

**МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО
ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

На правах рукописи

УДК:616.89-008.454:616-006-08

БАБАЕВА НОДИРА САПАРОВНА

**КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ДЕПРЕССИВНОГО
СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО
СТАЦИОНАРА**

5А 720111– Психиатрия

Диссертация

на соискание академической степени магистра

**Научный руководитель:
д.м.н., профессор Ходжаева Н.И.**

Ташкент – 2013

**МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН**

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

Факультет _____

Магистрант Бабаева Н.С.

Кафедра психиатрии и наркологии

Научный рук-ль: д.м.н., профессор

Ходжаева Н.И.

2010-2013 учебный год

Специальность 5А 720111 - Психиатрия

АННОТАЦИЯ МАГИСТЕРСКОЙ ДИССЕРТАЦИИ

В качестве одного из наиболее клинически значимых факторов, обуславливающих рост частоты депрессий, наряду с процессом урбанизации, стрессогенными событиями, повышением средней продолжительности жизни, миграцией и другими социальными тенденциями, рассматривается более полное выявление аффективных расстройств, и прежде всего у пациентов общемедицинской сети. Такой прогресс оказался возможным благодаря совершенствованию диагностики с использованием стандартизованных критериев, обеспечивающих унификацию клинической оценки изучаемой патологии. При этом на динамике статистических показателей сказывается углубление представлений о расстройствах депрессивного спектра, принадлежащих к его «мягкому» полюсу и включающих стертые, атипичные формы — маскированные, соматизированные депрессии, нередко коморбидные соматической патологии.

Необходимо подчеркнуть, что депрессия влечет за собой ряд неблагоприятных последствий как медицинского, так и социального порядка. Депрессия серьезно влияет на качество жизни и адаптационные возможности пациента, поскольку может привести к снижению профессионального статуса с вынужденной сменой работы, распаду семьи и, наконец, к полной инвалидизации. Особенно велика опасность суицида при сочетании депрессии с хроническим соматическим или неврологическим заболеванием. Депрессивные расстройства относятся к числу наиболее часто встречающихся видов психической патологии. По разным эпидемиологическим данным депрессиями страдают от 4 до 10 % населения в мире (Мосолов С.Н. с соавт., 2006; Смулевич А.Б., 2006; Тювина Н.А., 2009; Paykel E.S. et al., 2005; Ebmeier K.P. et al., 2006). Широкая распространенность депрессивных расстройств соотносима с наиболее тяжелыми соматическими заболеваниями. Последствия депрессий в отсутствие лечения чрезвычайно тяжелы и включают раннюю смертность от различных соматических заболеваний, нетрудоспособность (инвалидность), которая более значительна, чем вызываемая такими распространенными хроническими заболеваниями, как сахарный диабет или хронические коллагенозы. Доклады ВОЗ (CINP, Женева, 2006) указывают на то, что депрессивные расстройства входят в число заболеваний, вызывающих наиболее значимую потерю — активных лет жизни за счет болезни и инвалидизации. Депрессивные расстройства также значительно повышают риск суицида и суицидальных попыток.

К сказанному следует добавить, что среди соматически больных (сердечно-сосудистые, онкологические заболевания, диабет и др.) частота депрессий составляет 22-33 % и превосходит такое распространенное заболевание, как артериальная гипертензия. Депрессии ухудшают течение соматического заболевания и вместе с тем, усложняя клиническую картину,

ведут к повышению частоты обращений за медицинской помощью и значительное число ненужных исследований («синдром большой истории болезни»). Депрессия может и провоцировать соматическое заболевание (особенно это относится к реактивным депрессиям, нередко способствующим развитию и других патологических изменений внутренних органов [Prigerson H. G. et al., 1997]), и быть реакцией на него, а также не зависеть от соматической болезни, но во всех случаях депрессия амплифицирует проявления, усугубляет течение телесного недуга и усложняет его лечение.

Таким образом, с учетом негативного влияния депрессии на течение и прогноз онкологического заболевания, а также тот факт, что в условиях общемедицинской практики распознавание депрессивных и тревожно-депрессивных расстройств остается неудовлетворительным, своевременная диагностика депрессии и ее последующее лечение приобретают большую значимость.

Также более очевидной становится значимость интегрированных усилий и взаимодействия специалистов различного профиля (онколога, психиатра, психотерапевта, психолога) на этапах своевременной диагностики и выбора адекватной терапевтической тактики коморбидных состояний.

В связи с вышеуказанным, выявление депрессивных расстройств в общемедицинской сети, особенно у онкологических больных, и оказание таким больным своевременной адекватной помощи является актуальной проблемой.

Целью данного исследования явилось выявление и изучение клинических особенностей аффективных расстройств у больных онкологического стационара.

Для достижения указанной цели были сформулированы следующие **задачи исследования:**

1. Выявить аффективные расстройства тревожно-депрессивного спектра у больных онкологического стационара.
2. Определить нозологическую принадлежность расстройств депрессивного спектра при онкологической патологии.
3. Разработать рекомендации для врачей-онкологов по диагностике и тактике ведения аффективных расстройств тревожно-депрессивного спектра у онкологических больных.

Объект и предмет исследования. В ходе сравнительного исследования в период с 2011 по 2013 годы клиническим методом были изучены 102 пациента, проходивших стационарное лечение в отделении химиотерапии РОНЦ.

Для изучения клинических особенностей аффективных расстройств все больные были разделены на 2 группы. Основную группу составили 72 больных с клинически оформленным депрессивным синдромом. В качестве контрольной группы были изучены 30 больных с симптомами тревоги не доходившая патологии.

В исследование включались больные получающие стационарное лечение в отделении химиотерапии, давшие согласие на участие в исследовании.

Материалы и методы исследования. Применялись клинико-психопатологический, катамнестический, экспериментально-психологический, статистический методы исследования.

Полученные данные обрабатывались на Intel-совместимом персональном компьютере с применением программ Microsoft Excel, а также пакета компьютерных прикладных программ Statistica, версия 6.0 (StatSoft, 2003). Достоверность различий количественных показателей определялась по t-критерию

Студента. Различия между группами считали статистически значимыми при $P < 0,05$.

Научная новизна результатов исследования. Впервые в Узбекистане на собранном клиническом материале выявлены и описаны клинические особенности тревожно-депрессивных расстройств у онкологических больных и факторы, способствующие формированию у них расстройств депрессивной патологии. Разработаны методические рекомендации для врачей-онкологов по диагностике и тактике ведения психических расстройств тревожно-депрессивного спектра у онкологических больных.

Практическая значимость и реализация результатов исследования. Полученные результаты исследования будут способствовать раннему выявлению, диагностике и адекватному оказанию помощи онкологическим больным с депрессивными расстройствами.

Структура и объем диссертации. Работа изложена на 73 страницах, состоит из введения, 3 глав, заключения, списка литературы (64 наименований), из них 20 иностранных источников. Диссертация иллюстрирована 3 таблицами, 7 рисунками.

Основные результаты выполненной работы. У больных онкологического стационара достаточно высокая встречаемость психических расстройств тревожно-депрессивного спектра. В структуре тревожно-депрессивных расстройств преобладают ситуационно и соматогенно обусловленные аффективные расстройства. Ведущий аффективный симптом при депрессиях у онкологических больных обусловлен личностью пациента и связанную с ней реакцию на онкологическое заболевание. При выявлении тревожно-депрессивных расстройств легкой и умеренной степени тяжести возможно лечение пациента врачом-онкологом, тогда как тревожно-депрессивные расстройства тяжелой степени требует вмешательства психиатра.

Краткое содержание выводов и рекомендаций. У пациентов онкологического стационара встречаемость психических расстройств тревожно-депрессивного спектра высокая. Депрессия и тревога одновременно выявлена у 82 (81,3%) человек, у 53 (52%) клинически выраженная тревога. В структуре тревожно-депрессивных расстройств преобладают ситуационно и соматогенно обусловленные аффективные расстройства. Ведущий аффективный симптом при депрессиях у онкологических больных обусловлен личностью пациента и связанную с ней реакцию на онкологическое заболевание. При выявлении тревожно-депрессивных расстройств легкой и умеренной степени тяжести возможно лечение пациента врачом онкологом, тогда как тревожно-депрессивные расстройства тяжелой степени требует вмешательства психиатра.

При диагностики тревожно-депрессивных расстройств у больных с онкологической патологией необходимо обращать внимание на реакцию пациента на диагноз онкологического заболевания возможности эмоционального реагирования, для чего рекомендовано в онкологической практике использование психологических шкал Бека и Гамильтона в момент сообщения диагноза и на последующих этапах лечения. С целью своевременной диагностики и правильного ведения больных онкологического стационара с аффективными расстройствами рекомендуется обучение врачей онкологов основам диагностики и лечения соматогенно обусловленных психических расстройств на циклах ТашИУВ.

Научный руководитель

Магистрант

СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	9
ВВЕДЕНИЕ	10
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	18
1. Распространенность депрессивных расстройств	18
2. Особенности депрессивных состояний	28
3. Лечение аффективных нарушений у онкологических больных	32
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	45
ГЛАВА 3. ОЦЕНКА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И СТРУКТУРА ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ОНКОПАТОЛОГИЕЙ	50
1. Общая клиническая характеристика больных.....	50
2. Клинические особенности депрессивного синдрома у больных с онкологической патологией.....	55
3. Результаты исследования и их обсуждение.....	64
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	
ВЫВОДЫ	72
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	73
ЛИТЕРАТУРА	74
ПРИЛОЖЕНИЯ	79
Приложение 1. Госпитальная шкала тревоги и депрессии	79
Приложение 3. Шкала депрессии Бека	82

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

РОНЦ – республиканский онкологический научный центр

АД – артериальное давление

ВОЗ – Всемирная Организация Здравоохранения

ГОТД – госпитальный опросник тревоги и депрессии

МКБ – Международная классификация болезней

СЗ – соматическое заболевание

СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

ССОЗС – селективные стимуляторы обратного захвата серотонина

США – Соединенные Штаты Америки

ТДР – тревожно-депрессивные расстройства

ТМА – Ташкентская Медицинская Академия

ТЦА – трициклические антидепрессанты

ЦНС – центральная нервная система

HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale

ИОЗСиН - ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина

ПФТ - психофармакотерапия

ВВЕДЕНИЕ

Обоснование и актуальность темы исследования

В качестве одного из наиболее клинически значимых факторов, обуславливающих рост частоты депрессий, наряду с процессом урбанизации, стрессогенными событиями, повышением средней продолжительности жизни, миграцией и другими социальными тенденциями, рассматривается более полное выявление аффективных расстройств, и прежде всего у пациентов общемедицинской сети. Такой прогресс оказался возможным благодаря совершенствованию диагностики с использованием стандартизованных критериев, обеспечивающих унификацию клинической оценки изучаемой патологии. При этом на динамике статистических показателей сказывается углубление представлений о расстройствах депрессивного спектра, принадлежащих к его «мягкому» полюсу и включающих стертые, атипичные формы — маскированные, соматизированные депрессии, нередко коморбидные соматической патологии.

Необходимо подчеркнуть, что депрессия влечет за собой ряд неблагоприятных последствий как медицинского, так и социального порядка. Депрессия серьезно влияет на качество жизни и адаптационные возможности пациента, поскольку может привести к снижению профессионального статуса с вынужденной сменой работы, распаду семьи и, наконец, к полной инвалидизации. Особенно велика опасность суицида при сочетании депрессии с хроническим соматическим или неврологическим заболеванием. Депрессивные расстройства относятся к числу наиболее часто встречающихся видов психической патологии. По разным эпидемиологическим данным депрессиями страдают от 4 до 10 % населения в мире (Мосолов С.Н. с соавт., 2006; Смулевич А.Б., 2006; Тювина Н.А., 2009;

Paykel E.S. et al., 2005; Ebmeier K.P. et al., 2006). Широкая распространенность депрессивных расстройств соотносима с наиболее тяжелыми соматическими заболеваниями. Последствия депрессий в отсутствие лечения чрезвычайно тяжелы и включают раннюю смертность от различных соматических заболеваний, нетрудоспособность (инвалидность), которая более значительна, чем вызываемая такими распространенными хроническими заболеваниями, как сахарный диабет или хронические коллагенозы. Доклады ВОЗ (CINP, Женева, 2006) указывают на то, что депрессивные расстройства входят в число заболеваний, вызывающих наиболее значимую потерю — активных лет жизни за счет болезни и инвалидизации. Депрессивные расстройства также значительно повышают риск суицида и суицидальных попыток.

К сказанному следует добавить, что среди соматически больных (сердечно-сосудистые, онкологические заболевания, диабет и др.) частота депрессий составляет 22-33 % и превосходит такое распространенное заболевание, как артериальная гипертензия. Депрессии ухудшают течение соматического заболевания и вместе с тем, усложняя клиническую картину, ведут к повышению частоты обращений за медицинской помощью и значительное число ненужных исследований («синдром большой истории болезни»). Депрессия может и провоцировать соматическое заболевание (особенно это относится к реактивным депрессиям, нередко способствующим развитию и других патологических изменений внутренних органов [Prigerson H. G. et al., 1997]), и быть реакцией на него, а также не зависеть от соматической болезни, но во всех случаях депрессия амплифицирует проявления, усугубляет течение телесного недуга и усложняет его лечение.

Таким образом, с учетом негативного влияния депрессии на течение и прогноз онкологического заболевания, а также тот факт, что в условиях

общемедицинской практики распознавание депрессивных и тревожно-депрессивных расстройств остается неудовлетворительным, своевременная диагностика депрессии и ее последующее лечение приобретают большую значимость.

Также более очевидной становится значимость интегрированных усилий и взаимодействия специалистов различного профиля (онколога, психиатра, психотерапевта, психолога) на этапах своевременной диагностики и выбора адекватной терапевтической тактики коморбидных состояний.

В связи с вышеуказанным, выявление депрессивных расстройств в общемедицинской сети, особенно у онкологических больных, и оказание таким больным своевременной адекватной помощи является актуальной проблемой.

Объект и предмет исследования. В ходе сравнительного исследования в период с 2011 по 2013 годы клиническим методом были изучены 102 пациента, проходивших стационарное лечение в отделении химиотерапии РОНЦ.

Для изучения клинических особенностей аффективных расстройств все больные были разделены на 2 группы. Основную группу составили 72 больных с клинически оформленным депрессивным синдромом. В качестве контрольной группы были изучены 30 больных с симптомами тревоги не доходившая патологии.

В исследование включались больные получающие стационарное лечение в отделении химиотерапии, давшие согласие на участие в исследовании.

Цель исследования:

Выявить и изучить клинические особенности аффективных расстройств у больных онкологического стационара.

Задачи исследования:

1. Выявить аффективные расстройства тревожно-депрессивного спектра у больных онкологического стационара.
2. Определить нозологическую принадлежность расстройств депрессивного спектра при онкологической патологии.
3. Разработать рекомендации для врачей-онкологов по диагностике и тактике ведения психических расстройств тревожно-депрессивного спектра у онкологических больных.

Основные проблемы и гипотезы исследования. Согласно проведенному анализу литературных данных, были определены основные направления работы, нашедшие отражение в поставленных задачах исследования. Так, предполагалось установить распространенность психических расстройств тревожно-депрессивного спектра у онкологических больных. Важным представлялось выявить пути оптимизации по диагностике и тактике ведения психических расстройств тревожно-депрессивного спектра у онкологических больных.

Краткий анализ имеющихся литературных источников по теме исследования. По теме данного исследования было проанализировано и изучено 64 литературных источника, в том числе 20 – зарубежных авторов; большинство из них являются современными и отражают состояние проблемы в последние два десятилетия.

Распространенность депрессии в общей популяции составляет от 3 до 6%, а среди пациентов, обращающихся за помощью в учреждения общемедицинской сети клинически очерченные, типичные формы депрессий выявляются не менее чем в 12-25% случаев [Смулевич А.Б., 2001]. Среди женщин частота депрессий составляет от 18 до 25%, среди мужчин - 7-12%, при этом средняя длительность не леченных эмоциональных расстройств составляет до 6-8 месяцев. Это значит, что ежегодно около 100 млн. жителей

нашей планеты обнаруживают признаки депрессии и соответственно нуждаются в адекватной медицинской помощи.

Депрессивные состояния относятся к наиболее часто встречающимся психопатологическим синдромам у соматических больных, особенно высоких распространенность среди больных с онкологической патологией. На протяжении всей истории медицины усилия многих врачей различных специальностей, в том числе психиатров и психотерапевтов были направлены на то, чтобы тем или иным способом облегчить не только физические, но и психологические страдания онкологических больных (Смулевич А.Б., М.2001). Часто физические симптомы при онкологической патологии несоизмеримы с уровнем и качеством психических переживаний. Данный факт является мощным стимулом для исследования различных сторон психической деятельности больных со злокачественными новообразованиями и для включения психофармакотерапевтических и психотерапевтических мероприятий в план лечения. В настоящее время целью вмешательства психиатров в онкологическую практику является не только облегчение эмоционального дистресса, но и улучшение качества жизни пациентов (Колосов А.Е., Шиповников Н.Б., - Киров,1994.).

В онкологическом стационаре депрессия в ее классическом понимании с характерной триадой признаков – редкое явление, чаще это стертые, атипичные, феноменологически сложные состояния. Особое значение имеют маскированные или соматизированные по своим проявлениям аффективные расстройства. Собственно депрессивные жалобы маскируются соматовегетативными эквивалентами, имеющими сходство с типичными проявлениями онкопатологии. Кроме того, выявляется симптоматика нейроциркуляторной дистонии (жалобы на головные боли, головокружения, снижение аппетита, чувство предсердечного дискомфорта, нарушения в половой сфере), различные болевые "маски" (артралгии, миалгии, цефалгии и т.д.). Изменение эмоционального фона выявляется лишь при целенаправленном расспросе. Снижение настроения носит дисфорический

отенок и характеризуется недовольством, раздражительностью. При беседе можно наблюдать пассивность, гипомимичность, лапидарность ответов. Нередко аффективные нарушения определяются ретроспективно, при сопоставлении настоящего и прошлого состояния. При описании аффективных расстройств у больных с онкопатологией нельзя не остановиться на депрессии с атипичными чертами. Она характеризуется общей слабостью, вялостью, инсомнией, понижением аппетита, уменьшением массы тела, дисфорией, повышенной чувствительностью к внешним раздражителям, обратным характером суточных колебаний настроения (усиление интенсивности соматовегетативных жалоб в утренние часы и ослабление или их исчезновение к вечеру). В англо-американской литературе такая депрессия – это длительно существующее, своеобразное тревожное состояние, которое сопровождается соматовегетативными и невротоподобными (обсессивно-фобическими или ипохондрическими) расстройствами.

В последние десятилетия для онкологических больных разрабатываются и внедряются в практику психотропные препараты нового поколения (Личиницер М.Р., 2000; Ascbury F.D. и др., 2003; Holland J.C., и др., 1998). Следует отметить, что риск применения психофармакотерапии (ПФТ) в онкологической клинике преувеличен, и рекомендуемые в настоящее время средства имеют свойства «идеального» препарата. Согласно требованиям, предъявляемым к психотропным препаратам в онкологии, на первый план выходит не мощность воздействия, а переносимость, безопасность, простота применения, особенности лекарственного взаимодействия соматотропных и психотропных средств. необходимым компонентом терапии больных, страдающих онкопатологией, при наличии коморбидных депрессивных и тревожных расстройств, является применение антидепрессантов и анксиолитиков.

Краткая характеристика использованных методов исследования.

Применялись клинико-психопатологический, катамнестический, статистический методы исследования.

Полученные данные обрабатывались на Intel-совместимом персональном компьютере с применением программ Microsoft Excel, а также пакета компьютерных прикладных программ Statistica, версия 6.0 (StatSoft, 2003). Достоверность различий количественных показателей определялась по t-критерию Стьюдента. Различия между группами считали статистически значимыми при $P < 0,05$.

Теоретическая и практическая значимость. Выявлены и описаны клинические особенности тревожно-депрессивных расстройств у онкологических больных и факторы, способствующие формированию у них расстройств депрессивной патологии. Разработаны методические рекомендации для врачей-онкологов по диагностике и тактике ведения психических расстройств тревожно-депрессивного спектра у онкологических больных.

Полученные результаты исследования будут способствовать раннему выявлению, диагностике и адекватному оказанию помощи онкологическим больным с депрессивными расстройствами.

Научная новизна. Впервые в Узбекистане на собранном клиническом материале выявлены и описаны клинические особенности тревожно-депрессивных расстройств у онкологических больных и факторы, способствующие формированию у них расстройств депрессивной патологии. Разработаны методические рекомендации для врачей-онкологов по диагностике и тактике ведения психических расстройств тревожно-депрессивного спектра у онкологических больных.

Краткая характеристика содержания диссертации.

Структура и объем диссертации. Работа изложена на 73 страницах, состоит из введения, 3 глав, заключения, списка литературы (64

наименований), из них 20 иностранных источников. Диссертация иллюстрирована 3 таблицами, 7 рисунками.

ГЛАВА 1.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1. Распространенность и клинические особенности депрессивных расстройств

По данным Всемирной организации здравоохранения, распространенность аффективных расстройств в 90-е годы в развитых странах Европы и в США составила 5-10 % против 0,4-0,8 % к началу 60-х годов, а по прогнозам к 2020 году депрессия станет одной из ведущих причин потери трудоспособности наряду с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Распространенность депрессии в общей популяции составляет от 3 до 6%, а среди пациентов, обращающихся за помощью в учреждения общемедицинской сети клинически очерченные, типичные формы депрессий выявляются не менее чем в 12-25% случаев [Смулевич А.Б., 2001]. Среди женщин частота депрессий составляет от 18 до 25%, среди мужчин - 7-12%, при этом средняя длительность не леченных эмоциональных расстройств составляет до 6-8 месяцев. Это значит, что ежегодно около 100 млн. жителей нашей планеты обнаруживают признаки депрессии и соответственно нуждаются в адекватной медицинской помощи.

В качестве одного из наиболее клинически значимых факторов, обуславливающих рост частоты депрессий, наряду с процессом урбанизации, стрессогенными событиями, повышением средней продолжительности жизни, миграцией и другими социальными факторами, рассматривается более полное выявление аффективных расстройств, и прежде всего у пациентов общемедицинской сети. Такой прогресс оказался возможным благодаря совершенствованию диагностики с использованием стандартизованных критериев, обеспечивающих унификацию клинической оценки изучаемой патологии. При этом на динамике статистических показателей сказывается углубление представлений о расстройствах депрессивного спектра, принадлежащих к его «мягкому» полюсу и

включающих стертые, атипичные формы — маскированные, соматизированные депрессии, нередко коморбидные соматической патологии. (3,7.19,45,50)

Необходимо подчеркнуть, что депрессия влечет за собой ряд неблагоприятных последствий как медицинского, так и социального порядка. Она серьезно влияет на качество жизни и адаптационные возможности пациента, поскольку может привести к снижению профессионального статуса с вынужденной сменой работы, распаду семьи и инвалидизации. Особенно велика опасность суицида при сочетании депрессии с хроническим соматическим или неврологическим заболеванием.

Среди соматически больных (сердечно-сосудистые, онкологические заболевания, диабет и др.) частота депрессий составляет 22-33 % и превосходит такое распространенное заболевание, как артериальная гипертензия. Распространенность депрессий в популяции онкологических пациентов составляет от 33 до 42% (Мосолов С.Н. с соавт., 2006.). Депрессии ухудшают течение соматического заболевания и вместе с тем, усложняя клиническую картину, ведут к повышению частоты обращений за медицинской помощью и значительное число ненужных исследований («синдром большой истории болезни»). Депрессия может и провоцировать соматическое заболевание (особенно это относится к реактивным депрессиям, нередко способствующим развитию гипертонической болезни и других патологических изменений внутренних органов [Prigerson H. G. et al., 1997]), и быть реакцией на него, а также не зависеть от соматической болезни, но во всех случаях депрессия амплифицирует проявления, усугубляет течение телесного недуга и усложняет его лечение неврологическим заболеванием.

Депрессивные состояния относятся к наиболее часто встречающимся психопатологическим синдромам у соматических больных, особенно высока их распространенность среди больных с онкологической

патологией. На протяжении всей истории медицины усилия многих врачей различных специальностей, в том числе психиатров и психотерапевтов были направлены на то, чтобы тем или иным способом облегчить не только физические, но и психологические страдания онкологических больных (Смулевич А.Б., М.2001). Часто физические симптомы при онкологической патологии несоизмеримы с уровнем и качеством психических переживаний. Данный факт является мощным стимулом для исследования различных сторон психической деятельности больных со злокачественными новообразованиями и для включения психофармакотерапевтических и психотерапевтических мероприятий в план лечения. В настоящее время целью вмешательства психиатров в онкологическую практику является не только облегчение эмоционального дистресса, но и улучшение качества жизни пациентов (Колосов А.Е., Шиповников Н.Б., - Киров,1994.).

Выявление основных симптомов депрессии (снижение настроения и интереса ко всем видам повседневной деятельности, резкое снижение психологического и физического тонуса) не представляет трудностей. В качестве дополнительных симптомов депрессии рассматриваются также снижение способности концентрации внимания, расстройства сна и аппетита, возникновение суицидальных идей и другие. Однако как врачи, так и окружающие зачастую склонны рассматривать эти симптомы у больного как психологически объяснимое состояние, обусловленное наличием прогностически неблагоприятного заболевания. Таким образом, сочетание онкологической патологии и депрессии является крайне неблагоприятным фактором, влияющим на течение и исход обоих заболеваний. Именно поэтому своевременное выявление и лечение подпороговых депрессивных симптомов и маскированных депрессий у больных со злокачественными новообразованиями является важным аспектом ежедневной работы онкологов.

Депрессия даже в том случае, если пациент перенес ее в прошлом, является не менее значимым, чем показатели тяжести патологии внутренних

органов, предиктором смертности больных, госпитализированных в стационары общего типа по поводу соматического заболевания. Наибольший риск смертельного исхода соматического заболевания установлен при коморбидной ему депрессии с преобладанием ангедонии, чувством безнадежности, бессонницей, идеями самоуничтожения.

Депрессии влияют также на длительность пребывания больных в соматическом стационаре и дальнейшую их трудоспособность. По данным D. V. Panagiotakos et al. [60], длительность пребывания больных позднего возраста при сочетании соматического заболевания с депрессией в стационаре общего типа и частота обращений в поликлиники значительно выше, чем у пациентов с той же патологией, но без признаков аффективных расстройств.

Очевидно, что актуальность проблемы депрессий, наблюдающихся в общемедицинской практике, определяется не только их распространенностью и дезадаптирующим влиянием, но и тем, что своевременная диагностика этих расстройств во многих случаях становится решающим условием успешной медицинской помощи. Однако, несмотря на то, что только клинически очерченные, типичные формы депрессий выявляются не менее чем у 12-25 % пациентов, обращающихся за помощью в учреждения общемедицинской сети, всего лишь 10-55 % из них устанавливается правильный диагноз, но даже и в этом случае лишь 13 % назначаются антидепрессанты. (2,11,15,19,21)

По данным литературы существует возможное объяснение такой ситуации:

- лимит времени, отводимый врачу общей практики на обследование;
- предубежденность пациента (а нередко и самого врача) против констатации психического расстройства;
- недостаточная осведомленность врача о клинике и диагностике депрессий.

Следует подчеркнуть, что выявление и квалификация депрессий в условиях общемедицинской сети сопряжены со значительными сложностями. Среди них – опасность как гипер- (риск гипердиагностики составляет 1,5-8 %), так и (что происходит значительно чаще) гиподиагностики.

Как указывает один из видных российских специалистов в области кардиологии и психосоматической медицины проф. А. Л. Сыркин, во избежание гипердиагностики депрессий необходимо исключить тяжелое соматическое страдание. (32)

Гиподиагностика депрессий может быть связана с рядом причин. С одной стороны, недостаточное выявление аффективных расстройств зависит от врача общей лечебной сети, его профессиональных возможностей, квалификации (владение техникой обследования депрессивных больных, методами дифференциальной диагностики и др.), повседневной нагрузки, возможностей сотрудничества с психиатрической службой. В ряде случаев существенную роль играет установка врача — «смещение» диагностики, направленной исключительно на выявление соматического заболевания. В общемедицинской практике преимущественно используются такие понятия, как «астеноневротические состояния», «вегетососудистые» или «нейроциркуляторные дистонии», «диэнцефальный синдром». Помимо диагностических сложностей у врачей, работающих в общей лечебной сети, отсутствуют опыт использования антидепрессантов и полные сведения о побочных эффектах психотропных средств у больных соматическими заболеваниями.

Психические нарушения недооцениваются зачастую и в тех случаях, когда депрессивная симптоматика может быть истолкована как психологически понятная. В такого рода «ловушки» врач может попасть, например, при депрессиях, расцениваемых как «житейская» реакция, и особенно при обследовании лиц пожилого возраста, у которых депрессивные расстройства могут интерпретироваться как признак

«естественной» усталости от жизни, как «адекватный» ответ на соматическое страдание.

Определенную роль играет и личность пациента. Больные депрессией нередко акцентируют внимание на соматических жалобах и, не осознавая психической болезни, не придают адекватного значения изменениям в аффективной жизни.

Создавшееся положение во многом обусловлено недостаточностью знаний об основах клиники, диагностики и терапии депрессивных состояний.

Наряду с дефицитом знаний существует ряд объективных факторов, усложняющих выявление и клиническую дифференциацию депрессий. Достаточно выделить коморбидные связи аффективных расстройств, как с психической, так и с соматической патологией. (33,64)

Выделяют четыре формы взаимодействия депрессии и соматических заболеваний:

- депрессия может проявляться в виде соматических расстройств (замаскированные, соматические депрессии);
- депрессия как следствие соматического заболевания, например, онкологическое заболевание, инфаркт миокарда или инсульта;
- сосуществование депрессии и соматического заболевания;
- некоторые лечебные средства (например, антигипертензивные препараты, кортикостероиды) могут способствовать развитию депрессии.

Выявлению депрессий способствуют содержащиеся в современных классификациях заболеваний (и в частности, в МКБ-10) четкие критерии диагностики рассматриваемых расстройств. Для врача-интерниста представляет интерес диагностика депрессивного эпизода. Согласно МКБ-10, если имеется два-три следующих признака, сохраняющихся в течение двух недель, они считаются характерными для легкого депрессивного эпизода:

- сниженное (подавленное) настроение, несвойственное ранее, наблюдающееся большую часть дня, практически ежедневно в течение двух недель и мало меняющееся от внешних обстоятельств;
- отчетливое снижение интересов и удовлетворения от обычно приятной деятельности, утрата способности радоваться, получать удовольствие от жизни;
- повышенная утомляемость, снижение энергичности, работоспособности;
- снижение самооценки и чувства уверенности;
- беспричинное порицание себя или чрезмерное и неадекватное чувство вины;
- мысли о смерти или самоубийстве, суицидальное поведение;
- мрачное и пессимистичное видение будущего;
- сниженная способность к концентрации внимания, рассеянность, колебания в принятии решений, неуверенность, нерешительность;
- заторможенность или тревожная суетливость (нарушения психомоторики);
- нарушения сна любого типа;
- изменение аппетита (повышение или понижение) с соответствующим изменением массы тела;
- явная утрата либидо.

Также, весьма актуальной остается применявшееся ранее, и не потерявшее своей актуальности в настоящее время деление депрессий на два основных типа в соответствии с клиническими особенностями аффективных расстройств:

- *простые* — маскированные, тревожные, меланхолические и др.;
- *сложные* — депрессии с навязчивостями, с бредом.

Маскированные депрессии обозначаются также как «скрытые», «ларвированные», «алекситимические депрессии» либо как «тимопатические (депрессивные) эквиваленты». Это синдромы, не

достигающие полной психопатологической завершенности, при которых основные, свойственные депрессиям проявления (собственно гипотимия, психомоторные расстройства, идеи виновности и др.), мало выражены, а часть из них вообще отсутствует («субсиндромальные депрессии»). В других случаях, собственно аффективные расстройства отступают на второй план и часто не распознаются, поскольку ведущее положение в клинической картине занимают симптомокомплексы, выходящие за пределы психопатологических расстройств аффективных регистров. (12,17,21,62)

Пациенты могут не осознавать депрессивного расстройства; иногда они убеждены в наличии у себя какого-либо редкого и трудно диагностируемого заболевания и настаивают на многочисленных обследованиях в медицинских учреждениях непсихиатрического профиля. Вместе с тем, при активном расспросе, удается выявить подверженный суточным колебаниям патологический аффект в виде преобладающей по утрам необычной грусти, уныния, тревоги или безразличия, отгороженности от окружающего с чрезмерной фиксацией на своих телесных ощущениях.

Клиническая картина маскированных депрессий:

1. «Маски» в форме психопатологических, расстройств
 - тревожно-фобические (генерализованное тревожное расстройство, тревожные сомнения, панические атаки, агорафобия)
 - обсессивно-компульсивные (навязчивости)
 - ипохондрические
 - неврастенические
2. «Маски» в форме нарушения биологического ритма
 - бессонница
 - гиперсомния
3. «Маски» в форме вегетативных, соматизированных и эндокринных расстройств
 - синдром вегетососудистой дистонии, головокружение

- функциональные нарушения внутренних органов (синдром гипервентиляции, кардионевроз, синдром раздраженной толстой кишки и др.)
- нейродермит, кожный зуд
- анорексия, булимия
- импотенция, нарушения менструального цикла

4. «Маски» в форме алгий

- цефалгии
- кардиалгии
- абдоминалгии
- фибромиалгии
- невралгии (тройничного, лицевого нервов, межреберная невралгия, пояснично-крестцовый радикулит)
- спондилоалгии
- псевдоревматические артралгии

Клиническая картина тревожной депрессии характеризуется подавленностью, психическими, либо соматическими, сопровождающимися массивными соматовегетативными расстройствами (соматическая тревога), проявлениями тревоги. Больные боязливы, угнетены, подавлены. В одних случаях на первом плане внутреннее напряжение, неопределенное беспокойство, иногда ощущаемое физически как внутренняя дрожь, трепет и не находящее конкретных причин и объяснений (витальная, свободно плавающая, генерализованная тревога). В других случаях доминируют опасения воображаемого или (что чаще) гипертрофированного в сознании больного, но реально угрожающего несчастья, неуверенность в завтрашнем дне, боязнь неожиданных, непредвиденных событий либо тревожные сомнения в своевременности или правомерности уже совершенных поступков, обоснованности сказанного с множеством самоупреков. Иногда клиническую картину определяют тревожные руминации — сомнения в возможности принятия простейших повседневных решений,

проявляющиеся в нерешительности, неуверенности в правильности своих действий в настоящем. Необходимость выбора, возникающая даже в обыденных ситуациях, превращается в мучительный, не имеющий завершения процесс («помешательство сомнений»).

Основываясь на патогенетической модели депрессии можно сопоставить различные проявления аффективного расстройства и соответствующие им нейрохимические процессы. Так, часто встречающаяся у больных депрессиями соматизированная тревога, которая проявляется тахикардией, потливостью, тахипноэ, гастроинтестинальными расстройствами, дискомфортом в области грудной клетки, может отражать нарушение серотонинергических процессов в ЦНС. Апатия, ангедония, дисфория, вероятно, связаны с дисбалансом катехоламинов (норадреналина, дофамина). (21,22)

Также неотъемлемой составляющей клинической картины депрессий, наблюдающихся в общесоматической практике является неспецифический дистресс-синдром (сниженная устойчивость к воздействию стрессовых факторов, выраженная утомляемость, неуверенность в своих силах, ощущение собственной несостоятельности) может ассоциироваться с целым рядом взаимодействующих между собой патогенетических процессов, причем с некоторыми из них по типу патологической обратной связи.

Вследствие нарушения обмена серотонина и норадреналина с дофамином происходит «перенастройка» критически важных для функционирования нейронов генов. Одни из них перестают «давать команду» на синтез нейротрофических факторов (в частности, так называемого нейротрофического фактора головного мозга – BDNF), необходимых для поддержания жизнедеятельности нейрональных клеток. Другие, напротив, активируют синтез релизинг-факторов, предопределяющих гиперреактивность гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы (гиперплазия надпочечников, гиперкортизолемиа

и т. д.). Эти процессы не только способствуют повышению артериального давления, нарушению углеводного обмена, но и еще больше угнетают BDNF. Наконец, третьи гены инициируют выработку значительного числа «лишних» рецепторов, что усугубляет и без того нарушенный обмен серотонина и катехоламинов. (44,50)

2. Особенности депрессивных состояний у онкологических больных.

Выявление основных симптомов депрессии (снижение настроения и интереса ко всем видам повседневной деятельности, резкое снижение психологического и физического тонуса) не представляет трудностей. В качестве дополнительных симптомов депрессии рассматриваются также снижение способности концентрации внимания, расстройства сна и аппетита, возникновение суицидальных идей и другие. Однако как врачи, так и окружающие зачастую склонны рассматривать эти симптомы у больного как психологически объяснимое состояние, обусловленное наличием прогностически неблагоприятного заболевания. Оценить психическое состояние онкологического пациента можно с помощью простых скрининговых инструментов – оценочных шкал, например госпитальной шкалы оценки уровня депрессии и тревоги (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS), разработанной в 1983 г. A.S. Zigmond и R.P. Snaith специально для применения в стационарах соматического профиля. Использование шкалы HADS в общесоматической и онкологической практике предоставляет дополнительные возможности для врачей в плане улучшения ранней диагностики депрессивных состояний у пациентов. (7,35)

Вопреки распространенному мнению, манифестации онкологического заболевания не всегда приводят к жизненному кризису, существенной дезадаптации и появлению психических нарушений. Вместе с тем, клинико-эпидемиологические исследования показывают, что среди более выраженных психических нарушений значительный удельный вес занимают невротические (астено-невротические, тревожно-фобические и

соматоформные расстройства), аффективные расстройства (по типу апатических, тревожных, ипохондрических или маскированных депрессий) и реакции типа посттравматического стрессорного расстройства (Галиуллина С.Д. и др., 2000; Алясова и др., 2002; Whooley, M.A., Simon G.E., 2000; Derogatis L.R. и др., 1983). Следует подчеркнуть, что в ряде случаев психические расстройства формируются на фоне химиолучевой терапии.

При благоприятных вариантах длительность психологических реакций и пограничных психических расстройств непродолжительная – от 1-2-х недель до 2-4 месяцев. При менее благоприятных вариантах расстройства могут принимать затяжной характер и сопровождаются патологическим развитием личности, характерным для больных с онкологической патологией (по типу хронической депрессии, истероформный, ипохондрический, сенситивный, эксплозивный, «синдром патологического отрицания болезни» и др.).

В онкологическом стационаре депрессия в ее классическом понимании с характерной триадой признаков – редкое явление, чаще это стертые, атипичные, феноменологически сложные состояния. Особое значение имеют маскированные или соматизированные по своим проявлениям аффективные расстройства. Собственно депрессивные жалобы маскируются соматовегетативными эквивалентами, имеющими сходство с типичными проявлениями онкопатологии. Кроме того, выявляется симптоматика нейроциркуляторной дистонии (жалобы на головные боли, головокружения, снижение аппетита, чувство предсердечного дискомфорта, нарушения в половой сфере), различные болевые "маски" (артралгии, миалгии, цефалгии и т.д.). Изменение эмоционального фона выявляется лишь при целенаправленном расспросе. Снижение настроения носит дисфорический оттенок и характеризуется недовольством, раздражительностью. При беседе можно наблюдать пассивность, гипомимичность, лапидарность ответов. Нередко аффективные нарушения определяются ретроспективно, при сопоставлении настоящего и прошлого

состояния. При описании аффективных расстройств у больных с онкопатологией нельзя не остановиться на депрессии с атипичными чертами. Она характеризуется общей слабостью, вялостью, инсомнией, понижением аппетита, уменьшением массы тела, дисфорией, повышенной чувствительностью к внешним раздражителям, обратным характером суточных колебаний настроения (усиление интенсивности соматовегетативных жалоб в утренние часы и ослабление или их исчезновение к вечеру). В англо-американской литературе такая депрессия – это длительно существующее, своеобразное тревожное состояние, которое сопровождается соматовегетативными и невротоподобными (обсессивно-фобическими или ипохондрическими) расстройствами. (23,42)

Гораздо реже обнаруживаются сопроявляющиеся с онкологической патологией более тяжелые варианты психических расстройств из круга эндогенноморфных аффективных нарушений, шизофрении, сосудисто-атрофических заболеваний головного мозга. Тяжелые варианты онкопатологии с выраженными интоксикационными нарушениями могут проявляться соматогенными психическими расстройствами, т.е. для которых соматическая патология является ведущим этиопатогенетическим фактором. К этой группе в основном относятся расстройства с помрачением сознания (оглушение, делирий, в т.ч. «тихий делирий», и онейроидоподобный психозы), а также психорганические синдромы, сопровождающиеся рассеянностью, затруднениями сосредоточения, ухудшением памяти (Крант М.Дж, Рой Ф.Ф., 1985). В последние десятилетия увеличилось число непсихотических соматогенных расстройств (тревожно-депрессивных, депрессивно-бредовых состояний и пр.).

С учетом данных о распространенности психологических и психических расстройств, а также их влияния на лечебно-реабилитационный процесс важным направлением работы с онкологическими больными является профилактика и коррекция психологических нарушений, психических и поведенческих расстройств, возникающих в продромальном,

клинически очерченном и терминальном периодах. Психические расстройства могут развиваться на этапе предоперационной подготовки, в послеоперационный период, в течение проведения химиолучевой терапии. В связи с этим возникает необходимость проведения комплексного клинико-диагностического обследования с помощью специальных шкал и опросников, позволяющих определить:

1. Личностно-типологические особенности пациента.
2. Особенности внутренней картины болезни.
3. Динамику психоэмоционального состояния пациента в ходе лечения.
4. Уязвимость к психическим расстройствам.
4. Эффективность медико-психологической реабилитации.
5. Проблемы прогноза и адаптации пациента.

Правильный подбор психологических методик и тестов осуществляется специалистами, как правило, на основании клинического интервью, анализа личностной истории, сбора семейного и медицинского анамнеза пациента, клинических задач и заключений врачей других специальностей (Марилова Т.Ю., 1984; Ввозный Э.К., Малова Ю.В., 1999).

Изучение системы ценностей онкологических больных показало их значительную перестройку, которая заключается в сужении круга интересов больного, отказе от осуществления некоторых жизненных планов, требующих значительных усилий и рассчитанных на длительное время (Демин Е.В. и др., 1990; Колосов А.Е., 1994). Вместе с тем, больные начинают придавать большое значение ранее несущественным для них мелочам повседневной жизни. У некоторых больных ценностные ориентации полностью замыкаются в кругу их болезни и её лечения. Считается, что к основным факторам, препятствующим более полной адаптации больного, относятся:

- неадекватная внутренняя картина болезни;
- тревога, агрессия, депрессия;

- отсутствие мотивации на лечение, возвращение к труду;
- нарушения когнитивной сферы;
- малая информированность в отношении природы заболевания и возможностей лечения;
- неадекватные убеждения пациента, мешающие процессу выздоровления и адаптации.

Для больных с выраженными психологическими и психическими нарушениями необходима организация психотерапевтической помощи. Среди наиболее часто применяемых методов можно отметить Рациональную психотерапию, Краткосрочную позитивную психотерапию, Экзистенциальную терапию, Интегративную терапию, Нейролингвистическое программирование, Трансовую психотерапию, Психоанализ и др. (Redd W., 1993, Малкина-Пых И.Г., 2003). Психотерапевтические техники позволяют более адекватно оценить значение предшествующих и актуальных психотравмирующих событий, свою роль в возникновении заболевания, преодолеть боль, негативные переживания, связанные с болезнью, и накопленные в течение жизни (затаенные обиды), выделить преимущества заболевания (вторичную выгоду, например, болезнь дает возможность вести себя по-другому, более свободно), изменить иррациональные установки, выделить важные цели, мобилизовать внутренние силы организма, снизить страх рецидива и смерти, создавать новые перспективы вне болезни. Одним из общих свойств любой формы психотерапии является выделение ступеней или шагов: установление контакта и активное участие пациента в психотерапевтическом процессе; определение и выбор конкретной психотерапевтической задачи (симптоматика, конфликт, самооценка и др.); изменение прежних дезадаптивных способов восприятия, переживания и поведения.

3. Особенности терапии аффективных нарушений у онкологических больных

Сочетание онкологической патологии и депрессии является крайне неблагоприятным фактором, влияющим на течение и исход обоих заболеваний. Именно поэтому своевременное выявление и лечение подпороговых депрессивных симптомов и маскированных депрессий у больных со злокачественными новообразованиями является важным аспектом ежедневной работы онкологов. Первичное лечение нетяжелых форм депрессий относится к компетенции врачей соматических отделений, участковых и семейных врачей. Важно подчеркнуть, что лечение психопатологических расстройств в общей медицинской и кардиологической практике, особенно амбулаторной, должно проводиться с учетом влияния лечения на соматическое состояние больных и не должно существенно затрагивать уклад жизни, профессиональную деятельность и социальное функционирование пациентов.

Основными методами лечения тревожных и депрессивных состояний являются немедикаментозные вмешательства и медикаментозная терапия. Устранение стрессогенного фактора (при стресс-индуцированных расстройствах), нормализация режима труда и отдыха, увеличение физической активности являются важными составляющими лечебных мероприятий, способствующих улучшению психологического статуса больных. (15,20,35,43)

В качестве немедикаментозных вмешательств при тревожных и депрессивных состояниях у соматических больных с успехом применяются различные методы психотерапии, в частности когнитивно-поведенческая и рациональная психотерапия, а также релаксационные методики: аутогенная тренировка, дыхательно-релаксационный тренинг, прогрессивная мышечная релаксация, релаксационная методика с использованием биологической обратной связи.

Вместе с тем в условиях малой доступности квалифицированной психотерапии для большинства больных общей медицинской сети

здравоохранения основным методом лечения тревожных и депрессивных расстройств остается психофармакотерапия.

Проблему адекватной помощи пациентам с депрессивными симптомами в онкологических больницах можно решить путем консультаций специалиста-психиатра непосредственно в стационаре. К сожалению, такая схема ведения онкологических пациентов с депрессиями не всегда используется в клинической практике, что обусловлено недостаточным вниманием к проблеме депрессивных расстройств у онкологических больных и недооценкой их влияния на течение и исходы основного заболевания.

В общемедицинской практике используются психотропные препараты 4 важнейших классов: транквилизаторы, антидепрессанты, атипичные антипсихотики, нормотимики. В каждой из отмеченных 4 групп продолжают появляться новые поколения психотропных средств. Известно, что некоторые из этих препаратов помимо основного (психотропного) обладают и дополнительными эффектами, купирующими соматические нарушения (обезболивающим, соматовегетостабилизирующим, эндокринно-обменным, миорелаксирующим, седативным, антиабстинентным, антидиуретический, противоязвенным, антибулимическим и пр.). (39)

При легких психических нарушениях с инсомнией (бессонницей), неврастенической, тревожно-фобической, аффективной симптоматикой наиболее часто используются противотревожные средства из группы высокопотенциальных транквилизаторов бензодиазепинового ряда (альзолам (ксанакс), лоразепам (лорафен, трапекс, мерлит), диазепам (реланиум, сибазон), клоназепам, нитразепам (радедорм) и пр.). Достаточно часто их вводят в схему лечения пациентов со стрессорными реакциями (при повышенной напряженности, лабильности аффекта, вегетативной дисфункции, инсомнии и другими дезадаптивными проявлениями). В последние годы в онкологии все чаще применяются щадящие антидепрессанты (азафен, пиразидол, тианептин-коаксил; милнаципран-иксел, миртазапин-ремерон, пароксетин-паксил). Препараты

используются при широком круге депрессий (ситуационных, невротических, соматогенных, эндогенных, связанных с репродуктивным циклом у женщин). Антидепрессанты этого круга оказались достаточно эффективны при тревожно-фобических и соматизированных расстройствах (болевых, соматовегетативных нарушениях). Как показано в многочисленных исследованиях, они не обладают кардиотоксичностью, гепатотоксичностью, нефротоксичностью, не имеют судорожного эффекта, минимально влияют на изменение веса тела, не обладают «поведенческой токсичностью». Несмотря на широту показаний и безопасность новых антидепрессантов, следует помнить, что применять их следует с осторожностью, особенно у лиц с проявлениями выраженной интоксикации, энцефалопатией и/или получающих длительную комбинированную терапию препаратами разных классов.

Наличие у пациента акцентуированного тревожного, тревожно-фобического или панического состояния, генерализованного тревожного расстройства требует патогенетического лечения – назначения препаратов с доказанным противотревожным (анксиолитическим) эффектом – транквилизаторов.

Транквилизаторы уменьшают беспокойство, чувство тревоги, напряжения, страха, нормализуют сон, стабилизируют состояние ВНС. Транквилизаторы представлены большой группой бензодиазепиновых производных и несколькими небензодиазепиновыми препаратами.

Бензодиазепиновые транквилизаторы стимулируют подавление активности большинства нейронов головного мозга, в связи с чем оказывают анксиолитическое, седативное (гипнотическое), миорелаксирующее, вегетостабилизирующее и противосудорожное действия. Среди наиболее часто используемых – феназепам, тофизолам, медазепам, лоразепам, диазепам, алпразолам. При лечении кардиологических больных часто используются вегетостабилизирующее и антипароксизмальное действия транквилизаторов, позволяющие применять эти препараты в комплексном

лечении больных с нарушениями ритма (тахикардиями, экстрасистолией, мерцательной аритмией).

Среди транквилизаторов выделяют высокопотенциальные бензодиазепины, в частности алпразолам. Помимо выраженных противотревожного и антипанического действий, препарат обладает антидепрессивным эффектом, в связи с чем рекомендуется при тревожных и смешанных тревожно–депрессивных состояниях. Несколько лимитирует его применение в общей практике необходимость подбора эффективной дозы у каждого конкретного пациента с постепенным титрованием ее на стадии начала терапии, а также ее отмены.

При выборе транквилизатора для лечения тревожных расстройств в онкологической практике представляется важным наличие, наряду с собственно анксиолитическим, выраженного вегетостабилизирующего и антипароксизмального эффектов. Такими свойствами обладает, в частности, тофизопам. Благодаря отсутствию у препарата выраженных снотворного и миорелаксирующего действий его можно рекомендовать амбулаторным больным, в т.ч. работающим. Препарат имеет умеренное активирующее действие и, в отличие от ряда других транквилизаторов, не ухудшает, а напротив, улучшает психомоторную и интеллектуальную функции пациентов. (44)

При лечении тревожных расстройств с помощью транквилизаторов необходимо помнить о ряде негативных явлений, которые могут сопровождать эту терапию. В частности, некоторым транквилизаторам свойственна поведенческая токсичность, которая выражается в вялости, заторможенности, снижении скорости реакций и концентрации внимания, нарушении координации движений, выраженной миорелаксации вплоть до падений. В этой связи актуальным представляется использование в общей практике небензодиазепиновых транквилизаторов, например, гидроксизина. Будучи атипичным транквилизатором с центральным механизмом действия, препарат выгодно отличается от ряда других транквилизаторов тем, что на

фоне его приема, даже длительного, не развиваются привыкание, физическая и психическая зависимости, а также не наблюдается синдром отмены. В целом ряде исследований показана эффективность гидроксизина в лечении генерализованного тревожного расстройства в дозе 50 мг/сут., разделенной на три приема.

При выраженных расстройствах сна в первые дни купирования назначаются снотворные препараты на короткий срок. При выраженных депрессиях (с тоской, тревогой, апатией) с суицидальной идеацией возникает необходимость парентерального или перорального назначения традиционных трициклических (амитриптилин, кломипрамин-анафранил, имипрамин-мелипрамин) и тетрациклических антидепрессантов (мапротилин-лудиомил, пиразидол). Следует подчеркнуть необходимость медленного (в течение 4-7 дней) наращивания терапевтической дозы, но при этом важно доводить ее до оптимальной дозы – 75-100 мг/сут (или даже 150 мг/сут). При стойких психосоматических расстройствах (хронический болевой синдром, ипохондрическое развитие), нозогенных реакциях с выраженными патохарактерологическими и бредовыми нарушениями, обострении коморбидной соматической патологии шизофрении используются комбинации антидепрессантов с препаратами, имеющими более мощное психотропное действие, – «малыми» нейрорептиками или атипичными антипсихотиками последних поколений (зипразидон-зелдокс, рисперидон-рисполепт, флупентиксол-флюанксол, сероквель-кветиапин, оланзапин-зипрекса). Особое внимание в настоящее время уделяется взаимодействию соматотропных и психотропных средств. При этом считается, что результаты таких интеракций могут носить как терапевтически желательный, так и неблагоприятный эффекты. В результате одновременного назначения препаратов может заметно усиливаться терапевтическая активность одного или некоторых из них.

Таким образом, субъективное восприятие заболевания и успешности проведенной терапии и реабилитации во многом зависит от целого ряда

факторов, включая индивидуальную форму реагирования. В связи с этим целесообразно разрабатывать программу реабилитации индивидуально для каждого пациента с учетом не только диагноза, стадии заболевания, общего состояния и возраста, но и личностных особенностей, предрасположенности к психическим расстройствам, уровня образования, профессии, трудовой направленности, уровня социальных условий, дезадаптации семейных отношений.

В клинических исследованиях с участием онкологических пациентов с депрессивными расстройствами показана эффективность трициклических антидепрессантов, селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), а также препаратов двойного действия – ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (ИОЗСиН). Установлено, что при сопоставимой эффективности трициклических антидепрессантов и СИОЗС в снижении выраженности депрессивной симптоматики последние вызывают меньшее количество побочных эффектов (Смулевич А.Б. -2003, прил.-С. 3-6).

В последние десятилетия для онкологических больных разрабатываются и внедряются в практику психотропные препараты нового поколения (Личиницер М.Р., 2000; Ascbury F.D. и др., 2003; Holland J.C., и др., 1998). Следует отметить, что риск применения психофармакотерапии (ПФТ) в онкологической клинике преувеличен, и рекомендуемые в настоящее время средства имеют свойства «идеального» препарата. Согласно требованиям, предъявляемым к психотропным препаратам в онкологии, на первый план выходит не мощность воздействия, а переносимость, безопасность, простота применения, особенности лекарственного взаимодействия соматотропных и психотропных средств. Польза от проводимой терапии всегда должна превосходить риск, связанный с изменением фармакокинетических показателей и усиления токсичности соматотропных препаратов, особенно у больных пожилого возраста. До начала ПФТ пациент должен быть информирован о возможных побочных эффектах. Важным преимуществом является отсутствие или минимальность

психологической и физической зависимости, а также синдрома отмены после прекращения. Выбор препарата определяется шириной спектра действия (поливалентностью) с учетом нозологий, синдромов, спектра «общих симптомов», тяжести соматической патологии и психических расстройств, наличием актуальной психотравмирующей ситуации. При построении конкретной программы в общемедицинской сети используется принцип «минимальной достаточности» (Мосолов С.Н., 1995), согласно которому обоснованным представляется назначение не более 1-2 препаратов. Такая схема не нарушает привычного ритма жизни и не препятствует повседневной деятельности.

Резюмируя вышеизложенное, можно заключить, что при назначении транквилизаторов пациентам с тревожными расстройствами в общемедицинской сети необходимо придерживаться следующих принципов: – назначать транквилизаторы в минимальных терапевтических дозах. При этом доза подбирается индивидуально (с учетом особенностей реагирования пациента на препарат, а также возраста). Титрация дозы до терапевтической проводится постепенно. Примерные дозы транквилизаторов для терапии тревожных расстройств в общей практике приведены в таблице 1;

Таблица 1

Суточные дозы ряда бензодиазепиновых транквилизаторов для применения в общемедицинской сети

Препарат	Начальная доза	Терапевтическая доза
Диазепам	5-10 мг	10-20 мг
Лоразепам	1-2 мг	2-4 мг
Феназепам	0,5-1 мг	1-2 мг
Медазепам	10-15 мг	20-30 мг
Алпразолам	0,25-0,5 мг	1-2 мг
Нитразепам	2,5-5 мг	5-10 мг
Тофизолам	50-100 мг	100-150 мг

– с целью профилактики синдрома отмены рекомендуется постепенное снижение дозы препарата перед его окончательной отменой;

– во избежание формирования привыкания и зависимости транквилизаторы назначаются коротким курсом, длительность которого следует ограничить 1–2 месяцами. В случаях, когда требуется большая длительность приема, а также при наличии сопутствующей депрессивной симптоматики рекомендуется применение со временем антидепрессантов. Последние эффективны и при лечении тревожно–фобических состояний, панических расстройств.

Антидепрессанты – лекарственные средства, нормализующие патологически измененное гипотимическое (депрессивное) настроение, способствующие редукции когнитивных, двигательных и сомато–вегетативных проявлений, обусловленных депрессией. В то же время многие антидепрессанты, помимо собственно антидепрессивного, имеют выраженное противотревожное действие, в связи с чем они эффективны в лечении генерализованного тревожного расстройства, фобий, панических расстройств, а также являются препаратами выбора у больных со смешанными тревожно–депрессивными состояниями.

Так как ТЦА имеют множество побочных эффектов, в том числе на сердечно-сосудистую систему, назначение ТЦА соматическим и особенно кардиологическим больным крайне нежелательно.

Побочные соматотропные и поведенческие эффекты ТЦА связаны с их неселективностью – влиянием на несколько групп рецепторов ЦНС (серотониновые, мускариновые и гистаминовые H₁–рецепторы).

Из большого арсенала современных антидепрессантов у кардиологических больных с депрессивными расстройствами в наибольшей степени изучена эффективность и безопасность селективных стимуляторов и СИОЗС.

Из группы ССОЗС в общемедицинской практике в нашей стране широко используется тианептин. Тианептин обладает антидепрессивным,

противотревожным и умеренно активирующим эффектами. Препарат хорошо переносится, не вызывает клинически значимой ортостатической гипотонии, не влияет на уровень АД, ЧСС и другие гематологические показатели. Рекомендуемая доза – 37,5 мг/сут. (1 таблетка 3 раза в сутки), у больных > 75 лет – 25 мг/сут. (1 таблетка 2 раза в сутки). Использование в общей практике препарата в стандартных дозах позволяет добиться улучшения психологического статуса большинства больных, а также сопровождается положительной динамикой ряда соматических показателей.

Препараты группы СИОЗС обладают как антидепрессивным, так и противотревожным (анксиолитическим) действием, в связи с чем они эффективны у больных депрессией с сопутствующей тревожной симптоматикой, а также при панических расстройствах, фобических синдромах.

Препараты группы СИОЗС имеют благоприятный кардиальный профиль: они не оказывают существенного влияния на важнейшие гемодинамические параметры, функцию проводимости и сократимости миокарда. У них низок риск нежелательных межлекарственных взаимодействий с соматотропной терапией. Показана их безопасность у различных категорий соматических больных, в т.ч. больных АГ, нестабильной стенокардией, СД, аритмиями, а также больных, перенесших ИМ, МИ.

В группу СИОЗС входят флуоксетин, сертралин, пароксетин, флувоксамин, циталопрам, эсциталопрам. Как и в случае с транквилизаторами, принадлежность к одной фармакологической группе не исключает наличие у препаратов некоторых специфических особенностей. Так, различают СИОЗС с седативным (флувоксамин), стимулирующим (флуоксетин) и сбалансированным (циталопрам, эсциталопрам, сертралин, пароксетин) эффектами, хотя этой группе антидепрессантов в целом присуще сочетание активирующего (тимоаналептического) и противотревожного (без выраженной седации) свойств. Очевидно, что «седативные» СИОЗС

предпочтительны у больных депрессией с выраженным тревожным компонентом, при тревожно–депрессивных состояниях, выраженных нарушениях сна. Назначаются они в вечернее время суток, тогда как СИОЗС со стимулирующим и сбалансированным действием – чаще в первой половине дня.

Несомненным преимуществом СИОЗС является удобный режим приема препаратов (1 раз в сутки), отсутствие необходимости в постепенной титрации дозы и возможность применения в фиксированных суточных дозах, как правило, 1 таблетка в сутки.

Хотя все СИОЗС имеют сходный механизм действия, тем не менее отдельные препараты этой группы различаются по химической структуре, а также по степени связывания с несеротониновыми рецепторами ЦНС, то есть по степени селективности. Наибольшей селективностью в группе СИОЗС обладает циталопрам и его изомер эсциталопрам. Высокая селективность обеспечивает хорошую переносимость и безопасность этих препаратов у наиболее уязвимых групп больных: пожилые больные ССЗ с органическими поражениями ЦНС. Согласно данным, применение циталопрама в терапевтической дозе 20 мг/сут. (1 таблетка 1 раз в сутки) у больных ИБС, перенесших ИМ, не сопровождается кардиотоксическими эффектами – колебаниями АД, ЧСС, нарушениями сердечного ритма и проводимости, в т.ч. по данным суточного мониторирования ЭКГ.

Учитывая небольшой опыт онкологов и врачей общей практики в лечении депрессий, целесообразно рекомендовать им придерживаться следующих основных принципов:

- отдавать предпочтение антидепрессантам нового поколения с благоприятным кардиальным профилем;
- не превышать рекомендуемые дозы антидепрессантов (таблица 2).

Таблица 2

Суточные дозы ряда антидепрессантов для применения в
общемедицинской сети

Препарат	Суточная доза
Сертралин	50-100 мг (1-2 таб./сут.)
Флувоксамин	50-100 мг (1-2 таб./сут.)
Флуоксетин	20 мг (1 таб./сут.)
Пароксетин	20 мг (1 таб./сут.)
Циталопрам	20 мг (1 таб./сут.)
Эсциталопрам	10 мг (1 таб./сут.)
ССОЗС	
Тианептин	37,5 мг (1 таб. 3 раза в сут.), после 75 лет 25 мг (1 таб. 2 раза в сут.)
СБОЗС	
Миансерин	30-60 мг (1-2 таб./сут.)

Эти дозы являются начальными и одновременно терапевтическими при депрессиях легкой и средней тяжести; в большинстве случаев титрации дозы не требуется (суточные дозы антидепрессантов, применяемые в общей практике, ниже используемых в психиатрии);

– учитывать некоторую отсроченность клинического эффекта большинства антидепрессантов: антидепрессивный эффект нарастает постепенно и становится значимым к концу первых двух недель терапии. Желательно проинформировать об этом больного с тем, чтобы он не ожидал немедленного положительного эффекта от приема антидепрессанта;

– соблюдать определенную длительность курсового приема – не менее 1,5 месяцев. При выраженных, рекуррентных, а также затяжных депрессивных состояниях длительность лечения может быть увеличена до 2–6 месяцев и более, в зависимости от состояния пациента. Для антидепрессантов нового поколения привыкание, а также синдром отмены не характерны. Эта особенность действия позволяет проводить отмену антидепрессанта одномоментно, без предварительного снижения дозы, даже после длительного (несколько месяцев) курса лечения;

– избегать комбинации психотропных средств.

Таким образом, обобщая результаты приведенных и других клинических исследований относительно связи депрессивных расстройств и

онкологического заболевания, можно говорить, что существует определенная склонность больных с онкологической патологией к депрессивным расстройствам. В настоящее время очевидным считается тот факт, что существует несомненная зависимость между депрессией и онкологическим заболеванием. Последняя представляет собой пример заболевания, в развитии и последующем течении которого большое значение имеют психические факторы.

Проведенный анализ литературных данных позволил установить, что существует проблема выявляемости депрессивных расстройств в общей медицинской практике при одновременной широкой их распространенности у больных с онкологической патологией. Выявлено, что несвоевременное выявление депрессивных расстройств, и оказание медицинской помощи ухудшает прогноз основного заболевания, тогда как необходимым компонентом терапии больных, страдающих онкопатологией, при наличии коморбидных депрессивных и тревожных расстройств, является применение антидепрессантов и анксиолитиков. Это и послужило основанием для выбора цели настоящего исследования.

ГЛАВА 2

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Методом стратифицированной случайной выборки в исследование было включено 102 больных, проходивших лечение в условиях отделения химиотерапии РОНЦ.

Для изучения клинических особенностей аффективных расстройств все больные были разделены на 2 группы. Основную группу составили 72 онкологических больных с оформленным депрессивным синдромом. В качестве контрольной группы были изучены 30 онкологических больных с симптомами тревоги не дошедшая патологии.

Дизайн исследования. Исследование проводилось на базе отделения химиотерапии РОНЦ. Оно носило характер поперечного одномоментного изучения (cross-sectional study) больных отделения химиотерапии, с оценкой психического статуса.

Критерии включения больных в исследование. В исследование включались больные получающие стационарное лечение в отделении химиотерапии, давшие согласие на участие в исследовании.

Методы исследования: клинико-психопатологический, экспериментально-психологический, статистический.

Клинико-психопатологическое исследование — основной метод обследования психически больного, имеющий целью распознавание психической патологии (симптомов), выявление ее структуры (синдромов) и динамики (синдромакинез, синдромотаксис), а также определение отношения больного к своему заболеванию и к отдельным его проявлениям.

Клинико-психопатологический метод исследования заключается в выяснении особенностей жизни больного и установлении наличия или

отсутствия болезненных симптомов. Эти данные могут быть получены прежде всего с помощью расспроса, беседы с пациентом.

В соответствии с данным методом исследования проводился анализ прошлой жизни пациента, его субъективного анамнеза, который оценивался с помощью расспроса, выяснялись данные о наследственности, особенностях беременности и родов матери обследуемого, его раннем развитии и перенесенных заболеваниях, школьной успеваемости, полученной профессии, трудовых навыках и деятельности. Особое внимание уделялось перенесенным психотравмирующим ситуациям, складу личности больного, пребыванию на лечении в психиатрических учреждениях.

Эти данные дополнялись объективным анамнезом со слов родных, друзей, сослуживцев пациента.

Кроме анализа данных полученных в процессе бесед с пациентами и сбора анамнестических сведений проводилось наблюдение за обследуемыми в течение 2 недель и описание их психического статуса.

Для определения степени эмоционального дистресса, связанного с проявлением соматического неблагополучия (эмоциональная модальность реагирования) осуществлялось тестирование больных с помощью Госпитального опросника тревоги и депрессии (*Hospital anxiety and depression scale* — HADS) (см. приложение 1). Этот опросник, составлен из 14 утверждений, обслуживающих 2 подшкалы: «тревога» (нечетные пункты — 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) и «депрессия» (четные пункты — 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14). Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа, отражающие градации выраженности признака и кодирующиеся по нарастанию тяжести симптома от 0 (отсутствие) до 4 (максимальная выраженность). При интерпретации данных учитывается суммарный показатель по каждой подшкале ("тревога" и "депрессия"), при этом выделяются три области значений: 0-7 баллов – норма, 8-10 баллов - субклинически выраженная

тревога/депрессия, 11 баллов и выше - клинически выраженная тревога/депрессия.

На основании данных полученных в ходе заполнения ГОТД больные дифференцировались на три группы: страдающие депрессией (основная 1, более 10 баллов по подшкале депрессий ГОТД), тревогой (основная 2, более 10 баллов по подшкале депрессий ГОТД), без указанных психических расстройств (группа сравнения - менее 10 баллов по подшкалам депрессий ГОТД).

Для более глубокого исследования психологического профиля больных использовались клиническая беседа-интервью с обсуждением заранее намеченного круга вопросов, направленных на выяснение психологических аспектов анамнеза жизни, особенностей психологического реагирования на психо-эмоциональные перегрузки, стрессы, особенно в год, предшествующий развитию или обострению патологии. Для оценки степени выраженности ТДР использовалась шкала депрессии Бека, которая в значительной степени облегчили выявление психопатологических расстройств. Их применение позволило минимизировать затраты времени на обследование.

Опросник депрессивности Бека (см. приложение 2) предназначен для оценки наличия депрессивных симптомов у обследуемого на текущий период. Опросник основан на клинических наблюдениях и описаниях симптомов, которые часто встречаются у депрессивных психиатрических пациентов в отличие от недепрессивных. В опроснике имеется 21 шкала для определения степени выраженности депрессивной симптоматики. Каждая из них представляет собой группу вопросов, состоящую из 4 утверждений, соответственно оцениваемых в баллах от 0 до 3. Максимально возможная сумма — 63 балла. Суммарный балл по шкале: 0-9 говорит об отсутствии депрессивных симптомов, 10-15 об легкой депрессии (субдепрессия), 16-19

об умеренной депрессии, 20-29 об выраженной депрессии (средней тяжести) , 30-63 об тяжелой депрессии.

По итогам клинико-психопатологического исследования и психодиагностического тестирования больные онкологического стационара были разделены на 3 группы: 1 группа – с отсутствием аффективных расстройств; 2 группа - с легкими тревожно-депрессивными нарушениями; 3 группа – с клинически выраженной депрессией и тревогой.

Далее в соответствии с разделением на группы, исследовалась структура психопатологических расстройств у больных с различными клиническими формами , с помощью критериев МКБ-10 диагностировались тревожные и депрессивные состояния, исследовались клинические особенности ТДР.

Статистическая обработка данных.

Статистическая обработка результатов проводилась на Intel-совместимом персональном компьютере с применением программ Microsoft Excel, а также пакета компьютерных прикладных программ Statistica, версия 6.0 (StatSoft, 2003).

Для описания качественных показателей, представленных в виде альтернативных переменных, приведены число наблюдений и доля пациентов (в процентах) с наличием соответствующего показателя от общего числа обследованных больных. Для описания показателей, представленных в виде количественных переменных, использовали данные описательной статистики: среднее арифметическое и стандартное отклонение. Для оценки значимости межгрупповых различий использовали критерий Стьюдента. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Величина t-критерия определяется отношением разности показателей (средних величин) к своей ошибке разности. H_0 -гипотезу отвергают, если фактически установленная величина t-критерия (t_{ϕ}) превзойдет или окажется равной критическому (стандартному t_c) значению этой величины для

принятого уровня значимости и числа степеней свободы $k=n_1+n_2-2$, т.е. при условии $t_{\phi} \geq t_c$.

Ошибка разности средних m_p

$$m_p = \sqrt{m_1^2 + m_2^2}$$

$$m = \frac{\sigma}{\sqrt{n}} = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (x_i - M)^2}{n(n-1)}}$$

так как

, то

$$m_p = \sqrt{m_1^2 + m_2^2} = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (x_i - M_1)^2 + \sum_{i=1}^n (x_i - M_2)^2}{n(n-1)}}$$

Таким образом t_{ϕ} при $n_1 = n_2$:

$$t = \frac{M_1 - M_2}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}}$$

Критерий достоверности t указывает, во сколько раз разность превышает свою ошибку.

ОЦЕНКА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И СТРУКТУРА ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ОНКОПАТОЛОГИЕЙ

1. Общая клиническая характеристика больных.

В исследуемую выборку были включены пациенты с различной онкологической патологией, находящиеся на различных этапах стационарного лечения, способные к самостоятельному передвижению по отделению, беседе. Критерием исключения пациентов из исследования служило тяжелое соматическое состояние пациента, не позволяющее выполнить психопатологическое и психологическое обследование.

Обследовано 102 больных с подтвержденным диагнозом злокачественного новообразования.

Для изучения клинических особенностей аффективных расстройств все больные были разделены на 2 группы. Основную группу составили 72 больных с клинически оформленным депрессивным синдромом. В качестве контрольной группы были изучены 30 больных с симптомами тревоги не доходившая патологии. Во время психопатологического обследования, пациенты в большинстве случаев не имели полных сведений о своем онкологическом заболевании.

Все пациенты находились в условиях онкологического стационара отделения «Химиотерапия» и получали курс лечения.

Возраст пациентов был от 18 до 65 лет (средний возраст $47,1 \pm 4,5$ лет). Из которых 37,5% в основной и 33,3% в контрольной составили лица в возрасте 51-60 лет; 16,7% в основной и 20% в контрольной лица в возрасте 31-40 лет и 19,4% и 20% соответственно пациенты 60 лет и старше (таблица 1). Из них 45 (62,5%) женщин и 27 (37,5%) мужчин в основной группе и 17 (56,7 %) и 13 (43,3 %) соответственно в контрольной группе.

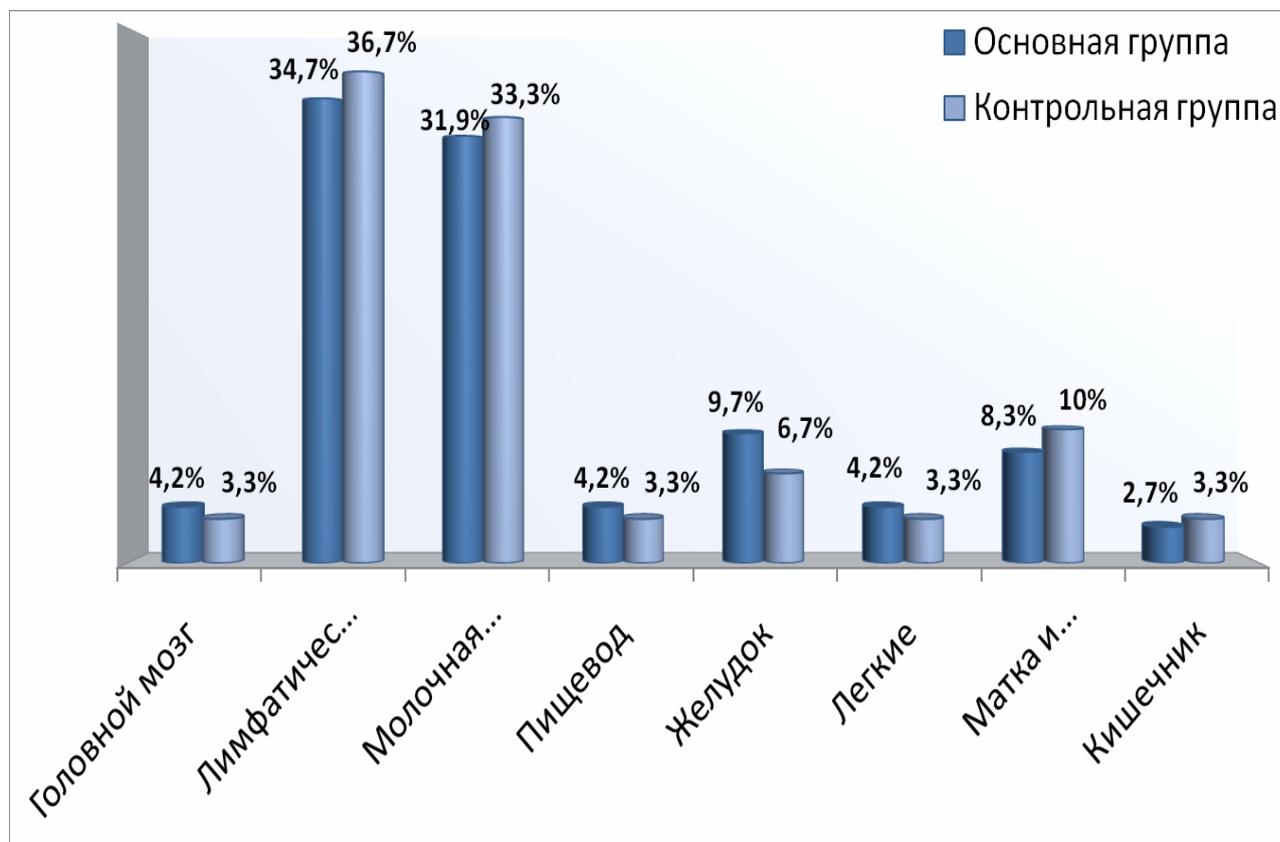
Таблица 1

Распределение больных по возрасту.

№	Возраст	Основная группа		Контрольная группа	
		Абс.кол-во	%	Абс.кол-во	%
1	До 20 лет	8	11,11	2	6,67
2	21-30 лет	3	4,17	2	6,67
3	31-40 лет	12	16,7	6	20
4	41-50 лет	8	11,11	4	13,33
5	51-60 лет	27	37,5	10	33,3
6	60 лет и старше	14	19,4	6	20

Оказалось, что у 34,7% больных в основной группе и 37,7% в контрольной онкологическим процессом поражены лимфатические узлы (II-IV стадия), у 31,9% в основной и 33,3% в контрольной группе молочная железа (III-IV стадия), у 10% матка и придатки (IV стадия), у 9,7 и 6,7% соответственно желудок (IV стадия) и по 2,7 и 3,3% пришлось на поражение кишечника (IV стадия) (диаграмма 1).

Локализация онкологического процесса.



По длительности основного заболевания больные распределялись следующим образом: до 1 года – 45,8% в основной и 40% в контрольной группе, 1-2 года – 23,6% и 26,7% соответственно, 3-4 года – 15,3% и 10% соответственно в основной и контрольной группах (Таблица 2).

В соответствии с медицинской документацией в 66,7% случаев прогноз основного заболевания оказался неблагоприятным в обеих исследованных группах.

Наследственность онкопатологией отягощена у 6,7% больных, тогда как отягощенность психической патологией не выявлена ни у одного исследованного больного. Вредные привычки имеют небольшое число больных, из них 16,6% курят сигареты и употребляют алкоголь по

праздникам, 6,7% - курят сигареты, хронической алкоголизации у больных не отмечено (диаграмма 2).

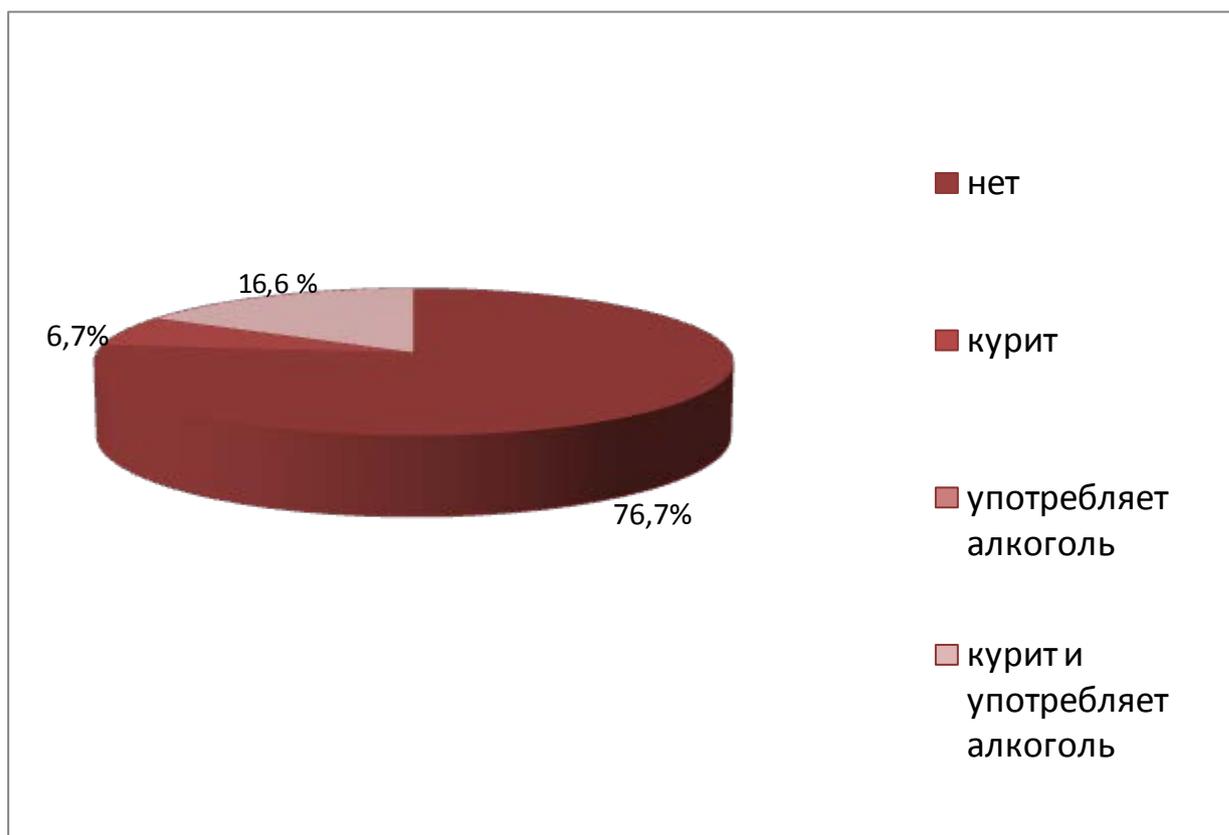
Таблица 2.

Распределение больных по длительности основного заболевания.

	Основная группа		Контрольная группа	
	Абс.кол-во	%	Абс.кол-во	%
До 1 года	33	45,8	12	40
1-2 года	17	23,6	8	26,7
3-4 года	11	15,3	3	10
4-5 лет	4	5,6	2	6,6
5 лет и более	7	9,72	5	16,7

Диаграмма 2

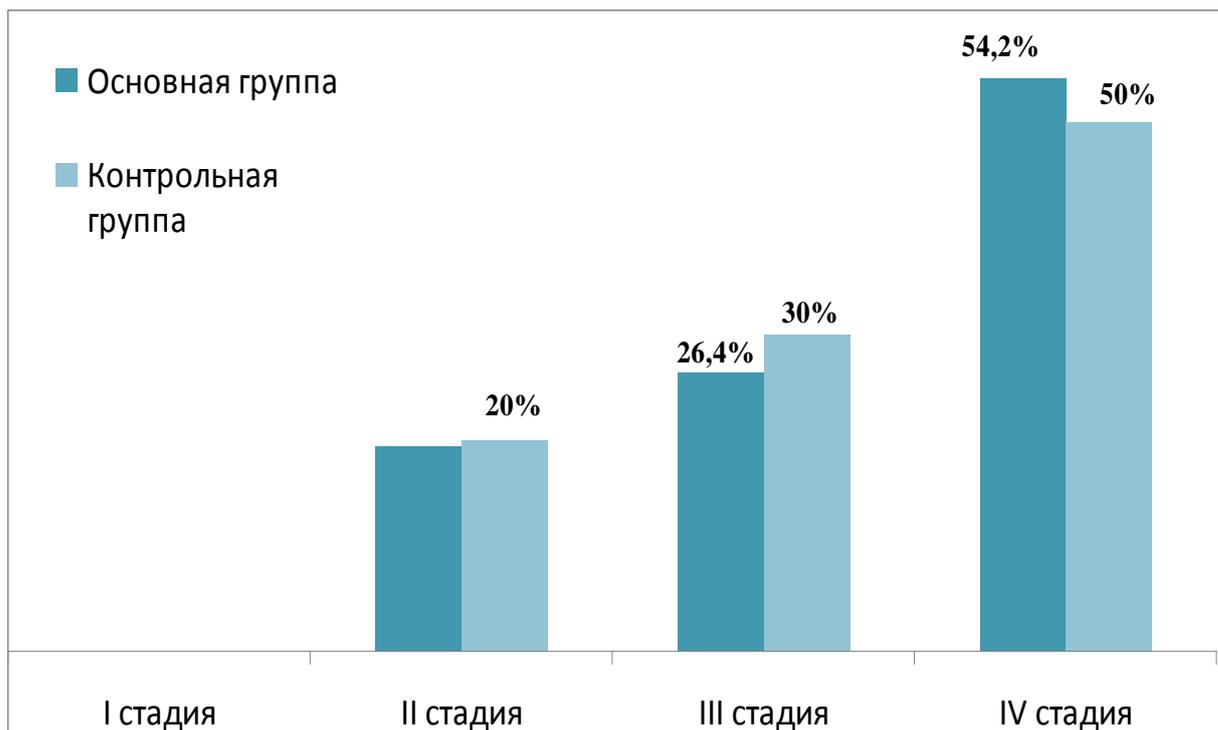
Распределение больных по наличию вредных привычек.



По стадиям онкологического процесса основная часть обследованных больных имела IV стадию, это 54,2%, что составила (39 больных) в основной группе и 50% (15 больных) в контрольной. Больных с I стадией онкологического процесса не было (Диаграмма 3).

Диаграмма 3

Стадия онкологического процесса

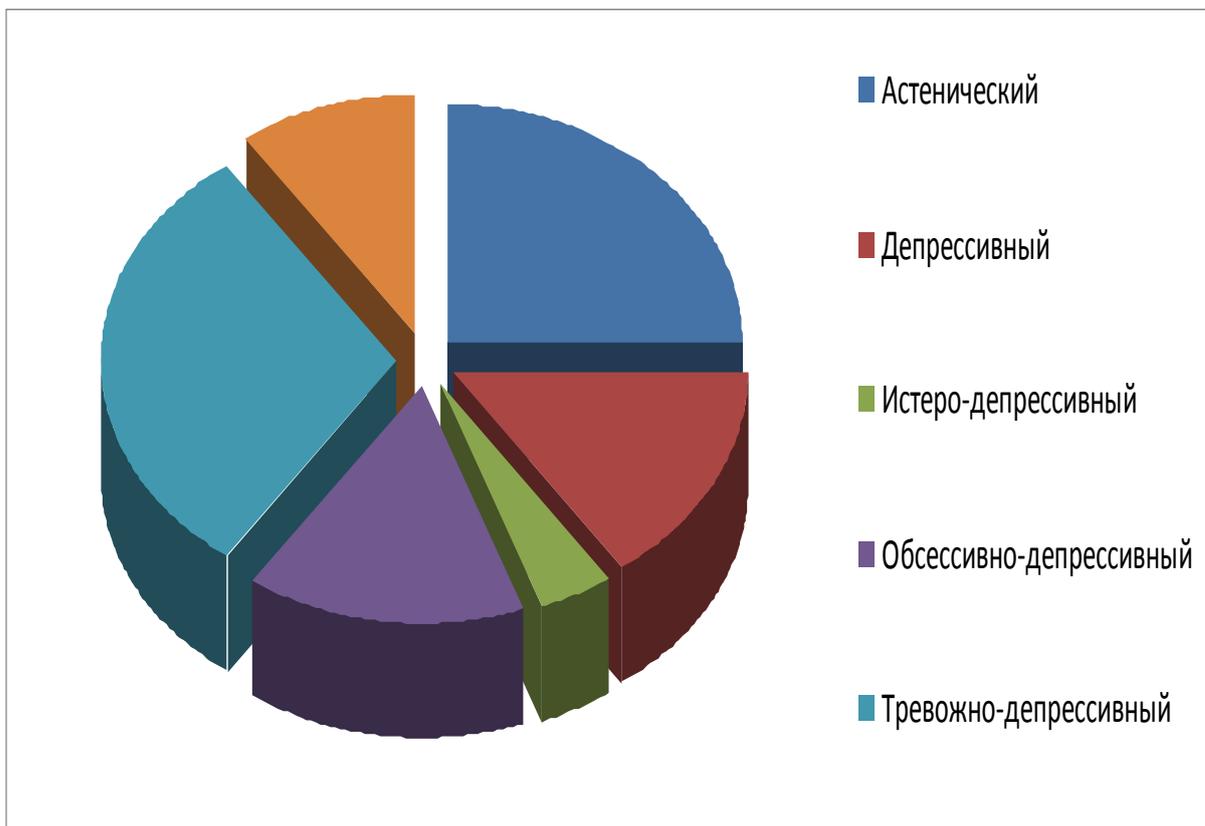


2. Клинические особенности депрессивного синдрома у больных с онкологической патологией.

Клиническое исследование указанной группы больных позволило определить наличие следующих психопатологических синдромов: астенический у 18 (25%), тревожно-депрессивный у 22 (30,5%), истеро-депрессивный у 4,2%, ипохондрический у 9,7% и обсессивно-депрессивный у 15,3% больных (Диаграмма 4).

В связи с тем, что большинство пациентов на момент включения в выборку данного исследования прошли манифестный этап диагностики заболевания и не находились на начальных этапах лечения т.е. проходили очередной курс химиотерапии и лучевой терапии в клинической картине отмечена некоторая редукция депрессивной и тревожной симптоматики.

Диаграмма 4.

Психопатологический синдром на момент осмотра

Астенический синдром характеризовался преобладанием выраженных проявлений астенизации организма: общая слабость, быстрая истощаемость, трудности сосредоточения внимания, снижение умственного и физического труда, лабильность эмоционального фона.

В клинической картине тревожно-депрессивных расстройств преобладает стойкая гипотимия с унынием, чувством тоски и безнадежности, чрезмерно пессимистической оценкой перспектив курса лечения, снижение идеаторной и двигательной активности, ослабление концентрации внимания, навязчивые мысли о заболевании, чувство беспокойства, ожидание несчастья чаще усиливающиеся в ночное время.

В структуре истеро-депрессивного синдрома преобладали изменчивые боли не соответствующие локализации болезни, демонстративность, постоянно меняющиеся жалобы.

Ипохондрия характеризовалась патологическим сосредоточением внимания на своем организме, чувством тревоги, страха, панических реакций связанных с общими расстройствами самочувствия.

Обсессии характеризовались тягостными навязчивыми мыслями о болезни, чувством собственного бессилия с элементами дисфорического аффекта.

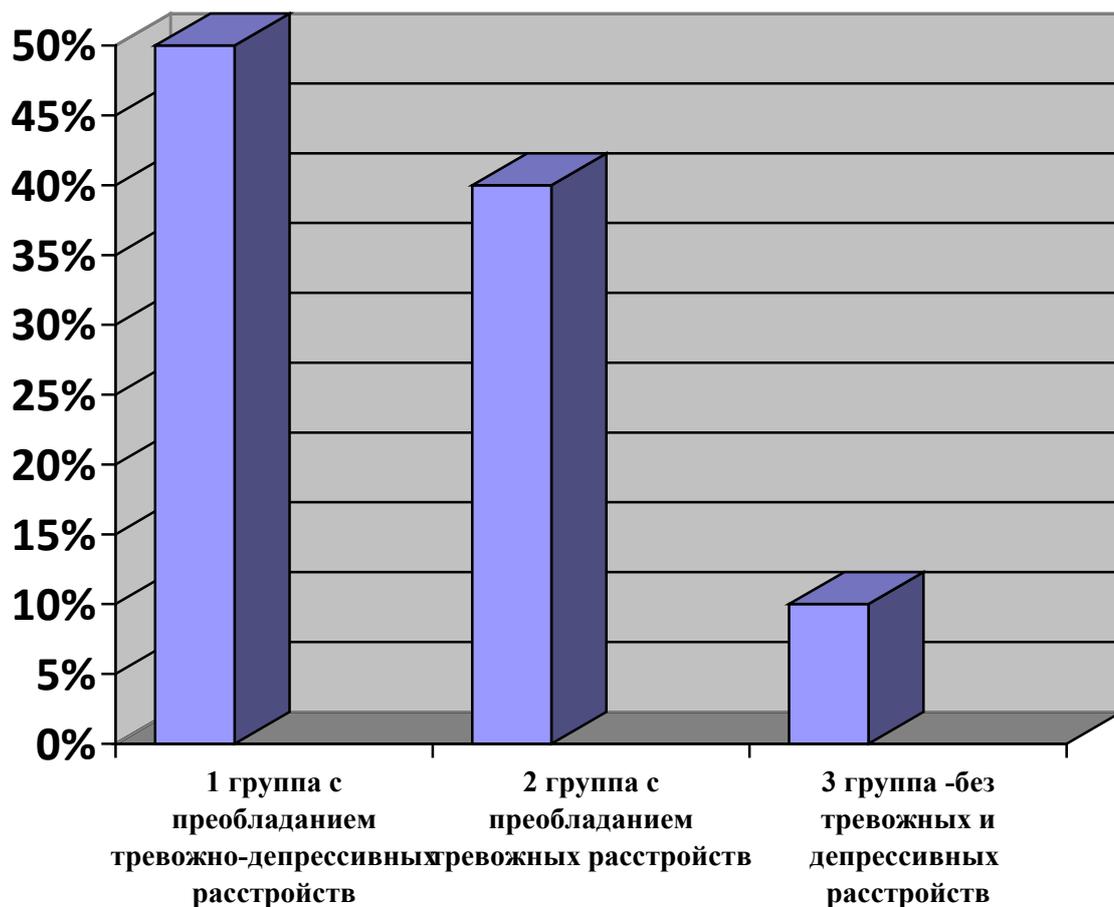
Таким образом, в результате клинико-психопатологического исследования были выделены три подгруппы:

1. Группа с преобладанием тревожно-депрессивных расстройств (n = 82);
2. Группа с преобладанием тревожных расстройств (n = 52);
3. Группа без тревожных и депрессивных расстройств (n = 19).

(диаграмма 5).

Распределение больных в зависимости от преобладания тревожных или депрессивных расстройств.

Диаграмма 5.



Во всех изученных случаях депрессивные реакции манифестировали в рамках нозогений. Общими для всех пациентов характеристиками нозогенных депрессий были возникновение реакции непосредственно вслед за сообщением о диагнозе рака, а также формирование гипотимии с преходящей тревогой и страхом за свое здоровье, чувством беспомощности, «оцепенелости», ощущением собственного бессилия с элементами дисфорического аффекта. В связи с тем, что большинство пациентов на момент включения в выборку данного исследования прошли манифестный этап диагностики заболевания и не находились на начальных этапах лечения (т.е. проходили очередной курс химио- или лучевой терапии) в клинической картине нозогений отмечена некоторая редукция депрессивной и тревожной симптоматики. Клинико-психопатологическое исследование позволило не

только подтвердить валидность результатов тестирования ГОТД, но и выявить некоторые особенности депрессий и тревожных расстройств.

Клинические признаки тревожной депрессии проявлялись сочетанием подавленного настроения, чувство тревоги и страха на фоне умеренно выраженного снижения аффекта. Доминировал общий тревожный фон настроения, внутреннее напряжение, ожидание несчастья (прогрессирование заболевания, скорый летальный исход) с усилением тревоги при очередных диагностических обследованиях с целью выяснить эффективность проводимой терапии. Тревожные расстройства сочетались с ипохондрической фиксацией на соматическом состоянии. Зачастую на фоне тревожного аффекта возникали приступы раздражительности, которая провоцировалась необходимостью дополнительных исследований у различных специалистов, увеличением числа курсов химиотерапии, лучевой терапии и связанных с ними госпитализаций в онкологический стационар. Тревожно-депрессивная симптоматика дополнялась стойкими инсомническими расстройствами с затруднением засыпания, частыми пробуждениями.

В качестве дополнительных методов исследования мы использовали шкалу депрессии Бека и шкалу для оценки тревоги Гамильтона, которые предназначены для оценки состояния пациентов с уже установленным диагнозом тревожного или депрессивного расстройства и для оценки тревоги у пациентов, страдающих другими расстройствами, чаще всего депрессивным.

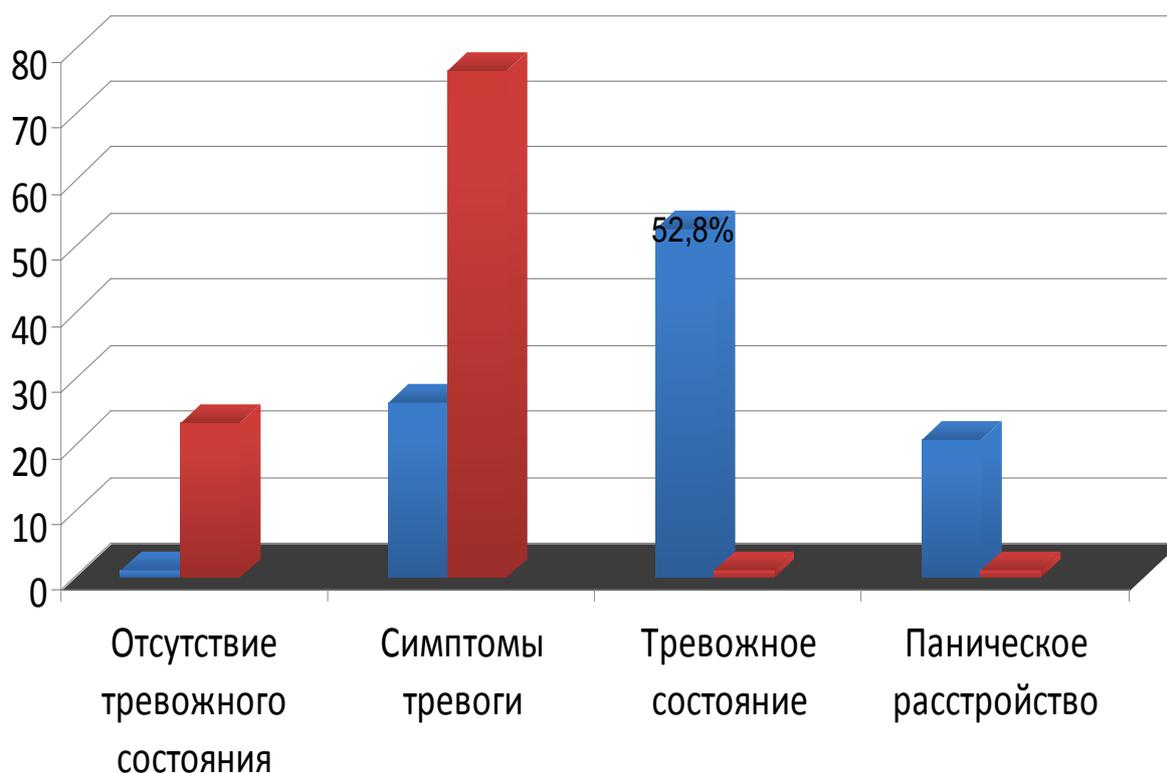
Оказалось, что в основной группе у 19 человек (26,4%) симптомы тревоги; у 52,8% (38 больных) тревожное состояние; у 20,8% (15 больных) паническое расстройство, тогда как в контрольной группе у 76,7% (23 больных) в момент осмотра наблюдались симптомы тревоги и у 23,3% (7 больных) отсутствие тревожного состояния (диаграмма б).

По шкале Бека в основной группе у 44,4% (32 больных) умеренная депрессия и 26,4% (19 больных) выраженная депрессия, тогда как в контрольной группе у 19 больных (63,3%) отсутствовали депрессивные симптомы и у 11 больных (36,7%) присутствовали признаки сниженного настроения (диаграмма 7).

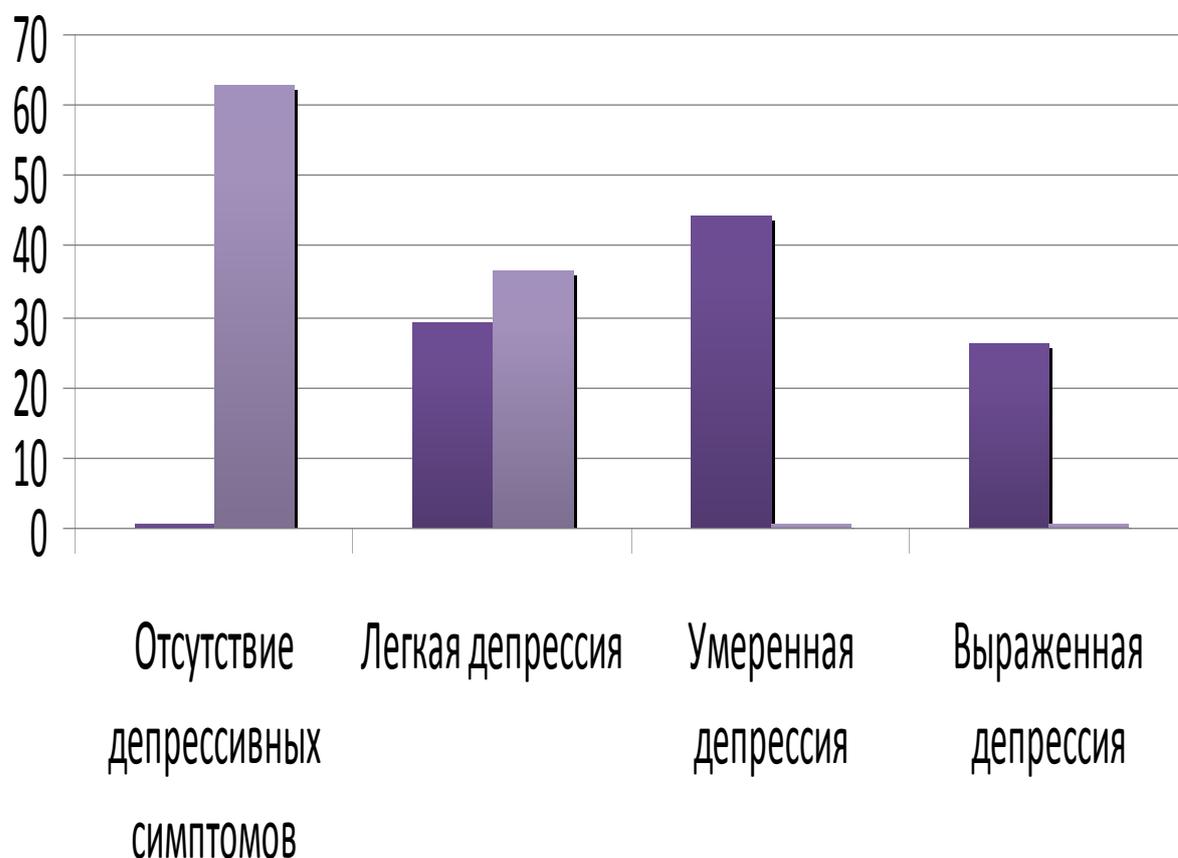
Из клинической оценки психического статуса основной группы пациентов было выявлено наличие психопатологических синдромов тревожно-депрессивного спектра у 66,1% (48) больных, что подтвердилось оценочными шкалами Бека и Гамильтона.

Диаграмма 6.

Оценка уровня тревоги по шкале Гамильтона.



Оценка уровня депрессии по шкале Бека.



При анализе катamnестических сведений и динамики психического статуса в течение 2-х недельного периода наблюдения за пациентами с момента их поступления в онкологический стационар, было установлено, что психогенно спровоцированные нозогенные депрессии формировались в ответ на индивидуально непереносимую ситуацию, связанную с психотравмирующим влиянием основного заболевания и протекали с умеренно выраженной гипотимией без признаков витальных расстройств.

Пациенты не только не обнаруживали депрессивной самооценки и переоценки прошлого, но напротив, «вектор» вины направлен на окружающих (на первом плане - стремление представить себя жертвой

обстоятельств, приведших к развитию болезни). У больных злокачественными новообразованиями в далеко зашедших стадиях, как и у ряда подлежащих радикальному или паллиативному лечению, наиболее часто психогенные реакции проявлялись в виде тревожно-депрессивного синдрома, характеризующегося общим беспокойством, выраженной тревогой, иногда достигающей степени страха, ощущением полнейшей безнадежности и бесперспективности существования, мыслями о неизбежной скорой и мучительной смерти.

Следует отметить, что у тех больных, преморбид которых отличался стеничностью, активностью, в клинической картине обычно преобладают тревога и страх, в то время как у астенических, пассивных субъектов на первый план выступает депрессивная симптоматика.

Второе место по частоте возникновения принадлежит психогенной реакции, протекающей в форме дисфорического синдрома и проявляющейся в тоскливо-злобном настроении. Больные, в особенности предполагающие по действиям врача отказ от специального лечения и возможность симптоматической терапии, становятся мрачными, раздражительными по малейшему поводу. Зачастую и без всякого повода у них возникают вспышки гнева, ярости, злобы, ведущие иногда к проявлению агрессии, направленной на ближайшее окружение больного (семья, сотрудники по работе), в том числе и медицинский персонал. За «фасадом» злобы и агрессии нередко скрываются тревога и страх. После такой вспышки ярости больные, как правило, на некоторое время успокаиваются. Дисфорические расстройства обычно развиваются как вид психогенной реакции у лиц, преморбид которых характеризуется чертами возбудимости, взрывчатости, безудержности. Следующее место по частоте возникновения занимают тревожно-ипохондрический и астено-депрессивный синдромы. У больных отмечается постоянное беспокойство: они ищут и находят особые «неполадки» в организме, обычно

ссылаясь при этом на какие-то неотчетливые, неопределенные ощущения, которые интерпретируются ими как свидетельство того, что злокачественная опухоль катастрофически быстро распространяется по всему телу, что диагностика безнадежно запоздала и т. п. К такому виду психогенных реакций тяготеют чаще больные, преморбиду которых свойственны черты тревожной мнительности. При астено-депрессивном синдроме обычно наблюдаются подавленность, представления о безнадежности своего состояния, о полной обреченности, сочетающиеся с явлениями истощения, неспособности ни к физическому, ни к психическому напряжению, аффективной лабильностью с преобладанием слезливости. Отмечаются жалобы больных на постоянные головные боли, ощущение разбитости, упорную бессонницу или, наоборот, сонливость. Подобный клинический тип психогенной реакции преимущественно обнаруживается у больных, преморбиду которых были свойственны циклоидные черты.

Таблица 4.

Преморбидные особенности.

	Преморбидный фон	Основная группа		Контрольная группа	
		Абс.кол-во	%	Абс.кол-во	%
1	Возбудимая личность	11	15,3	7	23,3
2	Тревожная личность	24	33,3**	3	10
3	Демонстративная личность	8	11,1	11	36,7*
4	Гипертимная личность	27	37,5**	3	10

5	Без особенностей	2	2,8	6	20**
	Всего	72	100%	30	100%

Для них была характерна тревога, сопряженная с обостренным самонаблюдением, тщательной регистрацией малейших признаков телесного неблагополучия. При этом наибольшие опасения вызывали приступы диспепсического характера и более различной локализации. Клиника данного вида депрессии включала в себя пессимистическое восприятие и оценку последствий болезни, тревожные опасения.

Гипотимия у данных больных за период наблюдения характеризовалась сниженным настроением по типу депрессии истощения с явлениями физического бессилия, слабостью, вялостью, утратой энергии, “жизненных сил”. Отмечались также признаки эмоциональной неустойчивости, с явлениями раздражительной слабости и астенической гиперестезии. Также были характерны повышенная слезливость, обостренная чувствительность к сенсорным стимулам с непереносимостью звуков, света, когнитивные расстройства (снижение памяти на события прошлого, ограничение возможности осмысления и запоминания новой информации, нарушения концентрации внимания). При исследовании преморбидных особенностей личности было выявлено преобладание в основной группе тревожно-мнительных и гипертимных личностей, тогда как в контрольной достоверно больше демонстративность и личность без особенностей (Таблица 3).

3. Результаты исследования и их обсуждение. В качестве одного из наиболее клинически значимых факторов, обуславливающих рост частоты депрессий, наряду с процессом урбанизации, стрессогенными событиями,

повышением средней продолжительности жизни, миграцией и другими социальными тенденциями, рассматривается более полное выявление аффективных расстройств, и прежде всего у пациентов общемедицинской сети. Такой прогресс оказался возможным благодаря совершенствованию диагностики с использованием стандартизованных критериев, обеспечивающих унификацию клинической оценки изучаемой патологии. При этом на динамике статистических показателей сказывается углубление представлений о расстройствах депрессивного спектра, принадлежащих к его «мягкому» полюсу и включающих стертые, атипичные формы — маскированные, соматизированные депрессии, нередко коморбидные соматической патологии.

Необходимо подчеркнуть, что депрессия влечет за собой ряд неблагоприятных последствий как медицинского, так и социального порядка. Депрессия серьезно влияет на качество жизни и адаптационные возможности пациента, поскольку может привести к снижению профессионального статуса с вынужденной сменой работы, распаду семьи и, наконец, к полной инвалидизации. Особенно велика опасность суицида при сочетании депрессии с хроническим соматическим или неврологическим заболеванием. Депрессивные расстройства относятся к числу наиболее часто встречающихся видов психической патологии. По разным эпидемиологическим данным депрессиями страдают от 4 до 10 % населения в мире (Мосолов С.Н. с соавт., 2006; Смулевич А.Б., 2006; Тювина Н.А., 2009; Paykel E.S. et al., 2005; Ebmeier K.P. et al., 2006). Широкая распространенность депрессивных расстройств соотносима с наиболее тяжелыми соматическими заболеваниями. Последствия депрессий в отсутствие лечения чрезвычайно тяжелы и включают раннюю смертность от различных соматических заболеваний, нетрудоспособность (инвалидность), которая более значительна, чем вызываемая такими распространенными хроническими

заболеваниями, как сахарный диабет или хронические коллагенозы. Доклады ВОЗ (CINP, Женева, 2006) указывают на то, что депрессивные расстройства входят в число заболеваний, вызывающих наиболее значимую потерю — активных лет жизни за счет болезни и инвалидизации. Депрессивные расстройства также значительно повышают риск суицида и суицидальных попыток.

К сказанному следует добавить, что среди соматически больных (сердечно-сосудистые, онкологические заболевания, диабет и др.) частота депрессий составляет 22-33 % и превосходит такое распространенное заболевание, как артериальная гипертензия. Депрессии ухудшают течение соматического заболевания и вместе с тем, усложняя клиническую картину, ведут к повышению частоты обращений за медицинской помощью и значительное число ненужных исследований («синдром большой истории болезни»). Депрессия может и провоцировать соматическое заболевание (особенно это относится к реактивным депрессиям, нередко способствующим развитию и других патологических изменений внутренних органов [Prigerson H. G. et al., 1997]), и быть реакцией на него, а также не зависеть от соматической болезни, но во всех случаях депрессия амплифицирует проявления, усугубляет течение телесного недуга и усложняет его лечение.

Таким образом, с учетом негативного влияния депрессии на течение и прогноз онкологического заболевания, а также тот факт, что в условиях общемедицинской практики распознавание депрессивных и тревожно-депрессивных расстройств остается неудовлетворительным, своевременная диагностика депрессии и ее последующее лечение приобретают большую значимость.

Также более очевидной становится значимость интегрированных усилий и взаимодействия специалистов различного профиля (онколога,

психиатра, психотерапевта, психолога) на этапах своевременной диагностики и выбора адекватной терапевтической тактики коморбидных состояний.

В связи с вышеуказанным, выявление депрессивных расстройств в общемедицинской сети, особенно у онкологических больных, и оказание таким больным своевременной адекватной помощи является актуальной проблемой.

Целью данного исследования явилось выявление и изучение клинических особенностей аффективных расстройств у больных онкологического стационара.

Для достижения указанной цели были сформулированы следующие **задачи исследования:**

1. Выявить аффективные расстройства тревожно-депрессивного спектра у больных онкологического стационара.
2. Определить нозологическую принадлежность расстройств депрессивного спектра при онкологической патологии.
3. Разработать рекомендации для врачей-онкологов по диагностике и тактике ведения аффективных расстройств тревожно-депрессивного спектра у онкологических больных.

В ходе сравнительного исследования в период с 2011 по 2013 годы клиническим методом были изучены 102 пациентов, проходивших стационарное лечение в отделении химиотерапии РОНЦ.

В исследование включались больные получающие стационарное лечение в отделении химиотерапии, давшие согласие на участие в исследовании. Были включены пациенты с различной онкологической патологией, находящиеся на различных этапах стационарного лечения, способные к самостоятельному передвижению по отделению, беседе. Критерием исключения пациентов из исследования служило тяжелое соматическое состояние пациента, не позволяющее выполнить

психопатологическое и психологическое обследование. Обследовано 102 больных с подтвержденным диагнозом злокачественного новообразования.

Для изучения клинических особенностей аффективных расстройств все больные были разделены на 2 группы. Основную группу составили 72 больных с клинически оформленным депрессивным синдромом. В качестве контрольной группы были изучены 30 больных с симптомами тревоги не доходившая патологии. Все пациенты находились в условиях онкологического стационара отделения «Химиотерапия» и получали курс лечения.

В исследовании были использованы следующие методы:

- клинико-психопатологический;
- клинико-катамнестический;
- статистический; полученные данные обрабатывались на Intel-совместимом персональном компьютере с применением программ Microsoft Excel, а также пакета компьютерных прикладных программ Statistica, версия 6.0 (StatSoft, 2003). Достоверность различий количественных показателей определялась по t-критерию Стьюдента. Различия между группами считали статистически значимыми при $P < 0,05$.

С пациентами неоднократно проводилась беседа по типу клинического интервьюирования для сбора субъективной и объективной информации о самом пациенте, течении основного заболевания и структуре и динамике расстройств.

Возраст пациентов был от 18 до 65 лет (средний возраст $47,1 \pm 4,5$ лет). Из них 45 (62,5%) женщин и 27 (37,5%) мужчин в основной группе и 17 (56,7 %) и 13 (43,3 %) соответственно в контрольной группе.

Оказалось, что у 34,7% больных в основной группе и 37,7% в контрольной онкологическим процессом поражены лимфатические узлы (II-IV стадия), у 31,9% в основной и 33,3% в контрольной группе молочная

железа (III-IV стадия), у 10% матка и придатки (IV стадия), у 9,7 и 6,7% соответственно желудок (IV стадия) и по 2,7 и 3,3% пришлось на поражение кишечника (IV стадия).

В соответствии с медицинской документацией в 66,7% случаев прогноз основного заболевания оказался неблагоприятным в обеих исследованных группах. Основная часть обследованных больных имела IV стадию, это 54,2%, что составила (39 больных) в основной группе и 50% (15 больных) в контрольной.

Клиническое исследование указанной группы больных позволило определить наличие следующих психопатологических синдромов: астенический у 18 (25%), тревожно-депрессивный у 22 (30,5%), истеро-депрессивный у 4,2%, ипохондрический у 9,7% и обсессивно-депрессивный у 15,3% больных.

В качестве дополнительных методов исследования мы использовали шкалу депрессии Бека и шкалу для оценки тревоги Гамильтона. Оказалось, что в основной группе у 19 человек (26,4%) симптомы тревоги; у 52,8% (38 больных) тревожное состояние; у 20,8% (15 больных) паническое расстройство, тогда как в контрольной группе у 76,7% (23 больных) в момент осмотра наблюдались симптомы тревоги и у 23,3% (7 больных) отсутствие тревожного состояния.

По шкале Бека в основной группе у 44,4% (32 больных) умеренная депрессия и 26,4% (19 больных) выраженная депрессия, тогда как в контрольной группе у 19 больных (63,3%) отсутствовали депрессивные симптомы и у 11 больных (36,7%) присутствовали признаки сниженного настроения.

Из клинической оценки психического статуса основной группы пациентов было выявлено наличие психопатологических синдромов

тревожно-депрессивного спектра у 66,1% (48) больных, что подтвердилось оценочными шкалами Бека и Гамильтона.

При анализе катamnестических сведений и динамики психического статуса в течение 2-х недельного периода наблюдения за пациентами с момента их поступления в онкологический стационар, было установлено, что психогенно спровоцированные нозогенные депрессии формировались в ответ на индивидуально непереносимую ситуацию, связанную с психотравмирующим влиянием основного заболевания и протекали с умеренно выраженной гипотимией без признаков витальных расстройств. У тех больных, преморбид которых отличался стеничностью, активностью, в клинической картине обычно преобладают тревога и страх, в то время как у астенических, пассивных субъектов на первый план выступает депрессивная симптоматика.

Второе место по частоте возникновения принадлежит психогенной реакции, протекающей в форме дисфорического синдрома и проявляющейся в тоскливо-злобном настроении. Больные, в особенности предполагающие по действиям врача отказ от специального лечения и возможность симптоматической терапии, становятся мрачными, раздражительными по малейшему поводу. Зачастую и без всякого повода у них возникают вспышки гнева, ярости, злобы, ведущие иногда к проявлению агрессии, направленной на ближайшее окружение больного (семья, сотрудники по работе), в том числе и медицинский персонал. За «фасадом» злобы и агрессии нередко скрываются тревога и страх. После такой вспышки ярости больные, как правило, на некоторое время успокаиваются. Дисфорические расстройства обычно развиваются как вид психогенной реакции у лиц, преморбид которых характеризуется чертами возбудимости, взрывчатости, безудержности. Следующее место по частоте возникновения занимают тревожно-ипохондрический и астено-депрессивный синдромы. У больных отмечается

постоянное беспокойство: они ищут и находят особые «неполадки» в организме, обычно ссылаясь при этом на какие-то неотчетливые, неопределенные ощущения, которые интерпретируются ими как свидетельство того, что злокачественная опухоль катастрофически быстро распространяется по всему телу, что диагностика безнадежно запоздала и т. п. К такому виду психогенных реакций тяготеют чаще больные, преморбиду которых свойственны черты тревожной мнительности. При астено-депрессивном синдроме обычно наблюдаются подавленность, представления о безнадежности своего состояния, о полной обреченности, сочетающиеся с явлениями истощения, неспособности ни к физическому, ни к психическому напряжению, аффективной лабильностью с преобладанием слезливости. Подобный клинический тип психогенной реакции преимущественно обнаруживается у больных, преморбиду которых были свойственны циклоидные черты.

При исследовании преморбидных особенностей личности было выявлено преобладание в основной группе тревожно-мнительных и гипертимных личностей, тогда как в контрольной достоверно больше демонстративность и личность без особенностей.

Таким образом, подводя итог проведенному клинико-психологическому анализу можно сделать заключение, что у больных онкологического стационара достаточно высокая встречаемость психических расстройств тревожно-депрессивного спектра. В структуре тревожно-депрессивных расстройств преобладают ситуационно и соматогенно обусловленные тревожно-депрессивные расстройства. Ведущий аффективный симптом при депрессиях у онкологических больных обусловлен личностью пациента, его преморбидными особенностями.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ВЫВОДЫ

1. У больных онкологического стационара депрессия и тревога одновременно выявлена у 81,3%, у 52% выявлена клинически выраженная тревога, у 31,3% субдепрессивный синдром.
2. В структуре тревожно-депрессивных расстройств преобладают ситуационно и соматогенно обусловленные аффективные расстройства.
3. При диагностике онкологической патологии рекомендуется обратить внимание на личность пациента и связанную с ней реакцию на онкологическое заболевание.
4. При выявлении тревожно-депрессивных расстройств легкой и умеренной степени тяжести возможно лечение пациента врачом онкологом, тогда как тревожно-депрессивные расстройства тяжелой степени требует вмешательства психиатра.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При диагностике тревожно-депрессивных расстройств у больных с онкологической патологией необходимо обращать внимание на реакцию пациента на диагноз онкологического заболевания и возможности эмоционального реагирования, для чего рекомендовано в онкологической практике использование психологических шкал Бека и Гамильтона в момент сообщения диагноза и на последующих этапах лечения.
2. С целью своевременной диагностики и правильного ведения больных онкологического стационара с аффективными расстройствами рекомендуется обучение врачей онкологов основам диагностики и лечения соматогенно обусловленных психических расстройств на циклах ТашИУВ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аведисова А.С. История создания антидепрессантов и перспективы применения новых препаратов этого класса. Фарматека. 2006; 7: 14–8.
2. Аведисова А.С., Бородин В.И. Нонкомплаинс или отказ от психофармакотерапии. Росс. психiatr. журн. 2006; 1: 61–5.
3. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. Москва Медицина» 2000.
4. Александровский Ю.А. Психиатрия – прежде всего клиническая дисциплина. Фарматека. 2006; 7: 9–13.
5. Александровский Ю.А., Палько О.Л., Новиков Д.А., Чехонин В.П. Особенности клинiко-иммунологического статуса больных с пограничными расстройствами. Росс. конф. "Аффективные и шизоаффективные расстройства". М., 2003; с. 223.
6. Александровский Ю.А., Палько О.Л., Новиков Д.А., Чехонин В.П. Особенности клинiко-иммунологического статуса больных с пограничными расстройствами. Росс. конф. "Аффективные и шизоаффективные расстройства". М., 2003; с. 223–5.
7. Андрющенко А.В., Дробижев М.Ю., Добровольский А.В. Сравнительная оценка шкал CESD, BDI и HADS в диагностике депрессий в общеймедицинской практике. Журн. неврол. и психиатр. 2003; 5: 11–6.
8. Вейн А.М., Воробьева О.В., Дюкова Г.М. Стресс, депрессия и психосоматические заболевания. – М.:, 2004.
9. Гойда Н.Г., Жданова Н.П., Напрееенко О.К., Домбровська В.В. Психіатрична допомога в Україні у 2001 році та перспективи її розвитку // Український вісник психоневрології, 2002, т. 10, вип. 2, с. 9-12.
10. Добжанский Т. Вопросы внутренней патологии у психически больных. М., Медицина, 1973.

11. Дробижев М.Ю. Лечение депрессий в общесоматической сети // Психиатрия и психотерапия, 2003, т. 5, № 5, с. 8-12. 7
12. Дробижев М.Ю. Нозогении (психогенные реакции) у больных соматической патологией / Автореф. дис. д-ра мед. н. М., 2000.
13. Кутько І.І., Напрєєнко О.К., Козидубова В.М. Афективні розлади // Психіатрія / Під ред. О.К. Напрєєнка. К., Здоров'я, 2001, с. 353-372.
14. Лапин И.П. Стресс. Тревога. Депрессия. Алкоголизм. Эпилепсия (нейрокинурениновые механизмы и новые подходы к лечению). СПб.: Деан, 2004.
15. Лапин И.П. Фармакологические основы антидепрессивного эффекта: Материалы симп. Ленинград. науч.-исслед. психоневрол. ин-та им. В.М.Бехтерева. Л., 1970; с. 13–7.
16. Лебедев Б.А., Крылов В.И., Незнанов Н.Г. Особенности формирования внутренней картины болезни у больных эндогенными психозами // Журнал невропатолога и психиатра, 1991, № 5, с. 56-58.
17. Марута Н.А., Мороз В.В. Невротические депрессии (клиника, патогенез, диагностика и лечение). Харьков, Арис, 2002, 144 с.
18. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврозология и психосоматическая медицина. М.: МЕДпресс-информ, 2002; с. 444–509.
19. Михайлов Б.В. Проблема депрессий в общесоматической практике // Международный медицинский журнал, 2003, т. 9, № 3, с. 22-27.
20. Мосолов С.Н. Клиническое применение антидепрессантов. СПб: Медицинское информационное агенство, 1995.
21. Мосолов С.Н., Калинин В.В. Некоторые закономерности формирования, коморбидность и фармакотерапия тревожно-фобических расстройств // Тревога и обсессии / Под ред. А.Б. Смулевича. М., 1998, с. 217-228.
22. Недоступ А. В., Федорова В. И., Казиханова А. А. Психовегетативные соотношения и их коррекция при вегетативной дисфункции синусового узла//Клиническая медицина. 2004; 10: 26–30**60**

23. Овсянников С.А., Цыганков Б.Д. Пограничная психиатрия и соматическая патология. Клинико-практическое руководство. М.: Триада-Фарм, 2001.
24. Оганов Р.Г., Ольбинская Л.И., Смулевич А.Б. и соавт. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общемедицинской практике. По результатам программы КОМПАС. Кардиология. 2004; 1: 48–54.
25. Оганов Р.Г., Погосова Г.В., Шальнова С.А., Деев А.Д. Депрессивные расстройства в общемедицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога. Кардиология 2005; 8: 38–44. 7.
26. Подкорытов В.С. Проблема депрессий в общесоматической практике // Архів психіатрії, 2003, т. 9, № 1, с. 69-71.
27. Покалёв Г. М. Нейро-циркуляторные дистонии — важная проблема современной клинической медицины / Г. М. Покалёв // Казанский медицинский журнал. — 1973. — № 4. — С. 13 — 18.
28. Ромасенко Л.В., Хлебникова Л.Ю. Типология депрессий в условиях терапевтического стационара // Российский психиатрический журнал. М.–2003.–№3, с. 30–33.
29. Свядощ А.М. Неврозы (руководство для врачей). СПб.: Питер Ком, 1998; с. 16–7.
30. Смулевич А.Б., Рапопорт С.И., Сыркин А.А. Органные неврозы: клинический подход к анализу проблемы // Журнал неврологии и психиатрии.- 2002.- № 1.- С. 15-21.
31. Смулевич А. Б. Депрессии в общей практике. // Руководство для врачей. СПб., 2001.
32. Сыркин А. Л. Consilium Medicum. Экстравыпуск. 2003. С. 7-9.
33. Тиганов А.С. Руководство по психиатрии: (ред.) М.: Медицина, 1999; 2.
34. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2001. Психическое здоровье: Новое понимание, новая надежда. –ВОЗ, 2001
35. Клиническое руководство: Модели диагностики и терапии психических и поведенческих расстройств/ Под ред.В.Н.Краснова и

И.Я.Гуровича.– М.: Приложение к журналу «Социальная и клиническая психиатрия»,1999

36. Корнетов Н.А. Депрессивные расстройства. Систематика, диагностика, семиотика, терапия.– Томск.:Сибирский издательский дом,2001

37. Краснов В.Н. Организационная модель помощи лицам ,страдающим депрессиями, в условиях территориальной поликлиники.Методические рекомендации.–М: Минздрав России.2000.

38. Краснов В.Н. Психиатрические расстройства в общей медицинской практике.–Русский медицинский журнал.2001.том9.№ 25.с.1187–1191

39. Смулевич А. В., Сыркин А. Л., Рапопорт С. И. и др. Органые невроты как психосоматическая проблема // Журнал неврол. и психиатр. 2000. № 12. С. 4-12.

40. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов.– СПб.:Медицинское информационное агентство 1995.

41. Образовательная Программа по депрессивным расстройствам. Модуль 1. Обзор и основные аспекты/ Всемирная психиатрическая ассоциация.Пер. с англ.–М.:Эли Лилли Восток,1999.

42. Смулевич А.Б. Козырев В.Н. Сыркин А.Л. Депрессии у соматически больных. – М.:1997

43. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине. М.2001

44. Федеральное руководство для врачей по использованию лекарственных средств (Формулярная система).Выпуск II.– М.,2001

45. Vech P. Pharmacological treatment of depressive disorders : A review.–

46. Depressive Disorders. Eds. M.Maj,N.Sartorius. Chichester etc: Wiley.1999, pp.89–127

47. Carney R.M., Freedland K.E. Major depressive disorder predicts cardiac events in patients with coronary artery disease. – Psychosom. Med. 1988, v.50,pp.627–633

48. Glassman A.H., Pierce D.W. Treatment of depression in patients with heart disease. – J. Pract. Psychiat.a.Behav.Health., 1998,v.4, pp.140–149

49. Katon W.,Sullivan M.D. Depression and chronic mental illness. – J.Clin. Psychiatry, 1990,v.51, pp. 3–11

50. Lesperance F. et al. Major depression before and after miocardial infarction: its nature and consequences. – Psychosomatic Medicine, 1996, v. 58, pp.99–110

51. Lyness J.M. et al . Depressive symptoms, medical illness and functional status in depressed psychiatric inpatients. – Am.J. Psychiatry. 1993, v. 150, pp.910–915

52. Moeller H.J.(Hrsg)Therapie psychhiatrischer Erkrankungen.– Stuttgart: Enke Verlag, 1993

53. Murray Ch.J.L.,Lopes A.D. The global burden of disease.– Cambridge, MA: Harvard University Press,1996

54. Glassman AH, O'Connor CM, Califf RM, et al. Sertraline treatment of major depression in patients with acute MI or unstable angina. *JAMA* 2002; 288: 701
55. Glassman AH. Does Treating Post-Myocardial Infarction Depression Reduce Medical Mortality? *Arch Gen Psych* 2005; 62: 711-2.
56. Hamilton M. The clinical distinction between anxiety and depression. The borderline between anxiety and depression. Leusden, Medidact, 1988; 11-21.
57. Hautzinger M. The CES-D scale: a depression-rating scale for research in the general population. *Diagnostica* 1988; 34: 167-73.
58. Katona C., Livingston G. Comorbid depression in older people. (Lundbeck, DepRelief(tm) – Relieve Depression through Education) Martin Dunitz Ltd, London, 1997: 81 p.
59. Chiaramella A., Poggi P. Assessment of depression among cancer patients: the role of pain, cancer type and treatment // *Psycho-Oncology*. 2001. Vol. 10. P. 156-165.
60. Derogatis L R., Morrow G. R., Petting J. et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients // *JAMA* 1983. Vol. 249. P. 751-757.
61. Docherty J. P. Barriers to the diagnosis of depression in primary care // *3. Clin. Psychiatry*. 1997. Vol. 58. P. 5-10.
62. Florio M. L. de, Massie M. J. Review of depression in cancer: Gender differences. *Depression* 1995. Vol. 3. P. 66-80.
63. Kawachi I., Sparrow D., Vokonas P.S. et al. Decreased heart rate variability in men with phobic anxiety (data from the normative aging study) *Am. J. Cardiol*. 1995; 75: 882-885.
64. Kessler RC, Keller MB, Wittchen HU. The epidemiology of generalized anxiety disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2001; 24: 19-39.

Приложения

Приложение 1.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии

Балл _____

Ф.И.О. _____ г.р. _____ №и/б _____

Проф занятость _____ Образование _____

Профессия _____ Сем положение _____

Диагноз _____

Прочитайте внимательно каждое утверждение и отметьте ответ, который больше соответствует вашему самочувствию на прошлой неделе.

1. Я испытываю напряжение, мне не по себе.

3 – все время

2 – часто

1 – время от времени, иногда

0 – совсем не испытываю

2. То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство.

0 – определенно, это так

1 – наверно, это так

2 – лишь в очень малой степени это так

3 – это совсем не так

3. Я испытываю страх, кажется, будто что-то ужасное может вот-вот случиться.

3 – определенно это так, и страх очень велик

2 – да, это так, но страх не очень велик

3 – иногда, но это меня не беспокоит

0 – совсем не испытываю

4. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное.

0 – определенно это так

1 – наверно, это так

2 – лишь в очень малой степени это так

3 – совсем не способен

5. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове.

3 – постоянно

2 – большую часть времени

1 – время от времени и не так часто

0 – только иногда

6. Я испытываю бодрость.

3 – совсем не испытываю

2 – очень редко

1 – иногда

0 – практически все время

7. Я легко могу сесть и расслабиться.

0 – определенно это так

1 – наверно это так

2 – лишь изредка это так

3 – совсем не могу

8. Мне кажется, что я стал все делать очень медленно.

3 – практически все время

2 – часто

1 – иногда

0 – совсем нет

9. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь.

0 – совсем не испытываю

1 – иногда

2 – часто

3 – очень часто

10. Я не слежу за своей внешностью.

3 – определенно это так

2 – я не уделяю этому столько времени, сколько нужно

1 – может быть, я стал меньше уделять этому времени

0 – я слежу за собой так же, как и раньше

11. Я испытываю неуверенность, мне постоянно нужно двигаться.

3 – определенно это так

2 – наверно это так

1 – лишь в некоторой степени это так

0 – совсем не испытываю

12. Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения.

0 – точно так же, как и обычно

1 – да, но не в той степени, как раньше

2 – значительно меньше, чем обычно

3 – совсем так не считаю

13. У меня бывает внезапное чувство паники.

3 – очень часто

2 – довольно часто

1 – не так уж часто

0 – совсем не бывает

14. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы.

0 – часто

1 – иногда

2 – редко

3 – очень редко

Шкала депрессии Бека

	Общий балл _____ Ф.И.О. _____ г.р. Прочитайте внимательно каждое утверждение и отметьте ответ (галочкой), который больше соответствует тому, как вы чувствовали себя на прошлой неделе, включая сегодняшний день. не думайте слишком долго. Ваша первая реакция всегда будет более верной.	
А	у меня нет плохого настроения	
	я испытываю подавленность или тоску	
	я постоянно испытываю подавленность или тоску и не могу от них избавиться	
	я настолько несчастен, а настроение такое плохое, что доставляет мне мучение	
	я настолько несчастен, а настроение такое плохое, что я не могу этого вынести	
Б	я не испытываю особого пессимизма или растерянности по поводу будущего	
	я испытываю растерянность по поводу будущего	
	я чувствую, что у меня впереди ничего нет	
	я чувствую, что никогда не смогу преодолеть свои трудности	
	я чувствую, что будущее безнадежно, и что ничего уже нельзя исправить	
В	я не испытываю ничего похожего на несостоятельность	
	я считаю, что у меня больше неудач, чем у обычного человека	
	я чувствую, что слишком мало сделал чего-либо стоящего или заслуживающего внимания	
	оглядываясь на свою жизнь, я вижу лишь череду неудач	
	я чувствую, что я полностью несостоятелен как личность (отец, мать, муж, жена)	
Г	я вполне удовлетворен собой	
	я скучаю большую часть времени	
	я не получаю такого удовлетворения, как раньше	
	я вообще не получаю удовлетворения	
	любое событие вызывает во мне недовольство	
Д	я не чувствую за собой никакой вины	
	я кажусь себе плохим, недостойным, значительную часть дня	
	я испытываю чувство вины	
	я кажусь себе плохим, недостойным, практически все время	
	мне постоянно кажется, что я очень плохой и никчемный человек	

Е	мне неоткуда ждать наказания	
	я чувствую, что со мной может что-нибудь случиться	
	я чувствую, что меня наказывают, или что вот-вот буду наказан	
	я чувствую, что заслуживаю наказания	
	я хочу, чтобы меня наказали	
Ж	я в себе не разочарован	
	я разочарован в себе	
	я себе не нравлюсь	
	я испытываю отвращение к самому себе	
	я самого себя ненавижу	
З	я не считаю, что я чем-то хуже других	
	я слишком критично воспринимаю свои слабости и ошибки	
	я виню себя за то, что все идет не так	
	я знаю за собой очень много серьезнейших недостатков	
И	у меня нет даже мысли нанести себе вред	
	у меня возникают мысли о самоубийстве, я не буду этого делать	
	мне было бы лучше умереть	
	у меня есть план, как покончить с собой	
	я чувствую, что моей семье было бы легче, если бы я умер	
	я бы убил себя сам, если бы смог	
К	я плачу не чаще обычного	
	я сейчас плачу чаще, чем обычно	
	я все время плачу и не могу остановиться	
	раньше я мог заплакать, но теперь этого не получается даже, когда я хочу	
Л	сейчас я не более раздражителен, чем обычно	
	я раздражаюсь и досадную больше чем обычно	
	я все время испытываю раздражительность	
	меня уже не раздражают вещи, которые должны были бы раздражать	
М	я не утратил интереса к людям	
	теперь я меньше интересуюсь людьми	
	я утратил почти весь интерес к людям и они почти не вызывают у меня каких-либо чувств	
	я утратил интерес к людям, их существование меня больше не заботит	
Н	я столь же решителен как и раньше	
	я не так, как раньше, уверен в себе и стараюсь отложить принятие решения на потом	
	я не решаюсь на что-либо без посторонней помощи	
	я вообще больше не могу принимать решения	

О	я выгляжу не хуже чем раньше	
	я обеспокоен тем, что выгляжу постаревшим и непривлекательным	
	я замечаю в своей внешности устойчивые изменения, которые делают меня непривлекательным	
	я чувствую, что моя внешность стала безобразной, отталкивающей	
П	я могу работать также хорошо, как раньше	
	мне требуются дополнительные усилия, чтобы начать что-либо делать	
	я не работаю так же хорошо, как раньше	
	мне нужно приложить значительные усилия, чтобы заставить себя что-нибудь сделать	
	я совсем не могу работать	
Р	я сплю как обычно	
	утром я просыпаюсь непривычно усталым	
	я присыпаю на 2-3 часа раньше обычного и мне тяжело засыпать	
	я просыпаюсь раньше обычного и сплю не более 5 часов	
С	я утомляюсь не больше чем обычно	
	я утомляюсь легче чем раньше	
	я утомляюсь от любого дела	
	я утомлен настолько, что не могу ничего делать	
Т	мой аппетит не хуже чем раньше	
	мой аппетит не так хорош как раньше	
	мой аппетит сильно ухудшился	
	у меня вообще больше нет аппетита	
У	если я и потерял в весе за последнее время, то немного	
	я потерял больше 2 кг веса	
	я потерял больше 4 кг веса	
	я потерял больше 6 кг веса	
Ф	я думаю о своем здоровье не чаще чем обычно	
	я обеспокоен из-за болей или других ощущений в теле, или из-за расстройства желудка, или из-за запоров	
	я настолько сконцентрирован на том, что я чувствую и как я чувствую, что думать о чем-то другом трудно	
	я полностью погружен в свои ощущения	
Х	я не заметил никаких изменений в моей половой жизни	
	моя половая активность меньше, чем раньше	
	моя половая активность значительно снизилась	
	я утратил половую активность	

