

**ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ И ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И
КОМОРБИДНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

¹Тарасова Е. В., ¹Масагутов Р. М., ¹Бакиров Б. А., ²Бессмельцев С.С.

¹ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет», г.Уфа, ул.
Ленина -3, тел. 89177300779, e-mail: Littledoctor@mail.ru

²Российский научно-исследовательский институт гематологии и трансфузиологии,
Санкт-Петербург, e-mail: bsshem@hotmail.com

Резюме

В научном обзоре освещена проблема коморбидности психических расстройств и злокачественных заболеваний. Отражены литературные данные о распространенности тревожных и депрессивных расстройств, в том числе посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), при онкологических и гематологических заболеваниях и состояниях после интенсивной терапии. Приведено сравнение встречаемости психических расстройств при злокачественных заболеваниях крови и другой онкологической патологии. Представлены данные о возможной связи между показателями тревоги, депрессии, ПТСР и генерализацией процесса (наличие отдаленных метастазов), степенью инвазивности при лечении, качеством информирования пациентов о заболевании, видом медицинской страховки и семейным положением. Злокачественные заболевания крови рассматриваются как возможный психотравмирующий фактор.

Ключевые слова: злокачественные заболевания крови, коморбидные психические расстройства, тревога, депрессия, посттравматическое стрессовое расстройство.

**MALIGNANT AND HEMATOLOGICAL DISORDERS AND COMORBID
PSYCHIATRIC DISORDERS**

¹Tarasova E. V., ¹Masagutov R. M., ¹Bakirov B. A., ²Bessmeltsev S.S.

¹Bashkir State Medical University, Ufa, 450000, Lenina str, 3, e-mail: Littledoctor@mail.ru

²Russian Research Institute of Hematology and Transfusiology, e-mail: bsshem@hotmail.com

Abstract

In this scientific review problem of psychiatric comorbidity in patients with malignant diseases was elucidated. Literary data about prevalence of anxiety and depressive disorders, including

PTSD in patients with malignant and hematological diseases and status after intensive care was reproduced. The psychiatric disorders levels in patients with malignant blood diseases were compared with other pathology of cancer. The data about possible connection between indices of anxiety, depression, PTSD and generalization of process (availability of distant metastases), invasiveness of treatment, quality of being in the know of patients, kind of medical insurance and marital status was presented. Malignant blood diseases are considered as a possible traumatic event.

Keywords: hematological disorders, comorbid psychiatric disorders, anxiety, depression, posttraumatic stress disorder.

По DSM-IV (**D**iagnostic and **S**tatistical **M**anual of mental disorders — Руководство по диагностике и статистике психических расстройств) заболевания с высоким риском летальности считаются травматическими для психики факторами, которые способны вызвать в дальнейшем развитие психического расстройства. Психические расстройства значительно чаще распространены среди больных с опухолевыми заболеваниями, чем в общей популяции [1,2]. Так, около 30% таких пациентов испытывают нарушения адаптации, а 20% - страдают серьезными психическими расстройствами, чаще депрессиями [3]. У четверти пациентов с различными злокачественными заболеваниями, получающих паллиативное лечение, депрессия является ведущим синдромом в клинической картине психического расстройства, в то время как в общей популяции распространенность депрессии составляет 6-10% [4]. Наличие в анамнезе депрессивных эпизодов повышает риск повторного развития депрессии, а также других психических расстройств при новообразованиях [5]. В связи с этим у пациентов, страдающих злокачественными опухолями, актуальной становится проблема суицидов. В своей работе N. Farebarrow (1971) сообщил, что у пациентов с онкологическими заболеваниями, совершивших самоубийства, физические возможности в связи с их болезнью были на разном уровне [6]. В исследованиях С. Bolund (1976) из 88 больных раком, совершивших самоубийство, две трети страдали от полной физической беспомощности. У 35 из них развились психические расстройства в связи с известием о злокачественном заболевании. Чаще всего среди них встречались депрессия как «реакция на болезнь» [7].

Развитие депрессии часто возникает при орофарингеальном раке (у 22-57%) [8, 9], раке поджелудочной железы (у 33-50%) [9,10], раке молочной железы (у 1,5-46%) [11, 12], раке легких (у 11-44%) [13,14]. Реже депрессия выявляется у пациентов с раком толстой

кишки (13-25%) [10,15], раком женской половой системы (12-23%) [10,16,17] и лимфомах (8-19%) [18,19].

Целью одного из исследований было определение распространенности расстройств адаптации, психотической депрессии и посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) среди больных в терминальной стадии рака. При первичном обследовании расстройство адаптации было диагностировано у 16,3%, депрессивное расстройство – 11,5%, тревожное расстройство – 0,5%, смешанное эмоциональное расстройство – 4,3%, психотическая депрессия – 6,7% больных. ПТСР не было выявлено ни у одного из пациентов. При повторном обследовании через несколько месяцев расстройство адаптации диагностировано у 10,6% пациентов, депрессивное расстройство – 4,7%, тревожное расстройство – 3,5%, смешанное эмоциональное расстройство – 2,4% и психотическая депрессия – 11,8%. Молодой возраст, высшее образование, выраженный болевой синдром, частые запоры, усталость, сильное беспокойство по поводу финансовых проблем, потеря независимости, симптомы психотической депрессии в анамнезе были факторами риска психологического дистресса у онкологических пациентов. При повторном обследовании расстройство адаптации и психотическая депрессия выявились у двадцати шести человек (30,6%) из 85 пациентов, не имевших данных расстройств при первичном обследовании. У десяти человек при повторном обследовании диагноз остался прежним (у шести человек – расстройство адаптации, и у четырех – психотическая депрессия). У 5 (4,7%) из 12 пациентов с расстройством адаптации, выявленном при первичном обследовании, при повторном – патологии не обнаружено. У пятерых больных (41,7%) была впервые выявлена психотическая депрессия. У 5 (71,4%) из 7 пациентов с психотической депрессией, зарегистрированной при первичном обследовании, она не выявилась при повторном. У одного из этих пациентов (14,3%) было диагностировано расстройство адаптации [20].

L.R. Degoratis at al. сообщили в своей работе, что почти у половины пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями, наблюдаются психические расстройства, большинством из которых являются расстройство адаптации и психотическая депрессия. Другие исследования также показали, что это типичные психические расстройства среди таких пациентов, которые чаще обнаруживаются у больных с прогрессирующим раком в терминальной стадии. Несколько исследований, изучавших распространенность психических расстройств в терминальных стадиях рака, в ходе клинических бесед, выявили уровень расстройств адаптации в пределах 9-35%, и

большой депрессии – 8-26%. Были отмечены культуральные различия при изучении этих расстройств. Среди японцев уровень дистресса был ниже, чем в западной популяции, что коррелировало с низким уровнем разводов, крепкими семейными узами, религиозностью [21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28].

Используя критерии DSM-IV, группа исследователей (Psychosocial Collaborative Oncology Group, 1980) классифицировала психические расстройства у 215 пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями. Из числа опрошенных, 53% имели удовлетворительную адаптацию, у остальных 47% пациентов, наблюдались клинически значимые психические расстройства, включая смешанное тревожно-депрессивное расстройство адаптации (68%), большую депрессию (13%), психические расстройства органической природы (8%), расстройство личности (7%) и тревожные расстройства (4%). Авторы заметили, что около 90% психических расстройств являлись реакцией на манифестацию заболевания или лечение. Расстройства личности, тревожные расстройства осложняли лечение основного заболевания. Значительную боль испытывали 39% пациентов, которым был выставлен психиатрический диагноз. В противоположность этому 19% больных, без какого-либо психиатрического диагноза, не имели никаких болезненных проявлений [29; 30].

Как показывает обзор зарубежных работ, оценки распространенности депрессии при онкологических и онкогематологических заболеваниях значительно варьируют: психотическая депрессия в пределах 0-38%, депрессивные синдромы – 0-58% [7]. D.J. Newport et al. признали, что заболевания, которые манифестируют значительной болью, ухудшают соматический статус и требуют непрерывного лечения, отличаются высокой коморбидностью с депрессией. [31]. Анализ, проведенный с 1980 по 1994 г., показал, что есть значительные различия в группах в зависимости от пола, возраста и типа опухоли [приводится по: 2]. M.L. DeFlorio и M.J. Massie провели обзор 49 исследований, посвященных распространенности депрессии при раке различной локализации, уделяя особое внимание гендерным различиям. В 23 из них не найдено никаких различий между депрессивными проявлениями у женщин и мужчин. В десяти исследованиях были найдены либо незначительные гендерные различия, либо различия по другим параметрам [9]. В четырех исследованиях было найдено повышение депрессии у женщин с онкологической патологией. По результатам исследования T.J. Craig и M.D. Abeloff у 63% женщин, страдающих солидными опухолями отмечены психологические симптомы [32].

G.G. Lloyd et al. также обнаружили высокую психическую заболеваемость среди женщин, у которых были диагностированы различные стадии злокачественных лимфом [33].

K.W. Pettigale et al. изучали группу из 168 пациентов с раком молочной железы и лимфомой, и обнаружили, что у женщин с лимфомой более высокий уровень депрессии и тревоги, чем у мужчин с лимфомой и женщин с раком молочной железы. У женщин был также выявлен больший уровень тревоги, чем у мужчин за период с третьего месяца до конца первого года от начала заболевания. Женщины с раком молочной железы были более тревожными, чем другие пациенты в первый год своего заболевания. Мужчины больше верили, что их заболевание от них не зависит [34]. J. Holland et al. выяснили, что у мужчин, страдающих раком поджелудочной железы или раком желудка, депрессия намного выше, чем у женщин с этими заболеваниями. У мужчин больных раком поджелудочной железы отмечался более высокий уровень депрессии, чем у мужчин с раком желудка [35]. N.V. Sneed et al. не нашли гендерных различий в проявлениях депрессии, тревоги, враждебности и соматизации при обследовании 133 пациентов с различными онкологическими заболеваниями. Женщины с раком репродуктивной системы и молочной железы имели меньший уровень депрессии, тревоги, враждебности, соматизации, чем женщины с другими видами рака [36].

T.Fife et al. не выявили значительных различий между уровнями депрессии при онкологических заболеваниях у женщин и мужчин. Ими же было обнаружено, что женщины лучше адаптируются при раке [приводится по: 3]. При исследовании смертельно больных раком Н.М. Chochinov et al. обратили внимание на то, что депрессия среди информированных больных о летальных исходах заболевания, выше, чем у тех, кто не знает о своем прогнозе [8]. Отмечено также, что распространенность депрессии у смертельно больных с различными диагнозами составляет 17% [18]. Ощущение безнадежности лечения способствует появлению суицидальной идеи у тяжелобольных пациентов, даже если уровень депрессии при этом не значительный [37].

Несколько исследований обнаружили, что психологическая травма может иметь серьезное негативное влияние на пациентов с прогрессирующим злокачественным заболеванием, особенно в терминальной стадии, включая снижение качества жизни [38], появление желания умереть и просьба о помощи в совершении суицида или эвтаназии [23, 39, 40]. Пациенты с коморбидными тревогой и депрессией имеют более длительный восстановительный период, худший результат лечения, требуют больших затрат для выздоровления, чем пациенты с единичным расстройством.

Психологические проблемы, возникающие в результате перенесенных серьезных физических травм и жизнеугрожающих заболеваний, получили повышенное внимание в последние годы. Индивидуальная реакция на травмирующее событие зависит от преморбидных особенностей, пола, диссоциативных проявлений непосредственно после психотравмы, продолжительности срока инвалидности после травмирующего события (если она есть), отсутствия социальной поддержки, дезадаптивных копинг-стратегий. Наличие этих факторов в сочетании с жизнеугрожающим заболеванием в сочетании могут привести к развитию клинически значимого ПТСР [14, 41, 42].

В нескольких исследованиях уделялось внимание ПТСР среди пациентов с различными видами рака. Результаты показывают распространенность полного ПТСР (наличие всех критериев) и отдельных посттравматических симптомов от 5% до 35% [3, 26, 31, 35, 43, 44, 46].

М.А. Andrykowski and P.B. Jacobsen et al., независимо друг от друга, были проведены исследования группы женщин, подвергнутых ранее лечению в связи с раком молочной железы. Выявлено, что у 12-19% участниц выявлялись критерии ПТСР. У женщин, которые были менее информированы о своем заболевании, имеющие глубоко зашедшие стадии болезни, длительные сроки пребывания в больнице, выявлялось большее количество симптомов ПТСР. Распространенность ПТСР была выше у женщин, подвергавшимся более интенсивным способам лечения (операции), чем у тех, кого лечили консервативно. Зависимость симптомов расстройства ассоциировалась со степенью угрозы для жизни [44, 47]. По данным других авторов, использовавших клинические беседы для выявления распространенности ПТСР у пациенток с раком груди, она составляет от 3% до 19%.

С целью разработки профилактических мер для предупреждения развития ПТСР проводились работы по выявлению ключевых маркеров прогнозирующих возникновение данного расстройства у людей, перенесших за недавний период травмирующее событие. Основаниями для этого послужили имеющиеся в литературе доказательства пользы лечения в ближайшее время после пережитого несчастного случая для предупреждения развития ПТСР. В 1994 г. в DSM-IV введен диагноз «острое стрессовое расстройство» (ОСР) для попытки выявления претендентов на развитие ПТСР. Этот диагноз подразумевает стрессовые реакции в первый месяц после травмы. Согласно DSM-IV ОСР должно длиться минимум две и максимум четыре недели, после чего имеет место ПТСР. Главное различие между критериями ОСР и ПТСР - это симптомы острой диссоциации.

Для постановки диагноза требовалось наличие хотя бы трех из следующих признаков диссоциации: 1) субъективное чувство оцепенения; 2) снижение восприятия окружающего; 3) дереализация; 4) деперсонализация; 5) диссоциативная амнезия. По данным одних публикаций симптомы диссоциации прогнозируют ПТСР, а по данным других они не являются решающими в развитии этого расстройства. Также предполагались в качестве предикторов ПТСР изменения в гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системе (понижение уровня кортизола) в ранний период после травмы и катастрофическая оценка случившегося. В одной из работ результат показал, что более низкие уровни кортизола после автокатастроф прогнозировали развитие ПТСР через 6 месяцев после травмирующего события, а в другой работе при значительно низком уровне этого гормона ПТСР не возникло. Так же было отмечено, что катастрофические оценки случившегося спустя три месяца после события предвещают развитие ПТСР через год [приводится по: 48].

В связи с тяжестью течения онкологических и онкогематологических заболеваний, особенно в терминальных стадиях, не редко пациенты подвергаются реанимационным мероприятиям и болезненным инвазивным процедурам. Интенсивная терапия – это источник тяжелого стресса для отдельных лиц. Пациенты во время интенсивной терапии практически полностью зависимы от медицинского обслуживания, а искусственная вентиляция легких делает речевой контакт невозможным. В ряде работ при опросе пациентов после реанимационных мероприятий многие из них рассказывали травмирующие воспоминания, отражающие их состояние при лечении. В работе J.C.Richter et al [49] рассматривались проблемы ПТСР после продолжительного болезненного интенсивного лечения. Целью его являлась оценка распространенности ПТСР и выявление возможных факторов риска его развития. Изучались различия между пациентами, нуждающимися в интенсивной терапии после физических травм и пациентами с другими диагнозами, требующими реанимационных мероприятий. Обследовались пациенты, которые выжили после интенсивного хирургического лечения продолжительностью от 30 дней и более. Время обследования составляло 35 месяцев. В исследовании принимали участие 37 человек. Из них 29 получали лечение в отделении реанимации в связи с тяжелой физической травмой, 8 – по другому поводу. У семи из них (19%), были выявлены все критерии ПТСР согласно DSM-IV (ПТСР-позитивные). Каждый из этих семи пациентов перенес какую-либо тяжелую физическую травму. У других 5 пациентов обнаружено 5-6 критериев (субклиническое ПТСР). Такие симптомы,

как возвращающиеся сновидения и сильный психологический стресс, возникающий от внутренних и внешних раздражителей, встречались наиболее часто. У 13 пациентов имели место симптомы избегания и сужение диапазона эмоциональных реакций. Клинические беседы показали, что у 18 (49%) пациентов отмечался психический преморбид, а 78% из них злоупотребляли психоактивными веществами. Согласно критериям DSM-IV, 22 (60%) пациента обнаруживали симптомы других психических расстройств. Пять из семи ПТСР-позитивных пациентов были мужчинами, двое – женщинами. Их средний возраст составил 45,3 года. Таким образом, распространенность ПТСР составила 24% у пациентов перенесших травму. Ни у одного пациента подвергнутого интенсивному лечению по поводу другого заболевания не развилось ПТСР (ПТСР-негативные). У ПТСР-позитивных с большей вероятностью обнаруживались критерии других психических расстройств, чем у ПТСР-негативных. Сопутствующая психическая патология была выявлена у шести из семи пациентов (ПТСР-позитивных), и только у одного пациента из группы ПТСР-негативных было выявлено другое психическое расстройство. У двоих пациентов с ПТСР были яркие и подробные воспоминания об их состоянии при интенсивном лечении, у троих других были лишь смутные, и еще двое вообще ничего не помнили. Ночные кошмары содержали либо подробности интенсивного лечения, либо несчастного случая. Даже в хорошо-отобранной группе пациентов перенесших интенсивную терапию свыше 30 дней уровень ПТСР находился в пределах соответствующим данным других исследований. Пациенты с другими основными диагнозами (не травмами) после интенсивного лечения чувствовали себя лучше. В результате сравнения, у пациентов с травмами был значительно выше риск развития ПТСР, чем при других заболеваниях. Распространенность ПТСР по данным этой работы не имела отношения к тяжести травмы и продолжительности лечения. В других исследованиях ПТСР выявлялось со значительной частотой после реанимационных мероприятий без предшествующей физической травмы [49].

Несколько авторов изучали ПТСР в группе пациентов, которые перенесли короткий курс интенсивной терапии после серьезной травмы. Психические расстройства (полное или субклиническое ПТСР, тревожные расстройства, депрессия) были выявлены в 25,5% случаев на первом году после травмирующего события [50, 51]. В другом исследовании при помощи опросников, разосланных по электронной почте, у пациентов, ранее лечившихся в отделении реанимации, выявлены значительные уровни ПТСР - до 38%. В

других опубликованных работах о случаях ПТСР после интенсивной терапии распространенность колебалась между 5% и 14% [52].

Таким образом, реанимационные мероприятия, болезненные инвазивные процедуры не могут быть исключены как дополнительный фактор риска развития ПТСР.

Гемобластозы (гематологические опухоли) – злокачественные новообразования лимфатической и кроветворной ткани – являются одной из актуальных медико-социальных проблем современной онкологии, так как входят в число наиболее распространенных опухолей [53]. В России ежегодно состоит на диспансерном учете более 110 тыс. больных злокачественными заболеваниями системы крови. В структуре заболеваемости в РФ гемобластозы не так распространены, как злокачественные опухоли легкого, желудка, толстой кишки и молочной железы. Однако по урону, наносимому обществу (утрата трудоспособных лет жизни), гемобластозы в странах с развитой экономикой занимают второе место после рака легкого, поскольку среди новообразований являются наиболее частой причиной смерти в детском и молодом возрасте [54, 55].

В 2007 г. в России гемобластозы занимали седьмое место в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями среди мужчин (4,9%) и девятое – среди женщин (4,5%) [56]. Наряду с различными онкологическими заболеваниями, злокачественные заболевания крови можно отнести к равнозначным им по угрозе для жизни. Они являются причиной длительного пребывания больного в стационаре, многократных болезненных (инвазивных) обследований (стерильная пункция, биопсия лимфатических узлов, трепанобиопсия). Им проводится химиотерапия, лучевая терапия, осуществляется трансплантация гемопоэтических стволовых клеток, реанимационные мероприятия. По данным различных исследований пациенты, подвергающиеся лечению по поводу гематологических злокачественных заболеваний, страдают от высоких уровней тревоги и депрессии. В одном из исследований приняли участие 51 пациент. Использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии. В результате обнаружено, что в процессе индукционной терапии 35% пациентов имели высокие уровни тревоги и депрессии. Из всех участников 51% достигли уровня умеренного расстройства, а у 14% выявлен уровень тяжелого расстройства. Обнаружена значительная связь между уровнем расстройства и неудовлетворенностью предоставленной информации в отношении их болезни. По данным многих других работ у пациентов с не гематологическими опухолями примерно в 25-33% случаев развиваются тревожные расстройства и депрессия [14, 57].

Предположительно уровень депрессии напрямую связан с генерализацией процесса. При многих гематологических заболеваниях процесс носит распространенный характер, а в ряде случаев встречается метастазирование (лимфомы). По имеющимся данным уровень депрессии увеличивается с появлением отдаленного метастаза [14].

В работе T.T. Levin et al., изучались тревога, депрессия и качество жизни больных хроническим лимфолейкозом. 105 пациентов были разделены на две группы: «группу наблюдения и ожидания» и «активного лечения». Пациенты заполнили шкалы депрессии, тревоги и качества жизни. Не было никакого статистического различия в депрессии, тревоге и качестве жизни между группами «наблюдения и ожидания» и «активного лечения», несмотря на то, что последняя группа имеет более позднюю стадию болезни и неблагоприятные прогностические признаки. Пациенты старше 60 лет показали большую степень депрессии и худший эмоциональный и социальный коэффициенты качества жизни. Молодые пациенты из группы «наблюдения и ожидания» имели больший коэффициент по тревоге. Социальные и эмоциональные коэффициенты качества жизни были схожи у пациентов, которым диагноз был выставлен недавно и более 6 лет назад. [48].

Связь между депрессией, изменениями иммунитета и в последующем уменьшением продолжительности жизни предлагалась многими исследованиями. В нескольких работах было обнаружено, что пониженное настроение перед трансплантацией костного мозга у больных с острым лейкозом было одним из факторов, который был связан со снижением выживаемости [59, 60].

Для выявления ПТСР Y-L. Lee и Sh. J. Santacrose в 2007 г. обследовались пациенты, которые перенесли острый лейкоз в возрасте до 19 лет. Критериями включения были минимальный возраст 19 лет, полное излечение от лейкоза и промежуток времени с момента выздоровления - три года. Опросники и тесты рассылались по почте, после отбора бывших пациентов клиник по базе данных. Из отобранных 51,1% респондентов (45 человек) ответили на письмо. Средний возраст группы составлял 27,4 года. В результате обнаружили, что средний коэффициент ПТСР был 15,7 (SD=11,0, range=0-43). 6 (13%) участников имели клинически значимый уровень ПТСР. Более высокие уровни относительно других выявлены у пациентов, которые жили в одиночестве, не были застрахованы от болезней, и не имели в анамнезе пересадку костного мозга. В клинически значимой группе ПТСР было гораздо больше, проживающих в одиночестве, чем в группе с отсутствием данного расстройства [61].

Как было упомянуто выше не редко для диагностики и лечения злокачественных заболеваний крови используются многократные инвазивные процедуры (стеральная пункция, биопсия лимфоузла, трепанобиопсия), трансплантация гемопоэтических стволовых клеток, лучевая терапия, химиотерапия. Последствия трансплантации гемопоэтических стволовых клеток, побочные эффекты цитостатиков и глюкокортикоидов, лучевой терапии ухудшают эмоциональное состояние, качество жизни, а в худшем случае становятся угрозой для жизни. Часть пациентов нуждается в интенсивной терапии, что является фактором риска развития ПТСР.

ПТСР не редко сопутствуют другие тревожные расстройства, депрессия, зависимость от психоактивных веществ. Из проведенных ранее исследований известно, что психологическая травма часто не распознается медицинским персоналом в клиниках. Так же у среднего медицинского персонала нет достаточной информации о предикторах ПТСР. Несколько исследователей, по результатам проведенных работ, считают, что молодой возраст, женский пол, болевой синдром, определенная локализация поражения раком (чаще поджелудочной железы), терапия рака (химио- и радиотерапия, стероиды), метастазы головного мозга, гиперкальциемия (например, при множественной миеломе), большая депрессия в анамнезе, отсутствие социальной поддержки являются факторами риска развития ПТСР в терминальной стадии рака. Однако ни в одной из работ не приведено достаточных данных для подтверждения этих фактов [36, 62]. Поэтому представленный обзор данных литературы по этой проблеме свидетельствует о том, что онкологические заболевания и гемобластозы следует рассматривать в качестве возможного психотравмирующего фактора. Нет сомнений, что эта проблема является актуальной и требует дальнейшего изучения.

Список литературы:

1. Block S.D. Assessing and managing depression in the terminally ill patient// Ann Intern Med. - 2000. - Vol. 132. - P. 209-218.
2. Brietbart W., Bruera E., Chochinov H. et. al. Neuropsychiatric syndromes and psychological symptoms in patients with advanced cancer// J Pain Symptom Management. - 1995. - Vol. 10. - P. 131 -141.
3. Gurevich M., Devins G.M., Rodin G.M. Stress response syndromes and cancer: Conceptual and assessment issues// Psychosomatics. - 2002. - Vol. 43. - P. 259-281.
4. Barraclough J. Cancer and Emotion// Abingdon: Radcliffe Medical, 1994. – 210 p

5. Bergevin P., Bergevin R. Recognising depression// Am J Hospice Pall Care. - 1995. - Vol. 12. - P. 22 - 33.
6. Farebarrow N., Gamzler S., Cutter F. et al. An eight year survey of hospital suicides// Life-threatening Behaviour. - 1971. - Vol. 1. - P. 184 -202.
7. Bolund C. Suicide and cancer 11, medical and care factors in suicides by cancer patients in Sweden, 1973-1976// J Psychosoc Oncol. -1985. - Vol. 3. - P. 31 -52.
8. Cavusoglu H. Depression in children with cancer// J Pediatr Nurs. - 2001. - Vol. 16. - P. 380–385.
9. DeFlorio M.L., Massie M.J. Review of depression in cancer: gender differences// Depression. - 1995. - Vol. 3. - P. 66–80.
10. Fras I., Litin E. M., Pearson J.S. Comparison of psychiatric symptoms in carcinoma of the pancreas with those in some other intra-abdominal neoplasm// Am J Psychiatry. - 1967. - Vol. 123. - P.1553–1562.
11. Aragona M., Muscatello M.R.A, Mesiti M. Prevalence of depressive mood disorders in breast cancer patients in southern Italy// Ann NY Acad Sci. – 1996. - Vol. 784. - P. 482–485.
12. Sneeuw K.A., Aaronson N.K., Sergeant J.A., van Dongen J.A. et al. Prevalence and screening of psychiatric disorder in patients with early stage breast cancer// Paper presented at the International Congress of Psychosocial Oncology, October 12-14, 1992, Beaune, France. Qual Life Res. – 1993. Vol. 2. P. 50–51.
13. Buccheri G. Depressive reactions to lung cancer are common and often followed by a poor outcome// Eur Respir J. - 1998. - Vol. 11. - P. 173–178.
14. Montgomery Ch., Pocock M., Titley K. et al. Predicting psychological distress in patients with leukaemia and lymphoma// General Hospital Psychiatry. - 2007. - Vol. 29, N. 3. - P. 251-256.
15. Koenig R., Levin S., Brennan M.J. The emotional status of cancer patients as measured by a psychological test// J Chronic Dis. - 1967. - Vol. 20. - P.923–930.
16. Aass N., Fossa S.D., Dahl A.A. Prevalence of anxiety and depression in cancer patients seen at the Norwegian Radium Hospital// Eur J Cancer. - 1997. - Vol. 33. - P. 1597–1604.
17. Evans D.L., McCartney C.F., Nemeroff C.B. et al. Depression in women treated for gynecological cancer: clinical and neuroendocrine assessment// Am J Psychiatry. - 1986. - Vol. 143. - P.447–51.
18. Devlen J., Maguire P., Phillips P. et al. H. Psychological problems associated with diagnosis and treatment of lymphomas. I: Retrospective study// BMJ. - 1987. - Vol. 295. - P. 953–954.

19. Devlen J., Maguire P., Phillips P. et al. Psychological problems associated with diagnosis and treatment of lymphoma. II: Prospective study// BMJ. - 1987. - Vol. 295. - P. 955–957.
20. Akechi T., Okuyama T., Sugawara Y. et. al. Major Depression, Adjustment Disorders, and Post-Traumatic Stress Disorder in Terminally Ill Cancer Patients: Associated and Predictive Factors.// Journal of Clinical Oncology. - 2004. - Vol 22. – P. 1957-1965.
21. Akechi T., Okamura H., Nishiwaki Y. et al. Psychiatric disorders and associated and predictive factors in patients with unresectable nonsmall cell lung carcinoma. A longitudinal study// Cancer. - 2001. - Vol. 92. - P. 2609-2622.
22. Brietbart W., Rosenfeld B., Pessin H. et al. Depression, hopelessness, and the desire for hastened death in terminally ill patients with cancer// JAMA. - 2000. - Vol. 284. - P. 2907–2911.
23. Brown J.H., Henteleff P., Barakat S. et al. Is it normal for terminally ill patients to desire death?// Am J Psychiatry. - 1986. - Vol. 143. - P. 208-211.
24. Chochinov H.M., Wilson K.G., Enns M. et al. Prevalence of depression in the terminally ill: Effects of diagnostic criteria and symptom threshold judgments// Am J Psychiatry. - 1994. - Vol. 151. - P. 537-540.
25. Fevre P.L., Devereux J., Smith S. et al: Screening for psychiatric illness in the palliative care in patient setting: A comparison between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the General Health Questionnaire-12// Palliat Med. - 1999. - Vol. 13. - P. 399-407.
26. Maguire P., Walsh S., Jeacock J. et al. Physical and psychological needs of patients dying from colo-rectal cancer// Palliat Med. - 1999. - Vol. 13. - P. 45-50.
27. Okamura H., Watanabe T., Narabayashi M. et al. Psychological distress following first recurrence of disease in patients with breast cancer: Prevalence and risk factors// Breast Cancer Res Treat. - 2000. - Vol. 61. - P.131-137.
28. Williams M.L., Friedman T., Rudd N. An analysis of the validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale as a screening tool in patients with advanced metastatic cancer//J Pain Symptom Manage. – 2001. – Vol 22. - P. 990-996.
29. Derogatis L.R., Morrow G.R., Fetting J. et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients// JAMA. - 1983. - Vol. 249. - P. 751-757.
30. Derogatis L.R., Morrow G.R., Fetting J. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients// JAMA. - 1983. - Vol. 249. - P. 751–757.
31. Newport D.J., Nemeroff C.B. Assessment and treatment of depression in the cancer patient// J Psychosom Res. - 1998. - Vol. 45. - P. 215–237.

32. Craig T.J., Abeloff M.D. Psychiatric symptomatology among hospitalized cancer patients// Am J Psychiatry. - 1974. - Vol. 131. - P. 1323–1327.
33. Lloyd G.G., Parker A.C., Ludlam C.A., McGuire R.J. Emotional impact of diagnosis and early treatment of lymphomas// J Psychosom Res. - 1984. - Vol. 28. - P. 157–162.
34. Pettingale K.W., Burgess C., Greer S. Psychological response to cancer diagnosis-I. Correlations with prognostic variables// J Psychosom Res. – 1987. - Vol. 32. - P. 255–61.
35. Plumb M., Holland J. Comparative studies of psychological function in patients with advanced cancer. II. Interviewer-rated current and past psychological symptoms// Psychosom Med. - 1981. - Vol. 43. - P. 243–54.
36. 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. – Vol. 13. - P.11–22.
37. Chochinov H.M., Wilson K.G., Enns M. et al. Depression, hopelessness, and suicidal ideation in the terminally ill// Psychosomatics. - 1998. - Vol. 39. - P. 366–370.
38. Grassi L., Indelli M., Marzola M. et al: Depressive symptoms and quality of life in home-care-assisted cancer patients// J Pain Symptom Manage. - 1996. - Vol. 12. - P. 300-307.
39. Akechi T., Okamura H., Nishiwaki Y., et al. Predictive factors for suicidal ideation in patients with unresectable lung carcinoma: A 6-month follow-up study// Cancer. – 2002. - Vol. 95. - P. 1085-1093.
40. Chochinov H.M., Wilson K.G., Enns M. et al. Desire for death in the terminally ill// Am J Psychiatry. - 1995. - Vol. 152. - P. 1185-1191.
41. Bowman M.L. Individual differences in posttraumatic distress: problems with the DSM-IV model// Can J Psychiatry. - 1999. - Vol. 44. - P. 21–33 .
42. Michaels A.J., Michaels C.E., Zimmerman A.E. et al. Posttraumatic stress disorder in injured adults: etiology by path analysis// J Trauma. - 1999. - Vol. 47. - P. 867–873.
43. Alter C.L., Pelcovitz D., Axelrod A. et al: Identification of PTSD in cancer survivors. Psychosomatics. - 1996. - Vol. 37. - P. 137-143.
44. Andrykowski M.A., Cordova M.J., Studts J.L. et al. Posttraumatic stress disorder after treatment for breast cancer: Prevalence of diagnosis and use of the PTSD Checklist-Civilian Version (PCL-C) as a screening instrument// J Consult Clin Psychol. - 1998. - Vol. 66. - P. 586-590.

45. Cordova M.J., Andrykowski M.A., Kenady D.E. et al: Frequency and correlates of posttraumatic-stress-disorder-like symptoms after treatment for breast cancer// J Consult Clin Psychol. - 1995. - Vol. 63. - P. 981-986.
46. Kennedy V.N., Robinson L. Gender and adjustment to cancer: clinical applications// J Psychosocial Oncol. - 1994. - Vol. 12. - P. 1–21.
47. Jacobsen P.B., Widows M.R., Hann D.M. et al. Posttraumatic stress disorder symptoms after bone marrow transplantation for breast cancer// Psychosom Med. - 1998. - Vol. 60. - P. 366-371.
48. Bryant R.A. Acute stress disorder// Journal of Psychosomatic Research. - 1999. - Vol. 46. - P P. 241-245.
49. Richter J. C., Waydhas C., Pajonk F-G. Incidence of Posttraumatic Stress Disorder After Prolonged Surgical Intensive Care Unit Treatment// Psychosomatics. - 2006. - Vol. 47. - P. 223-230.
50. Schnyder U., Moergeli H., Klaghofer R. et al. Incidence and prediction of posttraumatic stress disorder symptoms in severely injured accident victims// Am J Psychiatry. - 2001. – Vol. 158. - P. 594–599.
51. Schnyder U., Moergeli H., Trentz O. et al. Prediction of psychiatric morbidity in severely injured accident victims at one-year follow-up// Am J Respir Crit Care Med. - 2001. – Vol. 164. - P. 653–656.
52. Scragg P., Jones A., Fauvel N. Psychological problems following ICU treatment// Anaesthesia. - 2001. – Vol. 56. - P. 9-14.
53. Лунев Д.А., Заклякова Л.В., Овсянникова Е.Г., Сарсенгалиева А.К. Роль апоптоза в поддержании гемостаза живых систем // Астраханский медицинский журнал. - 2010. - Т. 5, № 1. - С. 11-20.
54. Волкова М.А..Клиническая онкогематология: руководство для врачей / под ред. М.А. Волковой. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2007. - 1120 с.
- 55.. Флейшман Е.В, Сокова О.И., Попа А.В. и др. Возрастные особенности цитогенетических изменений при острых миелоидных лейкозах // Онкогематология. - 2007. - № 4. - С. 12-16.
56. Давыдов, М.И. , Е.М. Аксель. Заболеваемость злокачественными новообразованиями населения России и стран СНГ в 2006 г.// Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. - 2008. - Т. 19, № 2 (прил. 1). - С. 52-90.
57. Zittoun R., Achard S., Ruzniewski P. Assessment of quality of life during intensive chemotherapy or bone marrow transplantation// Psycho-Oncology. -1999. – Vol. 8. - P. 64–73.

58. Levin T. T., Li Y., Riskind J. Depression, anxiety and quality of life in a chronic lymphocytic leukemia cohort// **European Journal of Cancer.** - 1995. - Vol. 31. - P. 157-162
59. Schleifer S.J., Keller S.E., Bond R.N. et al. Major depressive disorder and immunity// **Arch Gen Psychiatry.** – 1989. – Vol. 46. - P. 81–87.
60. Spiegel D. Cancer and depression// **Br J Psychiatry.** - 1996. - Vol. 168. - P. 109–116.
61. Lee Y-L. , Santacroce Sh. J. Posttraumatic stress in long-term young adult survivors of childhood cancer: A questionnaire survey//**General Hospital Psychiatry.** - 2007. - Vol. 29. - P. 251-256.
62. McDonald MV, Passik SD, Dugan W, et al: Nurses' recognition of depression in their patients with cancer// **Oncol Nurs Forum.** – 1999. – Vol. 26. – P. 593-599.