

DOI 10.31718/2077-1096.21.2.8

УДК 616.131-005.6/.7+616.14-005.6-06:616.006]-085.273

Боднар П. Я.

РИЗИК ВИНИКНЕННЯ ТРОМБОЗІВ ОНКОГІНЕКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ З РІЗНОЮ ЛОКАЛІЗАЦІЄЮ ПУХЛИННОГО ПРОЦЕСУ НА ФОНІ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

Вступ. Пухлинні процеси жіночих статевих органів є одним із тригерів розвитку тромбозу. Ріст пухлини, оперативне втручання, протиракова терапія, катетеризація вен та гіподинамія - все це збільшує ризики виникнення тромбозу. Часто зустрічаються випадки, коли на фоні адекватної профілактики тромбоутворення у ракових хворих виникає тромбоз глибоких вен з подальшим відривом та міграцією тромбів. Часто це стає причиною смерті, та, на жаль, нівелює всі лікувальні дії та економічні затрати. Для розуміння цієї проблеми потрібно проводити постійний динамічний контроль показників крові з подальшою інтерпретацією результатів та оцінкою ризиків. Мета дослідження. Порівняння показників крові гінекологічних хворих з пухлинами жіночих статевих органів, які знаходяться на лікуванні, пройшли операцію чи вперше звернулись за допомогою. Матеріали і методи. Обстежено 43 жінки, розділених на групи: контрольна група – 14 пацієнтів, жінки з раковим процесом шийки матки – 17 пацієнтів, з раком тіла матки – 8 пацієнтів і з раком яєчників – 4 пацієнтки. У всіх груп, крім контрольної, проводились дослідження показників гемостазу до початку лікування (на фоні лікування) та після. Результати досліджень та їх обговорення. Після прорахунку показники підтвердили статистичну достовірність. В усіх жінок, крім тих, що знаходились в контрольній групі, чітко прослідковується підвищення рівня всіх показників крові, які відповідають за формування тромбів, та свідчать про гіперкоагуляцію. В порівнянні з показниками крові жінок, які знаходились на лікуванні або перебували в післяопераційному періоді, після видалення пухлини було виявлено незначні зміни в показниках згортальної системи крові, навіть з урахуванням дій для профілактики тромбоутворення. Ми помітили, що ризик тромбоутворення у пацієнтів з пухлинами жіночих статевих органів залишається високим, незалежно від локалізації процесу та способу лікування. Але достовірно не відомо, наскільки сильно змінювались би показники згортальної системи крові без призначення профілактичного лікування. Висновки. Встановлено, що ризик тромбоутворення в онкогінекології завжди залишається на високому рівні. Активація згортальної системи крові прослідковується у всіх пацієнтів з онкологічними захворюваннями жіночих статевих органів різної локалізації. Оперативне втручання чи призначення протиракової терапії стимулюють згортальну функцію, а профілактичне лікування з фармакологічними та механічними методами не дає можливості чітко контролювати ці показники в перші дні після призначення. Жінки з пухлинами жіночих статевих органів повинні бути включені до групи пацієнтів з високим ризиком тромбоемболічних ускладнень.

Ключові слова : онкогінекологія, венозний тромбоз, пухлини жіночих статевих органів, тромбоемболія, згортальна система крові.

Робота виконана в контексті науково-дослідної роботи кафедри хірургії №1 з урологією та малоінвазивною хірургією імені Л.Я. Ковальчука, Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського, м. Тернопіль, «Розробка нових відкритих і лапароскопічних операційних втручань при лікуванні захворювань органів черевної порожнини на принципах мультимодальної програми» "fast track surgery", № держреєстрації 0119U002805

Вступ

Венозний тромбоз в онкогінекологічних хворих залишається актуальною проблемою. Особливість ракових клітин, зона росту та анатомічні особливості венозного кровотоку збільшують вірогідність появи тромбозу глибоких та поверхневих вен з подальшим розвитком тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА). Окрім цього, ряд науковців висуває гіпотезу, що підвищення рівня прокоагулянтів, або часті тромбози глибоких вен нижніх кінцівок можуть свідчити про наявність онкологічного захворювання органів малого тазу.

Варто врахувати і те, що постійний венозний катетер, компресія судин пухлиною, тривала іммобілізація або лежаче положення є факторами ризику, і можуть стати однією з причин формування тромбу. Кількість тромбозів в гінекологічних хворих складає від 3 до 25% усіх ускладнень [10].

Згідно з дослідженнями Dvorak H.F, Green

K.B, Levine M.N, (та інших авторів), тромбози в онкологічних хворих найчастіше спостерігаються у пацієнтів з муцин-продукуючими аденокарциномами, які частіше всього локалізуються в шлунково-кишковому тракті, легенях, та яєчниках [2, 8].

Частіше тромбози глибоких вен спостерігались у пацієнтів, які перенесли операції з приводу раку яєчників. В таких хворих у 1,8 разів більша вірогідність отримати венозний тромбоз, та на 1.1-2.51 рази підвищується ризик розвитку тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА) [3].

Основною причиною появи венозних тромбозів в онкогінекології є оперативне лікування та застосування протипухлинної терапії. Дослідження Samata, 1999 показують, що розширені втручання онкологічного характеру на органах малого тазу призводять до підвищеного ризику виникнення тромбозу глибоких вен (ТГВ).

Процес появи тромбу у людей з пухлинами

не вивчений до кінця. Більшість досліджень схиляються до того, що це комплексний процес, в основі якого лежить збільшення прокоагулянтів у відповідь на ріст пухлини.

Досліджені схеми лікування, в яких використовують протипухлинні та гормональні препарати. В результаті було виявлено залежність між стартом лікування, та частотою виникнення тромбозу [1,5].

Проблема тромбозу в онкогінекології не тільки важлива, але і складна. Аутопсія онкогінекологічних хворих показала, що у 50% померлих є явища венозного тромбозу. В 15% із 50% причиною смерті була ТЕЛА [7].

Всі ці дані вказують на необхідність жорсткого контролю показників гемостазу та планової тривалої профілактики тромбозу. Аналіз літератури та наукових матеріалів показав, що незалежно від регіону, країни та методики хірургічного втручання і медикаментозного лікування – ризик тромбоутворення залишається високим завжди. Важливим є рання діагностика та своєчасна профілактика тромбозів. Згідно з дослідженнями Boneu та Bergqvist D., ризик появи тромбозів з 52,3% знижується до 8,3-4,2% (в залежності від препаратів) за умови своєчасного призначення антикоагулянтів.

Мета дослідження

Порівняння показників крові в онкологічних хворих, які тільки починають лікування з тими, які отримують профілактичну терапію після проведених оперативних втручань або знаходяться на комплексній протипухлинній терапії.

Матеріали та методи

Обстежено 43 жінки, які звертались за консультацією, починали курс лікування, та (або) знаходились в післяопераційному періоді після видалення пухлини (органу). Вік всіх обстежуваних знаходиться в інтервалі 50-65 років. Пацієнтів було розділено на контрольну групу – 14 жінок (група А), які були здоровими і звертались за плановою консультацією, 17 – жінок (група Б) з новоутвореннями шийки матки, 8 - (група В) з пухлинами матки, та 4 (група С) - жінки з новоутвореннями яєчників. Дані збирались в інтервалах до 10 тижнів з моменту від першого тестування до початку лікування і призначення антикоагулянтної терапії. 12 жінок з групи Б, 5 з групи В та 3 з групи С тільки починали своє лікування. Решта жінок (окрім групи А) знаходились в післяопераційному періоді, або знаходились на хіміотерапії. Пацієнтам проводилось ультразвукове дуплексне сканування вен нижніх кінцівок (підколінно-гомільковий сегмент) апаратом GE Logiq E9. Всі жінки проходили перевірку до і після початку лікування (чи операції). Також було використано механічні методи профілактики тромбозу у вигляді компресійних панчіх. Всі пацієнти перед початком хіміотерапії та після оперативних втручань отримували низькомолекуляр-

ні гепарини (НМГ) в дозі, яка відповідала стану пацієнтів, та з урахуванням всіх «за і проти». Дослідження гемостатичних показників крові включало визначення протромбінового часу за Квіком, протромбінового індексу, фібриногену А та фібрин-мономерного комплексу Д-димеру, активованого часткового тромбoplastинового часу. Всі визначення відбувались згідно з інструкцією до реагентів фірм Гранум, та RENAM (Німеччина), та автоматичного аналізатора STA Compact (Roche, Швейцарія). Рівень D-димерів виявляли імунотурбідиметричним методом, в основі якого знаходиться використання частинок латексу, які покриті специфічними антитілами зі здатністю аглютинувати в присутності відповідних антигенів.

Статистичний аналіз проводився з використанням програмного забезпечення Excel. Для статистичного аналізу і опису показників використовували середнє значення ознаки (M) ± стандартне відхилення (m), для визначення статистичної значущості відмінностей - t критерій Стьюдента. Відмінності між порівнюваними параметрами вважали статистично значущими при $p \leq 0,05$.

Результати досліджень та їх обговорення

В групі Б було виявлено тромбоз в 11 жінок, що складає 64,7% від всієї групи жінок з новоутвореннями шийки матки і 37,9% від всіх обстежених жінок з новоутвореннями жіночої статеві системи.

В групі В виявлено 4 випадки тромбозу глибоких вен, що склало 50% від всіх жінок з новоутвореннями тіла матки, та 13,7% від всіх обстежених з новоутвореннями.

В групі С зафіксовано 3 випадки тромбозу глибоких вен нижніх кінцівок, що складає 75% серед всіх обстежених жінок з новоутвореннями яєчників.

В групі А тромбоз вен було виявлено у 2 жінок, які не мали онкологічних проблем зі сторони жіночих статевих органів.

Ультразвукове дослідження проводилось після лікування (або на фоні лікування), враховуючи профілактичні заходи та призначення НМГ. В групах В (3 людей) було зафіксовано появу нових тромбів, не зважаючи на проведені методи профілактики, в групі В -1 людина, і в групі С – 1 людина.

Гемостатичні показники крові у жінок з пухлинами статевих органів наведені у таблиці 1

Таблиця 1
Гемостатичні показники крові у жінок з пухлинами статевих органів

Група жінок:	РФМК, мг/мл	Фібрино-ген, г/л	Д – димерн/мл	Тромбіновий час, с	АЧТЧ, с	Протромбіновий час, с
А	3,5 ± 1,3	2,3 ± 1,1	0,25(0,15-0,36)	10,5 ± 2,5	26,8 ± 5,8	15,5 ± 3,8
Б	6,8 ± 2,4	5,5 ± 1,4	0,33(0,17-0-0,59)	7,4 ± 1,2 (p < 0,01)	21,1 ± 2,1	8,9 ± 2,8 (p < 0,005)
В	4,9 ± 2,1	6,3 ± 1,6	0,40(0,27-0-0,55)	8,5 ± 1,6 (p < 0,01)	21,6 ± 2,3	10,4 ± 2,5
С	7,1 ± 2,0	6,8 ± 1,2	0,41(0,27-0-0,55)	8,7 ± 1,4 (p < 0,01)	21,6 ± 2,3	10,7 ± 2,5

Таблиця 2
Гемостатичні показники після початку лікування (або після операції) з урахуванням профілактичних заходів

Група жінок:	РФМК, мг/мл	Фібриноген, г/л	Д – димерн/мл	Тромбіновий час, с	АЧТЧ, с	Протромбіновий час, с
А	3,3 ± 1,4	2,4 ± 1,3	0,23(0,14-0,32)	10,3 ± 2,4	26,6 ± 5,8	15,0 ± 3,5
Б	5,4 ± 2,1	4,7 ± 1,0	0,31(0,18-0-0,43)	7,9 ± 1,2 (p < 0,01)	23,1 ± 2,4	9,7 ± 2,3 (p < 0,005)
В	4,1 ± 1,7	5,8 ± 1,5	0,37 0,27-0-0,46)	8,1 ± 1,9 (p < 0,01)	22,8 ± 1,9	11,4 ± 2,4
С	6,7 ± 2,0	6,1 ± 1,1	0,39(0,26-0-0,52)	8,4 ± 1,5 (p < 0,01)	22,6 ± 2,0	10,9 ± 2,5

Гемостатичні показники після початку лікування (або після операції) з урахуванням профілактичних заходів наведені у таблиці 2.

Результати дослідження вказують на те, що показники згортальної системи крові у всіх 3 групах (Б,В,С) вищі, ніж в контрольній групі. На фоні антикоагулянтної терапії показники всіх 3 груп в порівнянні з контрольною зменшуються незначно з огляду на показники до початку лікування.

Важко сказати, наскільки сильно можуть змінюватись показники згортальної системи крові в сторону активації тромбоутворення після операції, якщо не призначати профілактичну терапію. А тому, не зважаючи на незначну зміну показників, не можна достовірно сказати, що профілактика тромбоемболії має незначний ефект.

Висновки та перспективи досліджень

1. Показники крові у хворих з онкологічними захворюваннями жіночих статевих органів вказують на підвищене тромбоутворення з можливим тромбозом венозних судин.

2. Прослідковується залежність між видом раку та величинами крові, які впливають на тромбоутворення.

3. У хворих, які починають хіміотерапію, або які знаходяться в післяопераційному періоді після видалення пухлини жіночих статевих органів зберігається ризик появи тромбів, навіть при умові всіх профілактичних заходів.

4. Профілактика тромбоутворення по різному впливає на показники крові в залежності від локалізації процесу (та можливо виду пухлини).

5. Хірургічні втручання і хіміотерапія підви-

щують резистентність (або знижують ефективність) антитромбозної терапії хворих з онкологією жіночих статевих органів.

В перспективі необхідно провести дослідження гомеостатичних показників крові у жінок з передраковими захворюваннями, в жінок які знаходяться в ремісії та порівняти ці показники крові у хворих з різними ступенями розвитку ракового процесу.

Література

1. Simanek R, Vormittag R, Ay C, et al. High platelet count associated with venous thromboembolism in cancer patients: results from the Vienna Cancer and Thrombosis Study (CATS). *J Thromb Haemost*. 2010;8(1):114–20.
2. Dvorak H. Abnormalities of haemostasis in malignant disease. In Colman W, Hirsh J, Marder V, Salzman E (eds.). *Haemostasis and Thrombosis*. 3rd edition. Philadelphia: Lippincott, 1994 p. 1238–1254.
3. Graul A, Latif N, Zhang X, et al. Incidence of venous thromboembolism by type of gynecologic malignancy and surgical modality in the national surgical quality improvement program. *Int J Gynecol Cancer*. 2017;27(3):581–7.
4. Coussens L, Werb Z. Inflammation and cancer. *Nature*. 2002;420(6917):860-867.
5. Amin C, Mackman N, Key NS. Microparticles and cancer. *Pathophysiol Haemost Thromb*. 2008;36(3–4):177–83.
6. Jones JM, McGonigle NC, McAnespie M, et al. Plasma fibrinogen and serum C-reactive protein are associated with non-small cell lung cancer. *Lung Cancer*. 2006;53(1):97–101.
7. Kakkar V, Balibrea J, Martínez-González J, Prandoni P. Extended prophylaxis with bemparin for the prevention of venous thromboembolism after abdominal or pelvic surgery for cancer: the CANBESURE randomized study. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*. 2010;8(6):1223-1229.
8. Levine M. Prevention of Thrombotic Disorders in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. *Thrombosis and Haemostasis*. 1997;78(01):133-136.
9. Gran OV, Brækkan SK, Hansen J-B. Prothrombotic genotypes and risk of venous thromboembolism in cancer. *Thromb Res*. 2018;164 Suppl 1:S12–8.
10. Cohen A, Lim CS, Davies AH. Venous thromboembolism in gynecological malignancy. *Int J Gynecol Cancer*. 2017;27(9):1970–8.

Реферат

РИСК ПОЯВЛЕНИЯ ТРОМБОЗОВ У ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С РАЗНЫМ РАСПРОСТРАНЕНИЕМ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

Боднар П. Я.

Ключевые слова: онкогинекология, венозный тромбоз, опухоли женских половых органов, тромбоэмболия, свертывающая система крови.

Введение. Опухолевый процесс женских половых органов является триггером развития тромбоэмболических осложнений. Рост опухоли, оперативное вмешательство, противораковая терапия, венозные катетеры и гиподинамия увеличивают риск появления тромбоза. Часто наблюдаются случаи, когда при адекватной профилактике тромбоэмболии у раковых больных появляется тромбоз глубоких вен с дальнейшей миграцией тромбов по организму. Такое перемещение может быть причиной смерти и, к сожалению, сводит к нулю все лечебные мероприятия, которые были проведены больным, и приводит к значительным экономическим утратам. Для понимания всей проблемы необходимо проводить постоянный контроль показателей крови в динамике с интерпретацией и оценкой полученных результатов. **Цель исследования.** Сравнение показателей крови гинекологических больных с опухолевым процессом в женских половых органах, которые находятся на лечении, перенесли оперативное вмешательство или впервые обратились за медицинской помощью. **Материалы и методы.** Обследовано 43 женщины, которые были разделены на группы: контрольная группа – 14 пациентов, женщины с раком шейки матки – 17 пациентов, с раком тела матки – 8 пациентов и с раком яичников – 4 пациента. Во всех группах, кроме контрольной, проводили исследования до начала лечения (на фоне лечения) и после.

Результаты исследований и их обсуждение. В сравнении с показателями крови женщин, которые находились на лечении или находились в послеоперационном периоде после удаления опухоли, были обнаружены незначительные изменения в показателях свертывающей системы крови, даже с учетом всех профилактических мер тромбогенеза. После подсчета показатели подтвердили статистическую достоверность. У всех женщин кроме тех, что находились в контрольной группе, четко проследовалось повышение уровня всех показателей крови, которые отвечают за формирование тромбов и указывают на гиперкоагуляцию. Нами было замечено, что риск появления тромбов у пациентов с опухолями женских половых органов остается высоким, независимо от локализации процесса и способа лечения. Но точно неизвестно, насколько сильно менялись бы показатели крови без назначения профилактического лечения онкогинекологическим больным.

Выводы. Установлено, что риск тромбообразования в онкогинекологии всегда остается на высоком уровне. Активация свертывающей системы крови проявляется у всех пациентов с онкологическими заболеваниями женских половых органов разной локализации. Оперативное вмешательство или назначение противораковой терапии стимулируют свертывающую функцию крови, а профилактическое лечение с фармакологическими и механическими методами профилактики не дает возможности контролировать эти показатели в первые дни после операции. Пациенты с опухолями женских половых органов должны быть включены в группу пациентов с высоким риском тромбоэмболических осложнений.

Summary

RISK OF THROMBOSIS IN PATIENTS WITH GYNECOLOGICAL CANCERS OF VARYING EXTENT

Bodnar P. Ya.

Key words: oncogynecology, venous thrombosis, tumours of the female genital organs, thromboembolism, blood coagulation.

The tumour process in the female reproductive organs is known as a trigger for the development of thromboembolic complications. Tumour growth, surgery, anticancer therapy, venous catheters and physical inactivity contribute to the risk of thrombosis. There are numerous instances when even under adequate thromboembolism prevention patient may develop deep vein thrombosis resulting in further thrombi migration throughout the body. Such migration can lead to lethal outcome and, unfortunately, nullifies all treatment measures carried out as well as results in significant economic losses. Viewing the problem in a whole requires constant monitoring of blood parameters in dynamics with the interpretation and evaluation of the findings obtained. The purpose of this study is to compare blood parameters of gynaecological patients with a tumour process in the reproductive organs, who are undergoing treatment, have already undergone surgery or have sought medical assistance for the first time.

The study included 43 women, who were divided into groups: the control group involved 14 patients; 17 women with cervical cancer; 8 women with the uterine body cancer; 4 women with ovarian cancer. In all groups, except for the control group, the investigations were carried out before the beginning of treatment, during and after the treatment.

The comparison of the blood indicators in the women during the treatment and in post-operative period following the tumour removal demonstrated insignificant changes in the indices of coagulation system, even when taking into account the measures to prevent thrombogenesis. After the counting, the indices confirmed their statistical significance. All women, except those in the control group, demonstrated an increase in the level of all blood parameters, which are responsible for the formation of blood clots and indicate hypercoagu-

lation. We noticed that the risk of blood clots in the female patients with tumours of the reproductive organs remained high, regardless of the localization of the process and the methods of treatment. It is not known exactly to what extent blood count findings would have changed without prescribing thromboembolism prevention course for gynaecological cancerous patients.

This study has shown the risk of thrombus formation in gynaecological oncology always remains high. The activation of the blood coagulation system occurs in all patients with cancerous diseases of the female reproductive organs of different localization. Surgical intervention or the anticancer therapy stimulates the blood coagulation function, and preventive treatment with pharmacological and mechanical methods does not make it possible to control these indicators in the first days after the operation. The patients with tumours of the female reproductive organs should be included in the group of patients with a high risk of thromboembolic complications.

DOI 10.31718/2077-1096.21.2.12

УДК: 616.895.1-616.895.6

Белов О.О.

СТАН ЖИТТЄСТІЙКОСТІ У ХВОРИХ НА ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Депресивні розлади є одними з найбільш клінічно та соціально важливих захворювань внаслідок діагностичних та лікувальних труднощів і значної соціально-психологічної дезадаптації. Важливим для комплексного розуміння етіопатогенетичних і патопсихологічних механізмів депресій є вивчення особливостей життєстійкості пацієнтів. Метою дослідження було дослідження особливостей життєстійкості та її актуальних складових у пацієнтів з депресивними розладами з урахуванням віку та гендерного фактору. З використанням тесту життєстійкості клініко-психологічно обстежено 107 чоловіків і 138 жінок, хворих на депресивні розлади. Виявлено низький рівень показників життєстійкості у хворих на депресію. У чоловіків показник залученості склав 22,2±5,9 балів у віковій групі до 30 років, 19,0±6,8 балів у віковій групі 30-44 роки і 11,6±10,0 балів у віковій групі 45 років і старші; контролю – відповідно 20,9±4,4 балів, 19,5±5,9 балів і 13,2±9,2 балів; прийняття ризику – відповідно 9,9±3,4 балів, 8,7±3,2 балів і 5,6±4,3 балів; життєстійкості – відповідно 53,1±11,7 балів, 47,2±13,4 балів та 30,4±22,7 балів. У жінок виявлено значуще ($p<0,05$) вищі показники залученості: відповідно 25,6±7,5 балів, 22,4±7,2 балів і 14,7±6,6 балів; контролю: відповідно 23,5±5,0 балів, 22,1±6,0 балів і 17,9±4,7 балів; прийняття ризику: відповідно 10,7±3,1 балів, 9,9±4,0 балів і 7,8±3,6 балів; життєстійкості: відповідно 59,8±13,3 балів, 54,3±15,2 балів і 40,5±13,2 балів. Встановлено тенденцію до зменшення показників життєстійкості, як інтегрального, так і окремих складових, з віком, більш суттєво виражену у віковій групі 45 років і старші. Виявлено наявність значущих ($p<0,01$) зворотних кореляційних зв'язків між виразністю депресії та залученістю ($r_s=0,683$), контролем ($r_s=0,668$), прийняттям ризику ($r_s=0,599$) та життєстійкістю ($r_s=0,695$); між реактивною тривожністю та залученістю ($r_s=0,608$), контролем ($r_s=0,567$), прийняттям ризику ($r_s=0,520$) та життєстійкістю ($r_s=0,651$); між особистісною тривожністю та залученістю ($r_s=0,336$), контролем ($r_s=0,295$), прийняттям ризику ($r_s=0,208$) та життєстійкістю ($r_s=0,339$). Висновки. Депресивні розлади супроводжуються суттєвим зниженням життєстійкості пацієнтів, що поширюється як на загальну життєстійкість, так і на її складові: залученість, контроль і прийняття ризику. Рівень життєстійкості зменшується з віком пацієнта, більш суттєво у старшій віковій групі (45 років і старші). У чоловіків у порівнянні з жінками виявлено значуще нижчий рівень залученості, контролю та життєстійкості у всіх вікових групах, та нижчий рівень прийняття ризику у віковій групі 45 років і старші. Життєстійкість, залученість, контроль і прийняття ризику виявляють зворотні кореляції помірного ступеню з виразністю депресивних проявів і реактивною тривожністю, і зворотні кореляції слабого ступеню – з особистісною тривожністю.

Ключові слова: депресивні розлади, життєстійкість, залученість, контроль, прийняття ризику.

Робота виконана відповідно до плану науково-дослідних робіт кафедри медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова і є фрагментом комплексної теми «Психічна дезадаптація (клінічна феноменологія, механізми формування, комплексна корекція)» (Державний реєстраційний № 0115U004000).

Вступ

Депресивні розлади вважаються одними з найбільш клінічно та соціально важливих захворювань [1]. Сучасні депресивні розлади характеризуються поліморфністю клінічної симптоматики, високою психіатричною та соматичною коморбідністю, а також значною складністю діагностики і резистентністю до терапії [2, 3]. Депре-

сії асоційовані з вираженою соціально-психологічною дезадаптацією, значним погіршенням психосоціального функціонування та суттєвим зниженням якості життя пацієнтів [4, 5]. Пацієнти з депресією мають низькі показники соціального функціонування та високу суїцидальну активність, що призводить до зменшення тривалості життя та збільшення смертності, а