



Особенности Психопатологических Расстройств При Злокачественном Опухле Брюшной Полости

1. Рустамов У. Т.

Received 12th Oct 2022,
Accepted 13th Nov 2022,
Online 15th Dec 2022

Аннотация : В России в структуре онкологической заболеваемости рак желудка устойчиво занимает 2-е ранговое место после рака легкого у мужчин и рака молочной железы у женщин.

Ключевые слова: HADS, брюшной полости, психическое здоровье, онкопатология, качество жизни, фармако- и психотерапия.

¹ Бухарский государственный
медицинский институт

Интенсивный показатель заболеваемости раком желудка 2001 в России составлял в 2001г. 32,7 случая на 100тыс населения. Смертность от новообразований желудка в России в 2001г. Составляла 29,7 на 100 тыс населения. [4]. Психопатологических проблем на различных этапах лечения и адаптации заболевания [2,4]. Однако психиатрическая помощь онкологическим больным не очень хорошо за рекомендовала и знания о состоянии психического здоровья пациентов в очень ограничены. Некоторые исследования были проведены для изучения психического здоровья и качества жизни в больных раком 12 перстной кишки [3,6]. Тревога и депрессия являются распространенными психологическими симптомами у онкологических больных [11,12]. Больничная шкала тревоги и депрессии (HADS), разработанная Зигмондом и Снайтом [8], является одним из наиболее часто используемых инструментов для измерения тревоги и депрессии у пациентов, страдающих психическими заболеваниями, включая рак 12 перстной кишки. Она была применена к широкому спектру заболеваний [10], и были проведены многочисленные исследования для проверки психометрических свойств шкалы [11]. Для изучения влияния социально – демографических и клинических переменных на тревожность и депрессию были проведены многочисленные исследования [4,8].

Цель исследования. Изучить особенности психопатологических расстройств при злокачественном опухоли брюшной полости.

Материал и методы исследования. Настоящее исследование проводилось в специализированном Республиканском онкологическом научно-практическом центре Бухарского филиала. В период с января 2021года по 44 онкологических больных, проходивших лечение в этой больнице, имели право на участие в этом исследовании. Участники были приглашены принять участие в исследовании, если у них была злокачественная опухоль любой локализации и стадии заболевания, им было не менее 18 лет. Опухолевые образования, стадия заболевания не служили критериями исключения. Пациентами, объяснили им цели

исследования и попросили их принять участие и дать информированное согласие. Медицинские данные были взяты из медицинских карт, хранящихся в больнице. Контрольной группой служила вторая стадия онкологических больных 12 перстной кишки. Выборка состояла из 12 мужчины со средним возрастом 57,3 года. Средний возраст этой группы составил 44,6 года. Все пациенты дали информированное согласие.

Результаты и их обсуждение. HADS состоит из 14 пунктов, семь из них указывают на беспокойство, а остальные семь – на депрессию. Формат ответа предлагает четыре варианта ответа, которые оцениваются со значениями в диапазоне от 0 до 3. Это приводит к значениям шкалы от 0 до 21 для каждой шкалы. Авторы оригинального теста определили три диапазона для обеих шкал: 0-7 (не случаи), 8-10 (сомнительные случаи) и 11-21 (случаи). Можно рассчитать общий балл HADS, просто суммируя элементы тревоги и депрессии [9]. В дополнение к HADS были использованы еще два вопросника. Европейская организация по исследованию и лечению рака опросник качества жизни состоит из 30 пунктов, которые относятся к пяти функциональным шкалам (физическое, ролевое, эмоциональное, социальное и когнитивное функционирование), трем шкалам симптомов (усталость, боль и тошнота/рвота), двухбалльной шкале глобального здоровья и шести однобалльными шкалами (одышка, потеря аппетита, бессонница, запор, диарея и финансовые трудности). Более высокие показатели функционирования представляют собой лучшее функционирование HRQL, в то время как более высокие показатели симптомов представляют более тяжелые симптомы. Для измерения усталости использовался многомерный усталостный инвентарь. Он оценивает пять аспектов усталости: общую усталость, физическую усталость, снижение активности, снижение мотивации и умственную усталость. Каждая подшкала состоит из четырех пунктов, набранных со значениями от 1 до 5. Более высокие оценки отражают более высокий уровень усталости. Мы также рассчитали суммарный балл по всем 20 пунктам. Из пациентов, имеющих право на участие в исследовании, 44(95,9%) дали информированное согласие и заполнили анкеты. Наиболее частыми видами рака были рак толстой кишки (19,2%) и прямой кишки (16,8%). Распределение стадии опухоли было следующим: стадия 1 (21,2%), стадия 2 (23,8%), стадия 3 (21,9%) и стадия 4 (34,7%). Сравнение средних показателей 1 стадии пациентов показывает, что 2,3,4 стадии опухоли 12 перстной кишки пациенты имели более высокий уровень психологической нагрузки, чем 1 стадии опухоль 12 перстной кишки пациенты. Эта разница была особенно высока в шкале депрессии. Все, кроме одного из 14 пунктов, показали более высокие средние показатели. Один пункт (A3: чувство страха) показал противоположную тенденцию. Наибольшая разница между 1 стадией и 2 стадией онкологическими больными была обнаружена для депрессивного пункта D14, где наблюдался эффект размером более 1. Распределение трех категорий (отсутствие, сомнительные, тяжелые случаи тревоги и депрессии) в двух выборках представлено в таблице 1. Категориальное распределение тревоги и депрессии 2,3 и 4 стадия 1 стадия Тревога Депрессия Тревога Депрессия n % n % n % n % Никаких дел 2 20.4 5 33.0 3 27.2 2 10.4 Сомнительные случаи 4 18.7 41 22.9 3 26.3 4 18.1 Тяжелые случаи 28 30.9 21 44.0 12 20.0 10 13.5

Латентные переменные тревоги и депрессии были коррелированы с $r = 0,88$, тогда как корреляция средних баллов тревоги и депрессии составила $r = 0,75$. Все загрузки находились в диапазоне от 0,55 до 0,76, самая низкая загрузка была найдена для товара D14 (книга/телевизор) с коэффициентом 0,55. Показано влияние социально-демографических и клинических переменных на тревожность и депрессию в онкологических больных выборке. Ни возраст, ни пол не были достоверно связаны с тревогой и депрессией. Пациенты с низким уровнем образования были более подавлены, чем их более образованные коллеги. Наблюдалось почти линейное нарастание тревоги и депрессии со стадией опухоли. Пациенты, получавшие

хирургическое вмешательство или химиотерапию, были менее тревожны и менее подавлены, чем пациенты, не получавшие лечения рака.

Выводы. Сравнение между стадиями онкологическими больными 12 перстной кишки показало, что 2,3 и 4 стадии больные были более тревожными ($d = 0,28$) и более сильно подавленными ($d = 0,94$), чем 1 стадии. Тем не менее высокий уровень психической нагрузки онкологических пациентов позволяет сделать вывод о наличии непризнанных и неудовлетворенных потребностей в психосоциальной помощи. Тревога и депрессия были связаны со стадией опухоли. Пациенты с раком 4-й стадии имели самые высокие показатели депрессии. Хотя связь между стадией опухоли и депрессией легко понять, интересно отметить, что пациенты, получавшие медикаментозное лечение (хирургическое или химиотерапевтическое), были значительно менее тревожны и менее подавлены, чем пациенты, не получавшие такого лечения. Одна из возможных причин заключается в том, что в лечение в первую очередь ориентировано на пациентов с более низкой стадией опухоли, в то время как пациенты с раком 4 стадии часто не получают такого лечения. Другая возможная причина может заключаться в том, что сам факт получения медицинской помощи и лечения (независимо от медицинского воздействия такого лечения) оказывает большее благотворное влияние на психическое состояние пациентов.

Литература.

1. Гинделевич К.Х. Суицидальные тенденции в клинике реактивных депрессий // Невропатология и психиатрия. Рига, 1970. С. 278-282.
2. Гиндикин В.Я. Справочник: соматогенные и соматоформные психические расстройства (Клиника, дифференциальная диагностика, лечение). М., 2000.
3. Сигел Ребекка Л, Миллер Кимберли Д, Джемаль Ахмед. Статистика рака, 2019год . CA Cancer J Clin 2019. 7–34.
4. Миронычев Г.Н., Резник А.М., Дзюба К.В., Арбузов А.Л. Клиника и лечение депрессивных расстройств у больных с онкологическими заболеваниями желудочно-кишечного тракта Рос . , , журн гастроэнтерологии гепатологии колопрокто. 2004. логи № 4. . 65–70. С
5. Батя Эй, Катерина м, ДжорджиоР и др. Экстремальные паттерны сенсорной обработки и их связь с клиническими состояниями у лиц с основными аффективными расстройствами. Психиатрия РЭС 2016. 112–8.
6. Монтейру с, Торрес а, МоргадиньоР и др. Психосоциальные исходы у молодых людей с раком: эмоциональный дистресс, качество жизни и личностный рост. Архив психиатр 2013. 299–305.
7. Tedeschi RG, Cann A, Taku K, et al. Посттравматический запас роста: ревизия, интегрирующая экзистенциальное и духовное изменение. J Травма Стресс 2017. 11–8.
8. JaarsmaTA, PoolG, SandermaR и др. Психометрические свойства голландского варианта посттравматического инвентаря роста среди онкологических больных. Психоонкология 2006. 911–20.
9. Шреверс М. Дж., Тео И. Отчёт о посттравматическом росте у Малазийских онкологических больных: взаимосвязь с психологическим дистрессом и копинг-стратегиями. Психоонкология 2008. 1239–46.

10. Helgeson VS, Reynolds KA, Tomich PL. Метааналитический обзор поиска выгод и роста. J ConsultClinPsychol 2006. 797–816.
11. Лим Дж. Роль посттравматического роста в продвижении здорового поведения для пар, борющихся с раком. Поддержка Ухода За Раком 2019. 829–38.

