

Клинические особенности депрессивных расстройств у больных со злокачественными опухолями желудочно-кишечного тракта

Корнетов Н.А.¹, Жоров В.А.²

Clinical peculiarities of depressive disorders in patients with malignant gastrointestinal tract tumors

Kornetov N.A., Zhorov V.A.

¹ Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

² Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой, г. Омск

© Корнетов Н.А., Жоров В.А.

Униполярная депрессия имеет высокую распространенность у стационарных больных с опухолями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Выделены следующие типы депрессии: с когнитивными нарушениями, тревожно-ипохондрический, агитированный. Для онкологов и хирургов клиническими симптомами высокой вероятности депрессивного расстройства при онкологической патологии ЖКТ являются боль, нарушение качества сна, ощущение слабости и упадка сил, чувство страха, чувство напряженности и внезапной паники с агитацией.

Ключевые слова: коморбидность, депрессия, желудочно-кишечный тракт, рак.

Unipolar depression is prevalent in inpatients with GIT tumors. Following types of depressions have been distinguished: with cognitive disturbances, anxious-hypochondriac and agitated ones. For oncologists and surgeons clinical symptoms of high likelihood of depressive disorder in oncological pathology of GIT are as follows: pain, disturbance of quality of sleep, experienced weakness and breakdown, experienced fear, tension and sudden panic with agitation.

Key words: comorbidity, depression, gastrointestinal tract, cancer.

УДК 616.3-006.04:616.8-008.64

Введение

Распространенность большой депрессии при злокачественных опухолях различной локализации изучена недостаточно. Результаты исследований депрессии у онкобольных отличаются – от отрицания различий с данными по всей человеческой популяции [8, 12] до высоких значений распространенности и выявления специфических клинических типов [3, 5, 9, 10].

В России в структуре онкологической заболеваемости рак желудка устойчиво занимает 2-е ранговое место после рака легкого у мужчин и рака молочной железы у женщин. Интенсивный показатель заболеваемости раком желудка в России составлял в 2001 г. 32,7 случая на

100 тыс. населения. Смертность от новообразований желудка в России в 2001 г. составляла 29,7 на 100 тыс. населения [4].

По данным исследователей из университетской клиники Ливерпуля (Великобритания, 2007), депрессии подвержены 25% больных первичным раком (стадия, при которой болезнь начинает распространяться от первичной опухоли) [14].

По данным Oncology Encyclopedia (The Gale Group Inc., 2006), депрессивным расстройством при раке кишечника страдают 15–20% пациентов.

Заболеваемость раком прямой кишки в России на 2001 г. составляла 15 случаев на 100 тыс. населения. Смертность от новообразований прямой кишки, ректосигмоидного соединения и

Корнетов Н.А., Жоров В.А. Клинические особенности депрессивных расстройств у больных со злокачественными опухолями...

ануса в России в 2001 г. составляла 11,3 на 100 тыс. населения [4]. По данным Австралийского национального совета по здоровью и медицинским исследованиям (2007), распространенность депрессии при колоректальном раке колебалась от 7 до 50%, причем более высокие их число отмечалось у стомированных больных. В этом же исследовании указывается, что 26% больных имеют клинически выраженную тревогу. В целом 31,6% пациентов с раком прямой и ободочной кишки испытывали психологический дистресс. Особо следует отметить, что 20% больных колоректальным раком и члены их семьи (33% супругов и 25% детей) самостоятельно заявляли о существенных психологических проблемах [13].

А.Б. Смулевич выделяет нозогенные депрессии. Так, например, при раке прямой кишки депрессии встречаются в 25% случаев. Однако сюда включаются дистимия, эндогенная и органическая (сосудистая, интоксикационная и т.д.) депрессии [6].

Первичный рак печени является сравнительно редким заболеванием. В 2001 г. интенсивный показатель заболеваемости раком печени и внутрипеченочных желчных протоков в России составил 4,9 случая на 100 тыс. населения [1]. Данных о распространенности депрессии при раке печени очень мало. Имеется публикация японских исследователей, подсчитавших число случаев депрессии у больных гепатоцеллюлярной карциномой (40 пациентов), метастатическими опухолями печени (15 пациентов) и холангиоцеллюлярной карциномой (8 пациентов), перенесших резекцию печени. Распространенность психических нарушений составила 9,4%, а большой депрессивный эпизод наблюдался в 1,6% случаев [11]. Другое исследование обнаружило 37% пациентов с клинически выраженной депрессией в группе больных с гепатобилиарной карциномой [16].

В 2001 г. интенсивный показатель заболеваемости раком поджелудочной железы составлял 9,1 на 100 тыс. населения. У мужчин в России в 2000 г. стандартизированный показатель смертности составил 8,0 на 100 тыс., у женщин – в 2 раза ниже. При раке поджелудочной железы

отмечали наивысшие уровни депрессии (56,3%) и тревоги (56,7%) [13].

Материал и методы

На первом этапе по информированному согласию на проведение скрининговых исследований и дальнейшего обследования среди 199 пациентов 1-го хирургического отделения Омского областного онкологического диспансера с помощью опросника депрессии В.Н. Краснова (ОДК) [2] и (или) госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) [17] были выявлены лица с возможными психическими расстройствами.

На следующем этапе пациентами заполнялась шкала самооценки депрессии Бека (BDI) [7] и 17-пунктовая шкала депрессии Гамильтона (HDRS-17) [15]. При наличии клинического уровня расстройств по HDRS-17 состояние пациентов оценивалось в соответствии с критериями МКБ-10. Состав пациентов: больные, страдающие злокачественными опухолями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), больные с преимущественным метастазированием в брюшину и органы ЖКТ и больные, ранее радикально пролеченные по поводу рака органов ЖКТ. Продолжительность наблюдения составила 3 мес. В исследуемой совокупности пациентов отмечались злокачественные опухоли следующих локализаций: желудок, ободочная кишка, ректосигмоидное соединение, прямая кишка, анус, печень, поджелудочная железа. Все пациенты были оперированы либо ранее, либо в период наблюдения. Значительная часть больных (37 (18,6%) человек) имели стому.

Результаты и обсуждение

При изучении депрессивных расстройств (ДР) в онкологии необходимы специальные клинические навыки, позволяющие провести невербальную оценку психологических особенностей эмоциональных нарушений у данной категории пациентов. Необходимо учитывать выраженный уровень истощаемости онкологических больных, иначе может возникать гипердиагностика ДР. Часто больные уделяли врачу лишь 15–20 мин в день. Настойчивые просьбы со сто-

роны врача могут только вызвать эффект раздражения и даже отказ от сотрудничества. Важно также четко определять соматическую окрашенность депрессии, выраженную настолько, что трудно отделить симптомы онкологического заболевания от вегетативных симптомов депрессии [5].

Инструмент исследования должен оценивать наибольшее количество психопатологических феноменов при минимальной нагрузке на больного. При выборе шкал и опросников авторы старались учитывать это обстоятельство.

При сплошном скрининге 199 пациентов отдельные клинически выраженные симптомы депрессии обнаружены у 163 (82%) пациентов. Полученный результат уточнялся с помощью HDRS-17 и клинических критериев ДР. Большой депрессивный эпизод был выявлен у 94 больных, что составляет 47% от всей генеральной совокупности. Среди пациентов с установленным диагнозом депрессии легкий эпизод имел место у 45 (48%) человек, умеренно выраженный у 39 (41%) человек и тяжелый эпизод присутствовал у 10 (11%) пациентов. Частота распространенности депрессии во всей генеральной совокупности приведена в табл. 1.

Таблица 1
Частота депрессивных расстройств в стационарной субпопуляции больных со злокачественными опухолями ЖКТ

Категория больных по тяжести депрессии	Абс.	%
Отсутствует депрессия	36	18,1
Субсиндромальные проявления	69	34,7
Легкий депрессивный эпизод	45	22,6
Умеренный депрессивный эпизод	39	19,6
Тяжелый депрессивный эпизод	10	5,0
<i>Итого</i>	199	100,0

Изучалась стохастическая парная взаимосвязь 32 факторов, совокупно присутствующих в опроснике В.Н. Краснова и госпитальной шкале тревоги и депрессии. Исследование проводилось по случайной выборке пациентов из генеральной совокупности, состоящей из 46 больных с различной степенью выраженности ДР. В соответствии с таблицей Фишера-Йетса парные коэффициенты корреляции r Спирмена считались значимыми при значениях более 0,372 при уровне доверия $\alpha = 0,05$ с ν -степенями свободы

($\nu = 46 - 2 = 44$), сильной взаимосвязью считали $r > 0,7$.

При анализе значимых парных коэффициентов корреляции Спирмена выявлено следующее. На результат скрининга в большей степени влияют наличие или отсутствие болей (сила связи с результатом по ОДК максимальная; $r = 1$); качество сна (связь с результатом по ОДК; $r = 0,82$); ощущение слабости и упадка сил (связь с результатом по ОДК; $r = 0,76$); чувство страха (связь с результатом по HADS; $r = 0,8$); чувство напряженности (связь с результатом по HADS; $r = 0,85$); внезапное чувство паники (связь с результатом по ОДК и HADS; $r = 0,87$). Таким образом, именно эти жалобы и симптомы должны быть известны онкологу или хирургу в отношении диагностики ДР.

Таблица 2
Основные симптомы высокой вероятности депрессивного расстройства* при злокачественных опухолях желудочно-кишечного тракта

Депрессивный симптом	Коэффициент корреляции r	Опросник, с результатом которого имеется связь
Боль	1,0	ОДК
Нарушение качества сна	0,82	ОДК
Ощущение слабости и упадка сил	0,76	ОДК
Чувство страха	0,80	HADS
Чувство напряженности	0,85	HADS
Внезапное чувство паники, ажитация	0,87	ОДК и HADS

* Анализ парных зависимостей симптомов скрининга депрессии В.Н. Краснова и госпитальной шкалы тревоги и депрессии в выборке, состоящей из 46 пациентов.

По данным анализа результатов, полученных с помощью психиатрического интервью и HDRS-17, был выделен когнитивный комплекс симптомов (ККС), имеющий значение в диагностике депрессии при онкологической патологии ЖКТ. ККС включал чувство вины, ипохондрические переживания, озабоченные мысли о близких родственниках, заторможенность мышления. ККС и суицидальные мысли имелись у 12% (11 человек) пациентов с установленной большой депрессией, только ККС – у 26% (24) пациентов с установленной большой депрессией и у 19% (31) всех пациентов с депрессивной симпто-

матикой; любые три показателя из четырех присутствующих в ККС – у 79% (74) пациентов с установленной большой депрессией и у 51% (83 человека) всех пациентов с депрессивной симптоматикой. При этом 48% (5 человек) онкологических больных, имеющих большой депрессивный эпизод с суицидальными мыслями и выделенным ККС непосредственно рассказывали о повторных суицидальных мыслях и намерениях. Когнитивные нарушения плохо распознаются врачами без специальной подготовки, что требует привлечения специалиста.

По результатам психиатрического интервью, анализа клинической динамики и данным HDRS-17 были выделены определенные клинико-типологические варианты ДР.

Ажитированный тип клинической депрессии наблюдался у 9 (9,6%) пациентов. При внешнем наблюдении они стараются быть активными за счет подчеркнутой бодрости. Такие больные часто отрицают онкологический диагноз или «несут его с гордостью». Часто стараются вступить в полемику с соседями по палате, привлекая в качестве арбитров врачей и медицинских сестер, отвлекая персонал от работы. Отличаются требовательностью и стремятся, чтобы к ним вербально или поведенчески проявилось особое отношение. Эти пациенты также склонны обращаться к врачам от имени других пациентов. При оценке такого типа поведения могут возникнуть диагностические идеи об их личностной демонстративности. Однако клинко-динамический анализ показывает, что в этих случаях привлечение внимания является призывом к помощи, страхом остаться наедине со своими мыслями, компенсаторной попыткой возврата стабильности в самооценке. В пользу беспокойного депрессивного поведения свидетельствует речевое сбивчивое однообразие, которое отражает бедность мышления в виде моноидеизма. Их моторная активность малопродуктивна и лишена доминантного поведения. Создание дополнительной суэты в отделении в большей степени отражает нарушение концен-

трации внимания и затруднение в мышлении. В личных беседах с врачом они быстро истощаются и на первый план выступают тревога, опасения по поводу здоровья, страх смерти; собственно депрессивное настроение окрашено тоскливо-безнадежным оттенком.

Тревожно-ипохондрический тип клинической депрессии наблюдался у 29 (30,8%) пациентов. В данном случае на первый план выступала психическая и соматическая тревога. Больные постоянно испытывали чувство надвигающейся беды, тоски и тревоги с фиксацией на своем заболевании или предстоящей операции. Для них были характерны пессимистические оценки будущего и негативные оценки настоящего. Учитывая существование с полной утратой какой-либо радости или удовольствия, любая информация о состоянии здоровья тут же отрицательно отражалась на их самочувствии. Они беспокоили врачей и медсестер бесконечными просьбами и расспросами. Их рука часто находилась на кнопке вызова. Разнообразные жалобы преимущественно соматического характера в виде алгий, диспноэ, тахикардии, артериальной гипертензии часто приводили в замешательство врачей, поскольку не были характерны для течения основного заболевания.

Когнитивный тип клинической депрессии наблюдался у 56 (59,6%) человек. Пациенты с когнитивными нарушениями демонстрировали социальное удаление, старались быть незаметными, много времени проводили в постели, иногда отвернувшись к стене. Их внешний вид, психомоторика, коммуникация создают впечатление тяжелого соматического страдания, хотя по онкологическим критериям тяжести у этих пациентов часто объективные показатели относительно других могут быть значительно лучше. На вопросы пациенты отвечали, как правило, односложно, просили лишний раз их не беспокоить. На первый план выступают анергия, апатия, ангедония, заторможенность. Именно у этих пациентов было обнаружено чувство вины по отношению к близким. Также характерными были суицидальные мысли.

Выводы

Исследование показало высокую распространенность ДР среди пациентов со злокачественными новообразованиями ЖКТ в онкологическом стационаре, чаще в форме легкого и умеренного депрессивных эпизодов.

Анализ парных коэффициентов корреляции симптомов депрессии из двух широко применяемых опросников на уровне сильной связи показал признаки высокой вероятности возникновения клинической депрессии при онкологической патологии ЖКТ, которыми являются боль, нарушение качества сна, ощущение слабости и упадка сил, чувство страха, чувство напряженности и внезапной паники с ажитацией. Данные признаки и симптомы депрессии должны быть известны онкологам и хирургам.

Значение выделенной клинической типологии депрессии прежде всего носит практический характер и заключается в перераспределении внимания и усилий в тактике ведения пациентов, профилактике суицида и возможности своевременного консультативного привлечения специалистов в сфере охраны психического здоровья.

Литература

1. Аксель Е.М., Давыдов М.И. Статистика заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований в 2000 году // Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2000 г. М.: РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, 2002. С. 85–106.
2. Бурлаков А.В. Применение эсциталопрама в терапии депрессивных расстройств у пациентов с онкологическими заболеваниями // Consilium medicum. 2007. Т. 2. № 3. www.consilium-medicum.com.
3. Краснов В.Н. Научно-практическая программа «Выявление и лечение депрессий в первичной медицинской сети» // Соц. и клинич. психиатрия.

4. Миронычев Г.Н., Резник А.М., Дзюба К.В., Арбузов А.Л. Клиника и лечение депрессивных расстройств у больных с онкологическими заболеваниями желудочно-кишечного тракта // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2004. № 4. С. 65–70.
5. Онкологическая помощь населению / Под ред. В.М. Мерабишвили. СПб.: Бюро медицинской статистики, 2001. 199 с.
6. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине: Руководство для врачей. НЦПЗ РАМН, 2001. <http://www.psychiatry.ru>
7. Beck A.T., Steer R.A., Garbin G.M. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation // Clinical Psychology Review. 1988. V. 8. P. 77–100.
8. Blazer D.G., Kessler R.C., McGonagle K.A., Swartz M.S. The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the National Comorbidity Survey // Amer. J. of Psych. 1994. V. 151. № 7. P. 979–986.
9. Derogatis L.R., Morrow G.R., Fetting J. et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients // JAMA. 1983. V. 249. № 6. P. 751–757.
10. Hosaka T., Aoki T. Depression among cancer patients // Psychiatry Clin. Neurosc. 1996. V. 50. № 6. P. 309–312.
11. Kanae Koyama M.A., Isao Fukunishi, Mayumi Kudo et al. Psychiatric symptoms after hepatic resection // Psychosomatics. 2003. V. 44 (Feb.). P. 86–87.
12. Lansky S.B., List M.A., Herrmann C.A. et al. Absence of major depressive disorder in female cancer patients // J. Clin. Oncol. 1985. V. 3. № 11. P. 1553–1560.
13. Levin T., Kissane W.D. Психоонкология: состояние на 2006 г. (расширенный реферат) // Consilium medicum. 2007. Т. 2. № 3.
14. Lloyd-Williams M., Shiels C., Dowrick C. The development of the Brief Edinburgh Depression Scale (BEDS) to screen for depression in patients with advanced cancer // Journal of Affective Disorders. 2007. V. 99. № 1–3. P. 259–264.
15. Williams, J.B.W. A Structured Interview Guide for the Hamilton Depression Rating Scale // Archives of General Psychiatry. 1988. V. 45 (August). № 8. P. 742–747.
16. Steel J.L., Geller D.A., Gamblin T.C. et al. Depression, immunity, and survival in patients with hepatobiliary carcinoma // Journal of Clinical Oncology. 2007. V. 25. № 17 (June 10). P. 2397–2405.
17. Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale // Acta Psychiatr. Scand. 1983. V. 67. P. 361–370.

Поступила в редакцию 30.08.2008 г.

Сведения об авторах

Н.А. Корнетов — д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой СибГМУ (г. Томск).

В.А. Жоров — врач-психиатр, диспансерное отделение клинической психиатрической больницы им. Н.Н. Солодниковой (г. Омск).

Для корреспонденции

Корнетов Н.А., Жоров В.А. Клинические особенности депрессивных расстройств у больных со злокачественными опухолями...

Корнетов Николай Алексеевич, тел. 8-913-880-54-85.