

## Психические расстройства у пациенток со злокачественными опухолями органов женской репродуктивной системы: обзор литературы

М.А. Самушия

Научный центр психического здоровья РАМН, Москва

Контакты: Марина Антиповна Самушия [sma-psychiatry@mail.ru](mailto:sma-psychiatry@mail.ru)

*Проблема психических расстройств в онкологической практике обсуждается в многочисленных изданиях. Одним из наиболее актуальных вопросов психоонкологии является изучение распространенности и спектра психической патологии у больных раком органов женской репродуктивной системы (РОЖРС). В данной работе представлен экскурс в проблему психических нарушений у пациенток с РОЖРС, отмечено разнообразие описанных в литературе психопатологических феноменов, встречающихся у этой категории больных, что рядом исследователей объясняется наличием дополнительных соматогенных условий, усложняющих картину традиционно выделяемых в онкологической практике стрессобразующих факторов, наиболее значимыми из которых являются гормональные нарушения, возникающие вследствие выполнения «калечащих» операций (мастэктомия, гистерэктомия и др.) и применения гормонотерапии у больных РОЖРС с сохраненной менструальной функцией.*

**Ключевые слова:** психоонкология, психические расстройства, рак органов женской репродуктивной системы

---

### Mental disorders in patients with female reproductive system malignancies: a review of literature

M.A. Samushia

Mental Health Research Center, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

*The problem of mental disorders in oncological practice is discussed in many publications. To study the prevalence and spectrum of mental health disorders in patients with cancer of the female reproductive system (CFRS) is one of the most urgent issues of psycho-oncology. This paper gives an excursus into the problem of mental disorders in patients with CFRS and points out a diversity of the psychopathological phenomena that have been described in the literature and are encountered in this category of patients, as ascribed by a number of investigators to the presence of somatogenic conditions that complicate the pattern of the stress factors that are traditionally identified in oncological practice, the most important factors of them are hormonal derangements resulting from damaging operations (mastectomy, hysterectomy, etc.) and hormone therapy performed in CFRS patients with preserved menstrual function.*

**Key words:** psycho-oncology, mental disorders, cancer of the female reproductive system

В настоящее время наблюдается возрастание интереса к онкологическим заболеваниям женских репродуктивных органов, что связано со значительным омоложением контингента больных, страдающих злокачественными новообразованиями гинекологической системы и молочной железы [1]. Среди больных раком репродуктивной системы значительную часть составляют женщины трудоспособного возраста, что обуславливает повышенный уровень требований к их реабилитации [2]. Многие авторы подчеркивают важность проблемы, указывая на ее значение в связи с ежегодно возрастающей заболеваемостью раком у женщин детородного возраста, и рассматривают опухоли данной локализации как угрозу репродуктивной функции женского населения.

Рак органов женской репродуктивной системы (РОЖРС) является сложной и чрезвычайно актуальной проблемой XXI в. Так, рак молочной железы (РМЖ) занимает 1-е место по распространенности среди злокачественных новообразований у женщин и 3-е место в общей популяции населения, уступая по частоте только опухолям легкого и желудка [1, 3]. Заболеваемость и смертность от РМЖ у женщин за последние десятилетия продолжают возрастать во всех странах мира. Самые высокие показатели заболеваемости РМЖ зарегистрированы в США (32% всех впервые диагностированных случаев рака у женщин). Риск развития инвазивного рака в течение жизни составляет 12,6% (1 из 8 женщин). Частота заболеваемости РМЖ в Запад-

ной Европе значительно ниже, самые высокие показатели зарегистрированы во Франции (86 на 100 тыс.). Самая низкая частота заболеваемости отмечена в странах Африки и Азии [4]. В России в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями у женщин РМЖ с 1985 г. вышел на 1-е место и в 2004 г. составил 19,8% случаев. При этом прирост заболеваемости за 10 лет (1994–2004) — 35,6%. Несмотря на совершенствование методов диагностики и лечения, смертность от РМЖ в России не снижается из-за выявления заболевания в поздние сроки. В 2004 г. РМЖ I–II стадии был диагностирован у 61,6% больных, III — у 25,4%, IV стадии — у 11,9%.

Злокачественные опухоли гинекологической локализации — рак тела (РТМ) и шейки (РШМ) матки, рак яичников (РЯ) — являются наиболее частыми в структуре онкологической заболеваемости женщин, их суммарная доля превышает 35% [5]. Рак эндометрия (РЭ), или РТМ, занимает 2-е место по распространенности среди онкологических заболеваний органов женской репродуктивной системы (ОЖРС). В России за последние 10 лет заболеваемость РТМ возросла на 53% [6, 7]. В США РЭ занимает 1-е место среди онкологических заболеваний женских половых органов, в 2004 г. там было зарегистрировано 40 320 новых случаев болезни и 7090 смертельных исходов от нее [8].

В общей структуре заболеваемости в России РШМ составляет около 20% и занимает 6-е место, а среди органов репродуктивной системы — 3-е место после РМЖ и РЭ. В нашей стране в течение последних 20 лет ежегодно регистрируют до 15 тыс. впервые заболевших РШМ, что составляет около 7% общего числа онкологических больных. Выживаемость пациенток с РШМ непосредственно связана со стадией заболевания: 5-летняя выживаемость при I стадии составляет 88,8%, при II — 74%, при III — 51,4%, при IV — 7,8%.

Злокачественные опухоли яичников (неэпителиальные опухоли и собственно РЯ) в онкологической заболеваемости женского населения России стабильно занимают 7-е место (5% случаев). Среди новообразований ОЖРС на долю злокачественных опухолей яичников приходится около 13,8% [4].

Возрастающая распространенность злокачественных новообразований ОЖРС и значительное омоложение этого контингента больных приводит к увеличению числа пациентов с психопатологическими расстройствами, манифестирующими в связи с наличием этих заболеваний [9, 10]. Одно из важнейших направлений современной психонкологии связано с выявлением, своевременной диагностикой и лечением психопатологических рас-

стройств, снижающих качество жизни онкологических больных и рассматриваемых сегодня в ряду факторов, ухудшающих клиническое течение, прогноз и выживаемость [11].

Во многих работах авторы указывают на возможные факторы, предрасполагающие к развитию психических нарушений у онкологических больных. К ним относят эндокринные и метаболические изменения, возникающие в ходе течения и терапии онкологического заболевания [12], использование в онкологии лекарственных препаратов, вызывающих психические расстройства [13]. Так, описаны случаи появления тяжелых депрессивных расстройств, гипоманиакальных состояний и нейротоксического делирия при применении в схеме полихимиотерапии (ПХТ) L-аспарагиназы, натулана, циклофосфида и др. [14]. Некоторые исследователи указывают на возникновение делирия при назначении препаратов интерлейкина-2 и интерферонов [15]. Переменные независимо связаны также с общим соматическим статусом [16], женским полом и социальными системами поддержки [17].

M. Okamura et al. [18] опубликовали данные о повышенном риске развития тревожных и депрессивных расстройств у больных с установленным диагнозом РМЖ при использовании в схеме химиотерапии (ХТ) доксирубицина/циклофосфида, а также у пациенток с наличием аффективных расстройств в анамнезе. В многочисленных исследованиях продемонстрированы демографические и медицинские факторы, определяющие тяжесть клинической картины эмоционального дистресса [19]. В частности, S.L. Manne et al. [20] и M. Stommel et al. [21] указывают в своих работах на зависимость выраженности психических расстройств от тяжести соматического состояния онкологических больных. По данным ряда исследователей, риск развития психических нарушений также напрямую связан с возрастом пациенток [22]. Подтверждением возможности взаимосвязи молодого возраста и выраженности признаков дистресса у больных раком служат результаты, представленные в работах V. Mor et al. [23].

По данным опубликованных исследований, показатели распространенности психических нарушений у пациенток, страдающих злокачественными новообразованиями ОЖРС, достаточно высоки (табл. 1).

По различным оценкам, распространенность психических нарушений при РМЖ в среднем составляет 30–45%, а при опухолях гинекологической области — 17–25% [27]. По данным N.V. Sneed et al. [28], изучавших гендерные различия в частоте

Таблица 1. Спектр и распространенность психической патологии при опухолях ОЖРС

Автор, страна, год	Число больных (частота выявления психических расстройств, %)	Онкологический диагноз (%)	Методология	Психическое расстройство (частота встречаемости, %)
T. Morris et al., США, 1977	160 (70)	РМЖ		Депрессия — после мастэктомии (22), катамнез 2 года (8)
D.L. Evans et al. [24], США, 1986	173 (47,9)	Гинекологический рак, кроме РЯ (100)	DSM-III, HRSD	БДР (23), расстройство адаптации (24), ГТР (1), истерическое, компульсивное РЛ (2), психоорганическое расстройство (1)
R.N. Golden et al. [25], США, 1991	83	Гинекологический рак — РЭ, РШМ, рак вульвы (100)	DSM-III criteria, CRS	БДР (23)
Middleboe et al., Германия, 1994	36	РМЖ, РЯ, мелкоклеточный рак легкого	HDS, MES, HAS	БДР (14), тревога (27)
D. Bodurka-Bevers et al., США, 2000	246	Эпителиальный РЯ	CES-D, state anxiety sub-scale of Spielberger state trait anxiety inventory, QOL WI FACT-O	Депрессия (21), тревога (29)
A. Montazeri et al., Великобритания, 2001	56 (45)	РМЖ	HADS	Тревога (29), депрессия (14)
M. Okamura et al. [18], Япония, 2005	50 (22)	РМЖ (100), III–IV стадии (98)	Structured Clinical Interview for DSM-III-R and IV (SCID), Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale	БДР (2), расстройство адаптации (20), ПТСР (2)
S. Ortiz-Pagan et al. [26], США, 2009	189 (16,3)	РМЖ (100)		БДР (9,5), тревога (4,2), расстройство адаптации (1), биполярное расстройство (1)

**Примечание.** БДР — большое депрессивное расстройство, ГТР — генерализованное тревожное расстройство, РЛ — расстройство личности, ПТСР — посттравматическое стрессовое расстройство.

возникновения аффективных расстройств у онкологических больных, в группе пациентов с различными онкологическими заболеваниями у больных РОЖРС были зафиксированы более низкие показатели частоты развития депрессивных, тревожных и дисфорических расстройств, а также менее выраженная соматизация, что было связано авторами с более благоприятным клиническим течением данного вида опухолей. D.L. Evans et al. [24], обследовавшие 83 больных гинекологическим раком, выявили депрессивные расстройства и расстройства адаптации у 23 и 24% пациенток соответственно. Н.Ж. Krouse и J.Н. Krouse [29] опубликовали результаты сравнительной характеристики гинекологических пациенток и больных РМЖ, в соответствии с которыми у первых были отмечены большая ча-

стота встречаемости БДР и более выраженные дисморфофобические расстройства в отличие от этих же показателей у пациенток, подвергшихся мастэктомии. R.N. Golden et al. [25], проводившие обследование 83 госпитализированных больных с установленными диагнозами цервикального, эндометриального и влагалищного рака, в 23% случаев диагностировали расстройства аффективного круга (депрессия, дистимия).

По мнению некоторых исследователей, пациентки с верифицированным РЯ имеют повышенный риск развития психических расстройств по сравнению с другими группами больных РОЖРС [30]. Однако немногие исследования были посвящены распространенности психической патологии среди данного контингента больных. По дан-

ным эмпирических исследований, приблизительно у 30–50% пациенток с РЯ диагностируют умеренно выраженные показатели психологического дистресса [31, 32], при этом примерно у 1/3 больных имеют место признаки клинической депрессии.

По данным анализа отечественной и зарубежной литературы, можно отметить тот факт, что на современном этапе клиническую оценку психопатологических расстройств, манифестирующих вслед за РОЖРС, в большинстве работ проводят в рамках дискретных категорий в соответствии с классификацией МКБ-10 с выделением в качестве самостоятельных единиц психогенных расстройств (шоковые реакции, ПТСР, аффективные расстройства, астенические нарушения и др.).

Так, в числе клинических особенностей психопатологических расстройств, регистрируемых вслед за диагностикой РОЖРС и квалифицируемых в пределах ПТСР [26], указывают появление навязчивых мыслей, связанных с онкологическим заболеванием, воспоминаний о хирургическом (мастэктомия, гистерэктомия, овариэктомия) и консервативном (ХТ или лучевая терапия) лечении в форме так называемых инвазивных переживаний (flashback), вторгающихся мыслей, как в состоянии бодрствования, так и в структуре сновидений. При этом отмечают избегание больными ситуаций, прямо или косвенно связанных с РОЖРС (отказ от общения с людьми, знающими о раковой болезни пациентки, избегание посещения медицинских учреждений и др.) [33, 34].

По данным ряда исследований, у части больных с тревожно-депрессивными расстройствами, перенесших радикальную мастэктомию, наблюдаются фантомные боли в области проекции удаленной молочной железы [35]. Так называемый синдром фантомной груди [28, 36] характеризуется болезненностью, возникновением неприятных ощущений в виде жжения, покалывания, онемения в области послеоперационной раны. Нередко после установления временных протезов пациентки жалуются на появление чувства дискомфорта, ощущений «инородного тела» в области установленного протеза, непреодолимого желания удалить его в целях избавления от неприятных ощущений.

В некоторых работах подчеркивается факт выраженного клинического полиморфизма психопатологических расстройств, манифестирующих в связи с наличием злокачественных новообразований органов репродуктивной системы, что можно объяснить усложнением клинической картины психических нарушений за счет дополнительных соматогенных факторов. Средний возраст заболеваемости РОЖРС колеблется в пределах 45–55 лет

[1]. В этот период происходит постепенное нарастание заболеваемости всеми видами злокачественных опухолей женской репродуктивной системы [37], что связано с выраженными нарушениями гормонального и энергетического гомеостаза (ановуляция, относительная или абсолютная гиперэстрогения в условиях прогестероновой недостаточности, нарушение жирового и углеводного обмена). Манифестацию ряда психопатологических симптомов у пациенток с эстрогенрецепторположительными опухолями гинекологической системы во многом связывают с применением методов гормонотерапии у больных с сохраненной менструальной функцией, включающих хирургическую (расширенная гистерэктомия с билатеральной сальпингоовариэктомией, лучевая и химическая — с помощью антагонистов лютеинизирующего гормона рилизинг-гормона) кастрацию с использованием антиэстрогенов, ингибиторов ароматазы, прогестинов, андрогенов и глюкокортикоидов. Развивающийся у пациенток в ходе гормонотерапии посткастрационный синдром характеризуется полиморфными вегето-сосудистыми расстройствами, включая ощущения приливов жара к голове, груди, признаки дермографизма, разнообразные парестезии (ощущения онемения, жжения, покалывания, «ползания мурашек» по коже, преимущественно в области головы, нижней части живота, внутренней поверхности бедер) [33]. Помимо вегето-сосудистых нарушений, многие авторы подчеркивают также сходство возникающих после кастрации психических нарушений, аналогичных проявлениям инволюционной истерии [38] — состояния, которое определяется комплексом психических нарушений, включающих аффективные (подавленное настроение с преобладанием безрадостности, тревоги ипохондрического содержания, раздражительность), психопатические (демонстративность, театральное «горевание»), а также разнообразные функциональные соматические проявления — конверсионные и соматизированные расстройства (цефалгии, тошнота, рвота, кардиалгии, сердцебиение, ощущение перебоев в сердце).

Согласно некоторым современным исследованиям, изучение связи психопатологических расстройств и эстрогенрецепторных состояний при первичном РМЖ является перспективным направлением [39]. Известно, что пациенты с эстрогенположительными опухолями в целом имеют лучший прогноз, чем больные с эстрогенотрицательными новообразованиями [3, 40]. D.J. Razavi et al. [41] установлено, что больные с первичными эстроген-отрицательными опухолями молочной железы имели более выраженные психические

нарушения, чем пациентки с эстрогенположительными опухолями. Авторы исследования сообщают, что связь между перенесенным стрессом и рецидивом онкологического заболевания прослеживается преимущественно у больных с эстрогенположительными новообразованиями. Однако во многих исследованиях гипотеза опосредованного влияния рецепторного статуса на выраженность и клиническую картину психических нарушений у онкологических больных не подтверждена.

В спектре аффективных и коморбидных расстройств при РМЖ наиболее часто выявляют относительно легкие и непродолжительные (длительностью не более 2–4 мес) депрессивные состояния, формирующиеся по механизмам нозогений и квалифицируемые как расстройства адаптации [18, 42].

Реже выделяют затяжные (продолжительностью > 4 мес) и сложные по синдромальной структуре депрессивные расстройства, включающие наряду с проявлениями гипотимии (варьирующей от слабовыраженной подавленности, апатии до аффекта тоски) тревожно-фобические и витальные расстройства (изменение суточного ритма, отчуждение соматочувственных влечений с нарушениями сна и аппетита), которые рассматривают в рамках дистимии или большой депрессии.

Нозогении, протекающие в форме дистимического расстройства, характеризуются хроническим течением с чередованием периодов ухудшения состояния и эпизодов ослабления симптоматики. В психопатологической структуре таких состояний, наряду с вялостью, подавленностью, проявлениями ангедонии, отмечают также тревогу, неусидчивость, ощущение постоянного беспокойства и чувство бесперспективности, связанное с проявлениями телесного неблагополучия [42].

К БДР относят нозогении, схожие по своим психопатологическим проявлениям с эндогенноморфными депрессивными состояниями. При этом на первый план в клинической картине выступают расстройства, свидетельствующие об известной витализации аффекта, — снижение аппетита, инсомния, утрата (или значительное снижение) либидо, психомоторная заторможенность и др. [18].

По данным отечественных клиницистов, в структуре аффективных расстройств больных РОЖРС преобладают стойкие субдепрессивные состояния с оттенком адинамии, ангедонии, включающие сенестоалгические ощущения и нередко — признаки витализации аффекта. Часто регистрируемыми жалобами являются слабость, утомляемость даже при незначительной физической нагрузке (ходьба, уборка квартиры), утрата интереса к тому, что приносило удовлетворение в прошлом [43–45].

Помимо указанных расстройств, необходимо выделить характерные для группы больных РОЖРС психопатологические образования, связанные с формированием сенситивных идей отношения. Наряду с тревожно-депрессивными расстройствами у пациенток, перенесших радикальные хирургические вмешательства, относящиеся к категории «калечащих» операций (мастэктомия, гистерэктомия, цистэктомия и др.), наблюдаются чувства утраты женственности, сексуальной неполноценности и ущербности, страх распада семьи [46]. В клинической картине психических расстройств выступают явления социофобии в виде обостренной стеснительности, связанной с утратой внешней привлекательности, идей неполноценности, избегающего поведения. Нередко присоединяются сенситивные идеи отношения: пациентки замечают обращенные на них «особые» взгляды, видят, как окружающие, коллеги по работе, знакомые жалеют, обсуждают их косметические дефекты. Многие женщины, перенесшие овари- и гистерэктомии, стараются скрыть от близких истинный объем операций для упреждения негативной реакции со стороны супруга.

Отдельную группу представляют исследования, направленные на изучение особенностей преморбиды у пациенток с РОЖРС [4, 38, 46]. А.А. Гулько [47] в своей работе приводит данные о связи преморбидных свойств личности с манифестирующими вслед за диагностикой и лечением опухолей, в том числе и ОЖРС, психическими расстройствами. Так, по данным автора, аффективные расстройства по типу реактивных депрессий развиваются у психастеников, ипохондрические — у соматопаатов и психастеников, а обсессивно-фобические — у истерических личностей. При этом, по мнению исследователя, депрессивные расстройства претерпевают динамику от астено-депрессивных нарушений до соматизированных расстройств. В литературе встречаются описания наиболее характерных преморбидных особенностей больных с мастоматозным процессом молочной железы. Ю.А. Дыхно и соавт. [48] и С.Д. Галиуллина [44] подчеркивают «депрессивную организацию» личности, выраженность в индивидуальном профиле истерического радикала, репрессию агрессивных реакций. А.В. Асеев и соавт. [49] наряду с другими исследователями, изучавшими проблему преморбиды с психологической позиции, отмечают характерные для больных РМЖ общее снижение фрустрационной толерантности и адаптируемости личности, сложности в принятии компромиссных решений и формировании «примиренческого» поведения [50], что сопровождается высокой степенью алекситимии, трудностями в идентификации и выражении своих

чувств [51]. По сведениям С.С. Ахматнурова [52], большинство пациенток с РМЖ, напротив, в преморбиде отличаются высоким и устойчивым уровнем мотиваций, склонностью к компромиссам и разрешению конфликтных ситуаций.

С.В. Аверьянова [39] при исследовании психологического статуса пациенток, страдающих РМЖ, отмечает, что у 40,8% исследуемых женщин за год течения болезни изменения личностного профиля носили незначительный характер, не влияющий на основную конфигурацию профиля и отражающий ситуационно обусловленные реакции личности. Такие ригидные профили выявлены автором у пациенток психастенического типа (18,5%), с паранойяльными тенденциями — имеющими склонность к ригидным образованиям (14,8%) и у больных с гипоманиакальным преморбидом, у которых имеет место реакция отрицания болезни (7,4%). У 59,2% пациенток наблюдалась кардинальная смена личностного профиля. В 22,2% случаев изменение свойств личности носило негативный характер и отражало смену стенических свойств личности на астенические. У другой части больных с зарегистрированной сменой личностного профиля отмечали формирование активной позиции борьбы с болезнью взамен преобладания «примиренческого» поведения в личностном складе.

В отдельных работах, посвященных психопатологической оценке реактивных состояний, развившихся у пациенток с РОЖРС, анализ депрессивных и тревожных нозогенных расстройств проводили с учетом этапа лечения — диагностический, стационарное лечение (пред- и послеоперационный периоды, консервативная терапия). В ряду общих закономерностей распределения разных типов нозогений относительно указанных этапов РМЖ установлены преобладание депрессивной и тревожно-депрессивной симптоматики на диагностическом этапе [35, 47, 53, 54], нарастание удельной массы тревожных расстройств в предоперационном периоде и увеличение доли астено-ипохондрических и дисморфофобических расстройств при частичной редукции аффективных нарушений в послеоперационном периоде [42, 55]. Кроме того, сообщается о постепенном расширении спектра психопатологических проявлений по мере перехода к каждому следующему этапу [38].

В работе В.В. Васияновой [51] проведен клинический анализ пограничной психической патологии, манифестирующей у 122 пациенток с диагнозом злокачественного новообразования матки и яичников. Автор рассматривает клиническую динамику психических расстройств в рамках 3 этапов онкологического заболевания: до он-

когинекологической операции, краткосрочный (1–3 года) и отдаленный (> 3–4 лет) послеоперационный периоды. По сведениям В.В. Васияновой, в предоперационном периоде преобладают психогенные (связанные с постановкой диагноза рака) психические расстройства, не обнаруживающие тесной связи с преморбидными свойствами личности и проявляющиеся нестойкими депрессивными (64,7%) и тревожно-фобическими (35,5%) симптомокомплексами с тенденцией к спонтанной редукции. На II этапе выявляют депрессивные (42,4%), астенические (24,2%), ипохондрические (21,3%) и истерические (12,1%) расстройства. На III этапе доля больных, имеющих психическую патологию, сокращается, при этом собственно психическая патология приобретает хроническое течение в рамках дистимии (8,9%) и ипохондрического развития личности (3,6%).

По данным И.Г. Терентьева и соавт. [56], обследовавших 153 пациенток с диагнозом РМЖ, почти у половины (46,1%) больных обнаружены отчетливые признаки анозогнозии в отношении онкологической патологии, причем выраженность анозогнозии варьирует в зависимости от стадии опухолевого процесса. Адекватное осознание онкологической патологии чаще встречается при IV стадии РМЖ (91,5% из 47 больных), значительно реже — при III (43,9% из 66 больных) и наблюдается лишь у четверти больных (25,6%) с I — II стадиями.

Имеющиеся в литературе описания психических расстройств у больных РМЖ на отдаленных этапах лечения (катамнестические исследования продолжительностью более 5–7 лет) и их диагностическая квалификация неоднозначны. В.Д. Менделевич [45] описывает изменения личности в связи с наличием хронического заболевания, В.В. Евтягин и соавт. [2] — соматогенные депрессии, развившиеся в рамках постмастэктомического синдрома. По наблюдениям некоторых отечественных исследователей [45], на отдаленных этапах лечения у больных РОЖРС происходит формирование канцерофобического синдрома, являющегося наиболее стойким и способного проявляться в течение ≥ 10 лет, на фоне которого отмечают сохранение тревожно-депрессивных расстройств в виде неглубокой, но стойкой гипотимии, ангедонии, пессимистической самооценки и формирование комплекса переживаний (дисморфофобические расстройства, ипохондрия, тенденция к избеганию контактов).

Часть исследователей описывают картины экзистенциальных сдвигов, дебютирующих феноменом переоценки ценностей, у онкологических больных. Так, согласно наблюдениям Н.Н. Блинова

и соавт. [57], некоторые пациентки считают операцию своеобразным рубежом, подвергая переоценке свою жизнь и разделяя ее на 2 этапа — до и после болезни, при этом доминирующими мотивами «новой жизни» становятся сохранение здоровья и «социальное выживание».

Ряд авторов [58] описывают клинические картины ипохондрических развитий у пациенток с РМЖ. Клиническая картина патологических развитий представлена стойким страхом развития рецидива опухоли, утрированной ипохондрической рефлексией, тщательной регистрацией малейших признаков телесного неблагополучия, формирующейся в процессе онкологической болезни тенденцией к пунктуальному соблюдению врачебных рекомендаций со стремлением к созданию охранительного режима со значительным ограничением нагрузок, как физических, так эмоциональных, ограничения контактов и избегание решения проблем.

Высокая распространенность и клинический полиморфизм психической патологии на всех этапах лечения злокачественных новообразований ОЖРС определяет высокую потребность в терапии данных состояний.

Согласно многочисленным публикациям, психические расстройства рассматривают в ряду фак-

торов, значимо утяжеляющих клиническое течение онкологического заболевания, вызывающих нарушения онкологическими больными терапевтического сотрудничества, снижающих качество жизни и ухудшающих прогноз злокачественного новообразования [27, 30, 59].

По наблюдениям В.Л. Andersen [30], применение психотропных средств у онкологических пациенток с выраженным дистрессом способствует повышению их адаптации к онкологическому заболеванию, снижению выраженности тревожных и депрессивных симптомов, развитию тенденции к повышению оценок индекса жизненных функций, а вовремя оказанная психиатрическая помощь приводит к значимому сокращению медицинских расходов на данный контингент больных [30, 60].

Эффективное использование антидепрессантов для редукции посткастрационных симптомов, побочных проявлений ХТ и гормонотерапии, невропатической боли у пациенток со злокачественными новообразованиями ОЖРС отражено в ряде исследований (табл. 2).

В целом история исследований психофармакологических методов лечения психических нарушений в онкологии охватывает 30 лет и включает 14 крупных работ ( $n = 1541$ ). Несмотря на ряд методологических ограничений проведенных исследо-

**Таблица 2.** Основные исследования эффективности антидепрессантов у пациенток со злокачественными новообразованиями ОЖРС

Автор, год	Число больных (исследуемый препарат)	Онкологический диагноз	Методология (длительность терапии, нед)	Результаты
E. Kalso et al. [31], 1996	15 (амитриптилин)	Злокачественные опухоли молочной железы и невропатическая боль	FGPQ (4)	Снижение интенсивности невропатической боли > 50% у 8 пациенток
D.S. Thompson, 2000	19 (миртазапин)	Опухоли ОЖРС у пациенток, получающих ХТ	(6)	Значительное снижение тошноты на фоне ХТ, уменьшение признаков тревоги и депрессии
G. Pezzella et al. [36], 2001	89 (пароксетин), 90 (амитриптилин)	Злокачественные опухоли молочной железы	MADRS, CGI (8)	Устойчивое улучшение качества жизни в обеих группах; в группе получающих пароксетин развившихся побочных эффектов меньше на 6,4%
C.L. Loprinzi et al., 2006	227 (венлафаксин)	Посткастрационный синдром на фоне гормонотерапии РМЖ	QOL (14)	У 90% больных основной группы — улучшение общего состояния и редукция проявлений посткастрационного синдрома
J.S. Carpenter et al., 2007	77 (венлафаксин)	Посткастрационный синдром на фоне гормонотерапии РМЖ	HFDIS, HAM-D, критерии DSM-IV (14)	Уменьшение частоты приливов на 14% в контрольной и на 25% — в основной группах

**Примечание.** QOL — шкала для оценки качества жизни [B. Bergman B. et al., 1994]; HFDIS — шкала для оценки приливов [J.S. Carpenter, 2001]. HAM-D — шкала Гамильтона для оценки депрессии [M. Hamilton, 1967]; FGPQ — финальная шкала для оценки боли McGill [R. Melzack, 1983]; MADRS — шкала Монтгомери–Асберг для оценки депрессии [S.A. Montgomery, M. Asberg, 1979].

Таблица 3. Исследования психотерапевтических методов воздействия у пациенток с онкологическими заболеваниями ОЖРС

Автор, страна, год	Метод психотерапии (число больных)	Онкологический диагноз	Результаты
P. Maguire et al., Великобритания, 1980	Индивидуальная психотерапия до хирургического вмешательства и после с домашним мониторингом состояния в течение 18 мес после мастэктомии (75; 77 — группа контроля)	Пациентки с РМЖ, госпитализированные для выполнения мастэктомии	Спустя 18 мес после мастэктомии психические нарушения выявлены у 12% пациенток основной и у 39% — контрольной группы
H. Davis, Канада, 1986	Индивидуальная когнитивная психотерапия, направленная на стресскопинг — формирование позитивного восприятия, прогрессивная музыкальная релаксация (7; 5 — группа контроля)	Больные РМЖ I стадии, проходящие курс ХТ	Отсутствуют
E.N. Cain et al., США, 1986	Групповая когнитивная психотерапия с элементами релаксации, физическими упражнениями, диетотерапией, образовательными программами (28; 31 — группа контроля)	Пациентки с опухолями гинекологической сферы	Значимое уменьшение признаков депрессии и тревоги, улучшение интраперсональных и сексуальных отношений
G. Larsson et al., Швеция, 1992	Индивидуальная психотерапия с элементами релаксации, аудиотерапии (32; 32 — группа контроля)	Больные РМЖ, получающие первый курс ХТ после хирургического вмешательства	Снижение раздражительности, улучшение настроения, снижение ситуативной тревоги, мышечного напряжения

ваний, можно однозначно утверждать об эффективности применения ряда антидепрессантов для купирования формирующихся у данного контингента больных психопатологических симптомов. Однако следует отметить тот факт, что в современной литературе недостаточно освещены проблемы взаимодействия психотропных средств с применяемыми в онкологической практике соматотропными препаратами и компонентами ХТ, а также данные об эффективности медицинских затрат в случае внедрения их в схему комплексной медицинской помощи больным раком [61].

При оказании помощи онкологическим пациенткам с коморбидной психической патологией большое внимание уделяют также психотерапевтической коррекции. Значение психотерапии для больных со злокачественными новообразованиями ОЖРС было подчеркнуто еще в работах 80-х годов XX в. В современных публикациях также описана эффективность применения когнитивной психотерапии, методов прогрессивной мышечной релаксации, музыкотерапии для снятия симптомов тревоги, противоболевой терапии, купирования побочных эффектов ХТ и лучевой терапии (табл. 3).

Результаты множества исследований свидетельствуют о востребованности дальнейших разработок и исследований в области психотерапии в онкологической практике [62]. При этом подчеркивается не-

обходимость соответствия психотерапии «субъективной адекватности» особенностям внутренней картины заболевания, ожиданиям больных, возможностям осмысления, соматическому состоянию, интеллектуальному и образовательному уровню пациенток.

### Заключение

При подведении итогов экскурса в проблему психических нарушений у больных РОЖРС следует отметить разнообразие встречающихся в этой группе пациенток психопатологических феноменов. Данный факт можно объяснить наличием дополнительных соматогенных условий, усложняющих картину традиционно выделяемых в онкологической практике стрессобразующих факторов, большую роль среди которых играют гормональные нарушения, являющиеся следствием «калечащих» операций (мастэктомия, гистерэктомия, цистэктомия и др.) и применяемой гормонотерапии у пациенток с сохраненной менструальной функцией. Обращает на себя внимание также отсутствие общей таксономии психопатологических синдромов у этой категории онкологических больных. Кроме того, необходимо подчеркнуть недостаточную разработанность методов реабилитации больных РОЖРС, отсутствие единых рекомендаций по проведению психофармакотерапии и психотерапевтических вмешательств.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2007 г. Под ред. М.И. Давыдова, Е.М. Аксель. Вестн РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН 2009;20(3 Прил 1):8–56.
2. Евтягин В.В., Сдвижков А.М., Борисов В.И., Васильева И.Д. Проблемы реабилитации больных раком молочной железы. Вестн Мос онкол общества 2006;(4):3.
3. Шарова О.Н. Особенности психических расстройств у женщин после радикального лечения рака молочной железы и формирование при них механизмов психологической защиты. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Челябинск, 2000; с.18–9.
4. Чиссов В.И., Дарьялова С.Л. Онкология (клинические рекомендации). М, 2006.
5. Карселадзе А.И. Вопросы эпидемиологии и диагностики рака яичников. Практ онкол 2000;(4).
6. Бохман Я.В., Бонте Я., Вишневский А.С. и др. Гормонотерапия рака эндометрия. СПб., 1992.
7. Бохман Я.В., Лоскутова Г.П., Сафронникова Н.Р. и др. Системный подход к скринингу опухолей репродуктивной системы. В сб.: Тезисы Всесоюзного симпозиума «Скрининг в раннем выявлении опухолей репродуктивной системы и проведение органосохраняющего лечения». Кострома, 5–6 июня 1991. Л., 1991; с. 7–8.
8. American Cancer Society: cancer facts and figures 2004. Atlanta: American Cancer Society, 2004.
9. Corney R., Crawter M., Howells A. et al. Psychosexual dysfunction in women with gynaecological cancer following radical pelvic surgery. Br J Obstet Gynecol 1993;110(1):73–8.
10. Grassi L., Sabato S., Marmai L. et al. Depressive and anxiety disorders among cancer patients: screening methods by using the distress thermometer compared to the ICD-10. Abstracts of the 8th world congress of psycho-oncology. IPOS, 2006;381:162.
11. Harrison J., Maguire P. Predictors of psychiatric morbidity in cancer patients. Br J Psychiatr 1994;165:593–8.
12. Roy-Byrne P.P., Davidso K.W., Kessler R.C. et al. Anxiety disorders and comorbid medical illness. Focus 2008;6:467–85.
13. Raison C.L., Miller A.H. Depression in cancer: mechanisms and disease progression. Biol Psychiatr 2003;54:283–94.
14. Крант М.Д., Рой Ф.Ф. Неотложная психиатрическая помощь онкологическим больным. В кн.: Срочная медицинская помощь в онкологии. Под ред. Д.У. Ярбро, Р.С. Борнштейна. М.: Медицина, 1985; с. 383–96.
15. Miller L.J. Treatment of delirium. Cancer Bull 1992;44(3):254–5.
16. Smith E.M., Gomm S.A., Dickens C.M. Assessing the independent contribution to quality of life from anxiety and depression in patients with advanced cancer. Palliat Med 2003;17:509–13.
17. Stark D., Kiely M., Smith A. et al. Anxiety disorders in cancer patients: their nature, associations, and relation to quality of life. J Clin Oncol 2002;20:3137–48.
18. Okamura M., Yamawaki S., Akechi T. et al. Psychiatric disorders following first breast cancer recurrence: prevalence, associated factors and relationship to quality of life. Jpn J Clin Oncol 2005;35(6):302–9.
19. Portenoy R.K., Thaler H.T., Kornblith A.B. et al. Symptom prevalence, characteristics and distress in a cancer population. Qual Life Res 1994;3:183–9.
20. Manne S.L., Pape S.J. Functional impairment, marital quality, and patient psychological distress as predictors of psychological distress among cancer patients' spouses. Health Psychol 2001;20:452–7.
21. Stommel M., Given B., Given C.W. et al. The influence of cancer patients' symptoms and functional states on patients' depression and family caregivers' reaction to depression. Health Psychol 1993;12:277–85.
22. Wenzel L.B., Fairclough D.L., Brady M.J. et al. Age-related differences in the quality of life of breast carcinoma patients after treatment. Cancer 1999;86:1768–74.
23. Mor V., Allen S., Malin M. The psychosocial impact of cancer on older versus younger patients and their families. Cancer 1994;74 (Suppl 7):2118–27.
24. Evans D.L., McCartney C.F., Nemeroff C.B. et al. Depression in women treated for gynecological cancer: clinical and neuroendocrine assessment. Am J Psychiatr 1986;143:447–51.
25. Golden R.N., McCartney C.F., Haggerty J.J. et al. The detection of depression by patient self-report in women with gynecologic cancer. Int J Psychiatr Med 1991;21:17–27.
26. Ortiz-Pagan S., Sharenow E., Layeequr Rahman R. Prevalence of psychiatric disorders at the time of breast cancer diagnosis. Cancer Res 2009;69; abstr 1068.
27. Dahl A.A., Haaland C.F., Mykletun A. et al. Study of anxiety disorder and depression in long-term survivors of testicular cancer. J Clin Oncol 2005;23:2389–95.
28. Sneed N.V., Edlund B., Dias J.K. Adjustment of gynecological and breast cancer patients to the cancer diagnosis: comparisons with males and females have other cancer sites. Health Care Women Int 1992;13:11–22.
29. Krouse H.J., Krouse J.H. Psychological factors in post-mastectomy adjustment. Psychol Rep 1981;48:275–8.
30. Andersen B.L. Biobehavioral outcomes following psychological interventions for cancer patients. J Consult Clin Psychol 2002; 70:590–610.
31. Kalso E., Tasmuth T., Neuvonen P.J. Amitriptyline effectively relieves neuropathic pain following treatment of breast cancer. Pain 1996;64(2):293–302.
32. Poma S., Varenna R., Bordin G. et al. The phantom breast syndrome. Rev Clin Esp 1996;196(5):299–301.
33. Непомнящая Н.И. О психологическом аспекте онкологических заболеваний. Псих журн 1998;(4):132–44.
34. Schraub S., Arveux P., Mercier M. Psychosocial aspects of cancer screening. Bull Cancer 1995;82(8):607–10.
35. Astin J.A., Anton-Culver H., Schwartz C.E. et al. Sense of control and adjustment to breast cancer: the importance of balancing control coping styles. Behav Med 1999;25(3):101–9.
36. Pezzella G., Moslinger-Gehmayr R., Contu A. Treatment of depression in patients with breast cancer: a comparison between paroxetine and amitriptyline. Breast Cancer Res Treat 2001;70(1):1–10.
37. Былкина Н.Д. Развитие зарубежных психосоматических теорий. Псих журн 1997;(2):149–60.
38. Лапицкий М.А., Коренев С.В., Соловьев В.И. и др. Клинико-психологические особенности больных раком молочной железы на дооперационном и послеоперационном этапах. Паллиативная медицина и реабилитация 2002;(3–4):26.
39. Аверьянова С.В. Психосоматические аспекты лечения больных раком молочной железы. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Саратов, 2001; с. 13–14, 164, 211, 212.
40. Kamby C., Resmussen B.B., Kristensen B. Estrogen receptor status of primary breast carcinomas and their metastases, relation to pattern of spread and survival after recurrence. Br J Cancer 1989;60(2):252–7.
41. Razavi D.J., Delvaux N., Paesmans M. et al. Psychological correlates of hormone receptor status in breast cancer. Letters to the Editor. Lancet 1990;335:931–3.
42. Mehnert A., Koch U. Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: a prospective study. Psychooncology 2007;16(3):181–8.
43. Асеев А.В., Васютков В.Я., Мурашева Э.М. Психологические изменения у женщин, больных раком молочной железы. Маммология 1994;(3):14–6.

44. Галиуллина С.Д. Нервно-психические нарушения у больных раком молочной железы. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Уфа, 2000.
45. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство. М., 1999.
46. Irwig L., Bennetts A., Aust N.Z. Quality of life after breast conservation or mastectomy: a systematic review. *Surgery* 1997;67(11):750–4.
47. Гунько А.А. Психические нарушения у больных, перенесших радикальное лечение по поводу рака молочной железы. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Львов, 1985.
48. Дыхно Ю.А., Денисов И.Н., Мусаева Н.Э. Социально-психологические аспекты жизни больных, перенесших операцию на молочной железе. Избранные вопросы онкологии: материалы Международной научно-практической конференции. Барнаул, 1999; с. 386–7.
49. Асеев А.В., Васютков В.Я., Мурашова З.М. Опыт изучения качества жизни больных раком молочной железы (в условиях областного онкологического диспансера). *Маммология* 1995;(3):40–5.
50. Алясова А.В., Лаптев А.В. Особенности нервно-психических расстройств у больных раком молочной железы. Сборник трудов 1-го конгресса невропатологов, психиатров и нейрохирургов Приволжского федерального округа. Под ред. В.Д. Трошина. Н. Новгород: ВОИ, 2002; с. 231–3.
51. Васянова В.В. Особенности психических нарушений у онкологических больных после гинекологических, урологических и проктологических операций. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Казань, 1996.
52. Ахматнуров С.С. Нервно-психические расстройства у больных злокачественными новообразованиями в отдаленном периоде после радикальной мастэктомии. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск, 1992.
53. Тугай А.А. Психолого-психопатологические реакции на впервые установленный диагноз рака молочной железы. *Вестн Смоленск мед акад* 2001;(3):104.
54. Shelby R.A., Golden-Kreutz D.M., Andersen B.L. PTSD diagnoses, subsyndromal symptoms, and comorbidities contribute to impairments for breast cancer survivors. *J Trauma Stress* 2008;21(2):165–72.
55. Maunsell E., Brisson J., Deschenes L. Type of mastectomy and quality of life for long term breast carcinoma survivors. *Cancer* 1998;83(10):2130–8.
56. Терентьев И.Г., Алясова А.В., Трошин В.Д. Нервно-психические расстройства у больных раком молочной железы. Н. Новгород: Нижегородская государственная медицинская академия, 2004.
57. Блинов Н.Н., Хомяков И.П., Шиповников Н.Б. Об отношении онкологических больных к своему диагнозу. *Вопр онкол* 1990;(8):966–9.
58. Ganz P.A., Coscarelli A., Fred C. et al. Breast cancer survivors: psychosocial concerns and quality of life. *Breast Cancer Res Treatment* 1996;38:183–99.
59. Tagay S., Herpertz S., Langkafel M. et al. Health-related quality of life, anxiety and depression in thyroid cancer patients under short-term hypothyroidism and TSH-suppressive levothyroxine treatment. *Eur J Endocrinol* 2005;153:755–63.
60. Zabora J., Brintzenhofesoc K., Curbow B. et al. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychooncology* 2001;10:19–28.
61. Fisch M. Treatment of depression in cancer. *JNCI Monographs* 2004;(32):105–11.
62. Newell S.A., Sanson-Fisher R.W., Savolainen N.J. Systematic review of psychological therapies for cancer patients: overview and recommendations for future research. *J Natl Cancer Inst* 2002;94:558–84.