Проблеми депресії та аутоагресивних проявів у онкохворих

Н.П. Отрощенко¹,
І.П. Отрощенко², П.О. Отрощенко³

Національний медичний університет
ім. О.О. Богомольця¹, м. Київ
Національний інститут раку², м. Київ
Київська міська клінічна лікарня
«Соціотерапія»³, м. Київ

Вступ

На депресію хворіють 300 млн. людей, і зазначений показник у всьому світі, за даними експертів ВООЗ, щорічно зростає. Хворі на депресію є найбільшою групою ризику виникнення аутоагресивних проявів (АП) та самогубства [12]. Клінічні ознаки АП – суїцидальна активність, самоушкодження, харчова або хімічна залежність [4]. Близько 800 тис. людей щороку позбавляє себе життя, і причина майже половини з них – депресивні розлади, які вийшли на третє місце серед причин смерті [12]. Депресією супроводжуються найбільш поширені психічні та соматичні, в тому числі, онкологічні захворювання, що призводить до серйозних соціальних наслідків – зниження якості життя, сімейної та професійної дезадаптації, додаткових матеріальних витрат в сім'ях хворого та в усьому суспільстві [1]. Етіологія та патогенез депресії вивчено недостатньо. Виділяють легку, середнього ступеня та важку; ендогенну, екзогенну та психогенну депресію; за рівнем порушень – психотичну та непсихотичну [3]. Від депресії, за певних обставин, ніхто не застрахований. Але самотні та знедолені, хворі на рак, інваліди, люди похилого віку, особи, які зазнали екстремальних впливів, та деякі інші, складають найбільшу групу ризику виникнення депресії [3, 4].

Хворі на депресію виявляють зниження настрою з тривогою, фобіями, obsesіями, смутком, тугою, байдужістю більшу частину дня, зниження розумово-мовної та рухової активності, інтересу до навколишнього, ангедонію, втомлюваність, відчуття зневіри, ідеї малоцінності, суїцидальну активність, стійкі порушення сну, харчової поведінки, мають резистентні до лікування алгії, не підтверджені клінічними та інструментальними методами. В анамнезі відмічаються притаманні депресії спадковість, преморбід, важке соматичне або онкологічне захворювання,

психічні травми, афективні розлади, АП та суїцидальні прояви. Клінічні дані підтверджуються експериментально-психологічними методиками (Люшера, Спілбергера, Гамільтона та ін.), даними біохімічних показників (характерні зміни дексаметазонової проби, рівня пролактину, перекисного окислення ліпідів, катехоламінергічної та серотонінергічної систем), електрофізіологічними дослідженнями (ЕЕГ, РЕГ), даними комп'ютерної (КТ) та магнітно-резонансної томографії (МРТ) [3, 4].

Онкологічне захворювання є причиною широкого кола психічних розладів, які дебютують на ранніх етапах діагностики та формуються впродовж тривалого процесу лікування [10]. Серед них найчастіше зустрічаються пов'язані зі стресом розлади [7], в тому числі посттравматичні [9], дисоціативні розлади [5], нозогенні реакції [5, 7]. Останнім часом зростає актуальність залучення психіатрів до проблеми ранньої діагностики та лікування депресивних розладів у пацієнтів на онкологічні захворювання [1,2].

Поширеність депресії в популяції онкологічних пацієнтів складає від 33 до 42 % [1, 2]. В зазначених дослідженнях підкреслюється, що депресивні розлади обтяжують перебіг соматичних розладів онкологічних хворих та збільшують тривалість перебування їх в стаціонарі [6, 7]. Поширеність депресії серед онкологічних хворих значно вища, ніж у загальній популяції. Ті чи інші симптоми депресії діагностуються у кожного четвертого онкологічного хворого. Найчастіше гіпотимія зустрічається на пізніх етапах перебігу онкологічного захворювання. У термінальній стадії раку депресія виявляється у третини пацієнтів, а за іншими даними – у 75 % від загального числа пацієнтів [2, 3].

Поєднання онкологічної патології та депресії у хворих є вкрай несприятливим фактором, який спричиняє таку форму АП, як пізнє звер-

нення до онкологів, збільшує частку занедбаних форм раку, погіршує якість життя хворих [3, 5, 7]. Останнім часом в літературі з'явилися роботи з вивчення клініко-епідеміологічних аспектів депресії та АП у жінок, хворих на рак органів репродуктивної сфери [6], та проблем затримки звернення по допомогу у жінок, хворих на рак [8, 11], в тому числі, при розладах особистості та шизотипових розладах [5, 7]. Однак, відсутні роботи, присвячені клінічним особливостям депресії та АП при невротичних та пов'язаних зі стресом розладах. Отже, клінічні особливості депресії та АП у онкологічних хворих представляють собою сучасну та актуальну проблему, зумовлену значним поширенням зазначених розладів, і необхідністю покращити медичну допомогу таким хворим [7, 11, 12].

Мета дослідження – вивчити клінічні особливості неспсихотичної депресії та АП у онкологічних хворих для поліпшення якості медичної допомоги зазначеним хворим.

Матеріали і методи дослідження

Клінічними та параклінічними методами обстежено 30 жінок з новоутвореннями органів репродуктивної системи II-III стадії (рак шийки матки (C52) та рак вагіни (C53)) віком від 42 до 65 років (середній вік $47 \pm 0,5$), які звернулися по лікувально-діагностичні процедури до відділення променевої терапії Національного інституту раку через місяць або більше після виявлення онкологічного діагнозу, а також амбулаторно зверталися з депресією в межах невротичних та пов'язаних зі стресом розладів (МКХ-10: F4) на кафедру психіатрії та наркології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. Зазначені хворі обстежені онкологами, гінекологами, терапевтами, невропатологами, психіатрами, ендокринологами з використанням клініко-психопатологічного, клініко-динамічного, катamnестичного, параклінічних методів (із застосуванням методик Спілбергера, шкали Гамільтона, Шмішека), після чого проводилася променева терапія, хіміорадіотерапія, психофармакотерапія та психотерапія. Катamnестичне спостереження тривало від двох місяців до двох років.

Результати та їх обговорення. Знижений настрій, тривога, фобії, злісно-тужливий настрій, ідеї малоцінності, думки антивітального

характеру та несвочасне звернення по медичну допомогу (пацієнтка поінформована про новоутворенні, але не звертається протягом місяця і більше до онкологів) виявлено у 30 обстежених жінок з новоутвореннями II-III стадії (C52, C53) в рамках депресії при невротичних та пов'язаних зі стресом розладах (МКХ-10: F4). Виявлені тривожно-депресивний ($n = 12$; 40%), астено-субдепресивний ($n = 7$; 23,3%), фобічний ($n = 6$; 20%) та депресивно-дисфоричний ($n = 5$; 16,7%) синдроми. У обстежених хворих переважали тривожно-депресивні, астено-субдепресивні та фобічні, рідше зустрічались дисфоричні розлади. За шкалою Гамільтона середній показник депресії $24 \pm 0,3$ балів. Середній показник тривожності за шкалою Спілбергера $49 \pm 0,6$ балів. За результатами дослідження методикою Шмішека 18 (60 %) обстежених відповідали особистісній нормі, 7 (23,3 %) пацієнток мали помірні акцентуації, 3 (10%) – виражену дисгармонію особистості та 2 (6,7 %) особи – дисгармонію з психопатичними рисами. Отже, близько половини – 12 (40%) – хворих мали акцентуації характеру, дисгармонію особистості та психопатичні риси.

Таким чином, клінічними особливостями депресії у обстежених хворих виявлені АП, які супроводжуються тривожно-депресивними, астено-субдепресивними та фобічними розладами, що підтверджувалось статистично ($p < 0,05$; $p < 0,05-0,01$). Виникнення вказаних розладів зумовлено соціально-демографічними та медичними (психологічними, психіатричними, соматичними) предикторами: період інволюції (середній вік $47 \pm 0,5$ років), акцентуації характеру та дисгармонія особистості, психотравмівний вплив інформації про онкологічний діагноз, перспектива тривалого спеціального лікування, страх перед побічними ефектами хіміорадіотерапії, больовим синдромом, уявленням про летальний наслідок захворювання та інші.

Отримані дані про клінічні особливості депресії та АП у хворих жінок з онкологічною патологією (C52, C53) корелюють з даними вітчизняних [2, 3, 4] та іноземних дослідників [5, 6]: рак є психотравмуючим фактором для хворих, емоційні розлади та симптоми раку посилюють дистрес [7, 8, 9, 10, 11, 12]. Затримка звернення по допомогу у хворих на рак розглянута, як симптом в структурі дистресу [7, 8, 10, 11] та залежність такої затримки від системи організації охорони здоров'я в різних країнах [12]. В нашій

роботі затримка звернення по допомогу у хворих на рак розглянута в структурі психічного розладу – депресії та АП. У клінічній картині депресії у обстежених хворих домінують знижений настрій, афект тривоги, страху, туги, переживання горя у зв'язку з діагнозом раку, що спричиняє звуження когнітивних функцій, домінування психічної травми у свідомості [1, 2, 3, 4]. Суїцидальна активність хворих на рак пов'язана з високими показниками за клінічними шкалами тривоги і депресії [8, 9, 10], високим рівнем суїцидального ризику в поєднанні з низьким рівнем самосвідомості смерті, обтяженим суїцидологічним анамнезом [1]. Незважаючи на відмінність цілей досліджень, проблем визначення [11], вивчення фахівцями депресії та АП у хворих при раку головного мозку [2], шлунково-кишкового тракту, молочної залози, органів репродуктивної системи [3, 4, 5, 6, 7] тощо та депресію з АП при шизотипових, дисоціативних та розладах особистості [5, 9], афективних психозах [1], посттравматичному стресовому розладі [8, 9, 10], поліетіологічній депресії при надзвичайних радіаційних ситуаціях [4], відмінність хворих за віковими та статевими ознаками, обмежену кількість хворих, проведені дослідження свідчать про необхідність подальшої розробки питань особливостей клініки, алгоритму ранньої діагностики, лікування та профілактики депресії при невротичних та пов'язаних зі стресом розладах у онкологічних хворих. Актуальною проблемою для подальших досліджень є залежність клінічної картини депресії та АП від стадії раку. Для поліпшення якості медичної допомоги зазначеним хворим необхідно вчасно діагностувати вказані клінічні особливості депресії та АП, розробити чіткий алгоритм їх діагностики, інформувати онкологічних хворих з акцентом на виліковність раку та переваги раннього звернення, а не на негативних наслідках пізнього звернення. Особливу увагу необхідно приділяти пацієнтам з депресивними розладами, акцентуаціями характеру, дисгармонією особистості, психопатичними рисами, які виявлені психіатрами, психотерапевтами, медичними психологами; звертати увагу на пацієнтів віком понад 45 років та з такими формами раку, при яких симптоми новоутворення не виражені. Саме вони знаходяться в групі ризику з розвитку депресії та АП. Вирішення вищезазначених завдань є важливим для практичної роботи лікарів-терапевтів, онкологів, психіатрів, психотерапевтів, медичних психологів та інших фахівців,

що забезпечить покращення медичної допомоги хворим на рак (C52, C53) при депресії та АП.

Висновки

У хворих на рак (C52, C53) при неспсихотичній депресії з АП переважали тривожно-депресивні, астено-субдепресивні і фобічні розлади, рідше зустрічались дисфоричні розлади (МКХ-10; F4), які погіршували соматичний стан, прогноз і лікування основного захворювання, знижували якість життя хворих, збільшували ризик самогубства. Вирішення зазначеної проблеми вимагає інтеграції зусиль онкологічних, психолого-психіатричних та інших установ в єдину державну стратегію.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Література

1. Кожина Г. М., Коростій В. І., Зеленська К. О. Механізми формування та шляхи профілактики суїцидальної поведінки у хворих на депресивні розлади: монографія / Г. М. Кожина, В. І. Коростій, К. О. Зеленська. – Харків: ХНМУ, 2014. – 76 с.
2. Марута Н. А. Современное состояние исследований проблемы психических расстройств при опухолях головного мозга: [монография] / Н. А. Марута, В. В. Огоренко. – Харьков; Днепропетровск: НМетАУ: Системные технологии, 2014. – 119 с.
3. 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.
4. Отрощенко Н. П. Клінічні аспекти аутоагресивних проявів у хворих на депресію / Н. П. Отрощенко, П. О. Отрощенко // Лучевая диагностика, лучевая терапия – 2018. – №4. – С. 55-61. <http://www.nbu.gov.ua>
5. Петелин Д. С. Нозогенные реакции с явлениями аутоагрессии (феномен откладывания при злокачественных новообразованиях: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.06 / Петелин Д. С. / Первый московский гос. мед. ун-т им. И. М. Сеченова «Сеченовский университет». – М., 2018. – 163с. DOI: 10.24075/vrgmu.2018.017.
6. Самушия М. А. Психические расстройства у больных злокачественными новообразованиями органов женской репродуктивной системы (клиника, эпидемиология, терапия): автореф.

дис. ... докт. мед. наук: спец. 14.01.06 / М. А. Самушия. – М., 2015. – 40 с.

7. Arnaboldy P. Distress and Psychosocial Needs in Patients Accessing a Cancer Day Surgery Division: Implications for Clinical Decision Making / P. Arnaboldy, S. Riva, V. Vadilonga [et al.] // Front Psychol. – 2016. – №7. – P. 20-40. DOI: 10.3389/fpsyg.2016.02040.

8. Brown S. How might healthcare systems influence speed of cancer diagnosis: A narrative review / S. Brown, M. Castelli, D. Hunter // Social Science & Medicine. – 2014. – №116. – P. 56-63. DOI: 10.1016/j.socscimed.2014.06.030.

9. Civilotti C. Dissociative symptomatology in cancer patients / C. Civilotti, L. Castelli, L. Binaschi [et al.] // Front Psychol. – 2015. – №24. – P. 102-118. DOI: 10.3389/fpsyg.2015.00118.

10. Deshields T. Resilience in adults with cancer: development of a conceptual model / T. Deshields, M. Heiland, A. Krecen // Psycho-Oncology. – 2016. – №25. – P. 11-18. <https://doi.org/10.1002/pon.3800>.

11. Dobson C. Patient delay in cancer diagnosis: what do we really mean and can we be more specific? / C. Dobson, A. Russel, G. Rubin // BMC Health Services Research. – 2014. – №14(1). – P. 387-393. DOI: 10.1186/1472-6963-14-387

12. World Health Organization. Depression [Electronic resource]. Access: <http://www.who.int/topics/depression/en>.

ПРОБЛЕМИ ДЕПРЕСІЇ ТА АУТОАГРЕСИВНИХ ПРОЯВІВ У ОНКОХВОРИХ

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

Мета. Вивчення клінічних особливостей неспсихотичної депресії та аутоагресивних проявів (АП) у онкологічних хворих і визначення шляхів поліпшення якості медичної допомоги зазначеним хворим.

Матеріали і методи дослідження. Клінічними та параклінічними методами обстежено 30 жінок з новоутвореннями органів жіночої репродуктивної системи II-III стадії: рак шийки матки (C52) та рак вагіни (C53), віком від 42 до 65 років (середній вік $47 \pm 0,5$), які звернулися за лікувально-діагностичними процедурами у відділення променевої терапії через місяць або більше після виявлення онкологічного діагнозу, і амбулаторно зверталися з депресивними скаргами та АП, на кафедру психі-

атрії та наркології Національного медичного університету імені О. О. Богомольця. Зазначені хворі обстежені онкологами, гінекологами, терапевтами, невропатологами, психіатрами, ендокринологами з використанням клініко-психопатологічного, клініко-динамічного, катамнестичного, параклінічних, методів, після чого проводилася променева терапія, хіміорадіотерапія, психофармакотерапія і психотерапія. Катамнестичне спостереження тривало від двох місяців до двох років.

Результати та обговорення. АП виявлені у 30 обстежених жінок з новоутвореннями (C52; C53) при депресії в межах невротичних та пов'язаних зі стресом розладів (МКХ-10; F4). Виділені тривожний ($n = 12$; 40%), астено-субдепресивний ($n = 7$; 23,3%), фобічний ($n = 6$; 20%), дисфоричний ($n = 5$; 16,7%) синдроми. Близько половини 12 (40%) хворих мали акцентуації характеру, дисгармонію особистості та психопатичні риси.

Таким чином, у обстежених хворих на рак при депресії та АП переважають тривожно-депресивні, астено-субдепресивні і фобічні розлади, рідше зустрічаються дисфоричні розлади, що підтверджувалося при статистичній обробці ($p < 0,05$; $p < 0,05-0,01$).

Висновки. У онкологічних хворих (C52, C53) з депресією та АП переважають, тривожно-депресивні, астено-субдепресивні і фобічні розлади, рідше зустрічаються дисфоричні розлади (МКХ-10; F4), які погіршують соматичний стан, прогноз і лікування основного захворювання, знижують якість життя хворих, збільшують ризик самогубства. Вирішення зазначеної проблеми вимагає інтеграції зусиль онкологічних, психолого-психіатричних та інших установ в єдину державну стратегію.

Ключові слова: депресія, аутоагресивні прояви, клінічні особливості, онкологічні хворі.

ПРОБЛЕМЫ ДЕПРЕССИИ И АУТОАГРЕССИВНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

*Н.П. Отрощенко, И.П. Отрощенко,
П.А. Отрощенко*

Цель. Изучение клинических особенностей неспихотической депрессии и аутоагрессивных проявлений (АП) у онкологических больных для определения путей улучшения медицинской помощи указанным больным.

Материалы и методы исследования. Клиническими и параклиническими методами обследовано 30 женщин с новообразованиями органов репродуктивной системы II-III стадии: рак шейки (C52) матки и рак вагины (C53) в возрасте от 42 до 65 лет (средний возраст $47 \pm 0,5$), которые обратились за лечебно-диагностическими процедурами в отделение лучевой терапии через месяц или более после выявления онкологического диагноза, и амбулаторно обращались с депрессивными жалобами и АП, на кафедру психиатрии и наркологи Национального медицинского университета имени А. А. Богомольца. Указанные больные обследованы онкологами, гинекологами, терапевтами, невропатологами, психиатрами, эндокринологами с использованием клинико-психопатологического, клинико-динамического, катamnестического, параклинических, методов, после чего проводилась лучевая терапия, химио-радиотерапия, психофармакотерапия и психотерапия. Катamnестическое наблюдение длилось от двух месяцев до двух лет.

Результаты и обсуждение. АП выявлены у 30 обследованных женщин с новообразованиями (C52, C53) в рамках депрессии (МКХ-10; F4). Выделены тревожный ($n = 12$; 40%), астено-субдепрессивный ($n = 7$; 23,3%), фобический ($n = 6$; 20%), дисфорический ($n = 5$; 16,7%) синдромы. У 12 (40%) больных имели место акцентуации характера, дисгармония личности и психопатические черты.

Таким образом, у пациенток с новообразованиями (C52, C53) преобладают тревожно-депрессивные, астено-субдепрессивные и фобические расстройства, реже встречаются дисфорические расстройства, что подтверждалось при статистической обработке ($p < 0,05$; $p < 0,05-0,01$).

Выводы. У онкологических больных (C52, C53) с депрессией и АП преобладают тревожно-депрессивные, астено-субдепрессивные и фобические расстройства, реже встречаются дисфорические расстройства (МКХ-10; F4), которые ухудшают соматическое состояние, прогноз и лечение основного заболевания, снижают качество жизни больных, увеличивают риск самоубийства. Решение указанной проблемы требует интеграции усилий онкологических, психолого-психиатрических и других учреждений в единую государственную стратегию.

Ключевые слова: депрессия, аутоагрессивные проявления, клинические особенности, онкологические больные.

PROBLEMS OF DEPRESSION AND AUTO-AGGRESSIVE MANIFESTATIONS IN CANCER PATIENTS

*N.P. Otroshchenko,
I.P. Otroshchenko, P.O. Otroshchenko*

Purpose. To study the clinical features of non-psychotic depression and autoaggressive manifestations (AM) in cancer patients and to identify ways of improving the quality of medical support indicated patients.

Materials and methods. Clinical and paraclinical methods examined 30 women with tumors of the female reproductive system II-III stages: cervical cancer (C52) cancer of the vagina (C53) at age of 42 to 65 years (mean $47 \pm 0,5$), who asked to diagnostic and treatment in the Department of radiotherapy of the National cancer Institute in a month or more after the establishing of cancer diagnosis, and outpatients treated with depressive complaints and the AM, to the Department of psychiatry and narcology of Bogomolets National Medical University. These patients are examined by oncologists, gynecologists, internists, neurologists, psychiatrists, endocrinologists, using clinical-psychopathological, clinical-dynamic, catamnestic, paraclinical methods, followed by radiation therapy, chemoradio therapy, psychopharmacotherapy and psychotherapy. Catamnestic observation lasted from two months to two years.

Results and discussion. AM was diagnosed in 30 investigated the women with cancer (C52; C53) with depression under neurotic and stress-related disorders (ICD -10; F4). Highlighted anxious ($n = 12$; 40%), asthenosubdepressive ($n = 7$; 23,3%), phobic ($n = 6$; 20%), dysphoric ($n = 5$; 16.7%) syndromes. About half of the 12 (40%) patients had accentuation of character, disharmony of personality and psychopathic traits.

Thus, patients with the cancer dominated by anxious-depressive, subdepressive and phobic disorders, rarely dysphoric disorder, which was confirmed by the aggregation ($p < 0.05$; $p < 0,05-0,01$).

Conclusion. In cancer patients with cancer (C52, C53) with depression and isdominated by AM, anxiety-depressive, asthenosubdepressive and phobic disorders, rarely dysphoric disorder (ICD-10; F4) that worsen the medical condition, prognosis and treatment of the underlying disease, reduce the quality of life of patients, increase the risk of suicide. The solution of this problem requires integration of efforts oncological, psychological, psychiatric and other institutions in the unified state strategy.

Key words: depression, autoaggressive manifestations, clinical features, cancer patients.