

В. С. Підкоритов, О. І. Серікова, О. В. Скринник, О. С. Серікова, Н. А. Байбарак
СТРУКТУРА РЕМІСІЙ БІПОЛЯРНОГО АФЕКТИВНОГО РОЗЛАДУ У ОСІБ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ
В УМОВАХ ПОСТІЙНОГО СТРЕСОВОГО ВПЛИВУ ТА МАЮТЬ СУЇЦИДАЛЬНІ ДУМКИ

В. С. Подкорытов, О. И. Серикова, О. В. Скрынник, О. С. Серикова, Н. А. Байбарак
Структура ремиссий биполярного аффективного расстройства у лиц, проживающих
в условиях постоянного стрессового влияния и имеющих суицидальные мысли

V. S. Pidkorytov, O. I. Syerikova, O. V. Skrynnyk, O. S. Serikova, N. A. Baibarak
Structure of remissions of bipolar affective disorder in persons living
in conditions of constant stress influence and having a property

У статті наведений аналіз особливостей ремісій у 40 пацієнтів з біполярним афективним розладом (БАР) з суїцидальною поведінкою, які перебували під впливом емоційно значущого стресу. Середня тривалість ремісії у досліджених хворих становила (6,53 ± 3,82) місяців. Основна кількість пацієнтів — 67,50 % (27 хворих) перебували в частковій ремісії — період значного поліпшення стану, який більше не відповідав синдромальним критеріям епізоду БАР за МКХ-10, але зберігалися мінімальні залишкові симптоми. Серед останніх виокремлено синдром транзиторної тривоги (48,15 % випадків), синдром легкої астеничної недостатності у 9 хворих (33,33 % випадків), хронічний субдепресивний синдром (18,52 % пацієнтів). Повна клінічна ремісія, коли немає проявів захворювання як на синдромальному так і симптоматичному рівні, була у 10 випадках (25,00 %). Повна функціональна ремісія спостерігалася у 3 пацієнтів (7,50 %). Вона означала, що не тільки немає будь-яких клінічних проявів захворювання, а й сталося повне повернення до попереднього соціального життя. Також було виявлено такі прогностичні ознаки суїцидальної поведінки при БАР у пацієнтів, які зазнали впливу значущого стресового впливу: тривалість попередньої ремісії менше як 6 місяців (ДК = 11,36; МІ = 3,32); часткова ремісія (ДК = 6,1; МІ = 1,32) та синдром транзиторної тривоги в структурі ремісії (ДК = 12,02; МІ = 3,88). В подальшому виявлені вище чинники треба брати до уваги при прогнозі суїцидального ризику у пацієнтів з БАР.

Ключові слова: біполярний афективний розлад, ремісія, суїцид, стрес

Частота суїцидів є одним з найважливіших індикаторів громадського психічного здоров'я, соціального благополуччя і якості життя людей. Показник суїцидальної активності є об'єктивним критерієм психічного здоров'я нації. У людей, які хворіють на депресивний чи біполярний афективний розлади (БАР), ризик самогубства збільшується у 20 разів порівняно з загальною популяцією [1].

© Підкоритов В. С., Серікова О. І., Скринник О. В., Серікова О. С., Байбарак Н. А., 2022

В статтю представлений аналіз особливостей ремісій у 40 пацієнтів з біполярним афективним розладом (БАР) з суїцидальним поведінкою, которые находились под влиянием эмоционально значимого стресса. Средняя продолжительность ремиссии у исследованных больных составила (6,53 ± 3,82) месяцев. Основное количество пациентов — 67,50 % (27 больных) находились в частичной ремиссии — период значительного улучшения состояния, которое больше не соответствовало синдромальным критериям эпизода БАР по МК-10, но сохранялись минимальные остаточные симптомы. Среди последних выделен синдром транзиторной тревоги (48,15 % случаев), синдром легкой астенической недостаточности у 9 больных (33,33 % случаев), хронический субдепрессивный синдром (18,52 % пациентов). Полная клиническая ремиссия, когда отсутствовали проявления заболевания как на синдромальном, так и симптоматическом уровне, имела место в 10 случаях (25,00 %). Полная функциональная ремиссия наблюдалась у 3 пациентов (7,50 %). Она означала не только отсутствие каких-либо клинических проявлений заболевания, но и полное возвращение к предыдущей социальной жизни. Также были выявлены следующие прогностические признаки суицидального поведения при БАР у пациентов, подвергшихся влиянию значительного стрессового воздействия: продолжительность предыдущей ремиссии менее 6 месяцев (ДК = 11,36; МІ = 3,32); частичная ремиссия (ДК = 6,1; МІ = 1,32) и синдром транзиторной тревоги в структуре ремиссии (ДК = 12,02; МІ = 3,88). В дальнейшем выявленные выше факторы необходимо учитывать при прогнозе суицидального риска у пациентов с БАР.

Ключевые слова: биполярное аффективное расстройство, ремиссия, суицид, стресс

У низці робіт проведений аналіз різних чинників, що впливають на суїцидонебезпечність розладів настрою. Зокрема, кілька авторів вказують, що до підвищеного ризику вчинення суїциду у хворих на афективні розлади може призвести наявна у структурі епізоду виражена тривога, суїцидальна поведінка та агресія [2, 3]. Але мало робіт присвячено особливостям ремісії, що корелюють із підвищеним ризиком суїциду.

The article presents an analysis of remission in 40 patients with bipolar affective disorder (BAD) with suicidal behavior who were under the emotionally significant stress influence. The mean duration of remission in the studied patients was (6.53 ± 3.82) months. The main number of patients 67.50 % (27 patients) were in partial remission — a period of significant improvement, which no longer met the syndromic criteria of the BAD episode on ICD-10 but remained minimal residual symptoms. Among the latter, the syndrome of transient anxiety was identified (48.15 % of cases), the syndrome of mild asthenic insufficiency occurred in 9 patients (33.33 % of cases), chronic subdepressive syndrome (18.52 % of patients). Complete clinical remission, when there are no manifestations of the disease at both syndromic and symptomatic levels, occurred in 10 cases (25.00 %). Complete functional remission was observed in 3 patients (7.50 %). It meant not only the absence of any clinical manifestations of the disease but also a complete return to the previous social life. The following prognostic signs of suicidal behavior in biologically active patients were also identified in patients exposed to significant stress: duration of previous remission less than 6 months (DC = 11.36; MI = 3.32); partial remission (DC = 6.1; MI = 1.32) and transient anxiety syndrome in the remission structure (DC = 12.02; MI = 3.88). In the future, the above factors should be taken into account when predicting suicide risk in patients with BAD.

Keywords: bipolar affective disorder, remission, suicide, stress

Все вище зазначене й зумовило мету дослідження — вивчення сучасних особливостей структури ремісій та впливу стресу на суїцидальну поведінку у хворих на біполярний афективний розлад.

Дослідження здійснене в рамках науково-дослідної роботи «Вивчити особливості суїцидальної поведінки при уніполярних депресивних та біполярних афективних розладах у осіб, які проживають в умовах постійного стресового впливу» (Шифр НАМН.СП.7П.21), що виконується у відділі клінічної, соціальної та дитячої психіатрії ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» з січня 2021 року.

Обстеження учасників дослідження проводили за умов добровільної письмової інформованої згоди та із виконанням міжнародних норм біоетики. Встановлення діагнозу за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) та базове лікування проводили за критеріями діагностики та лікування психічних розладів і відповідно до клінічних протоколів надання психіатричної допомоги дорослому населенню України.

Критерієм включення до дослідження був встановлений згідно з клінічними критеріями МКХ-10 діагноз біполярний афективний розлад, F31. До обстеження не залучали осіб з вираженою супутньою соматичною і неврологічною патологією. Також критеріями виключення були наявна залежність від психоактивних речовин, вік до 18 років.

Процедура клінічного обстеження включала аналіз психічного стану, суб'єктивних і об'єктивних анамнестичних відомостей, медичної документації (історії хвороби, архівні історії хвороби, виписки з історій хвороби, амбулаторні картки).

З досліджених хворих було відібрано 30 пацієнтів з БАР з суїцидальною поведінкою, які перебували під впливом емоційно значущого стресу (звільнення з роботи, смерть або хвороба близьких та інші). Серед них було 18 жінок та 12 чоловіків (1,5 : 1). Середній вік пацієнтів — $(36,48 \pm 1,86)$ років.

Для вирішення завдання використано клініко-психопатологічний метод дослідження з аналітичним вивченням доступної медичної документації, метод катамнестичного обстеження, психометричний (шкала депресії Гамільтона — HAMD). Статистичне оброблення даних проводили за допомогою методів визначення достовірності відмінностей. Для виявлення прогностичних ознак використовували неоднорідну послідовну процедуру Вальда. Розрахунки статистичних показників проводили за допомогою Excel для Windows. Якість та структуру ремісій вивчали в процесі ознайомлення з медичною документацією та катамнестичного обстеження.

Середня тривалість ремісії у досліджених хворих становила $(6,53 \pm 3,82)$ місяців. Виокремлені декілька ступенів ремісії — часткова, повна клінічна та повна функціональна ремісія різної тривалості (табл. 1).

Дві третини пацієнтів 67,50 % (27 хворих) перебували в частковій ремісії середньою тривалістю $(6,54 \pm 2,11)$ місяців. Повна клінічна ремісія тривалістю $(7,78 \pm 0,87)$ місяців спостерігалась у 25,00 % (10 хворих), повна функціональна ремісія тривалістю $(1,26 \pm 0,99)$ місяців — у 3 хворих (7,50 %).

Таблиця 1. Тривалість ремісії у досліджених пацієнтів з БАР

Ремісія	Тривалість ремісії, місяці	Кількість пацієнтів (n = 40)	
		абс.	%
часткова	$6,54 \pm 2,11$	27	67,50
повна клінічна	$7,78 \pm 0,87$	10	25,00
повна функціональна	$5,26 \pm 0,99$	3	7,50

Часткову ремісію визначали як період значного поліпшення стану, який більше не відповідав синдромальним критеріям епізоду БАР за МКХ-10, але зберігалися мінімальні залишкові симптоми. Тобто за HAMD було 9 балів та більше (середній показник $(10,65 \pm 0,95)$ балів). Середня тривалість ремісії становила $(2,77 \pm 1,26)$ місяців. В стані часткової ремісії у пацієнтів практично не виникала потреба звернення по допомогу до лікарів. Слабка вираженість розладів не призводила до різких змін в поведінці. Виокремлено такі субклінічні синдроми, що спостерігалися у обстежених пацієнтів в стані часткової ремісії — синдром легкої астенічної недостатності, хронічний субдепресивний синдром та синдром транзиторної тривоги.

Синдром транзиторної тривоги, що спостерігався у 48,15 % (13 хворих), характеризувався періодичною короткочасною тривогою, що виникала на тлі соматогенної або психогенної, які, проте, не відображалися в змісті переживань. Тривожний афект із самого початку мав гетерогенний, пароксизмальний характер, але не досягав ступеня паніки і міг проявлятися нав'язливими побоюваннями. Іноді він супроводжувався моторним неспокоєм, що перемежовувався з різкою фізичною слабкістю. В інших випадках — носив маску очікування чогось неприємного, з раповими пробудженнями серед ночі. Іноді були прояви непосидючості, постійного прагнення до руху («якесь нетерпіння», «кудись поспішаю», «не можу залишатися на місці») з відчуттям внутрішнього напруження («весь організм стиснутий як пружина»).

Синдром легкої астенічної недостатності спостерігався у 9 хворих (33,33 %). У клінічній картині переважали душевна слабкість, плаксивість. Пацієнти скаржилися на млявість, незначну загальмованість. У деяких випадках спостерігалися іпохондричні побоювання, які не отримували подальшого розвитку, однак додавали дискомфорту. Найчастіше синдром легкої астенічної недостатності спостерігався після депресивної фази (у 9 пацієнтів). У двох випадках він проявлявся після змішаного та подвійного епізодів.

П'ять пацієнтів (18,52 %) мали в ремісії хронічний субдепресивний синдром. Депресивний характер цього стану виявлявся в ослабленій здатності радіти, в схильності до песимізму. Хворі провадили і далі свою звичну діяльність (фізичну й розумову), але при цьому вони докладали особливих зусиль, все робили «через силу». Більшість з них не могли протягом тривалого часу бути зосередженими на якійсь роботі, їм важко було починати робити щось нове. Хронічний субдепресивний синдром супроводжувався легкими та незначними соматовегетативними порушеннями (неспокійний сон, відчуття дискомфорту в усьому тілі), зміни самопочуття у вигляді своєрідного зниження загального тону. Коли

були будь-які тілесні сенсації (важкість у кінцівках, дискомфорт у шлунку м'язовий біль, головний біль, важкість у шлунку), увага хворих була прикута саме до зони дискомфорту. Зазвичай сон та апетит були нормальними. Але в деяких випадках спостерігалися мало помітні труднощі під час засинання, пацієнти прокидалися вранці засмученими та невиспаними. Якщо немає відчуття туги або тривоги, цей стан зачисляють до субсиндромальних розладів. Хронічний субдепресивний синдром спостерігався у хворих, що перенесли депресивний, змішаний або подвійний епізод.

Повна клінічна ремісія, тобто період повного клінічного одужання, коли немає проявів захворювання як на синдромальному, так і симптоматичному рівні, була у 10 випадках (25,00 %). Вона відповідала стану еутимії та спостерігалася як після лікування на фоні підтримувальної терапії, так і була спонтанною. Але пацієнти з повною клінічною ремісією, незважаючи на те, що немає ознак депресивної, маніакальної або змішаної симптоматики, не поверталися до нормального соціального життя, що було до загострення або початку хвороби. Тобто, вони не починали працювати, не відновлювали свої соціальні зв'язки, повноцінно не залучалися у сімейне життя.

Повна функціональна ремісія спостерігалася у 3 пацієнтів (7,50 %). Вона означала, що не тільки не було жодних клінічних проявів захворювання, а й сталося повне повернення до попереднього соціального життя. Пацієнти цілком залучалися у життя своєї родини, поверталися на роботу, відновлювали всі соціальні стосунки і, навіть, прагнули до підвищення власного професійного та соціального рівня. Цей стан цілком відповідав поняттю «інтермісія».

Усі дані, отримані в процесі виконання дослідження, оброблені за допомогою неоднорідної послідовної процедури Вальда (табл. 2). Під час аналізу виявлено такі прогностичні ознаки формування суїцидальної поведінки при БАР: тривалість попередньої ремісії менше як 6 місяців (ДК = 11,36; МІ = 3,32); часткова ремісія (ДК = 6,1; МІ = 1,32) та синдром транзиторної тривоги (ДК = 12,02; МІ = 3,88).

Таблиця 2. Прогностичні ознаки суїцидальної поведінки у пацієнтів з БАР

Ознака	ДК*	МІ**
Попередня ремісія тривалістю менше ніж 6 місяців	11,36	3,32
Синдром транзиторної тривоги в частковій ремісії	12,02	3,88
Часткова ремісія	6,1	1,32

Примітка. ДК — діагностичний коефіцієнт; МІ — міра інформативності

Середня тривалість ремісії у досліджених пацієнтів з БАР становила (6,59 ± 2,16) місяців. Найчастіше спостерігалась часткова ремісія (67,5 % спостережень, 27 хворих), яку визначали як період значного поліпшення стану, який більше не відповідав синдромальним критеріям епізоду БАР за МКХ-10, але зберігалися мінімальні залишкові симптоми, представлені синдромом транзиторної тривоги (48,15 % спостережень — 13 хворих), синдромом легкої астеничної недостатності (9 хворих —

33,33 % спостережень), хронічним субдепресивним синдромом (5 пацієнтів — 18,52 % спостережень).

Виявлено такі прогностичні ознаки суїцидальної поведінки при БАР у пацієнтів, які зазнали впливу значущих стресових чинників: тривалість попередньої ремісії менше як 6 місяців; часткова ремісія та синдром транзиторної тривоги в структурі ремісії. В подальшому виявлені вище чинники треба брати до уваги при прогнозі суїцидального ризику та виборі тактики лікування у пацієнтів з БАР.

Список літератури

1. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2021. 29 p. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>.
2. Романів, О. П. Суїцид: сучасні підходи до профілактики / О. П. Романів, О. О. Хаустова // Ліки України. 2013. № 1. С. 89—94. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/likukr_2013_1_17.
3. Хаустова, О. О. Самогубства та побутова смертність в Україні / О. О. Хаустова // Український вісник психоневрології. 2013. Т. 21, вип. 4 (77). С. 12—18.

References

1. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2021. 29 p. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>.
2. Romaniv, O. P., Khaustova O. O. Suitsyd: suchasni pidkhody do profilaktyky. Liky Ukrainy. 2013. No. 1. S. 89—94. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/likukr_2013_1_17.
3. Khaustova, O. O. Samohubstva ta pobutova smertnist v Ukraini. Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohii. 2013. T. 21, vyp. 4 (77). S. 12—18.

Надійшла до редакції 20.01.2022

Відомості про авторів:

ПІДКОРИТОВ Валерій Семенович, доктор медичних наук, професор, науковий керівник відділу*; e-mail: pid-vs@ukr.net

СЕРІКОВА Ольга Іванівна, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу*; e-mail: olserikova@yahoo.com

СЕРІКОВА Ольга Сергіївна, науковий співробітник відділу*; e-mail: olga.s.serikova@gmail.com

СКРИННИК Ольга Вячеславівна, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділу*; e-mail: olskrynnik@yahoo.com

БАЙБАРАК Наталя Анатоліївна, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділу*; e-mail: baybarakn@gmail.com

* — відділ клінічної, соціальної та дитячої психіатрії Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна

Information about the authors:

PIDKORYTOV Valerii, Doctor of Medical Science, Professor, Head of the Department**; e-mail: pid-vs@ukr.net

SYERIKOVA Olga I., MD, PhD, Leading Researcher of the Department**; e-mail: olserikova@yahoo.com

SKRYNNYK Olga, MD, PhD, Senior Researcher of the Department**; e-mail: olskrynnik@yahoo.com

SERIKOVA Olga S., MD, Senior Researcher of the Department**; e-mail: olga.s.serikova@gmail.com

BAIBARAK Natalia, MD, PhD, Senior Researcher of the Department**; e-mail: baybarakn@gmail.com

** — Department of clinical, social and child psychiatry of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Science of Ukraine", Kharkiv, Ukraine