

## Тревожно-депрессивные расстройства у онкологических больных, подходы к диагностике и терапии

<sup>1</sup> ГБУЗ «Городская поликлиника №3» городского округа Нальчик Министерства Здравоохранения КБР, г. Нальчик; <sup>2</sup> Кабардино-Балкарский Государственный университет, Медицинский факультет, г. Нальчик; <sup>3</sup> ГБУЗ «Городская клиническая больница №1» Министерства Здравоохранения КБР, г. Нальчик

Nagaeva A. Zh., Tlapshokova L.B., Pirmagomedov A. Sh., Temmoeva L.A., Yemkozheva D.M.

### Anxiety-depressive disorders in cancer patients, approaches to diagnosis and therapy

#### Резюме

Коморбидные эмоциональные нарушения обнаруживаются более чем у половины онкологических больных. Такие расстройства, как соматогенные, психогенные или сочетанные психические нарушения обычно плохо диагностируются и часто остаются без внимания. Между тем, сопутствующие тревожные и депрессивные расстройства могут оказывать негативное влияние на течение и прогноз основного заболевания, снижая приверженность к лечению и ухудшая качество жизни пациентов.

В статье обсуждаются проблемы тревожно-депрессивных нарушений у онкологических больных. Рассматриваются вопросы своевременного выявления этих нарушений и оценки эффективности фармакотерапии с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). Делается заключение, что дальнейшая разработка актуальных вопросов диагностики, терапии и профилактики тревожных и депрессивных состояний у больных раком требует интеграции научной и практической деятельности онкологов, неврологов, психиатров и психотерапевтов

**Ключевые слова:** тревожно-депрессивные расстройства, рак, онкология, антидепрессанты, госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)

**Для цитирования:** Нагаева А.Ж., Тлапшокова Л.Б., Пирмагомедов А.Ш., Теммоева Л.А., Емкужева Д.М., Тревожно-депрессивные расстройства у онкологических больных, подходы к диагностике и терапии, Уральский медицинский журнал, №05 (188) 2020, с. 56 - 59, DOI 10.25694/URMJ.2020.05.14

#### Summary

Comorbid emotional disorders are detected in more than half of cancer patients. Disorders such as somatogenic, psychogenic, or combined mental disorders are usually poorly diagnosed and often go unnoticed. Meanwhile, concomitant anxiety and depressive disorders can have a negative effect on the course and prognosis of the underlying disease, reducing adherence to treatment and worsening the quality of life of patients.

The article discusses the problems of anxiety-depressive disorders in cancer patients. The issues of the timely detection of these disorders and the evaluation of the effectiveness of pharmacotherapy using the hospital scale of anxiety and depression (HADS) are considered. It is concluded that the further development of topical issues in the diagnosis, treatment and prevention of anxiety and depression in cancer patients requires the integration of the scientific and practical activities of oncologists, neurologists, psychiatrists and psychotherapists

**Keywords:** anxiety-depressive disorders, cancer, oncology, antidepressants, hospital anxiety and depression scale (HADS)

**For citation:** Nagaeva A. Zh., Tlapshokova L.B., Pirmagomedov A. Sh., Temmoeva L.A., Yemkozheva D.M., Anxiety-depressive disorders in cancer patients, approaches to diagnosis and therapy, Ural Medical Journal, No. 05 (188) 2020, p. 56 -59, DOI 10.25694/URMJ.2020.05.14

## Введение

Интерес к проблеме депрессивных и тревожных состояний в последнее время значительно вырос, в том числе среди пациентов онкологического профиля, что находит отражение в многочисленных клинических исследованиях [1-3]. Однако до сих пор нет четких алгоритмов диагностики и терапии этих расстройств у онкологических больных, что осложняет течение основного заболевания и комплаентность к терапии [4-6].

По данным Всемирной Организации Здравоохранения депрессия занимает лидирующую позицию в структуре психических расстройств. Депрессивными расстройствами во всем мире страдает около 350 миллионов людей, и по последним эпидемиологическим исследованиям происходит рост частоты данного заболевания в популяции [3,7,8].

В то же время распространенность депрессии среди онкологических больных значительно выше, чем в общей популяции, достигая, по мнению разных авторов, от 33 до 42%. Психогенные, соматогенные и сочетанные психические расстройства выявляются более чем у половины онкологических больных [1-3]. Пограничные расстройства обычно плохо диагностируются и зачастую остаются без внимания [4]. У больных со злокачественными новообразованиями чаще встречаются пограничные тревожные и депрессивные нарушения [3,5-7]. Их возникновение связано с психотравмирующей информацией об обнаружении онкологической болезни, боязни химиотерапевтического лечения, устойчиво сформированному представлению пациентов о летальном исходе и неизлечимости заболевания, выявлением метастазов. К сожалению эти пациенты редко попадают в поле зрения неврологов и психиатров в связи со спецификой заболевания [9,10].

Однако сопутствующие тревожные и депрессивные расстройства оказывают негативное влияние на течение и прогноз основного заболевания- влияют на качество жизни, увеличивают вероятность суицида и ранней смерти, снижают приверженность к лечению и даже уменьшают эффективность химиотерапии [11,12]. Получившие соответствующее своевременное психофармакологическое и психотерапевтическое лечение онкологические больные характеризуются более быстрой и лучшей психосоциальной адаптацией к новым условиям жизни и своему заболеванию. Но, несмотря на широкую распространенность пограничных расстройств при онкозаболеваниях, в онкологических центрах и отделениях до сих пор нет четко сформированного алгоритма диагностики тревожных и депрессивных нарушений и модели оказания психиатрической и психологической помощи таким пациентам [13-15]. Нередко онкологи рассматривают тревогу, депрессивное настроение как нормальную, адаптационную психологическую реакцию личности на факт установления онкологического диагноза [16,17]. В свою очередь некоторые симптомы рака и депрессии перекрываются астеническими симптомами, снижением массы тела, подавлением интереса к жизни, что осложняет своевременное выявление аффективной патологии [18].

Самыми чувствительными, короткими, простыми

и адекватными инструментами скрининга и мониторинга тревожно-депрессивных нарушений у больных раком признаны шкалы HADS и Center For Epidemiologic Studies- Depression Scale. [19,20,21]. Преимущество госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS перед другими психометрическими шкалами продемонстрировал анализ дискриминантной валидности. [20,21,25].

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (ГШТД) или HADS, содержит две подшкалы для оценки симптомов тревоги и депрессии. Каждая подшкала включает 7 пунктов. Суммарные оценки выраженности симптомов составляют от

0 до 21 балла. Суммарный балл от 8 до 10 считается индикатором наличия пограничных проявлений тревоги и депрессии; баллы свыше 10 свидетельствуют о клинически значимых тревоге и депрессии. HADS является наиболее удобным самоопросником для скрининга тревожных и аффективных нарушений у соматических пациентов [22,23]. Использование этой шкалы и включение ее в рутинные обследования онкологических пациентов может оказать помощь в выявлении эмоциональных расстройств в амбулаторной практике и стационаре [23,24,26].

Цель исследования - провести анализ распространенности тревожно- депрессивных расстройств и оценить эффективность фармакотерапии у онкобольных на этапе химиотерапевтического лечения с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS).

## Материалы и методы

В группе исследования было 64 пациента возрасте от 28 до 75 лет из них 40 женщин и 24 мужчин с верифицированным диагнозом онкологического заболевания различной локализации, получавших химиотерапевтическое лечение в онкологическом отделении ГКБ г.Нальчик.

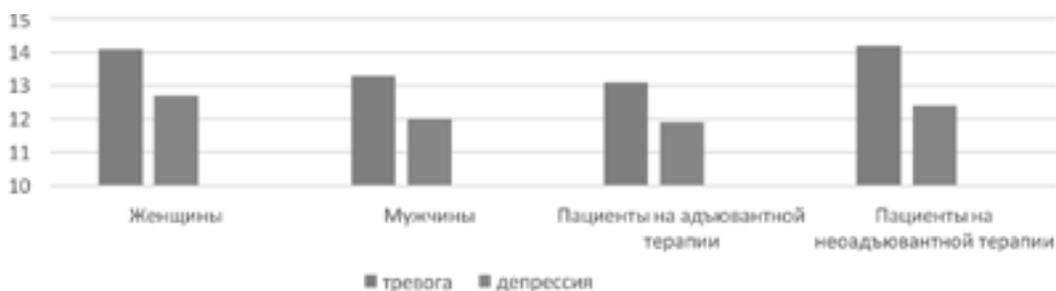
Распределение больных в зависимости от нозологической формы онкологического заболевания представлено следующим образом: рак молочной железы – 34 (21,76%) случая, рак тела и шейки матки – 8 случаев, рак яичников - 10 (6,4%) случаев, рак почек-1 (3,9%) случай, рак предстательной железы - 6 (3,84%) случаев, рак легких – 13 (8,32%) случаев.

23 пациента получали адьювантную химиотерапию, остальные 41 пациент находились на неoadьювантной терапии.

Давность установления диагноза онкологического заболевания составила от 3 месяцев до 3 лет. В структуре жалоб пациентов преобладали жалобы тревожно- депрессивного характера. Более чем у 50% пациентов жалобы на внутреннее беспокойство, плаксивость, нарушение сна, отсутствие интереса к жизни стояли на первом месте. При этом объективный соматический статус пациентов с учетом лабораторно-инструментальных обследований не вызывал опасений у наблюдавших их онкологов.

Для выявления и оценки тяжести депрессии и тревоги использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS).

По шкале HADS средний уровень тревоги составил



**Рисунок 1. Распределение уровня тревоги и депрессии по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) в группах сравнения**

14,1 балла, средний уровень депрессии – 12,35 балла. Эти показатели соответствуют клинически выраженной тревоге и депрессии.

Было отмечено, что уровень тревоги и депрессии в группе пациентов на адъювантной терапии был несколько ниже, составив 13,1 и 11,9 против 14,2 и 12,4 в группе пациентов на неадъювантной терапии.

Также уровень тревоги и депрессии среди женщин оказался значительно выше -14,9 и 12,7, чем среди мужчин- 13,3 и 12,0.

Для разработки психофармакотерапии пациенты были разделены на две группы. Выбор антидепрессантов осуществлялся с учетом основного заболевания и сопутствующих осложнений. В первую группу (45 человек) вошли больные, у которых по данным обследования преобладало тревожное расстройство. Уровень тревоги и депрессии по шкале HADS в первой группе составил 14,3 и 12,23. Препаратом выбора для этих пациентов стал Эсциталопрам (Селектра) в дозировке 10-15 мг в сутки.

Вторую группу (19 человек) составили пациенты, которые наряду с тревожными и депрессивными нарушениями, страдали полинейропатией и хроническим болевым синдромом. По шкале HADS уровень тревоги и депрессии во второй группе составил 14,27 и 12,5. Пациентам назначена терапия препаратом Дулоксетин (Симбалта) 60-90 мг в сутки.

Наблюдение осуществляли на протяжении 3 месяцев как стационарно, так и амбулаторно. Уменьшение показателей тревоги и депрессии по шкале HADS, наиболее значительное клиническое улучшение, уменьшение болевого синдрома и проявлений полинейропатии наблюдали у пациентов второй группы. По данным шкалы HADS во второй наблюдали снижение тревоги на 29,2 % (с 14,27 до 10,1) и депрессии на 19,52% (с 12,5 до 10,06). В первой группе результаты распределились следующим образом: уровень тревоги снизился на 20,69 % (с 14,3 до 11,34) уровень депрессии снизился на 10,6 % (с 12,23 до 10,93).

В 43% случаев больные отмечали лучшую переносимость химиотерапии и улучшение качества жизни.

## Заключение

Тревожные и депрессивные расстройства оказывают существенное негативное влияние на прогноз и течение основного заболевания, качество жизни пациентов и переносимость химиотерапии.

Своевременное выявление пограничных аффективных нарушений является важным аспектом организации помощи онкологическим больным.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) может служить простым и доступным инструментом скрининга тревожных и депрессивных симптомов и использоваться как психиатрами, неврологами, так и онкологами для своевременного привлечения профильных специалистов.

Своевременно проведенная психофармакотерапия существенно уменьшает проявление тревожно-депрессивных расстройств, выраженность хронического болевого синдрома, облегчает переносимость химиотерапии и улучшает качество жизни.

Также требуют уточнения вопросы лекарственных взаимодействий между антидепрессантами и химиопрепаратами, связанные не только с возможным усугублением побочных эффектов, но и влиянием на эффективность лечения в целом. ■

*Нагаева Анжела Жабировна – аспирант кафедры неврологии, психиатрии и наркологии медицинского факультета КБГУ; Глапишкова Лариса Беталовна – профессор кафедры неврологии, психиатрии и наркологии медицинского факультета КБГУ; Пирмагомедов Альберт Шихмагомедович – врач-онколог отделения онкологии городской больницы города Нальчик; Теммеева Лейла Азретовна – профессор кафедры детских болезней, акушерства и гинекологии медицинского факультета КБГУ; Емкужева Диана Муратовна – ординатор кафедры общей врачебной практики, геронтологии, общественного здоровья и здравоохранения. Автор, ответственный за переписку: Нагаева Анжела Жабировна, shogenowa@mail.ru, +79289149314*

## Литература:

1. Ромасенко В.А., Скворцов К.А. Нервно-психические нарушения при раке. М.;1961.
2. Смудевич А.Б., Андрющенко А.В., Бескова Д.А. Психические расстройства в онкологии (результаты

- мультицентровой программы "Синтез"). Психические расстройства в общей медицине. 2009; 1: 4—11.
3. Wein S., Sulkes A., Stemmer S. The oncologist's role in managing depression, anxiety, and demoralization with advanced cancer. *Cancer J.* 2010; 16(5): 493—9.
  4. Pasquini M., Biondi M., Costantini A., Cairoli F., Ferrarese G., Picardi A. et al. Detection and treatment of depressive and anxiety disorders among cancer patients: feasibility and preliminary findings from a liaison service in an oncology division. *Depress. Anxiety.* 2006; 23(7): 441—8.
  5. Бардеништейн Л.М., Вельшер Л.З., Аверьянова С.В. Психологические особенности больных раком молочной железы как прогностический фактор. *Российский медицинский журнал.* 2011; 5: 13—7.
  6. Onitilo A.A., Nietert P.J., Egede L.E. Effect of depression on all-cause mortality in adults with cancer and differential effects by cancer site. *Gen. Hosp. Psychiatry.* 2006; 28(5): 396—402.
  7. Brintzenhofe-Szoc K.M., Levin T.T., Li K., Kissane D.W., Zabora J.R. Mixed anxiety/depression symptoms in a large cancer cohort: prevalence by cancer type. *Psychosomatics.* 2009; 50(4): 383—91.
  8. Rhondali W., Perceau E., Berthiller J., Saltel P., Trillet-Lenoir V., Tredan O. et al. Frequency of depression among oncology outpatients and association with other symptoms. *Support. Care Cancer.* 2012; 20(11): 2795—802.
  9. Delgado-Guay M., Parsons H., Li Z., Palmer J., Bruera E. Symptom distress in advanced cancer patients with anxiety and depression in a palliative care setting. *Support. Care Cancer.* 2009; 17(5): 573—9.
  10. Yu L.S., Chojniak R., Borba M.A., Girão D.S., Lonrenço M. T. Prevalence of anxiety in patients awaiting diagnostic procedures in an oncology center in Brazil. *Psychooncology.* 2011; 20(11): 1242—5.
  11. Зотов П.Б., Уманский С.М., Ганцев Ш.Х. Суицидальные действия больных злокачественными новообразованиями. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* 2005; 2: 99—101.
  12. Laoutidis Z.G., Mathiak K. Antidepressants in the treatment of depression/depressive symptoms in cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry.* 2013; 13: 140—8.
  13. Baillet F. The organization of psycho-oncology. *Cancer Radiother.* 2002; 6(Suppl 1): 214s—8s.
  14. Breitbart W., Poppito S., Rosenfeld B., Vickers A. J., Li Y., Abbey J. et al. Pilot randomized controlled trial of individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer. *J. Clin. Oncol.* 2012; 30(12): 1304—9.
  15. Akizuki N. The role of psycho-oncology in cancer care in Japan. *Seishin Shinkeigaku Zasshi.* 2010; 112(12): 1210—5.
  16. Travado L., Grassi L., Gil F., Ventura C., Martins C. Southern European Psycho-Oncology Study Group. Physician-patient communication among Southern European cancer physicians: the influence of psychosocial orientation and burnout. *Psychooncology.* 2005; 14: 661—70.
  17. Passik S.D., Dugan W., McDonald M.V., Rosenfeld B., Theobald D.E., Edgerton S. Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. *J. Clin. Oncol.* 1998; 16(4): 1594—600.
  18. Patrick D.L., Ferketich S.L., Frame P.S., Harris J.J., Hendricks C.B., Levin B. et al. National Institutes of Health State-of-the-Science Panel. Management in Cancer: Pain, Depression, and Fatigue. *J. Natl. Cancer Inst.* 2003; 95(15): 1110—7.
  19. Yeh M.L., Chung Y.C., Hsu M.Y., Hsu C.C. Quantifying psychological distress among cancer patients in interventions and scales: a systematic review. *Curr. Pain Headache Rep.* 2014; 8(3): 399.
  20. Vodermaier A., Linden W., Siu C. Screening for emotional distress in cancer patients: a systematic review of assessment instruments. *J. Natl. Cancer Inst.* 2009; 101(21): 1464—88.
  21. Mitchell A.J. Short screening tools for cancer-related distress: a review and diagnostic validity meta-analysis. *J. Natl. Compr. Canc. Netw.* 2010; 8(4): 487—94.
  22. Zigmond A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr. Scand.* 1983; 67(6): 361—70.
  23. Mackenzie L.J., Carey M.L., Sanson-Fisher R.W., D'Este C.A., Paul C.L., Yoong S.L. Agreement between HADS classifications and single-item screening questions for anxiety and depression: a cross-sectional survey of cancer patients. *Ann. Oncol.* 2014; 25(4): 889—95.
  24. Quill T.E., Arnold R.M., Platt F. "I wish things were different": expressing wishes in response to loss, futility, and unrealistic hopes. *Ann. Intern. Med.* 2001; 135: 551—5.
  25. Самушия М.А., Мустафина Е.А. Нозогении (психогенные реакции) у женщин со злокачественными опухолями органов репродуктивной системы. Психические расстройства в общей медицине. 2007; 2(3): 11—6.
  26. Бажин Е.Ф., Гнездилов А.В. Психофармакологические и психокоррекционные аспекты реабилитации онкологических больных. *Журнал клинической психиатрии.* 2003; 3: 18—23