

Клинические особенности депрессии у больных раком шейки матки

Отрощенко Н. П.

*Отрощенко Наталья Петровна / Otroshchenko Natalia Petrovna - кандидат медицинских наук, доцент,
кафедра психиатрии и наркологии,
Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, г. Киев, Украина*

Аннотация: *представлен анализ клинико-психопатологического и психопсихологического обследования 37 больных с депрессией при раке шейки матки. Выявлены субдепрессивные и тревожно-депрессивные расстройства, предложен алгоритм диагностики и лечения указанных расстройств у больных с диагнозом рак шейки матки.*

Ключевые слова: *депрессия, рак шейки матки, диагностика, лечение.*

УДК616.89-008.454: 616.006

Введение. По данным Всемирной Организации Здравоохранения депрессия является одним из наиболее распространенных психических расстройств. Более чем 350 миллионов людей в мире страдают депрессивными расстройствами [3, 5, 9]. Депрессия становится основной причиной инвалидности. Женщины болеют депрессией чаще мужчин. Распространенность депрессии при онкологических заболеваниях значительно выше, чем в общей популяции и, по данным специалистов, достигает от 33 до 42 % [1, 7]. Симптомы депрессии диагностируются у каждого четвертого онкологического больного и чаще встречаются на поздних этапах болезни [7, 8]. К сожалению, эти пациенты редко попадают в поле зрения психиатра, поскольку, учитывая специфику заболевания, находятся под наблюдением онкологов, и обращаются к психиатрам только в случае суицидальных попыток и при тяжелых депрессиях [2, 4, 6]. Высокие показатели распространенности депрессий (23 %) диагностируются при раке гинекологической сферы [6, 8]. Однако, на сегодня, научных работ, посвященных проблеме диагностики и лечения депрессий у больных раком шейки матки (РШМ), недостаточно [9, 10]. Вышесказанное определяет актуальность проведенного исследования.

Цель исследования: выявить особенности депрессии и разработать алгоритм ее диагностики и лечения у больных раком шейки матки.

Материалы и методы исследования. Обследовано 37 женщин в возрасте от 24 до 67 лет, больных РШМ II, III, IV стадий, которые проходили лучевую в сочетании с психофармакотерапией и психотерапией через 2-4 недели после установления диагноза онкологического заболевания в стационаре и амбулаторно в отделении лучевой терапии Национального института. Все пациентки получили лучевую терапию согласно стандартам лечения, соответственно установленному диагнозу и стадии заболевания. Критериями отбора больных для лечения и реабилитации с использованием психофармакотерапии и психотерапии было формирование у них депрессивных расстройств непсихотического уровня. Наблюдение проводилось от одного месяца до года в стационаре и амбулаторно. Средний возраст больных $44 \pm 0,5$ лет. В возрасте до 30 лет - 3 наблюдения, от 31 до 40 лет – 7, от 41 до 50 лет - 16 наблюдений, от 51 до 60 лет - 9 больных, более 60 лет - 2 наблюдения. Больные РШМ, которые имели депрессивные жалобы, были обследованы онкогинекологом, маммологом, урологом, проктологом, терапевтом, сосудистым хирургом, эндокринологом, невропатологом, психиатром, лучевым терапевтом и химиотерапевтом с помощью клинического, клинико-психопатологического (с использованием шкал PHQ-2, тревоги и депрессии HADS), клинико-динамического, катamnестического и других методов, после чего проводилась лучевая терапия, психофармакотерапия и психотерапия. Катamnестическое наблюдение продолжалось от одного месяца до двух лет.

Результаты исследования. При проведении лучевой терапии чаще всего возникали тревожно-депрессивные (58,1 %) и субдепрессивные (41,9 %) расстройства (МКБ-10 - расстройства адаптации и другие реакции на тяжелый стресс, психические расстройства вследствие дисфункции головного мозга и физической болезни). Возникновение указанных расстройств было связано с психотравмирующим

влиянием информации об онкологическом диагнозе, рецидивы заболевания, выявление метастазов, необходимость длительного специального лечения, боязнь побочных эффектов химиотерапии, лучевой болезни, болевого синдрома, представление о летальном исходе заболевания. У больных преобладали тревожно-депрессивные и субдепрессивные расстройства. По шкале HADS средний уровень тревоги до лечения составлял $14,12 \pm 0,21$ баллов; средний уровень депрессии составил $12,05 \pm 0,1$ баллов. Для указанных больных была проведена лечебная программа с назначением психофармакотерапии и психотерапии с целью уменьшения и устранения депрессивных расстройств, активного формирования позитивных жизненных установок, мобилизации резервных возможностей пациентов. На указанном этапе преобладали рациональная психотерапия с элементами суггестии, релаксационные методики, аутотренинг. Психофармакотропная терапия состояла из анксиолитических (адаптол, афобазол, буспирон) и антидепрессивных препаратов (миртазапин, миансерин, тразодон, сертралин), растительных транквилизаторов (новопассит, настойка валерианы, боярышника) и антидепрессантов (персен, алора), фитотерапии (фито чай с мелиссой, мятой, ромашкой) гомеопатических препаратов (ременс, хомвионервин). Назначались также пробиотики (лактиале, лактофильтрум), ферментные препараты (мезим, панкреатин), лечебная физкультура.

Полная редукция депрессивных расстройств состоялась у 2 (5,4 %) больных, значительное улучшение – у 7 (18,9 %), неполная редукция депрессивных расстройств – у 18 (48,7 %), незначительное улучшение состояния – у 10 (27 %) больных. Клинико-катамнестическое исследование 16 (43,2 %) больных также подтвердило эффективность примененной комплексной лечебной программы. Больные, которые получили вовремя соответствующее психофармакотерапевтическое и психотерапевтическое лечение, отличались лучшей психосоциальной адаптацией к заболеванию и изменениям условий жизни. Вышесказанное определяет современность и актуальность внедрения в онкологических отделениях комплексных лечебных программ, которые содержат при проведении лучевой терапии психофармакотерапию и психотерапию. Оценка эффективности лечебной программы показала, что полная редукция тревоги и депрессии наблюдалась у 5,4 % больных, значительное улучшение психического состояния выявлено у 18,9 %, неполное выздоровление наблюдалось у 48,7 % больных, незначительное улучшение – у 27 % больных. По шкале HADS отмечалось снижение уровня тревоги с $14,12 \pm 0,21$ до $10,39 \pm 0,15$ баллов и депрессии на с $12,5 \pm 0,1$ до $10,25 \pm 0,04$ баллов.

Эффективность лечебно-реабилитационной программы подтвердило катамнестическое исследование указанных больных, которое длилось от одного месяца до двух лет. Эмоциональное состояние 43,2 % обследованных характеризовалось стабильностью, большинство указанных пациентов сохранили семью и продолжали работать.

Выводы. Таким образом, у больных РШМ формируется депрессия с преобладанием тревожно-депрессивных и субдепрессивных расстройств (МКБ-10 - реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации и психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга, либо вследствие физической болезни), которые обременяют соматическое состояние, ухудшают прогноз и лечение основного заболевания. Для полной редукции или уменьшения интенсивности депрессивных расстройств у больных РШМ на всех этапах лечения необходимо проведение комплексных лечебно-реабилитационных мероприятий, которые содержат медицинскую и социально-психологическую составляющие. Применение таких программ должно проводиться индивидуально с учетом клинических проявлений депрессивных расстройств, этапа лечения и реабилитации. Возникновение указанных расстройств у больных РШМ обусловлено психотравмирующим влиянием информации об онкологическом диагнозе, необходимостью длительного специального лечения, страхом перед побочными эффектами радиотерапии, болевым синдромом и представлениями о летальном исходе заболевания. Для повышения эффективности реабилитации и улучшения качества жизни больных РШМ необходимо привлекать к их лечению психиатров, психотерапевтов, включать в программы подготовки специалистов, участвующих в проведении указанных лечебных мероприятий, знания о применении на практике современных психофармакотерапевтических и психотерапевтических подходов.

Литература

1. Маркова М. В. Стан та перспективи розвитку сучасної психоонкології / М. В. Маркова, О. В. Піонтковська, І. Р. Кужель // Український вісник психоневрології. –2012. –Т. 20, Вип. 4 (73). – С. 86-91.
2. Марута Н. А. Депрессивные расстройства в структуре невротических расстройств/ Н. А. Марута, И. А. Явдак, Д. Н. Теренковский // Украинский вестник психоневрологии.- Харьков, 2004.-Т. 12, Вып. 3.- С. 81-83.
3. Марута Н. А.Современное состояние исследований проблемы психических расстройств при опухолях головного мозга / Н. А. Марута, В. В. Огоренко.– Харьков; Днепрпетровск: НМетАУ: Системные технологии, 2014.– 119 с.
4. Мішиєв В. Д. Сучасні депресивні розлади: керівництво для лікарів / Мішиєв В. Д. – Л.: Вид-во Мс, 2004. – 208 с.
5. Нервно-психические расстройства у онкологических больных (лечебно-реабилитационные аспекты) / Е. П. Комков, Ю. А. Магарилл, Н. П. Кокорина [и др.]. – Сибирский онкологический журнал. – 2009. – № 2 (32) . – С 40-43.
6. Нециркулярні депресії / [Напреєнко О. К., Логановський К. Н., Сиропятов О. Г. та ін.]; за ред. проф. О. К. Напреєнка.- К.: Софія-А, 2013.- 624 с.
7. Отрощенко Н. П. Особливості нециркулярних депресій у онкологічних хворих / Н. П. Отрощенко, І. П. Отрощенко, П. О. Отрощенко // Психічне здоров'я.-2015.-№ 1-2 (46-47).- С. 20-24.
8. Смулевич А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / Смулевич А. Б. -М.: ИА, 2007.- 425 с.
9. Чойнзонов Е. Л. Качество жизни онкологических больных / Е. Л. Чойнзонов, Л. Н. Балацкая.– Томск, 2012. – 152 с.
10. 10.Jadoon N. A. Assessment of depression and anxiety in adult cancer outpatients: a cross-sectional study / N. A. Jadoon, W. Munir, M. A. Shahzad // BMC Cancer. – 2010. – Vol. 10. – P. 594.