

# **Тривожні та депресивні розлади у онкологічних пацієнтів з хронічним больовим синдромом на етапі паліативного лікування**

*Інна Мухаровська*

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

*Олексій Калачов*

Київський міський клінічний онкологічний центр

*Ціра Абдряхімова*

Національний медичний університет імені О. О.

Богомольця

*Катерина Клебан*

Національний медичний університет імені О. О.

Богомольця

Одним з провідних стресових факторів на етапі паліативної допомоги пацієнтам з онкологічними захворюваннями є хронічний біль, який може ставати причиною виникнення психічних розладів переважно афективного та невротичного спектру. Даний текст є тезами Науково-практичної конференції «Психосоматична медицина: наука і практика». Описане нижче присвячено тривожним та депресивним розладам у онкологічних пацієнтів з хронічним больовим синдромом на етапі паліативного лікування.

---

## **Актуальність**

Одним з провідних стресових факторів на етапі паліативної допомоги пацієнтам з онкологічними захворюваннями є хронічний біль, який може ставати причиною виникнення психічних розладів переважно афективного та невротичного спектру.

## **Мета дослідження**

Метою дослідження було вивчити особливості прояву депресивних і тривожних станів у онкологічних хворих з різною інтенсивністю хронічного болю.

## **Контингент та методи дослідження**

Дослідження проводилося на базі Київського міського клінічного онкологічного центру протягом 2017-2018 років. У дослідженні взяли участь 382 хворих з онкологічним захворюванням на етапі паліативного лікування з різною інтенсивністю хронічного больового синдрому. Пацієнти були розділені на 3 групи в залежності від інтенсивності болю, яка вимірювалася за допомогою «Візуально-аналогової шкали вимірювання болю»: групу 1 становили 58 пацієнтів з легким (Г1, 15,2%), 2 групу - 245 хворих з середнім (Г2, 64,1%) та групу 3 - 79 обстежуваних з сильним больовим синдромом (Г3, 20,7%). Для оцінки тривожних і депресивних розладів застосували HADS.

## **Результати**

Пацієнти з болем склали 69,3% всіх пацієнтів, які були госпіталізовані у відділення

паліативної медицини. У всіх онкологічних хворих з хронічним болем тяжкість тривоги та депресії досягала клінічно значимого рівня, тривожність переважала над депресивними проявами ( $13,8 \pm 3,8$  проти  $12,1 \pm 3,2$  бала в Г1,  $14,3 \pm 3,2$  проти  $12,6 \pm 3,0$  бала в Г2,  $14,8 \pm 3,5$  бала проти  $13,6 \pm 2,9$  балів у Г3,  $p < 0,05$ ). Структура психопатологічних симптомів у онкологічних хворих з больовим синдромом з різним ступенем тяжкості виявилася подібною. Провідними проявами тривожної симптоматики були інтенсивна тривога, внутрішня напруга і тривожні думки. Симптомами другого рангу виступали фобії, пов'язані з онкологією, тривожні очікування і неможливість розслабитися. Безсоння і панічні атаки мали найменшу вираженість.

У депресивних проявах провідну роль відігравала ангедонія, песимістичне сприйняття майбутнього і зменшення вітальності. Менш представленими депресивними проявами виступали – зниження задоволення від діяльності, неможливість переключитися від стресової ситуації. Загальмованість та зниження турботи про себе були останніми в структурі депресивного синдрому.

У онкологічних хворих з сильним болем спостерігався більш високий рівень депресії, на відміну від пацієнтів з легкою або середньою тяжкістю ( $12,1 \pm 3,2$  бала в Г1 і  $12,6 \pm 3,0$  балів у Г2 проти  $13,6 \pm 2,9$  балів у Г3,  $p < 0,05$ ), показник тривожності значимо не відрізнявся ( $13,8 \pm 3,8$  балів,  $14,3 \pm 3,2$  балів та  $14,8 \pm 3,5$  балів). Ці результати вказували на зростання депресивних симптомів в процесі прогресування онкологічного захворювання. При наростанні болю спостерігалися збільшення ангедонії, включеності в травматичну ситуацію, тривожних думок, загальмованості, зниження бадьорості,  $p < 0,05$ .

Дослідження вираженості психопатологічної симптоматики залежно від етапу протибольової терапії, виявило, що призначення наркотичних анальгетиків супроводжувалося зростанням депресивних проявів за рахунок зниження життєвого тону та ангедонії, ( $2,24 \pm 0,58$  балів проти  $2,04 \pm 0,61$  балів та  $2,61 \pm 0,49$  балів проти  $2,46 \pm 0,50$  балів,  $p < 0,05$ ).

Клінічно для хворих з больовим синдромом була властива больова поведінка – комплекс поведінкових вербальних (скарги, зітхання, стони) та невербальних проявів (протибольова поза, дотики чи стискання болючого місця, обмеження активності, прийом ліків, гримаса болю).

Психосоціальні наслідки больового синдрому включали погіршення якості життя – 96,2%, зниження працездатності – 90,7%, соціальної активності – 80,4%, наростання напруженості у міжособистісній взаємодії – 58,8%, що особливо виразно прослідковувалося у онкохворих з вираженим больовим синдромом.

Враховуючи, вплив больового синдрому на психологічний стан онкохворих, важливого значення набувала протибольова терапія. Аналіз основних психологічних чинників неефективного знеболення онкохворих показав, що такими були: принципів та етапності протибольової терапії – 31%, відмова від призначення наркотичних анальгетиків у зв'язку зі страхом залежності, побічної дії на психіку (для опіатів) – 27,7%; наявність виражених психогенних реакцій або психічних розладів, що обтяжують перебіг хвороби – 8,9%; неадекватне пред'явлення пацієнтом скарг з приводу хронічного больового синдрому – 8,0%.

## **Висновки**

Наявність хронічного больового синдрому у онкологічних пацієнтів на паліативному етапі лікування супроводжується клінічно вираженими тривожними та депресивними проявами. Зростання інтенсивності больового синдрому характеризується підвищенням депресивної симптоматики. На ефективність протибольової терапії впливає ряд психологічних чинників, що стосуються знань та установок щодо лікування, що визначає необхідність введення до

протоколів лікування психоосвіти та психологічного консультування.