

DOI: <https://doi.org/10.18027/2224-5057-2025-15-3s2-2-24>

Цитирование: Владимирова Л.Ю., Вельтищев Д.Ю., Гладков О.А. и соавт. Депрессивные и тревожные расстройства. Клинические рекомендации RUSSCO, часть 2. Злокачественные опухоли 2025;15(3s2):444–471.

ДЕПРЕССИВНЫЕ И ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Коллектив авторов: Владимирова Л.Ю., Вельтищев Д.Ю., Гладков О.А., Караваева Т.А., Кондратьева К.О., Коляго О.О., Семенова Н.Д., Семиглазова Т.Ю., Шпорт С.В.

Ключевые слова: тревожные расстройства, депрессивные расстройства, онкология, психиатрия, психотерапия, психоонкология, онкопсихиатрия

Депрессивные и тревожные расстройства являются наиболее частыми психическими расстройствами у пациентов с онкологическими заболеваниями. Депрессивные и тревожные расстройства приводят к нарушению приверженности больных лечению, как вследствие утраты надежды на выздоровление и смысла жизни, так и в результате когнитивных нарушений (памяти, концентрации внимания), свойственных тревоге и депрессии.

При депрессии наблюдается усиление восприятия телесных симптомов, характерных для онкологических заболеваний, в частности, боли и усталости. При наличии депрессивного или тревожного расстройства значимо повышен риск сопутствующих соматических заболеваний, в частности, сердечно-сосудистых, метаболических, аутоиммунных, эндокринных, а также некоторых онкологических заболеваний, что определяет частую мультиморбидную патологию.

Депрессивные и тревожные расстройства приводят к существенному ухудшению прогноза с повышенным более чем на 20% риском смертельного исхода как вследствие онкологического заболевания, так и в результате суицида.

Риск суицида

Риск суицида у пациентов с онкологическими заболеваниями значительно выше, чем в популяции. К числу наиболее значимых факторов относят:

- депрессивное или тревожное расстройство;
- мужской пол;
- возраст 60 лет и более;
- первый год после постановки диагноза онкологического заболевания;
- тяжелая и неоперабельная форма рака;
- одиночество;

- низкое социально-экономическое положение;
- предшествующие суицидальные попытки.

Наличие факторов риска и суицидальных мыслей требует оценки психического состояния и неотложной терапии, проводимой врачом психиатром.

Принципы диагностики и ведения пациентов со злокачественными новообразованиями при наличии симптомов или нарушений, характерных для тревоги и депрессии

При обращении пациента, имеющего злокачественное новообразование (ЗНО), с жалобами на симптомы или признаки тревожных или депрессивных расстройств рекомендуется соблюдение следующих принципов:

- Обследование с целью диагностики данных расстройств проводить независимо от возраста, пола и стадии заболевания.
- Использовать современные психометрические подходы (скрининговые шкалы/опросники) к их диагностике, проверенные в онкологической практике.
- Применять алгоритмы маршрутизации пациента к специалистам по психическому здоровью, независимо от стадии заболевания.
- Учитывать значимость диагностики и лечения тревожных и депрессивных расстройств для повышения эффективности противоопухолевой терапии, улучшения соматического здоровья и качества жизни.
- Осуществлять оптимальный выбор лекарственных назначений совместно с врачом — психиатром/психотерапевтом, позволяющий проводить безопасное и эффективное комплексное лечение пациентов.
- Контролировать возможные негативные эффекты и лекарственные взаимодействия при проведении медикаментозного лечения психических расстройств и онкологических заболеваний.
- Диагностику в соответствии с критериями МКБ и лечение психических (в т. ч. депрессивных и тревожных) расстройств у больных онкологическими заболеваниями проводить врачу-психиатру или врачам другой специальности, прошедшим специальную подготовку и подтвердившим свою квалификацию для допуска к работе с пациентами, страдающими психическими расстройствами (Закон РФ N3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании») в соответствии с утвержденными Клиническими рекомендациями Минздрава РФ.
- Партнерская модель помощи пациентам с депрессивными и тревожными расстройствами и онкологическими заболеваниями является наиболее эффективной и безопасной при сравнении с консультативной помощью: при выявлении у онкологических больных симптомов психического расстройства план лечения и дальнейшее ведение пациента проводить совместно онкологом и психиатром/психотерапевтом.

1. ДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО

Депрессия (от лат. de-primo придавливать, подавлять, принижать, пресекать) — клинически и патогенетически гетерогенный синдром, включающий эмоциональные, когнитивные, психомоторные и соматические симптомы; характеризуется длительным и стабильным угнетением настроения, утратой интересов и способности получать удовольствие от обычной деятельности, отсутствием энергии, нарушением мыслительной и двигательной активности, аппетита, веса тела и ночного сна.

1.1. Факторы риска депрессивного расстройства

Факторы риска депрессивных расстройств при онкологических заболеваниях представлены в таблице 1.

Таблица 1. Факторы риска депрессивного расстройства

| Группа факторов | Факторы риска |
|-----------------|--|
| Генетические | <ul style="list-style-type: none">• Депрессивные расстройства в семейном анамнезе |
| Демографические | <ul style="list-style-type: none">• Молодой и пожилой возраст• Женский пол |
| Соматические | <ul style="list-style-type: none">• Сопутствующие соматические заболевания• Деадаптирующие симптомы заболевания• Наличие метастазов• Боль• Применение гормональных препаратов или таргетная терапия |
| Социальные | <ul style="list-style-type: none">• Одиночество• Отсутствие социальной поддержки• Дополнительные стрессовые факторы• Употребление алкоголя, психоактивных веществ (ПАВ) в анамнезе |
| Психологические | <ul style="list-style-type: none">• Предшествующая депрессия• Интроверсия, пессимизм, негативная аффективность• Пассивный стиль преодоления проблем• Стрессовые события в жизни, тяжелая утрата• Суицидальные попытки в анамнезе |

1.2. Основные признаки и диагностические критерии депрессивных расстройств

- Пациенты с онкологическими заболеваниями могут не предъявлять жалобы на угнетенное настроение, относя все имеющиеся психические симптомы к проявлениям соматического заболевания, рассматривать депрессию как естественную реакцию на тяжелую болезнь, ее последствия или лечение.
- В жалобах больных депрессией часто доминируют выраженная усталость, длительная и неконтролируемая боль, стойкие нарушения сна.

- Нередко пациенты говорят о свойственных депрессии переживаниях безнадёжности и бессмысленности жизни, собственной ненужности, бремени для окружающих или одиночестве.
- В связи со значимостью поведенческих симптомов депрессии следует обращать внимание на необщительных, замкнутых и с трудом выполняющих лечебные рекомендации пациентов.
- Учитывая возможность самолечения депрессии, необходимо выявлять пациентов, склонных к зависимости от алкоголя, транквилизаторов, барбитуратов (валокордин, корвалол), а также наркотических препаратов.
- Некоторые симптомы являются общими для онкологического заболевания и депрессии, в частности, выраженная усталость, снижение аппетита, веса тела, боль. Однако стойкий характер данных нарушений, не связанный с динамикой и объективными признаками заболевания, нередко свидетельствует о наличии сопутствующей депрессии.

Диагностические критерии депрессивных расстройств при онкологических заболеваниях представлены в таблице 2.

Таблица 2. Диагностические критерии депрессивных расстройств (МКБ-10)

| Диагноз | Симптомы | Временные характеристики | Уточняющие характеристики |
|----------------------------|--|---|--|
| F32 Депрессивный эпизод | Как минимум 2 из 3 основных признаков: 1. Угнетенное настроение 2. Утрата интересов и чувства удовольствия от обычных занятий 3. Утрата энергии и повышенная утомляемость. Как минимум 2 из дополнительных признаков: 1. Утрата уверенности и сниженная самооценка 2. Беспричинное чувство вины и самоуничижения 3. Мысли о смерти или суициде, любое суицидальное поведение 4. Снижение способности мыслить и концентрировать внимание, нерешительность и сомнения 5. Нарушение психомоторной активности с возбуждением или заторможенностью 6. Нарушения сна любого типа 7. Нарушение аппетита (снижение или повышение) с изменением веса тела. | <ul style="list-style-type: none">• Продолжительность ≥ 2 недели• Присутствует большую часть дня• Почти каждый день | <ul style="list-style-type: none">• F32.0 Депрессивный эпизод легкой тяжести• F32.1 Депрессивный эпизод средней тяжести• F32.2 Тяжелый депрессивный эпизод• F32.3 Тяжелый депрессивный эпизод с психотическими симптомами• Большая депрессия (DSM-5) соответствует депрессивным эпизодам средней и тяжелой степени |



| Диагноз | Симптомы | Временные характеристики | Уточняющие характеристики |
|--|---|--|--|
| F34.1 Дистимия | Как минимум 3 признака: 1. Снижение энергии или активности; 2. Бессонница; 3. Неуверенность и чувство неполноценности; 4. Трудности концентрации внимания; 5. Частая слезливость; 6. Утрата чувства удовольствия от обычных занятий; 7. Чувство безнадежности и отчаяния; 8. Неспособность справиться с повседневными обязанностями; 9. Пессимизм, направленный в будущее или негативный анализ прошлого; 10. Социальная отгороженность; 11. Неразговорчивость | <ul style="list-style-type: none"> Хроническое подавленное настроение в течение 2-летнего периода и более Присутствует большую часть дня на протяжении многих дней Возможны короткие периоды улучшения настроения | В динамике расстройства возможны выраженные депрессивные эпизоды |
| F41.2 Смешанное тревожное и депрессивное расстройство | Диагностируют в случаях, когда присутствуют легкие симптомы как тревожного, так и депрессивного расстройства, но ни те, ни другие по отдельности не являются доминирующими или выраженными настолько, чтобы подтвердить тот или иной диагноз | | |
| F43.2 Расстройство адаптации | <p>А. Развитие симптомов происходит в течение одного месяца после подверженности психосоциальному стрессору, который не является чрезвычайным или катастрофическим</p> <p>Б. Наблюдаются симптомы или нарушения поведения по типу, обнаруживаемому при других депрессивных расстройствах, но при отсутствии достаточных критериев для этих расстройств. Симптомы могут быть переменными по форме и тяжести</p> | Симптомы не продолжаются более чем 6 мес. после прекращения действия стрессора или его последствий за исключением длительной депрессивной реакции | <ul style="list-style-type: none"> F43.20 Короткая депрессивная реакция — преходящее легкое депрессивное состояние длительно — не более одного месяца F43.21 Длительная депрессивная реакция — легкое депрессивное состояние, возникающее в результате пролонгированного действия стрессовой ситуации, но длительно — не более 2 лет |

| Диагноз | Симптомы | Временные характеристики | Уточняющие характеристики |
|-----------------------|--|--|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none">• F43.22 Смешанная тревожная и депрессивная реакция. Отчетливо выражены симптомы тревоги и депрессии, легкой выраженности• F43.23 С преобладанием расстройств других эмоций.• F43.24 С преобладанием нарушения поведения.• F43.25 Со смешанными нарушениями эмоций и поведения |
| Синдром деморализации | <p>A. Чувство неспособности реализовать свои (или окружающих) ожидания или справиться с угнетающими проблемами с переживанием беспомощности, безнадежности или отчаяния;</p> <p>B. Состояние длительное и генерализованное;</p> <p>C. Состояние непосредственно предшествует началу или обострению заболевания</p> | Продолжительность — один месяц и более | Может сочетаться с депрессивным расстройством |

1.3. Варианты депрессивных расстройств

- Депрессивный эпизод включает различные проявления депрессивного синдрома, характерные для разных депрессивных (аффективных) расстройств. Выделяют единичный депрессивный эпизод и повторный (в рамках рекуррентного депрессивного расстройства). Депрессивному расстройству часто сопутствует менее выраженный тревожный синдром, проявляющийся беспокойными мыслями, психическим и телесным напряжением, опасениями относительно будущего, возбужденностью и раздражительностью.
- Рекуррентное депрессивное расстройство диагностируют при наличии повторяющихся депрессивных эпизодов в течение жизни. Диагностика данного варианта значима для проведения эффективной профилактики.
- Биполярное аффективное расстройство диагностируют, если наряду с симптомами депрессии в анамнезе присутствуют эпизоды подъема настроения с повышенной активностью, веселостью и возбужденностью. Диагностика данного варианта значима для проведения эффективной терапии и профилактики.

- Дистимия — хроническая депрессия легкой выраженности, длительностью два года и более. Несмотря на сравнительно небольшую выраженность, способствует развитию хронической соматической патологии в связи с вовлеченностью иммунной, сердечно-сосудистой и эндокринной системы, а также приводит к суицидальному поведению.
- Расстройство адаптации — психогенное тревожное, депрессивное или смешанное тревожно-депрессивное расстройство, сопровождающееся фиксацией переживаний на психотравмирующей ситуации, чрезмерной озабоченностью сложными жизненными проблемами, а также симптомами депрессивного эпизода и/или генерализованного тревожного расстройства легкой степени выраженности. Несмотря на незначительную выраженность, суицидальный риск значительно повышен.
- Синдром деморализации — особую значимость в диагностике представляют переживания неспособности справиться с проблемами, чувство безнадежности, беспомощности и отчаяния в связи с тяжелым соматическим заболеванием. Представляет собой континуум состояний различной выраженности: от нормальных реакций до выраженного расстройства. Установлена тесная связь синдрома деморализации с депрессивными и тревожными расстройствами. К факторам риска деморализации относят:
 - выраженные и трудно поддающиеся лечению соматические заболевания;
 - обременительное лечение;
 - длительные и повторные госпитализации;
 - низкий уровень образования и медицинской грамотности;
 - низкий доход и социально-экономические лишения;
 - женский пол;
 - одиночество;
 - отсутствие социальной поддержки.

1.4. Психометрические методики для скрининга (первичной диагностики) депрессивного расстройства

В настоящее время разработаны различные шкалы, преимущественно основанные на основных критериях депрессивного расстройства в МКБ-10, 11 и DSM-5. Скрининг относят к первичной диагностике депрессий, поэтому данный метод не является определяющим в выборе эффективной и безопасной тактики лечения.

В качестве скрининга для выявления депрессии врачом онкологом может использоваться ультракороткий Опросник состояния здоровья пациента — PHQ-2 (табл. 3).

Таблица 3. Опросник состояния здоровья пациента — 2 (PHQ-2)

| Как часто за последние две недели Вас беспокоили следующие проблемы? | Нет | Несколько дней | Больше половины дней | Почти каждый день |
|--|-----|----------------|----------------------|-------------------|
| Утрата прежних интересов или удовольствия от повседневных занятий | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Чувство тоски, угнетения, подавленности или безнадежности | 0 | 1 | 2 | 3 |

Интерпретация. Оценка по шкале PHQ-2 колеблется от 0 до 6. Если оценка равна 3 или больше, вероятно наличие депрессивного расстройства. Пациенты с положительным результатом скрининга должны пройти психопатологическую диагностику у врача психиатра.

Учитывая частое наличие признаков тревожного синдрома у пациентов с депрессией, рекомендуют применять опросник состояния здоровья пациента PHQ-4 (табл. 4).

Таблица 4. Опросник состояния здоровья пациентов — 4 (PHQ-4)

| Как часто за последние две недели Вас беспокоили следующие проблемы? | Нет | Несколько дней | Больше половины дней | Почти каждый день |
|--|-----|----------------|----------------------|-------------------|
| Чувство нервозности, тревоги или напряжения | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Неспособность справиться с волнением или контролировать беспокойство | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Утрата прежних интересов или удовольствия от повседневных занятий | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Чувство тоски, угнетения, подавленности или безнадежности | 0 | 1 | 2 | 3 |

Интерпретация. Оценка по шкале колеблется от 0 до 12. Если сумма баллов от 3 до 5, предполагается легкое расстройство, от 6 до 8 — умеренной выраженности, 9–12 — тяжелое расстройство. Возможен анализ по каждой из подшкал: 1–2 (тревоги) и 2–3 (депрессии) — сумма более 3 баллов требует дальнейшей диагностики тревожного или депрессивного расстройства.

Для более качественной диагностики с учетом признаков, характерных для депрессии рекомендуется использовать Опросник состояния здоровья пациента — 9 PHQ-9 (табл. 5).

Таблица 5. Опросник состояния здоровья пациента — 9 (PHQ-9)

| Как часто за последние две недели Вас беспокоили следующие проблемы? | Нет | Несколько дней | Больше половины дней | Почти каждый день |
|---|-----|----------------|----------------------|-------------------|
| 1. Вы утратили прежние интересы или удовольствие от повседневных занятий | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. У Вас было плохое настроение, Вы были подавлены, или чувствовали безнадежность | 0 | 1 | 2 | 3 |



| Как часто за последние две недели Вас беспокоили следующие проблемы? | Нет | Несколько дней | Больше половины дней | Почти каждый день |
|--|-----|----------------|----------------------|-------------------|
| 3. Вам было трудно заснуть, был прерывистый сон или Вы слишком много спали | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Вы были утомлены или у Вас было мало сил | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. У Вас был плохой аппетит или Вы слишком много ели | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. У Вас было чувство, что Вы неудачник или что Вы подвели себя или свою семью | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Вам было трудно сосредоточиться на чем-либо, например, на чтении или просмотре телепередач | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Вы двигались или говорили так медленно, что другие люди замечали это, или, наоборот, Вы были настолько суетливы и взбудоражены, что двигались гораздо больше обычного | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Вас посещали мысли, что лучше бы умереть или причинить себе вред | 0 | 1 | 2 | 3 |

Интерпретация. Суммарные баллы 5, 10, 15 и 20 представляют собой пороговые значения для легкой, умеренной, среднетяжелой и тяжелой депрессии соответственно (табл. 6).

Вопрос 9 является единственным скрининговым вопросом о риске самоубийства. Пациент, ответивший утвердительно на вопрос 9, нуждается в дальнейшей оценке риска и профилактике суицида врачом психиатром.

Таблица 6. Предварительный диагноз и предлагаемые лечебные мероприятия

| Оценка РНҚ-9 | Тяжесть депрессии | Предлагаемые лечебные мероприятия |
|--------------|----------------------------|--|
| 0–4 | Минимальна или отсутствует | Нет |
| 5–9 | Легкая | Настороженное ожидание; повторите РНҚ-9 при последующем наблюдении. Рекомендуется психологическое консультирование |
| 10–14 | Умеренная | Направление к психиатру/психотерапевту. Лечение с учетом результата консультаций, и последующего наблюдения |
| 15–19 | Умеренно-тяжелая | Направление к психиатру/психотерапевту. Активное лечение с применением фармакотерапии и/или психотерапии |
| 20–27 | Тяжелая | Направление к психиатру/психотерапевту. Неотложное начало терапии |

Кроме этого, в диагностике депрессивных расстройств у онкологических больных могут применяться и другие опросники (табл. 7).

Таблица 7. Опросники, применяющиеся в диагностике депрессивных расстройств у онкологических больных

| Опросник | Описание |
|---|--|
| Опросник депрессии Бека (BDI, BDI-II) | BDI (21 пункт) — шкала самоотчета, оценивающая симптомы депрессии по 4-бальной шкале Лайкерта (0–3). Баллы ≥ 20 по BDI указывают на клиническую депрессию. Области: поведенческие, когнитивные и соматические компоненты депрессии, включая суицидальные мысли. BDI-II (21 пункт) — шкала самоотчета, оценивающая депрессию по 4-бальной шкале Лайкерта (0–3). Пороговые значения: <ul style="list-style-type: none">• минимальная депрессия: 0–13;• легкая депрессия: 14–19;• умеренная депрессия: 20–28;• тяжелая депрессия: 29–63 |
| Шкала депрессии (CES-D, CES-D-SF) — Центр эпидемиологических исследований | CES-D (20 пунктов) и CES-D-SF (10 пунктов) — шкалы самооценки депрессивных симптомов Баллы CES-D ≥ 16 указывают на умеренную или тяжелую депрессивную симптоматику На CES-D относительно не влияет наличие физических симптомов |
| Шкала самооценки депрессии Цунга (ZSDS, BZDS) | ZSDS — это показатель самооценки симптомов депрессии из 20 пунктов (BZSDS состоит из 11 пунктов) по 4-бальной шкале Лайкерта. Пороговые значения: <ul style="list-style-type: none">• нормальный: ZSDS 20–39; BZSDS 11–21;• легкий: ZSDS 40–47; BZSDS 22–32;• умеренный: ZSDS 48–55; BZSDS 33–38;• тяжелый: ZSDS 56–80; BZSDS 39–44 |
| Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) | Сумма баллов по шкале депрессии > 8 — высокая вероятность депрессии Сумма баллов по шкале тревоги > 8 — высокая вероятность тревожного расстройства Сумма баллов по обеим шкалам > 15 — необходима психологическая помощь |

1.5. Алгоритм маршрутизации пациента при наличии признаков депрессии

Скрининг депрессивных расстройств является значимым, однако недостаточным методом диагностики для проведения эффективного и безопасного лечения больных. Диагноз депрессивного расстройства определяет психиатр или врач другой специальности, прошедший специальную подготовку и подтвердивший свою квалификацию для допуска к работе с пациентами, страдающими психическими расстройствами (Закон РФ N3185-I «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»).

Клинико-психопатологическая диагностика, проводимая специалистом, основывается на анализе психического состояния по критериям депрессивных расстройств МКБ10 и включает:

- сбор жалоб пациента, эмоциональных и поведенческих реакций, речи и двигательной активности;

- анализ анамнеза с акцентом на наличие и особенностях предшествующих психических расстройств, особенностях личности и стрессовой истории;
- дифференциальную диагностику с расстройствами, при которых нередко имеется депрессивный синдром, в частности, органическими, личностными и шизофренией;
- анализ результатов обследования пациента, включая экспериментально-психологическую диагностику, неврологический статус, лабораторные показатели.

Далее план лечения разрабатывается совместно со специалистом, исходя из тяжести симптомов (рис. 1) и в соответствии с утвержденными Клиническими рекомендациями Минздрава РФ. При наличии легкой степени выраженности возможно психологическое консультирование с проведением психокоррекционных мероприятий. При наличии умеренной и тяжелой депрессии, требующей комплексной терапии, лечение осуществляется в соответствии с назначениями психиатра или психотерапевта.

При скрининге депрессивных расстройств с помощью ультракоротких опросников (PHQ-2) оценка в 0–1 балл представляет собой допустимый порог эмоциональных реакций и предполагает наблюдение. При наличии 2–3 баллов онкологическому больному следует рекомендовать заполнение опросника PHQ-9. При наличии легких симптомов (до 10 баллов) рекомендуется психологическое консультирование. Сумма баллов ≥ 10 требует дальнейшей диагностической оценки и направления на психопатологическую диагностику к психиатру для подтверждения диагноза и назначения лечения.

1.6. Лечение депрессивных расстройств

При лечении депрессивных расстройств у онкологических больных необходимо учитывать следующие принципы:

- Выявить комплекс предрасполагающих и провоцирующих факторов, связанных с развитием депрессии.
- Проводить эффективное лечение онкологического и сопутствующих заболеваний (например, эндокринных и сердечно-сосудистых), что способствует снижению выраженности депрессии, особенно в случаях, если тяжелое заболевание является основным психотравмирующим фактором.
- Необходимы изменения образа жизни с адекватными физическими нагрузками (при возможности) и нормализацией сна.
- Комплексное применение психотерапевтических, нелекарственных и психофармакологических методов лечения депрессивных расстройств, как наиболее эффективная терапевтическая тактика.
- Рекомендации по лечению зависят от предпочтений пациента и доступа к психиатрической и психотерапевтической помощи.
- Наблюдение и консультирование первично развившихся депрессий легкой степени тяжести возможно врачом-онкологом, прошедшим специальную подготовку по психиатрии или психиатром/психотерапевтом в амбулаторных условиях.

- Лечение тяжелых депрессий и депрессий с высоким суицидальным риском проводят в условиях психиатрического стационара.

1.6.1. Нелекарственные методы лечения депрессивных расстройств

Немедикаментозные методы лечения могут являться альтернативой фармакологической терапии или использоваться для повышения ее эффективности.

- Психотерапия: применяют когнитивно-поведенческую психотерапию, интерперсональную терапию Клермана и Вейсман, логотерапию и др.
- Транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС) — применяют либо в качестве монотерапии, либо для повышения эффекта антидепрессантов при резистентных депрессиях.
- Электростимуляции мозга, магнито-конвульсивная терапия (МКТ) является вариантом импульсной ТМС с усилением мощности.
- Электросудорожная терапия — применяют при резистентных, психотических депрессиях с бредовыми переживаниями, выраженным психомоторным возбуждением или заторможенностью, высоким риском суицида, с отказом от приема пищи, противопоказаниях к фармакотерапии (напр., непереносимость или беременность).
- Другие: рефлексотерапия, светотерапия, депривация сна, нормобарическая гипоксия, разгрузочно-диетическая терапия, физические упражнения.

1.6.2. Фармакотерапия депрессии в онкологической практике

- Фармакотерапия депрессии проводится препаратами различных фармакологических групп. В зависимости от клинических особенностей депрессии врачом психиатром/психотерапевтом могут назначаться антидепрессанты, транквилизаторы, нейролептики и стабилизаторы настроения (антиконвульсанты).
- Необходимо учитывать, что помимо положительного эффекта относительно симптомов депрессии все психофармакологические препараты могут проявлять негативные эффекты, а также в некоторых случаях взаимодействовать с препаратами, назначаемыми для лечения онкологического заболевания (см. раздел 3 «Особенности применения лекарственных препаратов, используемых для лечения тревожных и депрессивных расстройств у онкологических больных»).
- Больным, получающим лечение тамоксифеном, следует избегать назначения пароксетина. На метаболизм тамоксифена меньше всего влияют эсциталопрам, сертралин, венлафаксин.
- Несмотря на более частые негативные эффекты при сравнении с антидепрессантами из группы СИОЗС, трициклические антидепрессанты обладают выраженным антидепрессивным эффектом и нередко назначаются психиатрами при тяжелых и резистентных депрессиях в качестве препаратов второго выбора.



- Атипичные нейролептики назначают при лечении депрессии с психотическими симптомами, а также депрессии в структуре биполярного аффективного расстройства (арипипразол, кветиапин, оланзапин, рисперидон).
- Антиконвульсанты (стабилизаторы настроения) назначают для профилактики депрессивных и маниакальных эпизодов при рекуррентном и биполярном аффективном расстройстве: в частности, карбамазепин, ламотриджин, вальпроат.
- Транквилизаторы назначают в начале лечения депрессии антидепрессантами (СИОЗС) для быстрого снижения интенсивности сопутствующей тревоги и нарушений сна в период до начала действия антидепрессанта. В связи с частым формированием зависимости, длительность назначения бензодиазепиновых транквилизаторов ограничена 3 неделями.
- На любом этапе лечения депрессии в качестве дополнительного воздействия рекомендуется подключение адекватной психотерапии, которая фокусируется на текущих проблемах пациента и включает элементы психообразования.
- Улучшение психического состояния при лечении депрессии наступает, как правило, в конце первой недели, однако длительность поддерживающего и профилактического этапов составляет как минимум 6 месяцев и зависит от особенностей течения расстройства (в частности, количества эпизодов и качества ремиссии). На всех этапах необходим регулярный контроль эффективности и безопасности лечения совместно врачом психиатром и онкологом.
- Преждевременная отмена назначенного лечения приводит к возобновлению депрессии.

2. ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Тревога — отрицательно окрашенная эмоция, выражающая ощущение неопределённости, ожидание негативных событий, трудноопределимые пессимистические предчувствия. Нормальная тревога служит адаптации к негативным внешним воздействиям, патологическая — приводит к значимой дезадаптации. Патологическая тревога (или тревожный синдром) наблюдается при многих психических расстройствах и включает эмоциональные, психомоторные, когнитивные и соматические проявления.

2.1. Факторы риска тревожных расстройств

- Предшествующее психическое расстройство;
- определенные свойства личности (тревожность, застенчивость, замкнутость, сенситивность, склонность к переживанию негативных эмоций);
- психотравмирующие события;
- чрезмерное употребление алкоголя и ПАВ, курение;
- наследственная отягощенность психическими расстройствами;

- некоторые сопутствующие соматические заболевания (онкологические, сердечно-сосудистые (аритмия), эндокринологические (гипертиреоз, сахарный диабет), респираторные (ХОБЛ, астма), хроническая боль и др.);
- проведение противоопухолевого лечения (химиотерапии или лучевой терапии).

2.2. Основные признаки и диагностические критерии тревожных расстройств

Наиболее частыми тревожными расстройствами в онкологической практике являются: генерализованное тревожное, паническое расстройство, расстройства адаптации. В этой группе рассматриваются также реакция на острый стресс и посттравматическое стрессовое расстройство, этиологически связанные со стрессовыми факторами.

Тревожные расстройства сопровождаются:

- беспокойством, опасениями, страхом, раздражительностью, повышением бдительности, нарушением концентрации внимания, гиперестезией, нарушением сна;
- ускорением течения мыслей и темпа речи;
- двигательным беспокойством (вплоть до выраженного возбуждения), мышечным и психическим напряжением, неспособностью к релаксации, нервозностью и неусидчивостью;
- соматовегетативными проявлениями (повышение АД, частоты пульса, дыхания, уровня глюкозы крови, сухость во рту, тошнота, учащенное мочеиспускание, потливость или зябкость, мышечное напряжение (до дрожи или болей в конечностях, мышцах) и др.

Оценка тревоги должна включать в себя опрос пациента, была ли тревога для него проблемой до постановки диагноза онкологического заболевания, усиливается ли тревога при определенных обстоятельствах (например, при проведении лечения или при посещении врача), каковы основные причины беспокойства и опасений, есть ли неконтролируемые физические симптомы, такие как боль, нарушения сердечной деятельности, тошнота и пр., а также имеется ли злоупотребление алкоголем или другими психоактивными веществами (ПАВ).

Диагностические критерии тревожных расстройств представлены в табл. 8.

Таблица 8. Диагностические критерии тревожных расстройств Международная классификация болезней 10 пересмотра (классификация психических и поведенческих расстройств), 1994

| Диагноз | Основные симптомы | Временные критерии | Уточняющие характеристики |
|--|---|---|---|
| Генерализованное тревожное расстройство (F 41.1) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Генерализованная стойкая тревога, беспокойство и опасения 2. Мышечное (двигательное) напряжение (тремор, неспособность расслабиться, повышенный мышечный тонус, головные и мышечные боли) 3. Гиперактивность вегетативной нервной системы (потливость, тахикардия, тремор, приливы жара-холода, озноб, сухость во рту, дискомфорт в эпигастрии, тошнота, чувство нехватки воздуха, головокружение и др. симптомы вегетативного возбуждения) 4. Нарушения сна (затруднение засыпания, прерывистый и/или поверхностный сон, тревожные и/или кошмарные сновидения, пробуждения в тревоги, отсутствие отдыха утром) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Продолжительность ≥ 6 месяцев 2. Большинство дней за период по крайней мере несколько недель подряд | <ol style="list-style-type: none"> 1. Захватывает различные стороны жизни пациента, обстоятельства и виды деятельности 2. Тревога не поддается контролю, ее невозможно подавить усилием воли или рациональными убеждениями 3. Тревога несоразмерна актуальной жизненной ситуации пациента 4. Часто формируются коморбидные психические и соматические расстройства |
| Паническое расстройство (F 41.0) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Рекуррентные, непредсказуемые, спонтанно возникающие панические приступы, не связанные со специфическими ситуациями или предметами 2. Панические приступы сопровождаются выраженными вегетативными нарушениями (усиленное или учащенное сердцебиение, потливость, дрожание или тремор, сухость во рту, чувство нехватки воздуха, тошнота, приливы жара-холода, ощущение головокружения, «дурноты», «предобморочное состояние») 3. Страх смерти или страх потери контроля | <ol style="list-style-type: none"> 1. Панический приступ достигает максимума в течение нескольких минут и длится по меньшей мере несколько минут 2. Паническое расстройство умеренной степени — по меньшей мере 4 панических атаки в четырехнедельный период 3. Паническое расстройство тяжелой степени — по меньшей мере четыре панических приступа за четыре недели наблюдения | <ol style="list-style-type: none"> 1. Панический приступ дискретный 2. Может иметь сопутствующую агорафобию или другие фобии (напр., страх крови, медицинских манипуляций, посещения врача, замкнутых пространств и др.) 3. Быстро формируется страх ожидания приступа 4. На фоне панического приступа может подниматься АД 5. На фоне панического приступа могут возникать явления дереализации, деперсонализации 6. Могут формироваться коморбидные психические или соматические расстройства |

| Диагноз | Основные симптомы | Временные критерии | Уточняющие характеристики |
|---------------------------------|--|--|--|
| Острая реакция стресс (F43.0) | <p>А. Воздействие острого стрессора</p> <p>Б. Симптомы возникают немедленно в течение 1 часа</p> <p>В. Проявления из критерия 1:</p> <ul style="list-style-type: none">– симптомы генерализованного тревожного расстройства: тревога, напряжение, опасения, вегетативные симптомы <p>Проявления из критерия 2:</p> <ul style="list-style-type: none">– уход от социальных контактов;– сужение внимания;– дезориентация;– гнев или агрессия;– отчаяние и безнадежность;– неадекватная гиперактивность;– неконтролируемое переживание горя | Средняя длительность — 48 часов. При длительном действии стрессора возможна длительность до 1 месяца | <p>F43.00 — легкая — соответствует критерию 1</p> <p>F43.01 — умеренная — критерий 1 и 2 симптома из критерия 2</p> <p>F43.02 — тяжелая — критерий 1 и 4 симптома из критерия 2 или диссоциативный ступор</p> |
| Расстройство адаптации (F 43.2) | <p>1. Состояние субъективного дистресса и эмоционального расстройства развиваются в период адаптации к значительному изменению в жизни или стрессовому жизненному событию (включая наличие или возможность серьезной физической болезни)</p> <p>2. Симптомы препятствуют социальному функционированию и продуктивности</p> <p>3. Проявления различны и включают депрессивное настроение, тревогу, беспокойство (или их смешение); чувство неспособности справиться, планировать или продолжать оставаться в настоящей ситуации; а также некоторую степень снижения продуктивности в ежедневных делах</p> | <p>1. Симптомы развиваются в течение одного месяца после подверженности идентифицируемому психосоциальному стрессору, который не представляет собой необычный или катастрофический тип</p> <p>2. Симптомы не продолжаются более, чем шесть месяцев после прекращения действия стресса или его последствий (кроме пролонгированной депрессивной реакции — до 2 лет)</p> | <p>1. Короткая депрессивная реакция</p> <p>2. Пролонгированная депрессивная реакция (до 2 лет)</p> <p>3. Смешанная тревожная и депрессивная реакция</p> <p>4. С преобладанием расстройств других эмоций</p> <p>5. С преобладанием нарушения поведения</p> <p>6. Со смешанными расстройствами эмоций и поведения</p> <p>1. Риск развития повышает индивидуальная предрасположенность или уязвимость, недостаток навыков проблемно-решающего поведения</p> |

| Диагноз | Основные симптомы | Временные критерии | Уточняющие характеристики |
|--|---|---|--|
| | | | 2. Предрасполагающие свойства личности к развитию расстройства адаптации: низкая стрессоустойчивость, склонность к переживанию негативных эмоций, сенситивность, ранимость, мнительность, повышенная тревожность, низкая толерантность к неопределенности и/или критике, сниженная самооценка, импульсивность, впечатлительность |
| Пост-травматическое стрессовое расстройство (F 43.1) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Развивается вследствие чрезвычайного психотравмирующего воздействия, исключительно угрожающего жизни или катастрофического характера (в т. ч. постановка жизнеугрожающего диагноза) 2. Сопровождается экстремальным стрессом 3. Основные клинические проявления — повторные непроизвольные переживания обстоятельств травматического события, (мысли, образы, флешбэки) сопровождающиеся выраженной тревогой или страхом 4. Избегающее поведение (больной стремится избегать обстоятельств, напоминающих или ассоциирующихся со стрессором) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Длительность 1 мес. и более 2. Симптомы возникают обычно в течение шести месяцев от стрессового воздействия 3. При длительном течении или пролонгированном стрессовом воздействии может приводить к изменению личности | <p>Могут присутствовать:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Психогенная амнезия (полная или частичная) 2. Стойкие симптомы повышения психологической чувствительности или возбудимости: <ul style="list-style-type: none"> – затруднение засыпания или сохранения сна; – раздражительность или вспышки гнева; – затруднения концентрации внимания; – настороженность; – гиперестезия. 3. Характеризуется высокой коморбидностью с другими психическими расстройствами, зависимостью от алкоголя и других ПАВ |

2.3. Психометрические методики для скрининга (первичной диагностики) тревожных расстройств

В качестве начального скрининга для выявления тревожного расстройства может использоваться ультракороткий опросник Генерализованное тревожное расстройство (ГТР) Generalized Anxiety Disorder — 2 (GAD-2) или опросник Генерализованное тревожное расстройство (ГТР) Generalized Anxiety Disorder — 7 (GAD-7) (табл. 9 и 10). Несмотря на наименование, данные опросники направлены на выявление не только ГТР, но и любого другого тревожного расстройства.

Таблица 9. Генерализованное тревожное расстройство — 2 (GAD-2)

| Как часто за последние 2 недели Вас беспокоили следующие проблемы? | Нет | Несколько дней | Больше половины дней | Почти каждый день |
|--|-----|----------------|----------------------|-------------------|
| 1. Вы чувствуете нервозность, беспокойство или напряжение | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Вы не можете успокоиться или контролировать беспокойство | 0 | 1 | 2 | 3 |

Интерпретация: Оценка в 3 балла является критерием для выявления возможных случаев, при которых требуется дальнейшая оценка генерализованного тревожного расстройства с направлением к специалисту согласно алгоритму (рис. 2). При наличии 3–6 баллов онкологическому больному возможно рекомендовать заполнение опросника GAD-7.

Таблица 10. Генерализованное тревожное расстройство (ГТР) — 7 (GAD-7)

| Как часто за последние две недели Вас беспокоили следующие проблемы? | Нет | Несколько дней | Больше половины дней | Почти каждый день |
|--|-----|----------------|----------------------|-------------------|
| 1. Вы чувствуете нервозность, беспокойство или напряжение | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Вы были не способны успокоиться или контролировать беспокойство | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Испытывали чрезмерное беспокойство по разным поводам | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Вам было трудно расслабиться | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Были настолько суетливы, что было трудно усидеть на месте | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Вы легко злились и раздражались | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Вы чувствовали боязнь, будто может случиться что-то ужасное | 0 | 1 | 2 | 3 |

Интерпретация. Следующие критические значения коррелируют с уровнем тяжести тревоги:

- Оценка 0–4: минимальная тревожность
- Оценка 5–9: легкая тревожность
- Оценка 10–14: умеренная тревожность
- Оценка более 15: сильная тревожность.

При скрининге тревожных расстройств оценка в 8 баллов или выше представляет собой допустимый порог для выявления вероятных случаев тревожного расстройства; для определения наличия и варианта тревожного расстройства необходима дальнейшая диагностическая оценка и направление к специалисту согласно алгоритму (рис. 2).

В таблице 11 представлены опросники, которые можно использовать для выявления тревожности у онкологических больных (табл. 10).

Таблица 11. Опросники для скрининга тревожных расстройств

| Опросник | Описание |
|--|--|
| Шкала тревоги Бека (The Beck Anxiety Inventory, BAI) | BAI (21 пункт) — шкала самоочета, предназначенная для скрининга тревоги и оценки степени её выраженности Контрольные баллы: Значения от 0 до 9 баллов свидетельствует об отсутствии тревоги. Значения от 10 до 21 балла свидетельствует о незначительном уровне тревоги. Значения от 22 до 35 баллов соответствуют средней выраженности тревоги. Значения от 36 до 63 баллов свидетельствуют об очень высокой тревоге. Каждый пункт включает один из типичных симптомов тревоги, телесных или психических и оценивается от 0 до 3 баллов |
| Шкала тревоги Гамильтона (The Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS) | HARS — клиническая рейтинговая шкала, предназначенная для измерения тяжести тревожных расстройств врачом. Состоит из 14 пунктов, каждый из которых оценивается по шкале Ликкена. 17 баллов и менее — отсутствие тревоги; 18–24 балла — средняя выраженность тревожного расстройства; 25 баллов и выше — тяжелое тревожное расстройство |
| Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) | Используется как скрининговая шкала для выявления тревоги и депрессии. Состоит из 14 вопросов, на каждый из которых нужно выбрать от 0 до 4 баллов, и двух частей: 1. Тревога. HADS-A: • 0–7 баллов — норма (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги); • 8–10 баллов — субклинически выраженная тревога; • 11 баллов и выше — клинически выраженная тревога 2. Депрессия. HADS-D: • 0–7 баллов — норма (отсутствие достоверно выраженных симптомов депрессии); • 8–10 баллов — субклинически выраженная депрессия; • 11 баллов и выше — клинически выраженная депрессия |
| Шкала тревоги Спилберга–Ханина (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) | STAI — это шкала самооценки уровня тревоги (20 пунктов) Позволяет оценить как личностную, так и ситуативную тревожность • до 30 баллов — низкая; • 31–44 балла — умеренная; • 45 и более — высокая |
| Шкала самооценки тревоги Цунга (Zung Self — Rating Anxiety Scale, SAS) | SAS — шкала самооценки тревоги из 20 пунктов по 4-балльной шкале. 5 пунктов оценивают аффективные симптомы, остальные 15 — соматические. Пороговые значения: • нормальный диапазон: 20–44; • легкая и умеренная тревожность: 45–59; • выраженная тревожность: 60–74; • крайняя тревожность: 75–80. Оценивается по 4 группам проявлений: когнитивные, вегетативные, двигательные симптомы и симптомы центральной нервной системы |
| Опросник «Беспокойство о прогрессировании заболевания» | Методика включает 18 утверждений и включает в себя следующие шкалы: «Принятие», «Воспринимаемые преимущества» и «Беспомощность» |

| Опросник | Описание |
|---|--|
| Краткий опросник тревоги о здоровье (Short health anxiety inventory, SHAI) | Опросник состоит из 18 пунктов и имеет трехфакторную структуру: «Тревога о здоровье», «Страх негативных последствий заболевания», «Бдительность к телесным ощущениям» Оценка: <ul style="list-style-type: none">• 0–18 — низкая выраженность тревоги;• 19–36 — средняя выраженность тревоги;• 37–54 — высокая выраженность тревоги. |
| Скрининговый опросник для выявления приступов паники (Patient Health Questionnaire/Panic Screening Questions (PHQ)) | Используется в качестве скрининга для выявления тревоги, наличия панических приступов. Состоит из двух пунктов, в каждом из которых несколько вопросов, на которые нужно ответить — «Да/Нет». При ответе «Да» на вопросы пункта 1a — d «Да» и на 4 любых вопроса пункта 2a — k «Да» можно предполагать наличие у пациента психического расстройства. |
| Опросник для скрининга посттравматического стрессового расстройства (Trauma Screening Questionnaire) | Определяет тяжесть клинических проявлений, течение заболевания, основную психопатологическую симптоматику ПТСР. Состоит из 10 вопросов, отражающих наличие повторных непроизвольных переживаний и возбуждения, с вариантами ответа «Да/Нет». Если балл, полученный по опроснику, равен или превышает 6, то испытуемого следует отнести к группе риска. |

2.4. Алгоритм маршрутизации пациента при симптомах или нарушениях, характерных для тревожного расстройства

Скрининг тревожных расстройств является значимым, однако недостаточным методом диагностики для проведения эффективного и безопасного лечения больных. Необходима клинико-психопатологическая диагностика, проводимая психиатром.

При скрининге тревожного расстройства возможно использование ультракоротких опросников GAD-2 и/или GAD-7. При использовании опросника GAD-2 оценка в 0–2 балла представляет собой допустимый порог эмоциональных реакций и предполагает наблюдение. При наличии 3–6 баллов онкологическому больному возможно рекомендовать заполнение опросника GAD-7. При наличии легких симптомов (до 10 баллов) рекомендуется психологическое консультирование. Сумма баллов ≥ 10 требует дальнейшей диагностической оценки и направления на психопатологическую диагностику к психиатру для подтверждения диагноза и назначения лечения.

2.5. Лечение тревожных расстройств

При выявлении у онкологических больных симптомов тревожных расстройств план лечения разрабатывается совместно со специалистом, исходя из тяжести симптомов (см.

алгоритм выше). Легкое беспокойство, незначительная тревожность переживания о своем здоровье, не приводящие к дезадаптации, могут купироваться медицинским психологом с помощью психокоррекционных мероприятий. Диагностика и лечение психических (клинически верифицированных) расстройств осуществляется врачом-психотерапевтом или врачом-психиатром. Проводится психофармакотерапия, психотерапия и нелекарственная терапия или их комбинация в соответствии с утвержденными Клиническими рекомендациями Минздрава РФ.

При лечении тревожных расстройств у онкологических больных важно учитывать следующие принципы:

1. Необходимо выявить комплекс факторов, с которыми связано возникновение тревоги у пациента.
2. Проведение эффективного лечения основного онкологического и сопутствующих (например, эндокринных) заболеваний способствует снижению выраженности тревоги, особенно в случаях, если это заболевание является основным провоцирующим фактором.
3. Изменение образа жизни с адекватными физическими нагрузками (при возможности), соблюдением режима труда и отдыха, сбалансированное питание и нормализация сна, а также ограничение употребления кофеина могут значительно уменьшить симптомы тревоги. Рекомендуется отказ от употребления алкоголя, курения, употребления ПАВ. Пациентам, которые не могут сразу отказаться от курения рекомендован переход на никотин-содержащие продукты, исключаяющие горение табака, с целью снижения рисков на пути к прекращению курения.
4. Рекомендации по лечению зависят от предпочтений пациента и доступа к психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи.
5. Рекомендуется совместное применение психотерапевтических и психофармакологических методов лечения тревожных расстройств.
6. Рекомендуется проводить психообразование пациентов для формирования у них адекватных представлений о характере тревожных нарушений, возможностях их купирования и для повышения приверженности лечению.
7. Медикаментозные назначения осуществляет врач-психотерапевт или врач-психиатр.

2.5.1. Немедикаментозные методы лечения

1. У пациентов с симптомами тревоги следует рассмотреть возможность применения:
 - психологической самопомощи;
 - методов релаксации;
 - методов саморегуляции;

- других техник снижения тревожности;
 - принципов гигиены сна;
 - когнитивно-поведенческой психотерапии;
 - краткосрочной психодинамической психотерапии;
 - лично-ориентированной (реконструктивной) психотерапии;
 - метод «Десенсибилизации и переработки движениями глаз» (ДПДГ);
 - индивидуальной нарративной экспозиционной терапии.
2. Применяется иное немедикаментозное лечение:
- технологии БОС-терапии (метод биологически обратной связи) с использованием мониторинга ЭЭГ;
 - методы транскраниальной магнитной стимуляции.

2.5.2. Медикаментозное лечение

Для фармакотерапии тревожных расстройств могут применяться анксиолитики, антидепрессанты, атипичные нейролептики, антиконвульсанты и другие препараты. Имеются ограниченные данные о применении антидепрессантов у онкологических больных. Однако их эффективность у других групп пациентов для коррекции симптомов тревожных расстройств позволяет использовать эти препараты после консультации со специалистом и с учетом их побочных эффектов и возможного взаимодействия с другими используемыми лекарственными препаратами, а также сопутствующей патологии пациента.

Медикаментозные назначения осуществляет врач-психотерапевт или врач-психиатр.

3. ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, ИСПОЛЗУЕМЫХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТРЕВОЖНЫХ И ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ, У ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

При назначении препаратов для лечения тревожных и депрессивных расстройств в онкологической практике следует учитывать их побочные и негативные эффекты, возможность взаимодействия с другими препаратами, в т. ч. и противоопухолевыми, а также сопутствующие заболевания пациента (табл. 12).

Таблица 12. Группы препаратов и их особенности, применяющиеся для лечения тревожных и депрессивных расстройств

| Группы препаратов/препараты | Основные побочные эффекты и меры предосторожности | Основные клинические преимущества |
|--|---|---|
| Неселективные ингибиторы обратного захвата моноаминов (трициклические АД): • амитриптилин • имипрамин • кломипрамин • пипофезин | <ul style="list-style-type: none"> Возможны антихолинергические эффекты: сухость во рту, нечеткость зрения, запоры, задержки мочеиспускания Кардиотоксический эффект в высоких дозах. Удлинение интервала QT на ЭКГ Возможно усиление когнитивных нарушений в пожилом возрасте | Амитриптилин в малых дозах используют для улучшения сна и снижения интенсивности боли |
| Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина: • пароксетин • сертралин • флувоксамин • флуоксетин • циталопрам • эсциталопрам | <p>Могут вызывать:</p> <ul style="list-style-type: none"> головную боль; нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта; сексуальную дисфункцию; бессонницу; усиление тревоги и беспокойства в начале лечения; снижение агрегации тромбоцитов; гипонатриемия; серотониновый синдром (при комбинации двух и более серотониновых антидепрессантов). <p>Возможно удлинение интервала QT на ЭКГ (циталопрам, эсциталопрам в высоких дозах), наблюдаются взаимодействия между лекарственными средствами через CYP450 (особенно при назначении пароксетина). Больным, получающим лечение тамоксифеном следует избегать назначения пароксетина.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Хороший профиль «эффективность — переносимость — безопасность» Возможность однократного приема в день Наличие долговременного эффекта от терапии Эсциталопрам, циталопрам, сертралин обладают минимальным взаимодействиями с другими лекарственными средствами; на метаболизм тамоксифена меньше всего влияют эсциталопрам, сертралин, венлафаксин |
| Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина: • дулоксетин • венлафаксин • милнаципран | <ul style="list-style-type: none"> Несколько худшая переносимость и профиль побочных эффектов, чем СИОЗС Нарушение функциональных тестов печени Возможна дизурия Повышение артериального давления в высоких дозах | <ul style="list-style-type: none"> Однократный прием Дулоксетин — используют при нейропатической боли и фибромиалгии (необходима оценка психического состояния в связи с возможными негативными эффектами) |

| Группы препаратов/препараты | Основные побочные эффекты и меры предосторожности | Основные клинические преимущества |
|---|---|---|
| Норадренергические и специфические серотонинергические антидепрессанты (прочие антидепрессанты): <ul style="list-style-type: none">• миансерин;• мirtазапин | <ul style="list-style-type: none">• Небольшой риск агранулоцитоза (контроль количества лейкоцитов в крови и абсолютного количества нейтрофилов)• Повышает уровень липидов• Противопоказан при фенилкетон-урии | <ul style="list-style-type: none">• Седативные свойства, способствуют улучшению сна• Стимулируют аппетит и повышение веса тела.• Противорвотные свой-ства• Используются при приливах, сексуальной дисфункции |
| Мелатониновый антидепрессант: <ul style="list-style-type: none">• агомелатин | <ul style="list-style-type: none">• Противопоказан при печеночной недостаточности и непереносимости лактозы• Вызывает повышение уровня транс-аминаз АСТ, АЛТ• Возможен кожный зуд | <ul style="list-style-type: none">• Отсутствуют сердечно-сосудистые и сексуальные негатив-ные эффекты |
| Серотонинергические модуляторы: <ul style="list-style-type: none">• вортиоксетин | <ul style="list-style-type: none">• Преходящие желудочно-кишечные нарушения• Серотониновый синдром при комбинации с СИОЗС | <ul style="list-style-type: none">• Осутствуют сердечно-сосудистые негативные эффекты• Прокогнитивный эффект• Минимальное влияние на сексуальную функцию |
| Специфические серотонинергиче-ские антидепрессанты: <ul style="list-style-type: none">• тразодон | <ul style="list-style-type: none">• Возможна ортостатическая гипотезия• Желудочно-кишечные нарушения• Аллергические реакции• При комбинации с СИОЗС возможен серотониновый синдром | <ul style="list-style-type: none">• Способствуют улучшению сна• Отсутствует негативный эффект на сексуальную функцию |
| «Малые» нейролептики: <ul style="list-style-type: none">• алимемазин;• перидазин;• сульпирид;• тиоридазин;• флупентиксол;• хлорпротиксен | <ul style="list-style-type: none">• Тиоридазин — возможен кардио-токсический эффект• Сульпирид — повышение про-лактина в крови (противопоказан при гормональнозависимых опухолях) | <ul style="list-style-type: none">• Алимемазин — выражен-ный антигистаминный и седативный эффект• Сульпирид — положи-тельный эффект при тревоге и функциональ-ных желудочно-кишеч-ных нарушениях• Флупентиксол — анти-депрессивный эффект в малых дозах |

| Группы препаратов/препараты | Основные побочные эффекты и меры предосторожности | Основные клинические преимущества |
|--|---|--|
| Атипичные нейролептики: <ul style="list-style-type: none"> • арипипразол; • кветиапин; • оланзапин; • рисперидон | <ul style="list-style-type: none"> • Оланзапин и кветиапин могут вызвать выраженную седацию, особенно у пожилых. Предпочтительно применение препарата в вечернее время • Повышение уровня пролактина в крови (противопоказаны при гормональнозависимых опухолях) • Повышение веса тела, возможно развитие метаболического синдрома (наибольший риск у оланзапина) | <ul style="list-style-type: none"> • Обладают противорвотным действием, что связано с аффинностью к множеству рецепторов в центральной нервной системе, участвующих в патогенезе тошноты и рвоты на фоне проведения химиотерапии. По данным некоторых рандомизированных исследований оланзапин обеспечивает лучший контроль тошноты по сравнению с апрепитантом • Показаны при присоединении психотических симптомов и лечении биполярного расстройства. |
| Бензодиазепиновые транквилизаторы: <ul style="list-style-type: none"> • алпразолам; • диазепам; • лоразепам; • мидазепам; • феназепам | <ul style="list-style-type: none"> • Вызывают зависимость, что ограничивает их длительное применение и соотношение польза/риск • Часто используются в сочетании с антидепрессантами в начале лечения и психотерапией • Может быть выраженный синдром отмены • Могут вызывать: <ul style="list-style-type: none"> – седацию, заторможенность; – нарушения координации; – снижение концентрации внимания; – ортостатическую гипотензию; – угнетение дыхания | <ul style="list-style-type: none"> • Могут использоваться для экстренного купирования тревоги • Обладают седативным и противотревожным свойствами • Целесообразно использовать при наличии тошноты и рвоты ожидания • Возможно эпизодическое применение (например, перед медицинскими манипуляциями) • Часто используются в сочетании с антидепрессантами и психотерапией. |

| Группы препаратов/препараты | Основные побочные эффекты и меры предосторожности | Основные клинические преимущества |
|---|--|---|
| Небензодиазепиновые транквилизаторы: <ul style="list-style-type: none">• афобазол;• бупиرون;• гидроксизин;• фенибут;• этифоксин | <ul style="list-style-type: none">• Возможна индивидуальная непереносимость• Пациентам с нарушениями функции печени или почек рекомендуются небольшие суточные дозы• Могут вызывать:<ul style="list-style-type: none">– седацию, заторможенность;– нарушение концентрации внимания;– головную боль | <ul style="list-style-type: none">• Менее выраженный анксиолитический эффект и меньшее число негативных эффектов при сравнении с бензодиазепинами• Хорошая переносимость• Возможен длительный прием• Улучшают засыпание• Возможно эпизодическое применение (например, перед медицинскими манипуляциями) |
| Антиконвульсанты: <ul style="list-style-type: none">• вальпроат;• карбамазепин;• ламотриджин | Возможна индивидуальная непереносимость, агранулоцитоз, тромбоцитопения, кожная сыпь, токсический гепатит, аллергические реакции. | Используют для профилактики депрессивных и маниакальных эпизодов при рекуррентном и биполярном аффективном расстройстве. |

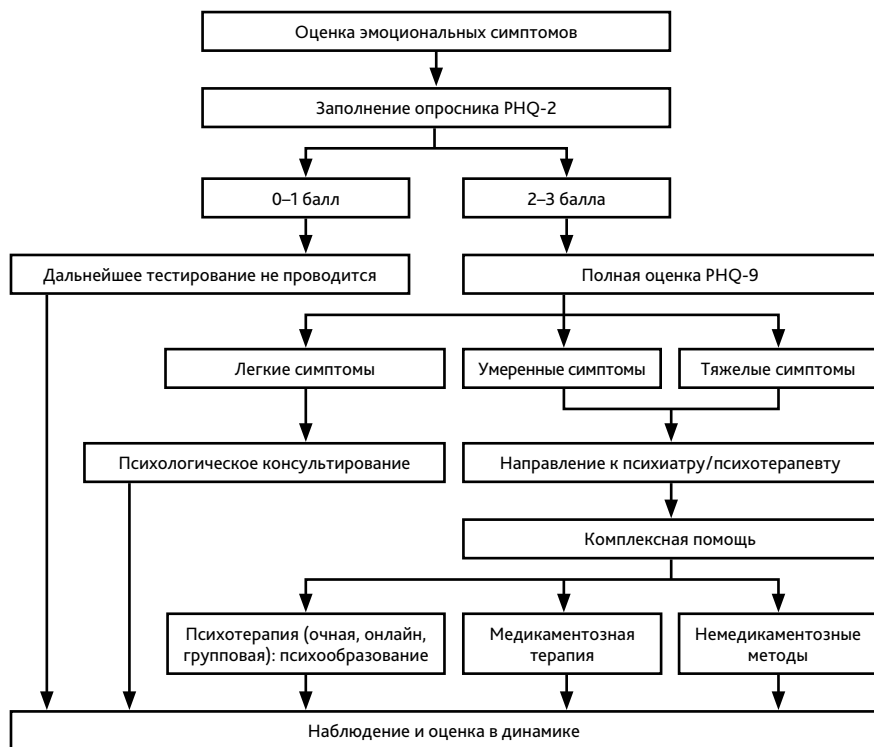


Рисунок 1. Алгоритм маршрутизации пациента при депрессивных расстройствах

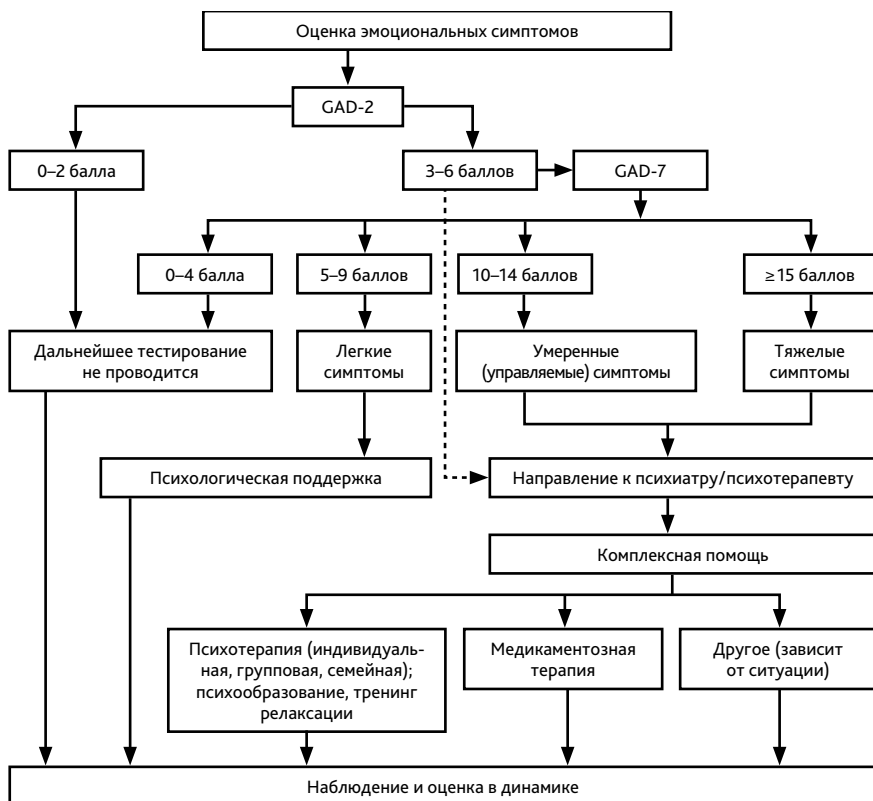


Рисунок 2. Алгоритм маршрутизации пациента при тревожных расстройствах.