

УДК: 616-006:616.89

## Особливості нециркулярних депресій у онкологічних хворих



Отрощенко Н. П.



Отрощенко І. П.



Отрощенко П. А.

**Отрощенко Н. П., Отрощенко І. П., Отрощенко П. А.**

Кафедра психіатрії та наркології НМУ імені О.О. Богомольця  
Національний інститут раку  
ТМО «Психіатрія» в місті Києві

**Резюме.** В статтю представлено аналіз особливостей клінічних форм, течення, діагностики і лікування нециркулярних депресій у онкологічних хворих і напрямлення удосконалення медичної допомоги вказаним хворим.

**Ключевые слова:** нециркулярные депрессии у онкологических больных, клинические особенности, течение, диагностика, терапия.

### Specification of non circular depression patients with cancer

**Otroshchenko N. P., Otroshchenko I. P., Otroshchenko P. A.**

**Resumé.** In the below literature review represents analyze the features of clinical forms, course, diagnosis and treatment of non circular depressive disorders patients with cancer and improvement of health care in current patients.

**Keywords:** non circular depression patients with cancer, clinical features, course, diagnosis, treatment.

Останнім часом зростає актуальність залучення психіатрів до проблеми ранньої діагностики та лікування депресивних розладів у онкологічних хворих. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), щорічно у світі на клінічно діагностовану депресію хворіють 200 млн. людей, а до 2030 року депресії за розповсюдженістю випередять патологію серцево-судинної системи і вийдуть на перше місце серед захворювань, що спричиняють втрату працездатності. Депресивні хворі страждають від цілого ряду функціональних обмежень та схильності до значного порушення виконання повсякденних функцій, набагато гірше встановлюють близькі стосунки з людьми, менш адекватні в соціальній взаємодії, знаходять для себе складним справлятися з сімейними та професійними проблемами [1, 2, 3].

Не зважаючи на стрімкий розвиток знань в галузі психіатрії, проблема діагностики, лікування та реабілітації депресивних розладів, які знаходяться в причинно-наслідкових зв'язках

з іншими психічними та соматичними розладами, не втрачає своєї актуальності для клінічної практики і теоретичної психіатрії [4, 5, 6].

Поширеність депресій серед онкологічних хворих значно вища, ніж у загальній популяції, і за даними спеціалістів становить від 33 до 42 %. Симптоми депресії діагностуються у кожного четвертого онкологічного хворого, яка найчастіше зустрічається на пізніх етапах перебігу онкологічного захворювання. У термінальній стадії раку депресія виявляється у третини, а за іншими даними — у 75% пацієнтів. Депресивні стани обтяжують перебіг вказаних захворювань, відхиляють їх перебіг від типових варіантів, чим утруднюють діагностику, знижують ефективність лікування, профілактики та реабілітації, виснажують особистісні ресурси та негативно впливають на адаптаційні можливості хворих, знижують якість їх життя, підвищують відсоток інвалідності [6, 7].

Однак, на сьогодні, друкованих праць, присвячених особливостям клініки, діагностики та

перебігу нециркулярних депресій при онкологічних захворюваннях, недостатня [8, 9].

Реагуючи на звістку про виявлення онкологічного захворювання, кожен пацієнт проходить через кризу з зазначеними нижче етапами: заперечення, гнів, торги, депресія, примирення. Такі стадії є нормальною психологічною реакцією пацієнта на психогенний вплив і не відносяться до психічних розладів. Стадії кризи визначають психокорекційну роботу, спрямовану на оптимізацію лікувального процесу та підвищення якості життя хворого.

Для диференційної діагностики природної реакції хворого на звістку про важкий діагноз (засмученість) від власне депресії, яка потребує втручання, необхідно враховувати такий важливий критерій, як тривалість вищезазначених симптомів. Коли тривалість зниження соціальних функцій онкологічного хворого перевищує 2–4 тижні, необхідно вирішити питання призначення антидепресивної терапії [10, 11, 12].

Розвиток депресій притаманний більшості хворих на онкологічні захворювання. Найбільш високі показники поширеності депресій діагностуються при пухлинах головного мозку (41-93%), голови та шиї (42%), підшлункової залози — до 50%, молочних залоз — 10-25%, легень — 15-44%, гінекологічної сфери — 23%, рак товстого кишечника — 13%, лімфомі — 8%. Факторами ризику виникнення депресій у онкологічних хворих вважають важкість соматичного стану, інвалідність, наявність больового синдрому, функціональні обмеження, молодий вік, побічні ефекти променевої та хіміотерапії, лікування медикаментами, провокуючими депресивні розлади. До факторів ризику належить також наявність депресії в анамнезі хворого. Суттєвий внесок у формування афективних розладів у хворих на злоякісні новоутворення складає конституційний фактор. Афективні нозогенні реакції виникають у осіб з преморбідними характерологічними аномаліями, які відносяться до тривожного (17,7%) та афективного (1,6% — гіпертимний, 8,9- циклоїдний типи) розладів особистості [13, 14, 15, 16, 17].

З депресією пов'язане пізнє звернення за онкологічною допомогою та, відповідно, менший об'єм спеціалізованої медичної допомоги (хірургічної, хіміо-, радіотерапевтичної) [18, 19].

В клінічній картині депресії гіпотимія співіснує з тривогою, почуттям наближення смерті. Найчастіше афективні розлади клінічно проявляються у вигляді легкої антеро-апатичної депресії зі скаргами на плаксивість, в'ялість, зниження активності, втратою інтересу та потягу до діяльності. В більш важких випадках афективні розлади набувають форми соматизованої

депресії. Гіпотимія в таких випадках проявляється подразненням товстого кишечника, інсомнією, анорексією, астеничними розладами, вираженим больовим синдромом [20, 21, 22].

При онкологічних хворобах депресія на початкових етапах набуває антеро-депресивних, депресивно-іпохондричних, тривожно-депресивних станів. В більшості випадків депресія маніфестує на етапі діагностики злоякісного новоутворення, тобто в безпосередньому зв'язку з діагностуванням онкологічного захворювання. Розвиток депресії відбувається за механізмом гострої, тривалістю від 7 до 10 днів до 2 тижнів, тривожно-депресивною реакцією на стрес (безпосередньо вітальна загроза існуванню). В клінічній картині переважають тривога, ажитація, плаксивість, пригніченість, відчуття безвиході та безпомічності. Подібні прояви, свідчить про важкість афективних розладів та небезпеку суїциду. Афективні розлади чітко супроводжуються ознаками соматизації з формуванням спільних з провідною патологією симптомів за типом ампліфікації клінічних проявів онкологічного захворювання, наслідків хірургічного втручання, побічних ефектів хіміо- та променевої терапії. Клінічна структура тривожно-депресивної реакції доповнюється інсомнічними розладами (труднощі засинання з явищами тривожного ментизму, напливи побоювань, пов'язаних з онкопатологією, часті нічні пробудження, тривожні та загрозливі сновидіння), які з'являються у двох третин зазначених хворих [23, 24, 25].

У змісті депресії домінують похмурі уявлення неблагоприємного фіналу хвороби, смерті, песимістична оцінка перспектив лікування та прогнозу захворювання, думки про фатальність руйнування внутрішніх органів, пов'язаних з прогресуванням пухлини. Переконаючі в неминуєності скорі смерті відповідає поведінка при депресії (укладання заповіту, розпорядження по влаштуванню дітей та ін.). Афективні симптоми виступають в рамках тривожних депресій, найчастіше перекриваються з дисоціативними розладами (розгубленість, відстороненість, відчуття нереальності ситуації). В наступному реакції з зазначеними симптомами набувають альтернуючого перебігу. В умовах відносно компенсованого соматичного стану та позитивних ефектів хіміо- та променевої терапії розлади самосвідомості досягають максимальної вираженості, визначаючи клінічну картину. Депресія та тривожні побоювання виступають в цей період в рамках реакцій фону, що виявляються лише при докладному психопатологічному аналізі стану. Загострення проявів злоякісного новоутворення супроводжується зміною клінічної картини: при мінімізації

депресивної дисоціативної симптоматики переважають тривожно-депресивні розлади з фіксацією на тих чи інших функціональних розладах, побоюваннях несвоєчасного, пізнього виявлення проявів злоякісного новоутворення, та, відповідно, катастрофічно стрімкого поширення пухлини (метастазування, розвиток ускладнень) та неминучого фіналу. Клінічні прояви афективної реакції можуть набувати характеру дисфоричної депресії (найчастіше в осіб з преморбідним складом збудливого кола — дисоціальний, межовий, істеричний розлад особистості), спричиненої необхідністю додаткових обстежень, повторних курсів хіміо- та променевої терапії. В клінічній картині переважає тужливо-злобний афект, похмура невдоволеність, роздратованість. Можливі спалахи гніву, які супроводжуються актами агресії відносно родичів або медичного персоналу, або закінчуються сльозливістю та соматичними скаргами [26, 27].

Розвиток раннього больового синдрому з іррадіацією в спину, пов'язане з характером росту раку підшлункової залози, не дозволяє своєчасно встановити вірний діагноз. Мінімальні зміни в підшлунковій залозі, які не виявляються сучасними методами обстеження (комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія) спричиняють виражений больовий синдром. При відсутності зв'язку з циркадними механізмами, депресія набуває ритму соматичної хвороби [28].

Тривожно-депресивні реакції (45,1%), які переважають у жінок, хворих на рак молочної залози, формуються частіше при радикальній резекції молочної залози, ніж після мастектомії. Відчуття, пов'язані з формуванням післякастраційного синдрому (поліморфні вегето-судинні пароксизми — «припливи» жару до голови, грудей, дермографізм, парестезії, відчуття оніміння, повзання мурашок по тілу) перекриваються фантомними болями в проекції видаленої молочної залози (синдром фантомної молочної залози) та змінами форм тіла. Пов'язані з перенесеною операцією рубці, зміни фігури, зовнішності, та відповідно, менша жіночність та привабливість, а також сексуальні дисфункції, можуть виступати в якості основних проявів змісту депресії [29, 30, 31].

Своєчасне виявлення депресій у хворих на онкологічні захворювання набуває важливості в роботі онколога. Наслідком депресії є зменшення соціальних зв'язків, а своєчасна діагностика депресивних розладів лікарем соматичного профілю ускладнюється небажанням або нездатністю хворого висказати скарги на порушення психічного здоров'я. Сполучення онкологічної патології та депресії є вкрай

несприятливим чинником, який впливає на клінічні прояви та перебіг захворювання, створює небезпеку виникнення суїцидальної поведінки [32, 33, 34, 35].

Спеціалізована допомога хворим на депресії в онкологічних стаціонарах надається під час консультацій психіатра, і передбачає застосування психотерапевтичних методик, когнітивно-поведінкової терапії, раціональної психотерапії, соціальну підтримку [23, 28].

Значне фармакотерапевтичне навантаження в процесі лікування основного захворювання та небезпека побічних ефектів променевої та хіміотерапії вимагає поміркованого підходу при призначенні психофармакотерапії. Клінічні дослідження свідчать про ефективність застосування трициклічних антидепресантів, селективних інгібіторів зворотнього захвату серотоніну (СИОЗ), інгібіторів зворотнього захвату серотоніну та норадреналіну (ІОЗСІН) (венлафаксин, милнаципран, мirtазапин). Враховуючи наявність хронічного больового синдрому при онкологічних захворюваннях, важливе значення має властивість впливати на біль, знижуючи поріг больової чутливості [23, 32].

Таким чином, вирішення проблеми активного виявлення та усунення депресивної симптоматики у онкологічних хворих, підвищить ефективність лікування основного захворювання, попередить виникнення соціальної дезадаптації та суїцидальної поведінки [22, 26, 28, 36].

### Висновки

1. Онкологічні захворювання спричиняють депресивні розлади, розповсюдженість яких в популяції онкологічних пацієнтів на сучасному етапі характеризується невпинним зростанням та клінічним поліморфізмом.
2. Сполучення онкологічної патології та депресії у хворих обтяжує клінічні прояви та перебіг основного захворювання, утруднює діагностику, знижує ефективність лікування та реабілітації, збільшує тривалість перебування в стаціонарі, проявляється зменшенням соціальних зв'язків, виснаженням особистісних ресурсів, негативно впливає на адаптаційні можливості хворих, знижує якість їх життя, підвищує відсоток інвалідності.
3. Нециркулярні депресії у хворих на рак найчастіше діагностуються при невротичних, пов'язаних зі стресом, соматоформних розладах, дисоціативних (конверсійних) розладах, розладах особистості.
4. Основні синдромологічні варіації та перебіг депресивного розладу залежать від

- особливостей онкологічного захворювання, особливостей особистості, етапу лікування.
- 4.1. Найбільш високі показники поширеності вказаних депресій діагностуються при пухлинах головного мозку (41–93% хворих).
  - 4.2. Нециркулярні депресії маніфестують на етапі діагностики злоякісного новоутворення, і формуються за механізмом гострої тривожно-депресивної реакції на стрес.
  - 4.3. У термінальній стадії раку депресія виявляється у третини і досягає 75% хворих.
  5. Провідними клініко-психопатологічними ознаками таких депресій на етапі спеціального лікування (хірургічного, хіміотерапевтичного, променевого) є переважання тривожно-депресивної та субдепресивної симптоматики при розладах адаптації та реакціях на важкий стрес, що визначає особливості клінічної картини і ускладнює терапію.
  6. Нециркулярні депресії на етапі паліативного лікування набувають депресивно-іпохондричних, тривожно-депресивних, астено-депресивних, дисфоричних та апатичних рис при розладах адаптації та психічних розладах в наслідок ушкодження, дисфункції головного мозку та фізичної хвороби.
  7. Особливості суїцидальної поведінки вказаних хворих на депресію зумовлені особливостями онкологічного захворювання, психопатологічними закономірностями формування депресивних розладів, їх тяжкістю, перебігом, провідною симптоматикою, особливостями особистості, рівнем мікро- та макросоціальної адаптації.
  8. При зниженні соціальних функцій у хворих на зазначені депресії більше 4 тижнів найбільш ефективним є помірковане застосування антидепресантів: трициклічних, селективних інгібіторів зворотнього захвату серотоніну, інгібіторів зворотнього захвату серотоніну та норадреналіну.
  9. Для підвищення якості та ефективності медичної допомоги хворим на нециркулярні депресії при онкологічних захворюваннях необхідно залучити до їх лікування психіатрів, психотерапевтів та включити в програми підготовки лікарів онкологів сучасні та доступні до застосування на практиці психофармакотерапевтичні та психотерапевтичні підходи.

### Література

1. Международная классификация функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья: МКФ / Всемирная организация здравоохранения. — Женева: ВОЗ, 2001. — 342.
2. Гайдаєв Ю.О. Державна політика в галузі охорони здоров'я // Український медичний часопис. — 2007. — №4/60 (VII-VIII). — С. 4-8.
3. Хобзей М.К., Волошин П.В., Марута Н.О. Соціально-орієнтована психіатрична допомога в Україні: проблеми та рішення // Український вісник психоневрології — 2010. — Т.18, вип. 3 (64). — С. 10-14.
4. Пинчук И.Я. Распространенность психических расстройств в Украине // Журн. АМН Украины. — 2010. — т.16 №1С. — 168–176.
5. Напрєєнко О.К. Депресії та тривога в загально медичній практиці (соціальні, діагностичні та лікувально-профілактичні аспекти) // Психіатрія та психофармакотерапія // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — № 1, 2002. — С. 7 — 12.
6. Мішиєв В. Д. Сучасні депресивні розлади: керівництво для лікарів / В.Д. Мішиєв — Л.: Вид-во Мс, 2004. — 208 с.
7. Гнездилов А.В. Психические изменения у онкологических больных // Практическая онкология. 2001. — № 1 (5). С. 5–6.
8. Маркова М.В. Стан та перспективи розвитку сучасної психоонкології/ М.В. Маркова, О.В. Піонковська, І.Р. Кужель//Український вісник психоневрології. —2012. —Т.20, Вип.4(73) . — С.86-91.
9. Зотов П.Б. Суицидальное поведение больных распространённым раком (этиопатогенез, клинические формы, оптимизация паллиативной помощи): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Томск, 2005. 44 с.
10. Гнездилов А.В. Психогенные реакции на неблагоприятный диагноз и проблемы инкурабельных больных // Вестник психотерапии. 2003. — № 9 (14). — С. 29–44.
11. Ткаченко Г. А. Психологическая коррекция психоэмоциональных нарушений у онкологических больных // Академический журнал Западной Сибири. — 2013. — Т. 9, № 1. — С. 43.
12. Ciaramella A., Poli P. Assessment of depression among cancer patients: the role of pain, cancer type and treatment // Psycho-Oncology. 2001. Vol. 10. P. 156–165.
13. Barry M.J. Beckley S. et. al.: Importance of understanding the epidemiology and natural history of BPH, In : Proceeding of the international Consultation of BPH, WHO, 1997, p.25.
14. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. — М.:МИА, 2007. — 425с.
15. Качество жизни онкологических больных / под ред. Е. Л. Чойнзонова, Л. Н. Балацкой. — Томск, 2012. — 152 с.
16. Марута Н.А. Современное состояние исследований проблемы психических расстройств при опухолях головного мозга: [монография] / Н. А. Марута, В. В. Огоренко. — Харьков; Днепрпетровск: НМетАУ: Системные технологии, 2014. — 119 с.

17. Patrick D. L., Ferketich S. L. et al. National Institutes of Health State-of-the — Science Panel. National Institutes of Health State-of-the-Science Conference Statement: symptom management in cancer: pain, depression, and fatigue, // *J. Natl. Cancer Inst. Monogr.* — 2004. — Vol. 32. — P. 9–16.
18. Vehling S., Lehmann C., Oechsle K. et al. Is advanced cancer associated with demoralization and lower global meaning? The role of tumor stage and physical problems in explaining existential distress in cancer patients // *Psycho-Oncology J.* — 2012. — Vol. 21 (1). — P. 54–63.
19. Ashbury F. D., Findlay H., Reynolds B., McKerracher K. A. A Canadian survey of cancer patients' experiences: are their needs being met? // *J. Pain and Symptom Manage.* 1998. Vol. 16(5). P. 298–306.
20. Прогнозирование психических расстройств у онкологических больных. / Ш.Х. Ганцев, В.Л. Юлдашев, А.Г. Рахматуллин, И.Р. Рахматуллина. // *Паллиативная медицина и реабилитация.* — 2001. — №2–3. — 56с.
21. Подкорытов В.С., Чайка Ю.Ю. Депрессии. Современная терапия: руководство для врачей.—Харьков: Торнадо,2003.—352с.
22. Кузнецов В.Н., Мазуренко М.А., Маляров С.А., Насинник О.А. Клиническое руководство по диагностике и лечению депрессивных расстройств в практике врача первичной медико-санитарной помощи. — Видродження, 2004.—160с.
23. Costa G., Salamerò M., Gil F. Validacion del cuestionario MOS-SSS de apoyo social en pacientes con cancer (Validity of the questionnaire MOS-SSS of social support in neoplastic patients) // *Medicina Clinica.* — 2007. — Vol. 128 (18). — P. 687—691.
24. Jadoon N. A., Munir W., Shahzad M. A. et al. Assessment of depression and anxiety in adult cancer outpatients: a cross-sectional study // *BMC Cancer.* — 2010. — Vol. 10. — P. 594.
25. Simard S., Savard S., Ivers H. Fear of cancer recurrence: specific profiles and nature of intrusive thoughts // *J. Cancer Surviv.* — 2010. — Vol. 4. — P. 361–371.
26. Johnson F., Glare P. Pain in hospitalized patients with cancer. Prevalence, clinical characteristics, impact on quality of life and patient-related barriers // *Psychooncol.* — 2000. — Vol. 9, № 5. — P. 30.
27. Нервно-психические расстройства у онкологических больных (лечебно-реабилитационные аспекты) Е.П. Комкова, Ю.А. Магарилл, Н.П. Кокорина, А.С. Сергеев // *Сибирский онкологический журнал.* — 2009. — №2 (32) . — С 40-43.
28. Хронический болевой синдром в онкологии и психотерапия. / И.Л. Киселёв, В.А. Сергеев, М.Д. Сычёв, С.В. Бутов. // *Паллиативная медицина и реабилитация.* — 2000. — №2.—320с.
29. Агаркова Л. А., Куприянова И. Е., Балацкая Л. Н., Коломиец Л. А., Дикке Г. Б., Семке В. А., Марков А. А., Несмелова В. А. Сравнительные исследования качества жизни у женщин с доброкачественными и злокачественными опухолями гинекологической сферы // *Сибирский онкологический журнал.* — 2004. — № 1. — С. 18—20.
30. Бехер О. А., Слонимская Е. М., Куприянова И. Е. Уровень тревоги у женщин, страдающих раком молочной железы // *Сибирский онкологический журнал.* — 2008. — № 2. — С. 26–27.
31. Брюзгин В. В. Современные аспекты лечения хронической боли у онкологических больных // *Тюменский медицинский журнал.* — 2009. — № 3—4. — С. 90—93.
32. Labisi O. Assessing for suicide risk in depressed geriatric cancer patients // *J. Psychosoc. Oncol.* — 2006. — Vol. 24, № 1. — P. — 43–50.
33. Кудрявцев И. А., Декало Е. Э. Психологические факторы и механизмы суицидогенеза как критерии суицидального риска и направленной профилактики // *Суицидология.* — 2012. — № 2. — С. 3–11.
34. Tanaka H., Tsukuma H., Masaoka T. et al. Suicide risk among cancer patients: Experience at one medical center in Japan, 1978-1994 // *Jap. J. Cancer Res.* — 1999. — Vol. 90, № 8. — P. 812–817.
35. Пилягина Г. Я. Аутоагрессивное поведение: патогенетические механизмы и клиничко-типологические аспекты диагностики и лечения. — Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.16. — Киев, 2004. — 32 с.
36. Семке В. Я., Чойнзонов Е. Ц., Якимова М. А., Куприянова И. Е., Балацкая Л. Н. От этиопатогенеза к терапии и психологической реабилитации онкобольных // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* — 2003. — № 2. — С. 119–121.