

ПРЕДИКТОРИ ВИНИКНЕННЯ І РОЗВИТКУ ДЕПРЕСИВНИХ ТА ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА СОМАТИЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

С. Д. Савка, О. С. Юрценюк,

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Науковий керівник: Н. Г. Пшук, д. мед. н., професор

За даним сучасних вітчизняних і закордонних досліджень, частота депресивних та тривожних розладів (ДТР) серед хворих на соматичні захворювання, що перебувають у стаціонарі, досягає 31% випадків.

З метою вивчення ДТР у хворих на хворобу серця (ІХС) та ревматоїдний артрит (РА), обстежено 190 хворих, що знаходились на стаціонарному лікуванні. Всі хворі проходили повне клінічне обстеження кардіологом та/чи ревматологом. Нами проводилося структуроване інтерв'ю, клініко-психопатологічне і експериментально-психологічне дослідження (опитувальник домінуючих рис характеру Шмішека, шкали особистісної та реактивної тривожності Спілбергера-Ханіна, шкала депресії Гамільтона, міні-мульти, методики діагностики рівня соціальної фрустрованості Вассермана в модифікації Бойка) всіх хворих, з подальшою статистичною обробкою отриманих цифрових даних.

Серед непсихотичних психічних розладів найчастіше зустрічаються: органічні емоційно-лабільні (астенічні) розлади у 40% осіб, тривожні розлади – 30%, депресивні – 20% та неврастенія – 10%. Для пацієнтів з емоційно-лабільним (астенічним) розладом притаманні емоційна лабільність, неприємні фізичні відчуття, болі, загальна слабкість, підвищена втомлюваність, особливо вранці та першій половині дня, неухважність, поганий апетит, порушення сну та переживання за свою неповноцінність у результаті хвороби, неможливість вилікуватися і спрогнозувати майбутнє. Афективна патологія проявлялася у вигляді депресії та тривоги. У клінічній картині тривожного розладу домінували тривожні переживання за стан здоров'я, плаксивість, почуття провини перед рідними у зв'язку з інвалідизацією та обмеженням працездатності. Встановлено взаємозв'язок між психопатологічними особливостями особистості у даного контингенту хворих (підвищення бальної оцінки за шкалами іпохондрії, депресії, психастенії) і частотою непсихотичних психічних розладів. Одним із головних клінічних факторів, який більше інших впливає на погіршення психічного стану хворих на РА є наявність суглобово-вісцеральної форми РА у пацієнтів і вираженість активності запального процесу (2-3 ступінь). Отже, переважання у пацієнтів із суглобово-вісцеральною формою РА підвищеного рівня тривоги, а також зростання рівня депресії у пацієнтів з високою активністю запального процесу свідчать про вплив даних чинників на характер психологічних змін у пацієнтів, що дає нам підстави вважати їх предикторами виникнення непсихотичних психічних розладів у даної категорії хворих.

Встановлено, що предикторами виникнення і розвитку ДТР у хворих на ІХС та РА є наступні фактори: - конституційно-типологічні - переважання в преморбідному періоді емотивного та застрягаючого типів виразної акцентуації, а також їх поєднання (емотивний + застрягаючий, застрягаючий + емотивний + тривожний, емотивний + тривожний + екзальтований), які загострюються за умови тривалого перебігу захворювання (5 і більше років). Високий рівень особистісної тривожності слід розцінювати як підсилюючу компоненту чинників ризику, він більш характерний для жінок, на відміну від чоловіків, у яких значно переважає ситуативна тривога; - біологічні - вік старше 50 років, коморбідна гіпертонічна хвороба, надмірна маса тіла, недостатня рухова активність; - соціальні - рівень освіти (середня та середня-спеціальна), сімейний стан (повторний шлюб) та стосунки у родині (сімейні конфлікти), професія (міжособистісні конфлікти на виробництві, шкідливі професійні і санітарно-технічні умови праці), погіршення матеріально-побутових умов, матеріальна скрута, емоційні перевантаження ($r=0,46, p<0,05$).