

УДК 616.891:618.1/002-036.12:616.98

© Колектив авторів, 2013.

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ У ЖІНОК ФЕРТИЛЬНОГО ВІКУ З ХРОНІЧНИМИ ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ СТАТЕВИХ ШЛЯХІВ ТА ІНФІКОВАНИХ ВИРУСОМ ІМУНОДЕФІЦИТУ ЛЮДИНИ

В. В. Подольський, Вл. В. Подольський, А. В. Волошин, О. П. Свята

Відділення проблем здоров'я жінки фертильного віку (керівник – професор В. В. Подольський), Державна установа «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України» (директор – професор, академік НАМН України Ю. Г. Антипкін); 04050, Україна, м. Київ, вул. Платона Майбороди, 8; E-mail: ipag@ukr.net

THE CHARACTERISTICS OF THE PSYCHOEMOTIONAL STATE OF WOMEN OF FERTILITY AGE WITH CHRONIC INFLAMMATORY GENITAL TRACT DISEASES AND INFECTED WITH HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS

V. V. Podolsky, Vl. V. Podolsky, A. V. Voloshin, O. P. Svyata

SUMMARY

The cognitive functions and the emotional sphere of HIV-infected women suffer significantly, therefore early psychodiagnostic examinations of such patients are urgent and essential for therapeutic measures.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ И ИНФИЦИРОВАННЫХ ВИРУСОМ ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА

В. В. Подольский, Вл. В. Подольский, А. В. Волошин, О. П. Святая

РЕЗЮМЕ

Когнитивные функции и эмоциональная сфера ВИЧ-инфицированных женщин страдает весьма значительно, поэтому раннее психодиагностическое исследование у этих больных является актуальным и важным при проведении терапевтических мероприятий.

Ключові слова: ВІЛ-інфіковані жінки, психоемоційний стан, когнітивні порушення.

Проблема ВІЛ-інфекції (ВІЛ – вірус імунодефіциту людини) залишається вельми актуальною як у всьому світі, так і в Україні. Процеси глобалізації призвели до того, що ВІЛ-інфекція стала набувати характеру пандемії, впливаючи на світову спільноту в цілому [4, 7, 15]. За своєю соціально-економічною та медичною значимістю ВІЛ-інфекція займає одне з провідних місць в інфекційній патології в усьому світі, а за рівнем психологічного стресу – перше місце.

За даними вивчення соціального анамнезу встановлено, що ВІЛ-інфіковані жінки мають більш низький рівень освіти, рідше мають роботу, частіше є незаміжними і займають більш низьке соціально-економічне становище, ніж умовно здорові жінки. Більша частка жінок дізналися про свій ВІЛ-статус під час вагітності [1]. Застосування антиретровірусної терапії (АРТ) дозволило суттєво збільшити тривалість та якість життя ВІЛ-інфікованих жінок [3, 6, 8].

Психоемоційні порушення, які відмічаються у ВІЛ-позитивних жінок, вкрай різноманітні. Одне з провідних місць серед них займають розлади емоційної сфери. Відмічається достовірне зростання

частоти випадків негативних переживань: зростання гіпотимії – в 5,2 рази, депресії – в 15,4 рази, суїцидальної спрямованості – в 35,2 рази, аутизації – в 31,7 рази, дисфорії – в 5,4 рази, агресії – в 8,7 рази, гніву – в 10,7 рази, психічного дискомфорту – в 15,1 рази, фізичного дискомфорту – в 8,2 рази [5].

За даними закордонних дослідників, у ВІЛ-інфікованих жінок у 2-4 рази вищий ризик великого депресивного розладу, ніж у неінфікованих. Італійські автори виявили депресивні розлади у 24,0% ВІЛ-інфікованих, когнітивні порушення – у 12,0%. Депресія, за їх думкою, найбільш часта причина неприхильності пацієнток до АРТ [9]. Масштабне скринінгове дослідження виявило, що 30,0% ВІЛ-інфікованих відмічали у себе симптоми депресії, 25,0% – дистимії, 21,0% – поєднання проявів депресії та дистимії, 5,0% – генералізованого тривожного розладу та панічних атак. Виявлено різке зростання частоти депресії за 6-18 місяців до розвитку синдрому набутого імунодефіциту (СНІД). Встановлено фактори, які підвищують ризик розвитку депресії – безробіття, низький рівень соціальної підтримки, паління сигарет, вираженість симптомів інфекції,

таких як лімфаденопатія або висип. Вираженість больового синдрому та інші соматичні відхилення в більшій мірі зв'язані з частотою депресивних розладів, ніж з когнітивними розладами (як проявів ВІЛ-енцефалопатії). За даними N. A. Coorerman, J. M. Simoni, суїцидальні думки виникали у 27,0% ВІЛ-інфікованих жінок протягом першого тижня та у 42,0% – протягом першого місяця після встановлення їм цього діагнозу [10].

Клінічні прояви депресії при ВІЛ-інфікуванні є результатом взаємодії психогенних, ендогенних факторів та органічних уражень центральної нервової системи внаслідок дії вірусу та імунних порушень. Одні дослідники відмічають зв'язок афективних порушень з психотравмуючими факторами (безробіття, відсутність сім'ї та соціальної підтримки, погіршення самопочуття, виражений больовий синдром), другі – з наявністю подібних порушень в анамнезі та, можливо, до інфікування ВІЛ, треті – з імунологічними показниками (CD4, вірусне навантаження та інші), які вказують на тяжкість проявів ВІЛ.

Особливо медична та психологічна допомога потрібна ВІЛ-інфікованим жінкам під час кризових подій в житті – встановлення діагнозу; розкриття ВІЛ-статусу; призначення лікування; поява або обтяження симптомів захворювання, пов'язаних з ВІЛ; встановлення діагнозу СНІДу; серйозні зміни в житті, такі як вагітність та народження дитини, необхідність планування сім'ї [12]. ВІЛ-інфіковані жінки відчувають більш емоційну напруженість у відносинах зі своєю матір'ю, членами сім'ї, в порівнянні з умовно здоровими жінками. Відмінною особливістю ВІЛ-позитивних жінок-матерів є наявність в анамнезі багаторазових епізодів штучного переривання вагітностей, вживання психоактивних речовин, суїцидальних спроб та асоціальної поведінки [1, 2].

Особливий інтерес у науковців медичної сфери виявляється у вивченні психоемоційних стресових факторів, які впливають на стан репродуктивної функції жінки, на загострення запальних захворювань статевих органів, як найбільш поширеної патології у жінок фертильного віку.

Важливе питання, яке прагнуть вирішити закордонні та вітчизняні медики – психоемоційний стрес є результатом чи причиною тих чи інших репродуктивних порушень. Виявляється, що у жінок, які страждали на запальні хвороби статевої сфери, в 16,0% випадків виникали неврастенії, у 13,0% – істерії, у 8,0% – неврози нав'язливих станів [4].

Когнітивні порушення, що зумовлені ВІЛ-інфекцією, залишаються найчастішими її проявами навіть в епоху АРТ. До них відносять широкий спектр розладів від безсимптомних, що виявляються тільки нейропсихологічними тестами, легких їх проявів до дементного синдрому [13]. Когнітивні порушення можуть розвиватися практично на лю-

бій стадії ВІЛ-інфікування, але частіше при тяжкому імунодефіциті. Під впливом ВІЛ-інфекції у центральній нервовій системі можуть розвиватися опортуністичні інфекції, які приводять до підгострої енцефалопатії, що називається ВІЛ-енцефалопатією або СНІД-дементним комплексом. Ці порушення зазвичай спостерігаються на пізніх стадіях ВІЛ [3].

З часу впровадження комбінованої АРТ у 1996 р. у багатьох хворих спостерігається тривале та повне пригнічення реплікації ВІЛ. Частота помірної та тяжкої деменції знизилась з 7,0% у 1989 р. до 1,0% у 2000 р. (ера сучасної комбінованої АРТ), зменшилась і тяжкість неврологічних порушень. Інші автори, навпаки, показують, що незважаючи на успіхи АРТ, ураження нервової системи може продовжуватися. Більш того, у 21,0% хворих когнітивні порушення розвиваються, незважаючи на успішну АРТ [14]. У третьому проспективному дослідженні когнітивні порушення виявили у 8,0-34,0% хворих з відсутньою рибонуклеїновою кислотою (РНК) ВІЛ у крові, без супутніх захворювань і кількістю лімфоцитів D4 менш 200 кл/мкл [11]. Виявлено наступні фактори ризику когнітивних порушень: висока концентрація РНК ВІЛ, низьке число лімфоцитів CD4, анемія, низький індекс маси тіла, похилий вік, погіршення загального самопочуття, вживання наркотиків, жіноча стать.

Тому метою цієї роботи було вивчення психоемоційного стану у жінок фертильного віку з хронічними запальними захворюваннями статевих шляхів та інфікованих вірусом імунодефіциту людини.

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ

Проведено обстеження психоемоційного та когнітивного станів у 122 ВІЛ-інфікованих жінок віком від 15 до 49 років, 30 жінок з хронічними запальними захворюваннями статевих органів (ХЗСО), але не інфікованих ВІЛ та 30 здорових жінок репродуктивного віку.

Психодіагностичні тести дозволяють комплексно об'єктивно оцінити особисті особливості та емоційний стан обстежуваного. Діагностика депресивного синдрому проводилася за критеріями Міжнародної класифікації хвороб-Х: наявність зниженого настрою, втрата інтересів та відчуття задоволення, втрата енергії, що може супроводжуватися підвищеною стомлюваністю та зниженням активності. Як додаткові критерії, розглядалися зниження здатності до зосередження, зниження самооцінки та впевненості в собі, ідеї винності і приниження, похмуре, песимістичне бачення майбутнього, суїцидальні тенденції, порушений сон, знижений апетит. Для об'єктивізації зазначених суміжних психічних порушень використовували психометричне тестування, яке включало застосування шкали Бека для визначення рівня депресії. Використання її дозволяє не тільки виявити депресію, але й дати кількісну оцінку: 0-9 балів – відсутність депресивних симпто-

мів, 10-15 балів – легка депресія (субдепресія); 16-19 балів – помірна депресія, 20-29 балів – виражена депресія (середньої тяжкості), 30-63 балів – тяжка депресія. Пацієнти, які за даними тесту мають виражені порушення, мають потребу в більш ретельному клінічному обстеженні із залученням консультантів.

Для оцінки загальної когнітивної продуктивності застосовували коротку шкалу оцінки психічного статусу – Mini-Mental State Examination (MMSE). Шкала MMSE включає оцінку орієнтування у часі, місці, сприйняття, концентрації уваги, пам'яті та мови. Результат тесту отримують сумацією результатів за кожним із пунктів. Максимальний результат у 30 балів відповідає найбільш високим когнітивним здібностям, 24-27 – переддементним когнітивним розладам, 23 і нижче – деменції.

Статистична обробка отриманих результатів проводилась з використанням пакету прикладних

програм для статистичної обробки даних «Microsoft Excel-2003». Вірогідність різниці між групами, що порівнювались, оцінювалась за критеріями Стюдента.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Так, за нашими даними, астено-депресивний синдром виявлено у 14 (46,7%) хворих на ХЗЗСО та у 87 (71,3%) ВІЛ-інфікованих жінок. Середній бал, оцінений за шкалою Бека, у хворих на ХЗЗСО склав $11,87 \pm 1,12$, у ВІЛ-інфікованих жінок – $15,18 \pm 1,07$ і здорових осіб – $4,97 \pm 0,45$ (рис. 1).

За результатами дослідження за шкалою Бека, виявлено: легка депресія (субдепресія) – у 33 (32,7%) хворих, помірна – у 37 (36,7%) пацієнтів, виражена депресія (середньої тяжкості) – у 21 (20,8%) хворих. У 10 (9,9%) хворих, які, за даними шкали Бека, мали виражені порушення (важку депресію), мали потребу в більш ретельному клінічному обстеженні із залученням консультантів.

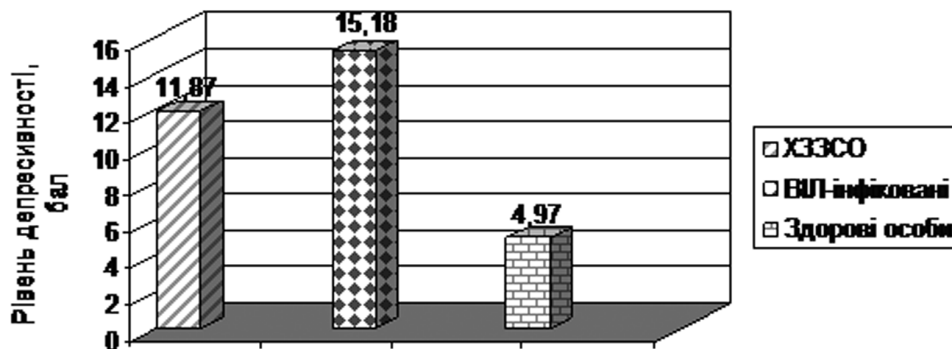


Рис. 1. Показники шкали Бека у хворих на ХЗЗСО, у ВІЛ-інфікованих жінок та здорових осіб.

Астено-депресивний синдром, а саме безнадійність, безпорадність і пригніченість, виявлявся при відповіді на пряме запитання – у 23,3% хворих на ХЗЗСО і 36,9% – у ВІЛ-інфікованих жінок, виражався ними спонтанно у вигляді відповідних скарг – у 6,7% пацієнтів на ХЗЗСО та 19,7% – у ВІЛ-інфікованих жінок, або визначався невербальним способом, тобто в поведінці, у характерній позі, міміці – у 10,0% хворих на ХЗЗСО та у 14,8% ВІЛ-інфікованих жінок.

Досить характерними в наших спостереженнях виявилися розлади сну, дратівливість, втома хворих, тривога, відсутність задоволення життям. Зберігали критичність свого стану усі хворі на ХЗЗСО та 87,7% ВІЛ-інфікованих жінок. Хворі усвідомлювали, що в них знижений фон настрою або є досить важке захворювання.

Був і ряд симптомів, які були рідкими при астено-депресивному синдромі у наших хворих. У більшості хворих було відсутнє почуття провини. Хворих, які висловлювали б маячні ідеї винності,

мали зорові або слухові галюцинації, що мають осудливий, звинувачуючий або загрожуючий характер, суїцидальні наміри, в наших спостереженнях не було. Співробітництво при обстеженні з лікарем проявляли 93,3% хворих на ХЗЗСО та 85,2% ВІЛ-інфікованих жінок. Байдужість до обстеження виявлено в 6,7% хворих на ХЗЗСО та в 14,8% ВІЛ-інфікованих жінок.

ВИСНОВКИ

1. Таким чином, при оцінці структури депресії за шкалою Бека було встановлено, що переважали помірно виражені порушення. У картині такої депресії на перший план виступали розлади сну та загально-соматичні симптоми.

2. Когнітивні розлади, які було оцінено за шкалою MMSE, спостерігались у 95 (77,9%) ВІЛ-інфікованих жінок. Легкі когнітивні розлади виявлялись у 77 (63,1%) хворих, помірні – у 16 (13,1%) та лише у 2 (1,6%) ВІЛ-інфікованих жінок діагностували легкий ступінь деменції.

3. Таким чином, необхідно проводити ретельний збір анамнезу, опитування родичів хворих, проведення скринінгових психодіагностичних тестів для ранньої діагностики придбаних когнітивних порушень та психоемоційних розладів, що дозволить своєчасно оптимізувати медикаментозну корекцію цих станів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Афанасьева Е. Д. Материнство ВИЧ-инфицированных женщин: клинико-психологический аспект / Е. Д. Афанасьева // Вестник психотерапии. – 2011. – № 38 (48). – С. 9–10.
2. Афанасьева Е. Д. Направления психологической помощи ВИЧ-инфицированным матерям / Е. Д. Афанасьева // Ученые записки университета имени П. Ф. Лесгафта. – 2011. – № 8 (78). – С. 15–19.
3. Беляков Н. А. Вирус иммунодефицита человека – медицина / под ред. Н. А. Белякова, А. Г. Рахманова. – СПб. : Балт. мед. образоват. центр, 2010. – 752 с.
4. ВІЛ-інфекція в Україні : [інформ. бюл.] / МОЗ України. – К., 2009. – № 31. – 32 с.
5. Ескалиева А. Т. Эмоциональные нарушения и качество жизни у больных опийной наркоманией, инфицированных ВИЧ (клинико-психологический и реабилитационный аспекты) / А. Т. Ескалиева. : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.45 ; 14.00.18 / Ескалиева Алтынай Туkenова ; РГКП «РНПЦ мед.-соц. проблем наркомании» ; ГУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья Томского научного центра Сибирского отделения РАМН». – Томск, 2006. – 157 с. : ил.
6. Малый В. Н. ВИЧ/СПИД / В. Н. Малый. – М. : Эксмо, 2009. – 670 с.
7. Развитие эпидемии ВИЧ/СПИДа : специальный доклад по ВИЧ/СПИДУ // ЮНЭЙДС / ВОЗ. – 2007.
8. Сухих Г. Т. Репродуктивное здоровье и ВИЧ-инфекция / Г. Т. Сухих, И. И. Баранов. – М. : Триада, 2009. – 206 с.
9. Ammassari A. Depressive Symptoms, Neurocognitive Impairment, and Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy Among HIV-Infected Persons / A. Ammassari, A. Antinori, M. S. Aloisi [et al.] // Psychosomatics. – 2004. – Vol. 45, Oct. – P. 394–402.
10. Cooperman N. A. Suicidal ideation and attempted suicide among women living with HIV/AIDS / N. A. Cooperman, J. M. Simoni // Journal of Behavioral Medicine. – 2005. – Vol. 28. – P. 149–156.
11. Cysique L. A. Variable benefit in neuropsychological function in HIV-infected HAART-treated patients / L. A. Cysique, P. Maruff, B. J. Brew // Neurology. – 2006. – № 66. – P. 1447–1450.
12. Depression and mania in patients with HIV/AIDS. New York (NY): New York State Department of Health. – 2008, Jun. – 23 p.
13. Ellis R. HIV and antiretroviral therapy in the brain : neuronal injury and repair / R. Ellis, D. Langford, E. Masliah // Nat. Rev. Neurosci. – 2007. – № 8. – P. 33–44.
14. Robertson K. R. The prevalence and incidence of neuro cognitive impairment in HAART era / K. R. Robertson, M. Smurzynski, T. D. Parsons [et al.] // AIDS. – 2007. – № 21. – P. 1915–1921.
15. WHO. Priority interventions: HIV/AIDS prevention treatment and care in the health sector // World Health Organization. – 2008. – 128 p.