

Н.П. Отрощенко<sup>1</sup>, И.П. Отрощенко<sup>2</sup>, П.А. Отрощенко<sup>3</sup>

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ

<sup>1</sup>Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев<sup>2</sup>Национальный институт рака, г. Киев<sup>3</sup>Территориальное медицинское объединение «Психиатрия» в городе Киеве

pro.nmu@gmail.com

**Цель:** анализ диагностики и лечения депрессии у больных раком шейки матки (РШМ).

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 67 женщин с депрессией, больных раком шейки матки. Всем указанным больным было проведено клиническое обследование, также были применены клинико-психопатологические, патопсихологические, клинико-динамические, катamnестические и другие методы. Комплексная программа лечения больных включала лучевую терапию в сочетании с психофармакотерапией и психотерапией.

**Результаты.** У обследованных больных выявлена непсихотическая депрессия с преобладанием тревожно-депрессивных и субдепрессивных расстройств. После применения лучевой терапии в сочетании с психофармакотерапией и психотерапией у всех больных отмечалось улучшение психического состояния: полная редукция депрессивной симптоматики выявлена в 7,3% наблюдений, значительное улучшение – в 20,9%, неполная редукция симптоматики – в 44,9%, незначительное улучшение – в 26,9% наблюдений.

**Выводы.** Для повышения эффективности диагностики и лечения депрессии у больных раком шейки матки необходимо привлекать к их обследованию и лечению психиатров, психотерапевтов, включать в программы подготовки специалистов, участвующих в проведении диагностических и лечебных мероприятий, знания о применении на практике современных диагностических, психофармакотерапевтических и психотерапевтических подходов.

**Ключевые слова:**

депрессия, рак шейки матки, лучевая терапия, психофармакотерапия, психотерапия.

Депрессия неизменно привлекает к себе внимание специалистов. Основные причины этого – значительная распространенность, многообразие проявлений и вариантов недуга, поражающего значительное число людей разного пола, возраста, социальных групп [1, 4, 7]. По данным ВОЗ, более 350 миллионов людей в мире страдают депрессивными расстройствами. Депрессия становится основной причиной инвалидности. Женщины болеют депрессией чаще, чем мужчины [5, 7]. Распространенность депрессии при онкологических заболеваниях значительно выше, чем в общей популяции и, по данным специалистов, достигает от 33 до 42% [3, 5, 6, 8]. Симптомы депрессии диагностируются у каждого четвертого онкологического больного и чаще встречаются на поздних этапах заболевания. К сожалению, эти пациенты редко попадают в поле зрения психиатров, поскольку, учитывая специфику заболевания, находятся под наблюдением онкологов и обращаются к врачам-психиатрам только в случае суицидальных попыток и тяжелой депрессии. Высокие показатели распространенности депрессии (23%) диагностируются при раке гинекологической сферы [2, 9, 10]. Однако на сегодня научных работ, посвященных проблеме диагностики и лечения депрессии у больных

раком шейки матки (РШМ), недостаточно. Вышесказанное определяет актуальность проведенного исследования.

**Целью исследования** является анализ диагностики и лечения депрессии у больных раком шейки матки.

**Материалы и методы исследования**

Обследовано 67 женщин с депрессией в возрасте от 24 до 67 лет, больных РШМ II, III, IV стадий, которым проводилась лучевая терапия в сочетании с психофармакотерапией и психотерапией через 2–4 недели после постановки диагноза онкологического заболевания в стационаре и амбулаторно в отделении лучевой терапии Национального института рака. Все пациентки получили лучевую терапию согласно стандартам лечения, соответственно установленному диагнозу и стадии заболевания. Критериями отбора больных для лечения с использованием психофармакотерапии и психотерапии было формирование у них депрессивных расстройств непсихотического уровня. Наблюдение проводилось сроком от одного месяца до года в стационаре и амбулаторно. Средний возраст больных составил (44±0,5) лет: в возрасте до 30 лет под наблюдением находилось 4 исследуемых, 31–40 лет – 12, 41–50 лет – 29, 51–60 лет – 17,

в возрасте старше 60 лет – 5 исследуемых. Больных РШМ, у которых имелись депрессивные жалобы, обследовали онкогинеколог, маммолог, уролог, проктолог, терапевт, сосудистый хирург, эндокринолог, невропатолог, психиатр, лучевой терапевт и химиотерапевт с использованием клинического, клинико-психопатологического (с использованием шкал PHQ-2 – опросник здоровья пациента из 2 вопросов, тревоги и депрессии HADS, Гамильтона), клинико-динамического и параклинических методов, после чего проводились лучевая терапия, психофармакотерапия и психотерапия. Катамнестическое наблюдение продолжалось от одного месяца до двух лет.

## Результаты и их обсуждение

У обследованных больных чаще всего возникали тревожно-депрессивные (58,2%) и субдепрессивные (41,8%) расстройства (МКБ-10: расстройства адаптации и другие реакции на тяжелый стресс; психические расстройства вследствие дисфункции головного мозга и физической болезни). Возникновение указанных расстройств было связано с психотравмирующим влиянием информации об онкологическом диагнозе, рецидива заболевания, выявления метастазов, необходимости длительного специального лечения, боязнь побочных эффектов химиотерапии, лучевой болезни, болевого синдрома, представления о летальном исходе заболевания. По шкале HADS средний уровень тревоги до лечения составлял (14,12±0,21) баллов; средний уровень депрессии составил (12,05±0,1) баллов. Для указанных больных была проведена лечебная программа с назначением психофармакотерапии и психотерапии с целью снижения и устранения депрессивных расстройств, активного формирования позитивных жизненных установок, мобилизации резервных возможностей пациентов. На указанном этапе преобладали рациональная психотерапия с элементами суггестии, релаксационные методики, аутотренинг. Психофармакотропная терапия состояла из анксиолитических (мебикар, фобомотизол) и антидепрессивных препаратов (миртазапин, миансерин, сертралин), растительных транквилизаторов и антидепрессантов, фитотерапии (фиточай с мятой, ромашкой, зверобоем), гомеопатических препаратов. Назначали также пробиотики, ферментные препараты, лечебную физкультуру.

Полная редукция депрессивных расстройств наблюдалась у 5 (7,3%) больных, значительное улучшение – у 14 (20,9%), неполная редукция депрессивных расстройств – у 30 (44,9%), незначительное улучшение состояния – у 18 (26,9%) больных. Клинико-катамнестическое исследование больных также подтвердило эффективность примененной комплексной лечебной программы. Больные, которые вовремя получили соответствующее психофармакотерапевтическое и психотерапевтическое лечение, отличались лучшей психосоциальной адаптацией к заболеванию и изменениям условий жизни. Вышесказанное определяет современность и актуальность внедрения в онкологических отделениях комплексных лечебных программ, которые при проведении лучевой терапии дополняются психофармакотерапией и психотерапией. Оценка эффективности лечебной программы показала, что редукция тревоги и депрессии наблюдалась у 7,3% больных, значительное улучшение психического состояния – у 20,9%, неполное

выздоровление – у 44,9%, незначительное улучшение – у 26,9% больных. По шкале HADS отмечалось снижение уровня тревоги с (14,12±0,21) до (10,39±0,15) баллов и депрессии с (12,5±0,1) до (10,25±0,04) баллов. Эффективность лечебной программы подтвердило катамнестическое исследование, которое длилось от одного месяца до двух лет. Эмоциональное состояние 29 (43,2%) обследованных характеризовалось стабильностью, большинство указанных пациентов сохранили семью и продолжали работать.

## Выводы

У больных РШМ формируется непсихотическая депрессия с преобладанием тревожно-депрессивных и субдепрессивных расстройств (МКБ-10: расстройства адаптации и другие реакции на тяжелый стресс; психические расстройства вследствие дисфункции головного мозга и физической болезни), которые осложняют соматическое состояние, прогноз и лечение основного заболевания. Для полной редукции или уменьшения интенсивности депрессивных расстройств у больных РШМ на всех этапах лечения необходимо проведение комплексных лечебных мероприятий, которые содержат медицинскую и социально-психологическую составляющие. Применение таких программ должно проводиться индивидуально с учетом клинических проявлений депрессивных расстройств, этапа специального лечения. Возникновение указанных расстройств у больных РШМ обусловлено психотравмирующим влиянием онкологического диагноза, необходимостью длительного специального лечения, страхом перед побочными эффектами радиотерапии, болевым синдромом и представлениями о летальном исходе заболевания. Для улучшения диагностики депрессии у больных РШМ и повышения эффективности лечения необходимо привлекать к их обследованию и лечению психиатров, психотерапевтов, включать в программы подготовки специалистов, участвующих в проведении указанных мероприятий, знаний о применении на практике современных психофармакотерапевтических и психотерапевтических подходов.

## Список использованной литературы

1. Клиническое руководство по диагностике и лечению депрессивных расстройств в практике врача первичной медико-санитарной помощи / [Кузнецов В. Н., Мазуренко М. А., Маляров С. А., Насинник О. А.] – К.: Відродження, 2004. – 160 с.
2. Маркова М. В. Стан та перспективи розвитку сучасної психоонкології / М. В. Маркова, О. В. Понтовська, І. Р. Кужель // Український вісник психоневрології. – 2012. – Т. 20, Вип. 4 (73). – С. 86–91.
3. Марута Н. А. Современное состояние исследований проблемы психических расстройств при опухолях головного мозга / Н. А. Марута, В. В. Огоренко. – Харьков; Днепрпетровск: НМетАУ; Системные технологии, 2014. – 119 с.
4. Мішнев В. Д. Сучасні депресивні розлади: керівництво для лікарів / В. Д. Мішнев. – Л.: Вид-во Мс, 2004. – 208 с.
5. Нециркулярні депресії / [Напреєнко О. К., Логановський К. Н., Сиропятов О. Г. та ін.]; за ред. проф. О. К. Напреєнка. – К.: Софія-А, 2013. – 624 с.
6. Отрощенко Н. П. Особливості нециркулярних депресій у онкологічних хворих / Н. П. Отрощенко, І. П. Отрощенко, П. О. Отрощенко // Психічне здоров'я. – 2015. – № 1–2 (46–47). – С. 20–24.
7. Пинчук И. Я. Распространенность психических расстройств в Украине / И. Я. Пинчук // Журн. АМН Украины. – 2010. – Т. 16, № 1. – С. 168–176.
8. Смулевич А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А. Б. Смулевич. – М.: ИА, 2007. – 425 с.
9. Ciaramella A. Assessment of depression among cancer patients: the role of pain, cancer type and treatment / A. Ciaramella, P. Poli // Psycho-Oncology. – 2001. – Vol. 10. – P. 156–165.
10. Jadoon N. A. Assessment of depression and anxiety in adult cancer outpatients: a cross-sectional study / N. A. Jadoon, W. Munir, M. A. Shahzad // BMC Cancer. – 2010. – Vol. 10. – P. 594.

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ДЕПРЕСІЇ У ХВОРИХ НА РАК ШИЙКИ МАТКИ

Н.П. Отрощенко, І.П. Отрощенко, П.О. Отрощенко

Мета: аналіз діагностики та лікування депресії у хворих на рак шийки матки (РШМ).

Матеріали і методи. Під наглядом перебували 67 жінок з депресією, хворих на рак шийки матки. Вказаним хворим було проведено клінічне обстеження, а також клініко-психопатологічні, клініко-динамічні, катанестичні та інші методи обстеження. Комплексна програма лікування хворих включала променеву терапію в поєднанні з психофармакотерапією та психотерапією.

Результати. У хворих виявлено неспихотичну депресію з переважаючим тривожно-депресивним і субдепресивним розладом. Поліпшення психічного стану відзначалося у всіх хворих: повна редукція депресивної симптоматики виявлена у 7,3% хворих, значне поліпшення – у 20,9%, неповна редукція симптоматики – у 44,9%, незначне поліпшення – у 26,9% хворих.

Висновки. Для підвищення ефективності діагностики та лікування хворих на депресію при РШМ під час проведення спеціальної терапії необхідно залучати до їх обстеження та лікування психіатрів, психотерапевтів, включати до програми підготовки спеціалістів, які беруть участь у проведенні зазначених діагностичних та лікувальних заходів, знань про застосування на практиці сучасних психофармакотерапевтичних та психотерапевтичних підходів.

**Ключові слова:** депресія, рак шийки матки, променева терапія, психофармакотерапія, психотерапія.

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF DEPRESSION IN PATIENTS WITH CERVICAL CANCER

N. Otroshchenko, I. Otroshchenko, P. Otroshchenko

Subject: analysis of diagnosis and treatment programs for depression in patients with cervical cancer (CC).

Materials and methods. Under supervision there were 67 women with depression, patients with cervical cancer. All of these patients were examined clinically, psychopathologically and other methods. A comprehensive program of treatment of patients included radiation therapy combined with pharmacotherapy and psychotherapy.

Results. The patients were diagnosed with psychotic depression prevalence of anxiety and depressive disorders and subdepressive. After radiation therapy combined with pharmacotherapy and psychotherapy in all patients showed improvement in mental status: complete reduction of depressive symptoms – 7.3% of patients, a significant improvement – 20.9% of cases, incomplete reduction of symptoms – 44.9%, a slight improvement – 26.9% of cases.

Conclusions. To improve depression diagnosis and treatment efficacy in patients with cervical cancer, should be involved in their examination and treatment of psychiatrists, psychotherapists, include training programs, participating in the conduct of diagnostic and therapeutic measures, knowledge of the practical application of advanced diagnostic, psycho pharmacological and psychotherapeutic approaches.

**Key words:** depression, cervical cancer, radiotherapy, psychopharmacotherapy, psychotherapy.

УДК 616-009.7-036.12:612.821

О.М. Авраменко

ПРИНЦИПИ ТЕРАПІЇ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ  
У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ:  
ВІД КОМПЛЕКСНОЇ ДІАГНОСТИКИ ДО КОМПЛЕКСНОЇ КУРАЦІЇ

Український науково-дослідний інститут  
соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

onavramenko@gmail.com

**Ключові слова:**

непсихотичні психічні розлади, хронічний біль, депресія, тривога, хвороблива поведінка, діагностика, терапія.

**Актуальність.** Багатьма дослідженнями доведено, що афективні розлади депресивного і тривожного спектрів дуже часто співіснують з хронічним болем, сприяючи його катастрофізації. Але співвідношення непсихотичних психічних розладів і хронічного болю в діагностиці і терапії поєднаних станів вивчені лише частково, дослідження з цього питання тривають.

**Методи і матеріали.** Було досліджено 135 пацієнтів з хронічним больовим синдромом, поділених на три основні і одну контрольну групи: ОГ1 – R52.1-2+F32-33; ОГ2 – R52.1-2+F41.0-1; ОГ3 – R52.1-2+F41.2-3, F43.22 і КГ – R52.1-2. Усі пацієнти були обстежені з використанням «Мультимодальної карти обстеження психосоматичного пацієнта з хронічним болем».

**Результати.** Було визначено основні принципи курації пацієнтів з психічними розладами і хронічним больовим синдромом: одночасність діагностики психічних розладів з хронічним больовим синдромом; покерованість алгоритму комплексної діагностики; мультивалентність діагностичних (психічний розлад, хронічний біль, хвороблива поведінка) і лікувальних (біологічні, психологічні і соціальні) мішеней; динамічний моніторинг індикаторів якості.

**Висновки.** Визначені підходи до курації психічних розладів у пацієнтів з хронічним больовим синдромом забезпечують раннє втручання, особливо у пацієнтів з гострим болем/загостренням психічного розладу, а також урахування гетерогенності пацієнтів і особливості терапевтичної відповіді, що забезпечує ефективність комплексного втручання.

На сьогоднішній день визнано, що виникнення і розвиток хронічного больового синдрому є результатом складної взаємодії між біологічним, психологічним та соціальним впливом, у тому числі переконанням пацієнтів щодо їх самоефективності, відстеженням власних тілесних відчуттів,

опануванням сімейних конфліктів або наявності соціальної підтримки [1–4]. Якщо пацієнти, наприклад, демонструють неадекватні поведінкові або когнітивні відповіді на гострі епізоди болю, він може стати хронічним, впливаючи таким чином на тривалість лікування в цілому [5].