the relationship between anxiety and depression levels and the frequency of chronic gastritis exacerbations. Patients with high levels of anxiety and depression were more likely to suffer from exacerbations and had a lower quality of life. These findings point to the need to integrate psychological

support and stress management into standard treatment protocols for chronic gastritis. In particular, approaches that include cognitive behavioural therapy, relaxation techniques, psychotherapy and pharmacological treatment of anxiety and depressive disorders can help improve patients' quality of life and reduce the frequency of exacerbations.

**Keywords:** anxiety, depression, chronic gastritis, psycho-emotional state, quality of life, exacerbation.

**Постановка проблеми.** Тривога - це складний і багатофакторний емоційний стан, що характеризується випереджувальною реакцією настороженості або страху на внутрішні або зовнішні стимули, які людина сприймає як загрозу або виклик [1]. З нейробіологічної точки зору, тривога передбачає активацію декількох мозкових ланцюгів, зокрема мигдалеподібного тіла, гіпокампу і префронтальної кори, які взаємопов'язані між собою в модулюванні страху та емоційної реакції [2]. Активація гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі відіграє вирішальну роль в опосередкуванні фізіологічних реакцій на стрес, сприяючи вивільненню кортизолу і катехоламінів, які, в свою чергу, модулюють різні соматичні функції [3,4].

Пацієнти з підвищеним рівнем тривожності можуть відчувати цілий ряд соматичних симптомів, які відображають взаємодію між центральною і периферичною нервовою системою [5]. Ці симптоми можуть проявлятися в різних системах органів. З боку серцево-судинної системи тривога може проявлятися тахікардією, прискореним серцебиттям, відчуттям стиснення в грудях і підвищенням артеріального тиску, що пов'язано з активацією симпатичної нервової системи. З боку дихальної системи можуть спостерігатися такі симптоми, як задишка, гіпервентиляція та суб'єктивна задишка. Шлунково-кишкові прояви включають біль у животі, нудоту, діарею або запор, переповнення шлунка та спазми живота, які часто посилюються під час стресу. З нервово-м'язового боку пацієнти можуть відчувати тремор, м'язову напругу, головний біль напруги, запаморочення або вертиго, що пов'язано з гіперактивністю симпатичної нервової системи та змінами перфузії головного мозку. З дерматологічної точки зору, поширеними є надмірне потовиділення, почервоніння обличчя та відчуття холоду в кінцівках, що пов'язано з периферичною вазодилатацією та звуженням судин. Нарешті, в сечостатевої сфері тривога може проявлятися у вигляді поліурії та сексуальної дисфункції, включаючи зниження сексуального потягу, труднощі зі збудженням та еректильну дисфункцію у чоловіків або аноргазмію у жінок, що пов'язано з впливом тривоги на вегетативну нервову систему. Ці соматичні прояви тривоги можуть ускладнювати клінічну діагностику, оскільки вони часто неспецифічні і можуть перетинатися з симптомами інших органічних патологій [6,7].

Депресія - це афективний розлад, що характеризується стійким пригніченим настроєм або значною втратою інтересу чи задоволення майже від усіх видів діяльності [8]. Цей розлад пов'язаний зі складними нейробіологічними змінами, включаючи дисфункцію нейромедіаторних систем, зокрема серотоніну, дофаміну і норадреналіну, а також зміни в гіпоталамо-гіпофізарно-наднирниковій системі, що призводять до перебільшеної реакції на стрес і підвищеного рівня кортизолу. Крім того, депресію пов'язують зі структурними та функціональними змінами в кількох ділянках мозку, таких як префронтальна кора, гіпокамп і мигдалина, які відіграють вирішальну роль у регуляції настрою та емоцій [9,10].

Соматичні прояви депресії різноманітні і можуть впливати на різні системи організму, що часто призводить до соматизації розладу і звернення за медичною допомогою через фізичні, а не психологічні симптоми [11]. З боку центральної нервової системи пацієнти з депресією часто відчують хронічну втому, труднощі з концентрацією уваги, порушення пам'яті та загальне зниження когнітивних здібностей, відомі як "когнітивні симптоми" або "когнітивна депресія" [12]. Крім того, поширеними є головні болі напруги та мігрені, які можуть бути стійкими до звичайного лікування. На рівні шлунково-кишкового тракту депресія може проявлятися як анорексія або, в деяких випадках, гіперфагія, що призводить до значної втрати або збільшення ваги [13]. Також спостерігаються такі симптоми, як біль у животі, нудота і запори, пов'язані з порушенням моторики шлунково-кишкового тракту через дисфункцію в регуляції ентєральної нервової системи. З боку опорно-рухового апарату пацієнти з депресією часто повідомляють про дифузний біль, міалгії та артралгії, які не пояснюються іншими захворюваннями. Цей стан, відомий як "соматоформний біль", може бути особливо виснажливим і часто супроводжується перебільшеним сприйняттям болю (гіпералгезія) [14]. З точки зору серцево-судинної системи, депресія пов'язана зі збільшенням частоти серцебиття, тиску в грудях і, у важких випадках, підвищеним ризиком серцево-судинних подій через вегетативну дисфункцію, включаючи зміни варіабельності серцевого ритму і схильність до гіперкоагуляції [15,16]. На імунному рівні депресія пов'язана з хронічним прозапальним станом, що характеризується підвищеним рівнем прозапальних цитокінів, таких як TNF- $\alpha$ , IL-6 та C-реактивний білок [17,18]. Цей запальний стан не лише сприяє розвитку фізичних симптомів депресії, але й бере участь у патогенезі соматичних супутніх захворювань, таких як серцево-судинні захворювання, цукровий діабет 2 типу та метаболічні синдроми.

Гастрит – це захворювання, яке характеризується запаленням слизової оболонки шлунка. Воно може проявлятися в різних формах: від легких, безсимптомних випадків до важких, що супроводжуються значною захворюваністю [19]. Сучасна класифікація гастриту враховує час перебігу (гострий чи хронічний), гістологічні особливості, анатомічне поширення та

основні патофізіологічні механізми [20]. Досягнення в діагностиці та лікуванні змінили підходи до медичного менеджменту. Скринінгові рекомендації щодо обстеження пацієнтів із диспепсією для виявлення залізодефіцитної анемії сприяють ранньому виявленню гастриту та його прогресуванню до передракової атрофії та дисплазії. Гастрит може мати різну етіологію, включаючи бактеріальні інфекції, такі як *Helicobacter pylori*, тривале вживання нестероїдних протизапальних препаратів, надмірне вживання алкоголю, стрес та аутоімунні захворювання [21]. Хронічне запалення слизової оболонки шлунка може призвести до атрофії парієтальних клітин, зниження секреції соляної кислоти і, в деяких випадках, розвитку виразки або передракових захворювань [22]. Зв'язок між гастритом і психічними розладами, такими як тривога і депресія, є двонаправленим і багатофакторним, що включає як фізіологічні, так і поведінкові механізми [23,24].

**Метою статті** було вивчити взаємозв'язок між рівнями тривоги та депресії і частотою загострень стану у пацієнтів з хронічним гастритом. Особливу увагу було приділено впливу психічного стану пацієнтів на перебіг хронічного гастриту, зокрема, як тривожні та депресивні розлади можуть впливати на частоту та інтенсивність загострень.

#### **Виклад основного матеріалу**

У дослідженні взяли участь 67 пацієнтів які перебували на лікуванні та спостереженні у сімейного лікаря з 2019 року віком від 18 до 42 років, у яких був встановлений та клінічно підтверджений діагноз хронічного гастриту. Обстежувані були поділені на три групи, в залежності від кількості звернень за медичною допомогою у зв'язку із загостренням хронічного гастриту (група А – одне звернення протягом 5 років, група Б – до п'яти звернень протягом 5 років, група В – більше п'яти звернень протягом 5 років). Всі учасники пройшли комплексне обстеження, яке включало психометричне тестування для оцінки рівня депресії та тривоги, а також аналіз якості життя. Для досягнення мети дослідження було використано опитувальник SF-36 (Short Form Health Survey) [25,26], тест Бека на депресію [27] та GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7) [28]. SF-36 є інструментом для оцінки загальної якості життя, який охоплює фізичні та психологічні аспекти здоров'я. Він складається з 36 питань, що розподілені на вісім шкал: фізичне функціонування, рольове функціонування через фізичний стан, біль, загальний стан здоров'я, життєздатність, соціальне функціонування, рольове функціонування через емоційний стан і психічне здоров'я. Кожна шкала оцінюється на основі відповідей пацієнта, з яких формується інтегральна оцінка, що відображає рівень фізичного і психічного благополуччя. SF-36 є універсальним інструментом, що дозволяє порівнювати якість життя між різними групами пацієнтів, а також відстежувати зміни протягом часу або під впливом лікування. Тест Бека на депресію (Beck Depression Inventory-II, BDI-II) є одним із найбільш розповсюджених інструментів для вимірювання рівня депресії.

Цей тест був розроблений американським психіатром Аароном Беком і згодом модернізований, щоб відповідати сучасним діагностичним критеріям. BDI-II складається з 21 питання, кожне з яких оцінює інтенсивність депресивних симптомів за останні два тижні. Кожне питання містить чотири варіанти відповіді, які ранжуються від 0 до 3 балів, де 0 відповідає відсутності симптомів, а 3 - їх максимальному вираженню. Загальна кількість балів варіюється від 0 до 63, де вищі значення вказують на більший рівень депресії. Оцінка депресії за допомогою BDI-II є корисною для визначення ступеня тяжкості депресії та моніторингу змін під час лікування. GAD-7 є опитувальником для скринінгу генералізованого тривожного розладу та оцінки рівня тривоги. Він складається з 7 питань, кожне з яких оцінюється за шкалою від 0 до 3, де 0 означає "ніколи", а 3 - "майже щодня". Пацієнт відповідає на питання, що стосуються частоти відчуття тривоги, занепокоєння, труднощів з контролем над хвилюванням та фізичних симптомів, таких як дратівливість, труднощі з концентрацією та порушення сну. Максимальний бал становить 21, причому результати можуть інтерпретуватися наступним чином: 0-4 - мінімальний рівень тривоги, 5-9 - легкий рівень, 10-14 - середній рівень, і 15-21 - високий рівень тривоги. GAD-7 є швидким та зручним інструментом для первинної діагностики тривожних розладів та оцінки їх інтенсивності.

У таблиці 1 продемонстровано результати оцінки якості життя пацієнтів з хронічним гастритом за результатами опитувальника SF-36, розподіливши їх на три групи залежно від частоти загострень захворювання. Аналіз показників показує, що пацієнти з одним епізодом звернень з приводу загострення хронічного гастриту (група А) мають вищі середні значення за всіма шкалами SF-36, що вказує на кращу якість життя. Зокрема, фізичне функціонування ( $61.01 \pm 2.84$ ) і рольове функціонування, зумовлене фізичним станом ( $64.71 \pm 3.03$ ), є найвищими саме в цій групі, що свідчить про відносно збережену фізичну активність і здатність виконувати щоденні обов'язки. Натомість у пацієнтів з частими загостреннями (група В) ці показники суттєво знижуються ( $51.74 \pm 3.12$  та  $49.74 \pm 3.12$  відповідно), що може бути наслідком фізичної втоми і болю, характерних для цього захворювання. Група Б, яка займає проміжне положення, показує значення, нижчі, ніж у групи А, але вищі, ніж у групи В (наприклад, фізичне функціонування —  $56.23 \pm 2.74$ , рольове функціонування —  $52.59 \pm 3.58$ ), що свідчить про поступове погіршення стану зі збільшенням частоти загострень.

Таблиця 1.

**Оцінка якості життя пацієнтів з хронічним гастритом за результатами опитувальника SF-36 у різних групах залежно від частоти загострень**

Індекс за опитувальником SF-36	Група А (М ± m), n=27	Група Б (М ± m), n=23	Група В (М ± m), n=17
Фізичне функціонування (Physical Functioning - PF)	61.01 ± 2.84	56.23 ± 2.74	51.74 ± 3.12
Рольове функціонування, зумовлене фізичним станом (Role-Physical Functioning- RP)	64.71 ± 3.03	52.59 ± 3.58	49.74 ± 3.12
Інтенсивність болю (Bodily pain - BP)	61.23 ± 3.01	55.49 ± 3.51	43.76 ± 3.14
Загальний стан здоров'я (General Health - GH)	65.82 ± 2.83	50.62 ± 3.27	48.31 ± 3.13
Життєва активність (Vitality - VT)	69.46 ± 2.13	51.48 ± 3.32	46.36 ± 3.12
Соціальне функціонування (Social Functioning - SF)	66.31 ± 3.29	58.06 ± 3.39	47.91 ± 3.14
Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (Role-Emotional - RE)	61.23 ± 2.51	56.86 ± 3.19	51.78 ± 3.13
Психічне здоров'я (Mental Health - MH)	64.97 ± 2.60	56.79 ± 2.86	56.91 ± 3.12
Фізичний компонент здоров'я (Physical health - PH)	63.19 ± 2.92	53.73 ± 3.27	48.38 ± 3.13
Психологічний компонент здоров'я (Mental Health - MH)	65.49 ± 2.63	55.79 ± 3.19	50.74 ± 3.12
Примітка: * p<0,05.			

Інтенсивність болю також відрізняється між групами: пацієнти з групи А відчують менш виражений біль (61.23 ± 3.01), тоді як у групі В цей показник значно нижчий (43.76 ± 3.14), що свідчить про більш виражену біль у цих пацієнтів. Група Б знову показує середні значення (55.49 ± 3.51), що вказує на прогресуюче погіршення з частішими загостреннями.

Загальний стан здоров'я (65.82 ± 2.83 у групі А, 50.62 ± 3.27 у групі Б, 48.31 ± 3.13 у групі В) та життєва активність (69.46 ± 2.13 у групі А, 51.48 ± 3.32 у групі Б, 46.36 ± 3.12 у групі В) демонструють подібну тенденцію: зниження показників зі збільшенням частоти загострень.

Соціальне функціонування, рольове функціонування, зумовлене емоційним станом, і психічне здоров'я також знижуються у пацієнтів з частими загостреннями, що відображає зниження соціальної активності та емоційного благополуччя. Наприклад, фізичний компонент здоров'я (63.19 ± 2.92 у групі А, 53.73 ± 3.27 у групі Б, 48.38 ± 3.13 у групі В) та психологічний компонент здоров'я (65.49 ± 2.63 у групі А, 55.79 ± 3.19 у групі Б, 50.74 ± 3.12 у групі В) демонструють суттєве зниження у пацієнтів групи В порівняно з групою А, причому група Б показує середні значення.

Таким чином, результати цього дослідження підкреслюють, що частота загострень хронічного гастриту має значний вплив на якість життя пацієнтів. Зниження показників у всіх сферах SF-36 від групи А до групи В вказує на



погіршення як фізичного, так і психічного стану пацієнтів з частими загостреннями. Група Б займає проміжне місце, відображаючи поступове погіршення стану при збільшенні кількості загострень. Це свідчить про необхідність комплексного підходу до лікування хронічного гастриту, який враховує не лише соматичні, але й психологічні аспекти захворювання.

У таблиці 2 представлені середні значення рівня депресії (M) та стандартні відхилення (m) за результатами тесту Бека на депресію (BDI-II) для трьох груп пацієнтів з хронічним гастритом, які розподілені залежно від частоти загострень захворювання. Пацієнти групи А демонструють низький рівень депресії, що відповідає нормальному або мінімальному рівню депресії за шкалою BDI-II. Це свідчить про відносно стабільний емоційний стан і менший вплив гастриту на психічне здоров'я цих пацієнтів. Обстежувані групи Б демонструють рівень депресії помірно підвищений, що відповідає легкому або середньому рівню депресії. Частіші загострення хронічного гастриту, ймовірно, впливають на психологічний стан, підвищуючи ризик розвитку депресії. У групі В згідно опитувальника відповідав помірній депресії. Це вказує на значний вплив частих загострень на психічне здоров'я і підвищений ризик розвитку клінічної депресії.

Таблиця. 2.

**Рівень депресії у пацієнтів з хронічним гастритом за результатами тесту Бека**

Група А (M ± m), n=27	Група Б (M ± m), n=23	Група В (M ± m), n=17
11,71 ± 2,08	14,23 ± 2,12	20,34 ± 2,45
Примітка: * p<0,05.		

У таблиці 3 представлені результати оцінки рівня тривоги у пацієнтів з хронічним гастритом за допомогою опитувальника GAD-7. Група А має помірний рівень тривоги (10,44 ± 2,37), що вказує на наявність легкого рівня тривоги у пацієнтів, що свідчить про відносно невеликий вплив на частоту загострень.

Таблиця. 3.

**Рівень тривоги у пацієнтів з хронічним гастритом за результатами опитувальника GAD-7**

Група А (M ± m), n=27	Група Б (M ± m), n=23	Група В (M ± m), n=17
10,44 ± 2,37	14,72 ± 2,89	18,78 ± 3,12
Примітка: * p<0,05.		

У групі Б помірний рівень тривоги ( 14,72 ± 2,89), що відповідає середньому рівню тривоги. Це свідчить про те, що частіші загострення

хронічного гастриту пов'язані з підвищеним рівнем тривоги, який може впливати на загальне самопочуття пацієнтів.

Група В показує найвищий середній рівень тривоги ( $18,78 \pm 3,12$ ), що відповідає високому рівню тривоги за шкалою GAD-7. Це вказує на значний психоемоційний вплив частих загострень гастриту на пацієнтів, що може вимагати додаткового психологічного втручання. Результати демонструють чіткий зв'язок між частотою загострень хронічного гастриту і рівнем тривоги у пацієнтів: чим частіші загострення, тим вищий рівень тривоги.

Аналізуючи отримані дані досліджень можна стверджувати, що психоемоційний стан пацієнтів з хронічним гастритом має вплив на перебіг захворювання, ігнорування якого може призводити до частіших загострень і погіршення загального самопочуття. Взаємозв'язок між рівнем тривоги, депресії та частотою загострень хронічного гастриту підтверджує, що лікування має бути комплексним і орієнтованим на всебічну підтримку пацієнта.

Результати дослідження демонструють чітку кореляцію між підвищеними рівнями тривоги та депресії і частотою загострень хронічного гастриту. Пацієнти з високим рівнем тривоги та депресії частіше зверталися за медичною допомогою у зв'язку із загостренням захворювання, що вказує на можливу необхідність інтеграції психологічних втручань у стандартні протоколи лікування гастриту. Важливо розуміти, що стрес і психоемоційні розлади, такі як тривога та депресія, можуть не лише погіршувати симптоми гастриту, але й виступати в якості тригерів для загострення захворювання.

Важливим аспектом дослідження є аналіз якості життя пацієнтів з хронічним гастритом за різними шкалами опитувальника SF-36 [29]. Пацієнти, які рідше стикалися з загостреннями, мали кращі показники фізичного функціонування, життєвої активності та загального стану здоров'я. Це свідчить про те, що контроль за частотою загострень та адекватне лікування тривожних і депресивних розладів можуть значно покращити якість життя пацієнтів, знизивши негативний вплив захворювання на їх фізичний та емоційний стан [30].

Пацієнти з частими загостреннями демонстрували значно гірші результати за всіма шкалами, що вказує на комплексний вплив хронічного гастриту на їх загальний стан. Це включає не лише фізичні прояви, такі як біль і втома, але й зниження життєвої активності, соціального функціонування та психічного здоров'я. Таким чином, цей взаємозв'язок підкреслює необхідність врахування психологічних аспектів у лікуванні пацієнтів з хронічним гастритом.

Слід звернути увагу на те, що пацієнти з більш високим рівнем тривоги і депресії частіше мають низьку якість життя, що відображається у низьких показниках за шкалами SF-36. Це може бути наслідком не тільки фізичного дискомфорту і болю, але й відчуття безнадії, втрати інтересу до повсякденного життя і соціальної ізоляції, що характерно для пацієнтів з депресією. Тому

своєчасне виявлення і лікування тривожних і депресивних розладів є важливим компонентом усього процесу лікування [31,32].

**Висновки.** Хронічний гастрит є складним захворюванням, яке вимагає багатопрофільного підходу до лікування. Пацієнти з високими показниками тривоги і депресії мають значно вищу частоту загострень, що свідчить про вплив психоемоційного стану на перебіг гастриту. Поряд із традиційними методами лікування, такими як медикаментозна терапія і зміни в способі життя, необхідно включати психологічну підтримку і управління стресом. Це може включати різноманітні підходи, такі як когнітивно-поведінкова терапія, техніки релаксації, психотерапія та, при необхідності, фармакологічне лікування тривожних і депресивних розладів.

#### *Література:*

1. Stein, D. J., Craske, M. G., Rothbaum, B. O., Chamberlain, S. R., Fineberg, N. A., Choi, K. W., de Jonge, P., Baldwin, D. S., & Maj, M. (2021). The clinical characterization of the adult patient with an anxiety or related disorder aimed at personalization of management. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 20(3), 336–356. <https://doi.org/10.1002/wps.20919>
2. Kenwood, M. M., Kalin, N. H., & Barbas, H. (2022). The prefrontal cortex, pathological anxiety, and anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology : official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 47(1), 260–275. <https://doi.org/10.1038/s41386-021-01109-z>
3. Herman, J. P., McKlveen, J. M., Ghosal, S., Kopp, B., Wulsin, A., Makinson, R., Scheimann, J., & Myers, B. (2016). Regulation of the Hypothalamic-Pituitary-Adrenocortical Stress Response. *Comprehensive Physiology*, 6(2), 603–621. <https://doi.org/10.1002/cphy.c150015>
4. Smith, S. M., & Vale, W. W. (2006). The role of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in neuroendocrine responses to stress. *Dialogues in clinical neuroscience*, 8(4), 383–395. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2006.8.4/ssmith>
5. Renna, M. E., O'Toole, M. S., Fresco, D. M., Heimberg, R. G., & Mennin, D. S. (2021). From psychological to physical health: Exploring temporal precedence throughout emotion regulation therapy. *Journal of anxiety disorders*, 80, 102403. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102403>
6. Gelenberg A. J. (2000). Psychiatric and Somatic Markers of Anxiety: Identification and Pharmacologic Treatment. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*, 2(2), 49–54. <https://doi.org/10.4088/pcc.v02n0204>
7. Singh, S., Chakole, S., Agrawal, S., Shetty, N., Prasad, R., Lohakare, T., Wanjari, M., & Yelne, S. (2023). A Comprehensive Review of Upper Gastrointestinal Symptom Management in Autoimmune Gastritis: Current Insights and Future Directions. *Cureus*, 15(8), e43418. <https://doi.org/10.7759/cureus.43418>
8. Kennedy S. H. (2008). Core symptoms of major depressive disorder: relevance to diagnosis and treatment. *Dialogues in clinical neuroscience*, 10(3), 271–277. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2008.10.3/shkennedy>
9. Trifu, S. C., Trifu, A. C., Aluș, E., Tătaru, M. A., & Costea, R. V. (2020). Brain changes in depression. *Romanian journal of morphology and embryology = Revue roumaine de morphologie et embryologie*, 61(2), 361–370. <https://doi.org/10.47162/RJME.61.2.06>
10. Zhang, F. F., Peng, W., Sweeney, J. A., Jia, Z. Y., & Gong, Q. Y. (2018). Brain structure alterations in depression: Psychoradiological evidence. *CNS neuroscience & therapeutics*, 24(11), 994–1003. <https://doi.org/10.1111/cns.12835>

11. Kapfhammer H. P. (2006). Somatic symptoms in depression. *Dialogues in clinical neuroscience*, 8(2), 227–239. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2006.8.2/hpkapfhammer>
12. Lam, R. W., Kennedy, S. H., McIntyre, R. S., & Khullar, A. (2014). Cognitive dysfunction in major depressive disorder: effects on psychosocial functioning and implications for treatment. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 59(12), 649–654. <https://doi.org/10.1177/070674371405901206>
13. Skowron, K., Kurnik-Łucka, M., Dadański, E., Bętkowska-Korpała, B., & Gil, K. (2020). Backstage of Eating Disorder-About the Biological Mechanisms behind the Symptoms of Anorexia Nervosa. *Nutrients*, 12(9), 2604. <https://doi.org/10.3390/nu12092604>
14. Landa, A., Peterson, B. S., & Fallon, B. A. (2012). Somatoform pain: a developmental theory and translational research review. *Psychosomatic medicine*, 74(7), 717–727. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3182688e8b>
15. Taylor, C. B. (2010). Depression, heart rate related variables, and cardiovascular disease. *International Journal of Psychophysiology*, 78(1), 80-88. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2010.04.006>
16. Vaccarino, V., Badimon, L., Bremner, J. D., Cenko, E., Cubedo, J., Dorobantu, M., Duncker, D. J., Koller, A., Manfrini, O., Milicic, D., Padro, T., Pries, A. R., Quyyumi, A. A., Tousoulis, D., Trifunovic, D., Vasiljevic, Z., de Wit, C., Bugiardini, R., & ESC Scientific Document Group Reviewers (2020). Depression and coronary heart disease: 2018 position paper of the ESC working group on coronary pathophysiology and microcirculation. *European heart journal*, 41(17), 1687–1696. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy913>
17. Iglesias-González, M., Boigues, M., Sanagustin, D., Giralt-López, M., Cuevas-Esteban, J., Martínez-Cáceres, E., & Díez-Quevedo, C. (2022). Association of serum interleukin-6 and C-reactive protein with depressive and adjustment disorders in COVID-19 inpatients. *Brain, behavior, & immunity - health*, 19, 100405. <https://doi.org/10.1016/j.bbih.2021.100405>
18. Osimo, E. F., Pillinger, T., Rodriguez, I. M., Khandaker, G. M., Pariante, C. M., & Howes, O. D. (2020). Inflammatory markers in depression: A meta-analysis of mean differences and variability in 5,166 patients and 5,083 controls. *Brain, behavior, and immunity*, 87, 901–909. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.02.010>
19. Sipponen, P., & Maaros, H. I. (2015). Chronic gastritis. *Scandinavian journal of gastroenterology*, 50(6), 657–667. <https://doi.org/10.3109/00365521.2015.1019918>
20. Pennelli, G., Grillo, F., Galuppini, F., Ingravallo, G., Pillozzi, E., Rugge, M., Fiocca, R., Fassan, M., & Mastracci, L. (2020). Gastritis: update on etiological features and histological practical approach. *Pathologica*, 112(3), 153–165. <https://doi.org/10.32074/1591-951X-163>
21. Kulkarni SG, Parikh SS, Borges NE, Phadke AY, Desai SB, Vora IM, Kalro RH. Long-term anti-inflammatory drug use and Helicobacter pylori infection: a clinical, endoscopic and histological study. *Indian J Gastroenterol*. 1996 Oct;15(4):118-21.
22. Prodan, A., & Dzhyvak, V. (2022). Comparative evaluation of different types of bariatric surgery. *Journal of Education, Health and Sport*, 12(4), 186–192. <https://doi.org/10.12775/JEHS.2022.12.04.016>
23. Jones, J. D., Dominguez, B., Bunch, J., Uribe, C., Valenzuela, Y., & Jacobs, J. P. (2021). A bidirectional relationship between anxiety, depression and gastrointestinal symptoms in Parkinson's disease. *Clinical parkinsonism & related disorders*, 5, 100104. <https://doi.org/10.1016/j.prdoa.2021.100104>
24. Goodwin RD, Cowles RA, Galea S, Jacobi F. Gastritis and mental disorders. *J Psychiatr Res*. 2013 Jan;47(1):128-32. doi: 10.1016/j.jpsychires.2012.09.016.
25. Dzhyvak, V., Protsailo, M., Voroncova, T., Levenets, S., Mudryk, U., Yarema, N., & Mysula, M. (2024). Assessment of quality of life in students with connective tissue dysplasia. *Prospects and Innovations of Science*, 1(35), 771-787. [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-1\(35\)-771-787](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-1(35)-771-787)

26. Wen, Z., Li, X., Lu, Q., Brunson, J., Zhao, M., Tan, J., Wan, C., & Lei, P. (2014). Health related quality of life in patients with chronic gastritis and peptic ulcer and factors with impact: a longitudinal study. *BMC gastroenterology*, *14*, 149. <https://doi.org/10.1186/1471-230X-14-149>
27. Lee A, Park J. Diagnostic Test Accuracy of the Beck Depression Inventory for Detecting Major Depression in Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin Nurs Res*. 2022 Nov;31(8):1481-1490. doi: 10.1177/10547738211065105.
28. Sapra, A., Bhandari, P., Sharma, S., Chanpura, T., & Lopp, L. (2020). Using Generalized Anxiety Disorder-2 (GAD-2) and GAD-7 in a Primary Care Setting. *Cureus*, *12*(5), e8224. <https://doi.org/10.7759/cureus.8224>
29. Wan, C., Chen, Y., Gao, L., Zhang, Q., Li, W., & Quan, P. (2022). Development and Validation of the Chronic Gastritis Scale Under the System of Quality of Life Instruments for Chronic Diseases QLICD-CG Based on Classical Test Theory and Generalizability Theory. *Journal of clinical gastroenterology*, *56*(2), e137–e144. <https://doi.org/10.1097/MCG.0000000000001511>
30. Rahi, M. S., Thilagar, B., Balaji, S., Prabhakaran, S. Y., Mudgal, M., Rajoo, S., Yella, P. R., Satija, P., Zagorulko, A., & Gunasekaran, K. (2023). The Impact of Anxiety and Depression in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Advances in respiratory medicine*, *91*(2), 123–134. <https://doi.org/10.3390/arm91020011>
31. Ströhle, A., Gensichen, J., & Domschke, K. (2018). The Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders. *Deutsches Arzteblatt international*, *155*(37), 611–620. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0611>
32. CACHEDA, F., FERNANDEZ, D., NOVOA, F. J., & CARNEIRO, V. (2019). Early Detection of Depression: Social Network Analysis and Random Forest Techniques. *Journal of medical Internet research*, *21*(6), e12554. <https://doi.org/10.2196/12554>

### References:

- Stein, D. J., Craske, M. G., Rothbaum, B. O., Chamberlain, S. R., Fineberg, N. A., Choi, K. W., de Jonge, P., Baldwin, D. S., & Maj, M. (2021). The clinical characterization of the adult patient with an anxiety or related disorder aimed at personalization of management. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *20*(3), 336–356. <https://doi.org/10.1002/wps.20919>
- Kenwood, M. M., Kalin, N. H., & Barbas, H. (2022). The prefrontal cortex, pathological anxiety, and anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology : official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, *47*(1), 260–275. <https://doi.org/10.1038/s41386-021-01109-z>
- Herman, J. P., McKlveen, J. M., Ghosal, S., Kopp, B., Wulsin, A., Makinson, R., Scheimann, J., & Myers, B. (2016). Regulation of the Hypothalamic-Pituitary-Adrenocortical Stress Response. *Comprehensive Physiology*, *6*(2), 603–621. <https://doi.org/10.1002/cphy.c150015>
- Smith, S. M., & Vale, W. W. (2006). The role of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in neuroendocrine responses to stress. *Dialogues in clinical neuroscience*, *8*(4), 383–395. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2006.8.4/ssmith>
- Renna, M. E., O'Toole, M. S., Fresco, D. M., Heimberg, R. G., & Mennin, D. S. (2021). From psychological to physical health: Exploring temporal precedence throughout emotion regulation therapy. *Journal of anxiety disorders*, *80*, 102403. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102403>
- Gelenberg A. J. (2000). Psychiatric and Somatic Markers of Anxiety: Identification and Pharmacologic Treatment. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*, *2*(2), 49–54. <https://doi.org/10.4088/pcc.v02n0204>
- Singh, S., Chakole, S., Agrawal, S., Shetty, N., Prasad, R., Lohakare, T., Wanjari, M., & Yelne, S. (2023). A Comprehensive Review of Upper Gastrointestinal Symptom Management in Autoimmune Gastritis: Current Insights and Future Directions. *Cureus*, *15*(8), e43418. <https://doi.org/10.7759/cureus.43418>

8. Kennedy S. H. (2008). Core symptoms of major depressive disorder: relevance to diagnosis and treatment. *Dialogues in clinical neuroscience*, 10(3), 271–277. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2008.10.3/shkennedy>
9. Trifu, S. C., Trifu, A. C., Aluș, E., Tătaru, M. A., & Costea, R. V. (2020). Brain changes in depression. *Romanian journal of morphology and embryology = Revue roumaine de morphologie et embryologie*, 61(2), 361–370. <https://doi.org/10.47162/RJME.61.2.06>
10. Zhang, F. F., Peng, W., Sweeney, J. A., Jia, Z. Y., & Gong, Q. Y. (2018). Brain structure alterations in depression: Psychoradiological evidence. *CNS neuroscience & therapeutics*, 24(11), 994–1003. <https://doi.org/10.1111/cns.12835>
11. Kapfhammer H. P. (2006). Somatic symptoms in depression. *Dialogues in clinical neuroscience*, 8(2), 227–239. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2006.8.2/hpkapfhammer>
12. Lam, R. W., Kennedy, S. H., McIntyre, R. S., & Khullar, A. (2014). Cognitive dysfunction in major depressive disorder: effects on psychosocial functioning and implications for treatment. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 59(12), 649–654. <https://doi.org/10.1177/070674371405901206>
13. Skowron, K., Kurnik-Łucka, M., Dadański, E., Bętkowska-Korpała, B., & Gil, K. (2020). Backstage of Eating Disorder-About the Biological Mechanisms behind the Symptoms of Anorexia Nervosa. *Nutrients*, 12(9), 2604. <https://doi.org/10.3390/nu12092604>
14. Landa, A., Peterson, B. S., & Fallon, B. A. (2012). Somatoform pain: a developmental theory and translational research review. *Psychosomatic medicine*, 74(7), 717–727. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3182688e8b>
15. Taylor, C. B. (2010). Depression, heart rate related variables, and cardiovascular disease. *International Journal of Psychophysiology*, 78(1), 80–88. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2010.04.006>
16. Vaccarino, V., Badimon, L., Bremner, J. D., Cenko, E., Cubedo, J., Dorobantu, M., Duncker, D. J., Koller, A., Manfrini, O., Milicic, D., Padro, T., Pries, A. R., Quyyumi, A. A., Tousoulis, D., Trifunovic, D., Vasiljevic, Z., de Wit, C., Bugiardini, R., & ESC Scientific Document Group Reviewers (2020). Depression and coronary heart disease: 2018 position paper of the ESC working group on coronary pathophysiology and microcirculation. *European heart journal*, 41(17), 1687–1696. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy913>
17. Iglesias-González, M., Boigues, M., Sanagustin, D., Giralt-López, M., Cuevas-Esteban, J., Martínez-Cáceres, E., & Díez-Quevedo, C. (2022). Association of serum interleukin-6 and C-reactive protein with depressive and adjustment disorders in COVID-19 inpatients. *Brain, behavior, & immunity - health*, 19, 100405. <https://doi.org/10.1016/j.bbih.2021.100405>
18. Osimo, E. F., Pillinger, T., Rodriguez, I. M., Khandaker, G. M., Pariante, C. M., & Howes, O. D. (2020). Inflammatory markers in depression: A meta-analysis of mean differences and variability in 5,166 patients and 5,083 controls. *Brain, behavior, and immunity*, 87, 901–909. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.02.010>
19. Sipponen, P., & Maaros, H. I. (2015). Chronic gastritis. *Scandinavian journal of gastroenterology*, 50(6), 657–667. <https://doi.org/10.3109/00365521.2015.1019918>
20. Pennelli, G., Grillo, F., Galuppini, F., Ingravallo, G., Pillozzi, E., Rugge, M., Fiocca, R., Fassan, M., & Mastracci, L. (2020). Gastritis: update on etiological features and histological practical approach. *Pathologica*, 112(3), 153–165. <https://doi.org/10.32074/1591-951X-163>
21. Kulkarni SG, Parikh SS, Borges NE, Phadke AY, Desai SB, Vora IM, Kalro RH. Long-term anti-inflammatory drug use and Helicobacter pylori infection: a clinical, endoscopic and histological study. *Indian J Gastroenterol*. 1996 Oct;15(4):118-21.
22. Prodan, A., & Dzhyvak, V. (2022). Comparative evaluation of different types of bariatric surgery. *Journal of Education, Health and Sport*, 12(4), 186–192. <https://doi.org/10.12775/JEHS.2022.12.04.016>
23. Jones, J. D., Dominguez, B., Bunch, J., Uribe, C., Valenzuela, Y., & Jacobs, J. P. (2021). A bidirectional relationship between anxiety, depression and gastrointestinal symptoms in Parkinson's disease. *Clinical parkinsonism & related disorders*, 5, 100104. <https://doi.org/10.1016/j.prdoa.2021.100104>

Журнал «Перспективи та інновації науки»  
(Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»)  
№ 8(42) 2024

24. Goodwin RD, Cowles RA, Galea S, Jacobi F. Gastritis and mental disorders. *J Psychiatr Res.* 2013 Jan;47(1):128-32. doi: 10.1016/j.jpsychires.2012.09.016.
25. Dzhyvak, V., Protsailo, M., Voroncova, T., Levenets, S., Mudryk, U., Yarema, N., & Mysula, M. (2024). Assessment of quality of life in students with connective tissue dysplasia. *Prospects and Innovations of Science*, 1(35), 771-787. [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-1\(35\)-771-787](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-1(35)-771-787)
26. Wen, Z., Li, X., Lu, Q., Brunson, J., Zhao, M., Tan, J., Wan, C., & Lei, P. (2014). Health related quality of life in patients with chronic gastritis and peptic ulcer and factors with impact: a longitudinal study. *BMC gastroenterology*, 14, 149. <https://doi.org/10.1186/1471-230X-14-149>
27. Lee A, Park J. Diagnostic Test Accuracy of the Beck Depression Inventory for Detecting Major Depression in Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin Nurs Res.* 2022 Nov;31(8):1481-1490. doi: 10.1177/10547738211065105.
28. Sapra, A., Bhandari, P., Sharma, S., Chanpura, T., & Lopp, L. (2020). Using Generalized Anxiety Disorder-2 (GAD-2) and GAD-7 in a Primary Care Setting. *Cureus*, 12(5), e8224. <https://doi.org/10.7759/cureus.8224>
29. Wan, C., Chen, Y., Gao, L., Zhang, Q., Li, W., & Quan, P. (2022). Development and Validation of the Chronic Gastritis Scale Under the System of Quality of Life Instruments for Chronic Diseases QLICD-CG Based on Classical Test Theory and Generalizability Theory. *Journal of clinical gastroenterology*, 56(2), e137–e144. <https://doi.org/10.1097/MCG.0000000000001511>
30. Rahi, M. S., Thilagar, B., Balaji, S., Prabhakaran, S. Y., Mudgal, M., Rajoo, S., Yella, P. R., Satija, P., Zagorulko, A., & Gunasekaran, K. (2023). The Impact of Anxiety and Depression in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Advances in respiratory medicine*, 91(2), 123–134. <https://doi.org/10.3390/arm91020011>
31. Ströhle, A., Gensichen, J., & Domschke, K. (2018). The Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders. *Deutsches Arzteblatt international*, 155(37), 611–620. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0611>
32. Cacheda, F., Fernandez, D., Novoa, F. J., & Carneiro, V. (2019). Early Detection of Depression: Social Network Analysis and Random Forest Techniques. *Journal of medical Internet research*, 21(6), e12554. <https://doi.org/10.2196/12554>