

УДК: [616.89-008.454:616-006-052]-036-08-084

DOI: 10.15587/2519-4798.2017.111033

КЛІНІЧНІ ТА ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ТА ПЕРЕБІГУ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ ТА СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ОНКОЛОГІЧНО ХВОРИХ

© С. В. Ісаєнко

З метою вивчення особливостей депресивних розладів та суїцидальної поведінки у онкологічно хворих було проведено комплексне обстеження 154 онкологічно хворих з депресивними розладами.

Встановлено, що у формуванні суїцидальної поведінки онкологічно хворих провідну роль відіграють високі показники за клінічними шкалами тривоги і депресії, високий рівень суїцидального ризику та низький рівень самосвідомості смерті

Ключові слова: суїцидальна поведінка, онкологічно хворі, депресивна реакція, депресивний епізод, органічний депресивний розлад

1. Вступ

Проблема депресивних розладів займає одне з провідних місць у сучасній психіатрії досить значима в соціальному плані [1]. Останнім часом істотно зросла актуальність проблеми депресій в онкологічній практиці, де їх поширеність коливається за даними різних авторів від 40 до 60 % [2].

Онкологічна хвороба має сильний вплив на психіку людини. Стрес, негативні емоції, нерозуміння, неспокій, тривога, страх, розгубленість, паніка, апатія, відчуття приреченості стають причинами, глибокої депресії, суїцидальних думок і спроб [3].

2. Обґрунтування дослідження

Значна поширеність депресивних розладів, їх негативний вплив на працездатність та висока суїцидонебезпечність є однією з найгостріших медико-соціальних проблем [4]. Суїциди залишаються однією з найгостріших медико-соціальних проблем сучасності і посідають одне з провідних місць у структурі передчасної смертності населення [5].

Психічна патологія надає значиме несприятливий вплив на клінічний і соціальний прогноз онкологічних захворювань, включаючи скорочення термінів виживаності, редукцію рівня адаптації та зниження рівня якості життя, а також прихильності до патогенетичного лікування [6, 7].

Дані багатьох досліджень дозволяють розглядати депресивні розлади як один з важливих факторів погіршення прогнозу онкологічного захворювання і підвищення смертності хворих на рак на 25 % [8]. Крім того, деякі дослідження переконливо показують, що тривалість життя пацієнтів із злakisними новоутвореннями різко скорочується при наявності симптомів депресії. Депресія, особливо тяжка, є важливим фактором, що сприяє бажанню пацієнта прискорити смерть, включаючи і відмову від протипухлинної терапії [9, 10].

Вищевикладене обумовило актуальність і необхідність проведення даного дослідження.

3. Мета дослідження

Вивчення клінічних та психопатологічних особливостей формування та перебігу депресивних розладів та суїцидальної поведінки у онкологічно хворих.

4. Матеріали та методи

Для досягнення поставленої мети на базі Харківської обласної клінічної психіатричної лікарні № 3 з дотриманням принципів біоетики та медичної деонтології протягом 2013–2016 рр. було проведено комплексне обстеження 154 хворих обох статей (78 жінок та 76 чоловіків, у віці 25–55 років (середній вік $43,0 \pm 2,0$ роки) з онкологічною патологією I та II стадії поза мозковою локалізацією у яких було діагностовано депресивні розлади: розлади адаптації, у вигляді депресивної реакції (F43.21, F43.22) (48,4 %); помірного та важкого депресивного епізоду (F32.1, F32.2) (38,2 %), органічного депресивного розладу (F06.32) (13,4 %).

Основну групи склали 103 хворих з ознаками суїцидальної поведінки (56 жінок та 47 чоловіків), контрольну – 51 хворий без ознак суїцидальної поведінки (26 жінок та 25) чоловіків.

У роботі було використано наступні методи обстеження: клініко-психопатологічний, який базувався на загальноприйнятих підходах до психіатричного обстеження шляхом інтерв'ювання та спостереження. Опитування здійснювалось із застосуванням критеріїв МКХ-10.

Психодіагностичний, який включав використання госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS) (Zigmond A. S., Snaith R. P., 1983); клінічних шкал тривоги і депресії Гамільтона (M. Hamilton, 1967), адаптованих до МКХ-10 (Г. П. Пантелеєва, 1988) (HDRS); шкали Монтгомери-Айсберга (Montgomery SA, Asberg M., 1979), адаптованої до МКХ-10 (Guelfi GD, 1993) (MADRS); методик «Спосіб визначення суїцидального ризику» (Гавенко В. Л., Сінайко В. М., Соколова І. М., 2001) та «Спосіб оцінки самосвідомості смерті» (Гавенко В. Л., Сінайко В. М., Соколова І. М., 2001).

Математико-статистична обробка результатів дослідження проводилась з використанням пакетів спеціалізованого програмного забезпечення (Statistica 6.0, MS Excel) з використанням методики t-критерію Ст'юдента., отримані результати представлені у вигляді середнього значення \pm похибка середньої арифметичної.

5. Результати дослідження

Усі обстежені хворі (100 %) відзначали психотравматичність факту діагностування у них злоякісного новоутворення, вони відчували почуття небезпеки (69,3 %); тривогу (78,2 %) аж до паніки (45,8 %); депресію (72,9 %); страх смерті 66,8 %; безнадію (39,2 %) та апатію (38,2 %); відчай (35,6 %); втрату сенсу життя (35,2 %), відчуття гідності (29,8 %) та контролю над ситуацією (48,6 %); вони становилися замкнутими (44,6 %) (табл. 1).

Таблиця 1
Емоційні розлади у онкологічних хворих (%)

Психологічна реакція	%
Почуття небезпеки	69,3
Паніка	45,8
Тривога	78,2
Страх смерті	66,8
Замкнутість	44,6
Безнадія	39,2
Відчай	35,6
Апатія	38,2
Депресія	72,9
Втрата сенсу життя	35,2
Втрата відчуття гідності	29,8
Втрата контролю над ситуацією	48,6

У клінічній картині депресивної реакції (48,4 % обстежених хворих) спостерігаються пригніченість настрою, почуття туги, тривоги, внутрішнього напруження, занепокоєння з неможливістю розслабитися, різноманітні страхи і побоювання.

Депресивний епізод (38,2 % обстежених) характеризувався підвищеною стомлюваністю, млявістю, виснаженням, бездіяльністю, байдужістю, відсутністю інтересу до спілкування, дратівливістю, підвищеною чутливістю до раніше нейтральних подразників, апатією, психомоторною загальмованістю.

При органічному депресивному розладі (13,4 % хворих) поряд з пригніченістю настрою, афектом туги і тривоги, порушенням сну відмічалися концентрація уваги на стані соматичного неблагополуччя, короткочасні бурхливі реакції на незначні

емоційні події, невідповідність емоційних реакцій ситуації.

При аналізі клінічної симптоматики виявлені деякі гендерні відмінності: у жінок в порівнянні з чоловіками депресивні епізоди характеризувалися більшою виразністю туги та іпохондричних проявів, частіше, ніж у чоловіків, відзначалися тенденції до вегетативних кризів, тахікардії, аритмії. У чоловіків в клінічній структурі домінували тривожні прояви та дратівливість.

Вивчення суїцидальної поведінки у I групи показало, що 31,1 % хворих с депресивною реакцією, 32,1 % хворих с депресивним епізодом, 28,9 % з органічним депресивним розладом здійснили суїцидальні спроби; у 42,3 %, 48,5 % та 44,2 % хворих відповідно реєструвалися суїцидальні рішення та наміри; у 26,6 % хворих с депресивною реакцією, 19,4 % хворих с депресивним епізодом, 26,9 % з органічним депресивним розладом відмічалися пасивні та активні суїцидальні думки, фантазування та переживання (табл. 2).

Таблиця 2
Варіанти суїцидальної поведінки у обстежених хворих (%)

Депресивний розлад	Суїцидальні спроби	Суїцидальні наміри	Суїцидальні думки
Депресивна реакція	31,1	42,3	26,6
Депресивний епізод	32,1	48,5	19,4
Органічний депресивний розлад	28,9	44,	26,9

Гендерний аналіз суїцидальної поведінки показав, що суїцидальні думки та фантазування частіше відзначалися у жінок, рішення, наміри та спроби – у чоловіків, при скоєнні суїцидальної спроби чоловіки використовували більш травматичні засоби, а жінки – більш щадні, що створюють можливості збереження життя.

У ході роботи було проаналізовано варіанти суїцидальної поведінки в залежності від варіанту депресивного розладу – визначено, що у всіх обстежених хворих переважає істинна суїцидальна поведінка (53,2 % хворих с депресивною реакцією, 56,5 % хворих с депресивним епізодом, 51,2 % з органічним депресивним розладом), афективний варіант суїцидальної поведінки спостерігався у 38,1 %, 40,1 % та 44,1 % хворих відповідно; демонстративно-шантажна суїцидальна поведінка відмічалася у 8,7 % хворих с депресивною реакцією, 3,4 % хворих с депресивним епізодом, 4,7 % з органічним депресивним розладом.

Як показали результати дослідження, для хворих основної групи характерні клінічні прояви

тривоги і депресії за госпітальною шкалою, важка тривога і депресія за шкалою Гамільтона, великий депресивний епізод за шкалою Монтгомері-Айсберга, для хворих контрольної групи притаманні клінічні прояви тривоги і субклінічні депресії за госпітальною шкалою, помірно виражена тривога і депресія за шкалою Гамільтона, помірний депресивний епізод за шкалою Монтгомері-Айсберга.

При дослідженні вираженості суїцидального ризику встановлено, що у хворих основної групи цей показник вірогідно перевищував такий в контролі ($42,7 \pm 2,7$ бали та $20,4 \pm 3,4$ бали). В той же час показник рівня самосвідомості смерті в основній групі складав $17,6 \pm 3,2$ бали, а в контрольній $28,4 \pm 1,3$ бали). Таким чином, високий рівень суїцидального ризику та низький рівень самосвідомості смерті у онкохворих з депресивними розладами є передумовою формування суїцидальної поведінки.

Згідно з отриманими даними, для хворих основної групи характерні низька комунікативність, замкнутість, тривожна мстивість, схильність до драматизації і негативної оцінки подій і фактів, підвищена чутливість, вразливість, охоплення переживаннями гострого горя у зв'язку із діагнозом онкологічної хвороби, зі звуженням когнітивних функцій і домінуванням змісту психічної травми у свідомості, оцінка ситуації, що склалася як безвихідна, відчуття ізоляції, відсутності соціальної підтримки.

На підставі отриманих у ході роботи даних було розроблено та апробовано програму диференційованої профілактики суїцидальної поведінки у онкологічно хворих з депресивними розладами.

6. Обговорення результатів дослідження

Таким чином у ході роботи доведено, що у клінічній картині депресивних розладів у хворих з онкологічною патологією домінують пригніченість настрою, афект туги та тривоги, охоплення переживаннями гострого горя у зв'язку із діагнозом

онкологічної хвороби, зі звуженням когнітивних функцій і домінуванням змісту психічної травми у свідомості.

Встановлено, що у формуванні суїцидальної поведінки онкологічно хворих с депресивними розладами провідну роль відіграють високі показники за клінічними шкалами тривоги і депресії, високий рівень суїцидального ризику в поєднанні з низьким рівнем самосвідомості смерті, обтяжений суїцидологічний анамнез.

Отримані дані, щодо специфіки депресивних розладів у хворих з онкологічною патологією корелюють з даними вітчизняних дослідників [2, 5, 7] та свідчать про необхідність подальшої розробки системи ранньої діагностики, корекції а профілактики депресивних розладів у онкологічно хворих.

Вивчення особливостей депресивних розладів у хворих з онкологічною патологією є важливим для практичної роботи лікаря оскільки дозволяє диференційовано прогнозувати можливість виникнення суїцидальної поведінки для визначення оптимальної схеми її корекції та профілактики.

7. Висновки

1. Злоякісне новоутворення є психотравмуючим фактором для хворого та приводить до розвитку депресивних розладів та суїцидальної поведінки.

2. У клінічній картині депресивних розладів у хворих з онкологічною патологією домінують пригніченість настрою, афект туги та тривоги, охоплення переживаннями гострого горя у зв'язку із діагнозом онкологічної хвороби, зі звуженням когнітивних функцій і домінуванням змісту психічної травми у свідомості.

3. У формуванні суїцидальної поведінки онкологічно хворих с депресивними розладами провідну роль відіграють високі показники за клінічними шкалами тривоги і депресії, високий рівень суїцидального ризику в поєднанні з низьким рівнем самосвідомості смерті, обтяжений суїцидологічний анамнез.

Література

1. Maruta, N. Gender specificity of clinical manifestations of depressive disorders in male patients [Text] / N. Maruta, A. Yatsyna, O. Cherednyakova // XVI World Congress of Psychiatry. – Madrid, 2014. – Vol. 4. – P. 51.
2. Савин, А. И. Особенности психогенно обусловленных психических расстройств и психологические характеристики онкологических больных при разных опухолевых локализациях (подход к проблеме) [Текст] / А. И. Савин, Б. Ю. Володин // Наука молодых – Eruditio Juvenium. – 2015. – № 3. – С. 82–86.
3. Vambauer, K. Z. Mutuality and specificity of mental disorders in advanced cancer patients and caregivers [Text] / K. Z. Vambauer, B. Zhang, P. K. Maciejewski, N. Sahay, W. F. Pirl, S. D. Block, H. G. Prigerson // Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. – 2006. – Vol. 41, Issue 10. – P. 819–824. doi: 10.1007/s00127-006-0103-x
4. Кожина, Г. М. Механізми формування та шляхи профілактики суїцидальної поведінки у хворих на депресивні розлади [Текст]: монографія / Г. М. Кожина, В. І. Коростій, К. О. Зеленська. – Х.: ХНМУ, 2014. – 64 с.
5. Кожина, А. М. Современные подходы к терапии депрессивных расстройств [Текст] / А. М. Кожина, Е. А. Зеленская // Український вісник психоневрології. – 2013. – Т. 21, № 4 (77). – С. 90–93.
6. Мухаровська, І. Р. Особливості психоемоційного стану онкологічних хворих на етапі первинного лікування [Текст] / І. Р. Мухаровська // Український вісник психоневрології. – 2016. – Т. 24, № 4 (89). – С. 69–71.
7. Holland, J. C. Psycho-Oncology [Text] / J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen et. al. – Oxford: Oxford University press, 2010. – 720 p. doi: 10.1093/med/9780195367430.001.0001
8. Walter, F. The Andersen Model of Total Patient Delay: A Systematic Review of Its Application in Cancer Diagnosis [Text] / F. Walter, A. Webster, S. Scott, J. Emery // Journal of Health Services Research & Policy. – 2012. – Vol. 17, Issue 2. – P. 110–118. doi: 10.1258/jhsrp.2011.010113

9. Маркова, М. В. Стан та перспективи розвитку сучасної психоневрології [Текст] / М. В. Маркова, О. В. Піонтковська, І. Р. Кужель // Український вісник психоневрології. – 2012. – Т. 20, № 4 (73). – С. 86–91.

10. Рак в Україні 2013–2014 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_16/index.htm

*Рекомендовано до публікації д-р мед. наук, професор Кожина Г. М.
Дата надходження рукопису 11.07.2017*

Исаенко Світлана Володимирівна, лікар психіатр, Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 3, вул. Академіка Павлова, 46, м. Харків, Україна, 61001
E-mail: isaenko217@gmail.com

УДК 616.124-005.8-089-037

DOI: 10.15587/2519-4798.2017.110898

ВИЗНАЧЕННЯ ЧИННИКІВ, ЯКІ АСОЦІЙОВАНІ З ВІДДАЛЕНИМ ПРОГНОЗОМ У ХВОРИХ З ІНФАРКТОМ МІОКАРДА ПРАВОГО ШЛУНОЧКА, ЗА ДАНИМИ МЕТОДА КАПЛАНА-МЕЙЕРА

© **В. Й. Целуйко, Т. А. Лозова**

Доведено, що наявність інфаркту міокарду правого шлуночка у хворих з Q-інфарктом міокарда лівого шлуночка асоціюється з достовірним збільшенням частоти серцево-судинних ускладнень протягом 30,6 місяців спостереження. Проведення планової реваскуляризації супроводжується покращенням якості життя без впливу на показник смертності. Гендерні особливості перебігу постінфарктного періоду полягають в більш високому показнику смертності серед жінок

Ключові слова: прогноз, інфаркт міокарда правого шлуночка, відтермнована реваскуляризація, гендерний фактор, метод Каплана-Мейера

1. Вступ

Інфаркт міокарду (ІМ) правого шлуночка (ПШ) супроводжує ІМ лівого шлуночка (ЛШ) і в ізольованому варіанті не зустрічається. За даними медичної статистики ураження ПШ діагностують в 14–84 % випадків заднього ІМ ЛШ та в 10–13 % випадків ІМ ЛШ передньої локалізації [1, 2]. Така висока варіабельність показників є наслідком певних труднощів діагностики та недостатньої настороженості щодо розвитку ІМ ПШ, що, в свою чергу, ускладнює як епідеміологічну оцінку, так визначення впливу ІМ ПШ на прогноз та якість життя.

Невисокі гемодинамічні вимоги до навантаження ПШ, розгалужена система кровопостачання з басейнів лівої та правої коронарних артерій, можливість екстракції кисню з крові під час усього серцевого циклу створюють передумови для виникнення відносно невеликих ІМ, серед яких гемодинамічно значущими є лише 25 %. Клінічні ускладнення ІМ ПШ варіюють в широких межах від гемодинамічного компромісу до тяжкої гіпотензії і кардіогенного шоку в залежності від ступеня ішемії [2, 3]. Це зумовлює відсутність єдиної думки щодо самостійного впливу ІМ ПШ на підвищення ризику фатальних ускладнень та смерті, що спонукає до подальших досліджень в цьому напрямку. Ряд клінічних випробувань переконливо демонструє підвищення числа ускладнень і смертності хворих при бівентрікулярному ІМ в гострому періоді і віддаленій перспективі в порівнянні

з ізольованим ураженням ЛШ [4, 5]. Їм суперечать дослідження, які пов'язують високий ризик несприятливого прогнозу не стільки з ІМ ПШ, скільки з поширеністю некрозу ЛШ [6, 7]. Саме ці розбіжності в оцінці ступеню впливу ІМ ПШ на виживання та якість життя пацієнтів спонукають до подальших досліджень в цьому напрямку.

У зв'язку з цим, виявлення додаткових факторів ризику, з метою застосування активної тактики ведення гострого періоду ІМ та оптимізації терапії на етапі реабілітації у пацієнтів з поєднаним ураженням правого і лівого шлуночків не втрачає своєї актуальності.

2. Обґрунтування дослідження

Встановлено, що у хворих з ІМ ПШ найближчий та віддалений прогноз достовірно та незалежно пов'язаний зі зниженням систолічної функції ПШ. Доведено, що зниження скоротливої здатності ПШ є самостійним потужним фактором ризику смерті (62 %), раптової смерті (79 %), серцевої недостатності (СН) (48 %) та інсульту (2,95 рази) без впливу на ризик повторного ІМ. А зменшення систолічної функції ПШ на кожні 5 % асоціюється зі збільшенням ризику фатальних і нефатальних серцево-судинних ускладнень на 53 % [8, 9].

Натомість, вплив інших чинників на формування довгострокового прогнозу хворих з ІМ ПШ потребує додаткової аргументації.