

12. Prat A., Cheang M.C., Galván P., Nuciforo P., Paré L., Adamo B., Muñoz M., Viladot M., Press M.F., Gagnon R., Ellis C., Johnston S. Prognostic Value of Intrinsic Subtypes in Hormone Receptor-Positive Metastatic Breast Cancer Treated with Letrozole with or Without Lapatinib. *JAMA Oncol.* 2016 Oct 1; 2 (10): 1287–1294. DOI: 10.1001/jamaoncol.
13. Hortobagyi G.N., Stemmer S.M., Burris H.A., Yap Y.S., Sonke G.S., Hart L., Campone M., Petrakova K., Winer E.P., Janni W., Conte P., Cameron D.A., André F., Arteaga C.L., Zarate J.P., Chakravarty A., Taran T., Le Gac F., Serra P., O'Shaughnessy J. Overall Survival with Ribociclib plus Letrozole in Advanced Breast Cancer. *N Engl J Med.* 2022 Mar 10; 386 (10): 942–950. DOI: 10.1056/NEJMoa2114663.
14. Slamon D.J., Neven P., Chia S., Jerusalem G., De Laurentis M., Im S., Petrakova K., Valeria Bianchi G., Martín M., Nusch A., Sonke G.S., De la Cruz-Merino L., Beck J.T., Ji Y., Wang C., Deore U., Chakravarty A., Zarate J.P., Taran T., Fasching P.A. Ribociclib plus fulvestrant for postmenopausal women with hormone receptor-positive, human epidermal growth factor receptor 2-negative advanced breast cancer in the phase III randomized MONALEESA-3 trial: Updated overall survival. *Ann Oncol.* 2021 Aug; 32 (8): 1015–1024. DOI: 10.1016/j.annonc.2021.05.353.
15. Lu Y.S., Im S.A., Colleoni M., Franke F., Bardia A., Cardoso F., Harbeck N., Hurvitz S., Chow L., Sohn J., Lee K.S., Campos-Gomez S., Villanueva Vazquez R., Jung K.H., Babu K.G., Wheatley-Price P., De Laurentis M., Im Y.H., Kuemmel S., El-Saghir N., O'Regan R., Gasch C., Solovieff N., Wang C., Wang Y., Chakravarty A., Ji Y., Tripathy D. Updated Overall Survival of Ribociclib plus Endocrine Therapy versus Endocrine Therapy Alone in Pre- and Perimenopausal Patients with HR+/HER2– Advanced Breast Cancer in MONALEESA-7: A Phase III Randomized Clinical Trial. *Clin Cancer Res.* 2022 Mar 1; 28 (5): 851–859. DOI: 10.1158/1078-0432.ccr-21-3032.
16. Pratt A., Anwesha Chaudhury, Nadia Solovieff, Laia Pare, Debora Martinez, Nuria Chic, Olga Martinez, et al. orrelative biomarker analysis of intrinsic subtypes and efficacy across the MONALEESA Phase III studies & SABCS2020; Abstract GS1–04. Oral. <https://www.sabcs.org/> (last access: 20.03.2023)
17. Lisa Carey, Nadia Solovieff, Fabrice André, Joyce O'Shaughnessy, David A. Cameron, Wolfgang Janni, Gabe S. Sonke, Yoon-Sim Yap, et al. Correlative analysis of overall survival by intrinsic subtype across the MONALEESA-2, -3, and -7 studies of ribociclib + endocrine therapy in patients with HR+/HER2– advanced breast cancer, SABCS2021, Presentation # GS2–00. Oral. <https://www.sabcs.org/> (last access: 20.03.2023)
18. NCT05207709. <https://clinicaltrials.gov/> (last access: 20.03.2023)
19. Globocan 2020. <https://gco.iarc.fr/today/> (last access: 20.03.2023)

Статья поступила / Received 27.05.23
Получена после рецензирования / Revised 06.06.23
Принята в печать / Accepted 09.06.23

Сведения об авторах

Коваленко Елена Игоревна, к.м.н., с.н.с. отделения химиотерапии № 1¹. E-mail: eikovalenko@mail.ru. ORCID: 0000-0003-4763-7992

Артамонова Елена Владимировна, д.м.н., проф., зав. отделением химиотерапии № 1¹, кафедра онкологии². ORCID: 0000-0001-7728-9533

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Блохина» Минздрава России, Москва

²ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва

Автор для переписки: Коваленко Елена Игоревна. E-mail: eikovalenko@mail.ru

Для цитирования: Коваленко Е.И., Артамонова Е.В. «Внутренний мир» люминального HER2-негативного метастатического рака молочной железы: эффективность рибосиклиба в зависимости от истинного (intrinsic) геномного подтипа. *Медицинский алфавит.* 2023; (17): 22–26. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2023-17-22-26>.

About authors

Kovalenko Elena I., PhD Med, senior researcher at Dept of Chemotherapy No. 1¹. E-mail: eikovalenko@mail.ru. ORCID: 0000-0003-4763-7992

Artamonova Elena V., DM Sci (habil.), professor, head of Dept of Chemotherapy No. 1¹, Dept of Oncology². ORCID: 0000-0001-7728-9533

¹National Medical Research Centre of Oncology n.a. N.N. Blokhin, Moscow, Russia

²Russian National Research Medical University n.a. N.I. Pirogov, Moscow, Russia

Corresponding author: Kovalenko Elena I. E-mail: eikovalenko@mail.ru

For citation: Kovalenko E.I., Artamonova E.V. 'Inner world' of luminal HER2-negative metastatic breast cancer: Efficacy of ribociclib in different intrinsic subtypes. *Medical alphabet.* 2023; (17): 22–26. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2023-17-22-26>.



DOI: 10.33667/2078-5631-2023-17-26-31

Нарушения психического здоровья при онкогематологических заболеваниях у детей и подростков

Н.Е. Кравченко¹, О.А. Суетина¹, О.В. Сачук², Т.Т. Валиев²

¹ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва

²НИИ детской онкологии и гематологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Блохина» Минздрава России, Москва

РЕЗЮМЕ

Введение. Успехи в лечении онкогематологических заболеваний у детей обуславливают более пристальное внимание не только к достижению ремиссии и длительной многолетней выживаемости пациентов, но и к сопутствующим расстройствам, которые сопровождают как само онкологическое заболевание, так и проводимое лечение. Опухолевые заболевания системы крови вызывают нарушения со стороны всех органов и систем организма и психические дисфункции среди них находятся не на последнем месте.

Цель исследования. Охарактеризовать психическое здоровье и типы психических расстройств у детей и подростков с онкогематологическими заболеваниями во время стационарного лечения.

Материалы и методы. Проанализировано состояние психического здоровья 169 детей и подростков с гемобластомами, которые находились на лечении в НИИ детской онкологии и гематологии ФГБУ «НИИЦ онкологии имени Н.Н. Блохина» Минздрава России в 2022 году. 50 (29,6%) пациентов потребовали консультации врача-психиатра. Среди онкогематологических заболеваний преобладали острый лимфобластный лейкоз – 25 (50%) больных, лимфомы – 17 (34%) и острый миелобластный лейкоз – 8 (16%) пациентов. Данные о состоянии психического здоровья формировались после осмотра и (или) консультации клинического психолога и психиатра.

Результаты. У всех 50 (100%) пациентов, кому была рекомендована консультация врача-психиатра, отмечался астенический синдром, у 47 (94%) диагностированы расстройства адаптации, тревожно-невротические расстройства – у 15 (30%), аффективные синдромы – у 16 (32%), реже (18 и 14% соответственно) наблюдались девиации поведения и расстройства пищевого поведения. В виде единичных случаев у 2 (4%) больных констатируется интеллектуальная недостаточность и у 1 (2%) – психотический синдром. Как правило, наиболее выраженными психопатологическими состояниями были при поступлении пациента в стационар, но по мере лечения и адаптации происходило их затухание.

Заключение. Треть детей и подростков, поступающих в онкогематологический стационар, требуют консультации врача-психиатра. Мультидисциплинарное ведение таких пациентов врачом – детским онкологом, психиатром и клиническим психологом позволяет эффективно купировать психогенные расстройства, облегчая пребывание пациента в стационарных условиях и обеспечивая наилучший контакт между лечащим врачом и пациентом.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: психическое здоровье, психиатрические синдромы, лейкозы, лимфомы, дети.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Disorders of mental health in children and adolescents with hematological malignancies

N. E. Kravchenko¹, O. A. Suetina¹, O. V. Sachuk², T. T. Valiev²

¹Scientific Centre for Mental Health, Moscow, Russia

²National Medical Research Centre of Oncology n.a. N. N. Blokhin, Moscow, Russia

SUMMARY

Introduction. The success in pediatric oncohematological disorders treatment cause increasing scrutiny not only to remission achievement and long-term patient survival, but also to supportive dysfunctions, which go with malignancy and anti-tumor treatment. Blood tumors cause all organs and systems disorders, and psychic dysfunctions of these are not in the last place.

Aim. To characterize mental health and psychic disorders types in children and adolescents with oncohematological diseases during hospital stay.

Materials and methods. It was analyzed mental health of 169 children and adolescents with hemoblastoses, who were treated at Pediatric Oncology and Hematology Research Institute of National Research Cancer Centre n.a. N. N. Blokhin (Moscow, Russia) in 2022 year. 50 (29.6%) patients needed a psychiatric consultation. Among oncohematological disorders acute lymphoblastic leukemia was predominated – 25 (50%), lymphomas – 17 (34%) and acute myeloid leukemia – 8 (16%) patients. Mental health data assessed after examination/consultation of clinical psychologist and psychiatrist.

Results. Asthenia was found in all 50 (100%) patients, who were recommended a psychiatrist consultation, in 47 (94%) – adjustment disorder, in 15 (30%) – vexatious and neurotic disorder, in 16 (32%) – affective syndromes, less often (18 and 14% respectively) – behavioral deviations and eating disorders. As single cases in 2 (4%) patients an intellectual disability and in 1 (2%) a psychotic syndrome were diagnosed. As a role the most pronounced psychopathological conditions were upon admission to the hospital and decreased during the treatment and adaptation.

Conclusions. One third of children and adolescents, hospitalizing to oncohematological clinic need a psychiatrist consultation. Multidisciplinary care for such patients with pediatric oncologist, psychiatrist and clinical psychologist can cure psychogenic disorder effectively, improving the stay of patient at the hospital and best compliance between the doctor and patient.

KEYWORDS: mental health, psychiatric syndrome, leukemia, lymphoma, children.

CONFLICT OF INTEREST. The authors declare no conflict of interest.

Одной из значимых тенденций современной медицинской науки является мультидисциплинарность, то есть вовлечение в решение возникающих в той или иной области клинической медицины вопросов представителей разных специальностей как медицинского, так и немедицинского профиля. Мультидисциплинарный подход характерен и для современной детской онкологической практики. Внедрение современных разнообразных и эффективных методов лечения гемобластозов (высокодозная химиотерапия, полихимиотерапия, трансплантация костного мозга, иммунотерапия, лучевая терапия и т. п.) позволяет достичь у значительного числа несовершеннолетних пациентов многолетней бессобытийной выживаемости даже при поздних стадиях опухоли [1, 2]. Однако онкопатология, впрочем, как и любая другая, не может изолированно затрагивать интересы только одной врачебной специальности. Уже на этапе инициальной диагностики всем несовершеннолетним пациентам с подозрением на гемобластоз наряду с инструментальными и лабораторными исследованиями показаны обязательные консультации врачей-клиницистов других специальностей, в частности неврологов и офтальмологов (для выявления или исключения признаков нейролейкемии). В процессе курации этих пациентов принимают участие педиатры, инфекционисты, генетики и многие другие специалисты, а разнообразие проблем, с которыми приходится иметь дело детским онкологам, не ограничивается только вопросами лечения собственно злокачественного заболевания, но и диктуется необходимостью решать сопутствующие задачи (психологические, социальные, реабилитационные и т. п.). Данное положение объясняет важную роль объединения усилий врачей разных специальностей, участвующих в трудоемком и сложном терапевтическом процессе. Однако, несмотря на очевидную значимость подобного

подхода в решении встающих перед клиницистами задач, приходится с сожалением констатировать, что вектор их внимания зачастую остается сосредоточенным в основном на физическом статусе страдающего онкозаболеванием ребенка и конкретной противоопухолевой терапии опасного соматического недуга, а к психологическому статусу и состоянию психического здоровья не проявляется достаточный интерес. Вряд ли это можно связать с распространенным в обыденной культуре, в том числе среди медицинских работников, мифом о том, что психиатр может признать психически больным даже здорового человека [5]. Вероятнее всего, это можно объяснить и загруженностью врачей, и их недостаточной осведомленностью в области психиатрии, а также отношением к легким проявлениям психической патологии как к несущественным и не оказывающим влияния на процесс лечения основного соматического страдания. Между тем обобщение нашего многолетнего опыта наблюдения пациентов онкогематологических отделений на разных этапах противоопухолевой терапии позволяет утверждать, что те или иные нарушения психологического и психического здоровья, относящиеся к компетенции соответствующих специалистов (психологов, психиатров), имеют место практически у всех детей и подростков, и именно поэтому предлагаемая этими специалистами помощь может в той или иной степени облегчить непростой и самоотверженный труд детских онкологов.

Целью настоящей статьи явилось представление результатов исследования психического здоровья детей и подростков с онкогематологическими заболеваниями и клиническое описание основных типов психических расстройств у данного контингента больных во время госпитализации в онкологический стационар.

Материал и методы

Обследовано¹ 50 пациентов (37 больных мужского и 13 больных женского пола) от 2 до 18 лет, в течение 2022 года проходивших стационарное лечение в НИИ детской онкологии и гематологии ФГБУ «НМИЦ онкологии имени Н. Н. Блохина» Минздрава РФ по поводу различных форм онкогематологических заболеваний (лимфомы и острые лейкозы). В работе использовались клинический, психологический, клиничко-психопатологический методы с привлечением данных из медицинской документации, сведений, полученных от родителей, врачей, медперсонала.

Как известно, онкогематологические заболевания занимают первое (50 %) место в структуре злокачественных новообразований у детей и подростков. В группе обследованных наиболее частыми являлись заболевания лимфомами и острым лимфобластным лейкозом, острый миелобластный лейкоз наблюдался значительно реже. Распределение больных гемобластомами по вариантам представлено на рисунке 1.

Гендерное соотношение с преобладанием почти в три раза мальчиков (соотношение 1 : 2,85) среди страдающих гемобластомами соответствует общемировой тенденции. Возрастное распределение было следующим: дошкольники от 2 до 7 лет – 15 (30 %) больных (3 девочки и 12 мальчиков), младшие школьники от 7 до 12 лет – 15 (30 %) больных (1 девочка и 14 мальчиков), подростки от 12 до 18 лет – 20 (40 %) больных (9 девочек и 11 мальчиков). Все пациенты находились в стадии развернутых клинических проявлений онкологического заболевания и получали противоопухолевое лечение согласно современным действующим протоколам (B-NHL-BFM 95, ALL-IC BFM 2009, BEACOPPesc/DBVE).

Результаты и обсуждение

Не вызывает сомнений тот факт, что некоторые особенности реагирования детей, обусловленные ситуацией госпитализации, могут быть весьма схожими с симптомами психического расстройства, однако не являются ими по своей клинической сути. Например, сниженное настроение, которое в трудной ситуации (в данном случае при онкологическом заболевании) может относиться как к понятной и адекватной психологической реакции, так

и быть проявлением психогении (депрессивной реакции), или же тимическим компонентом депрессивной триады при развитии депрессивного эпизода. Именно разделение понятных психологических феноменов и требующих лекарственной коррекции психиатрических симптомов, связанных с расстройством психического здоровья, является одной из задач, которые решает детский психиатр-консультант в онкологическом стационаре.

Согласно нашим наблюдениям, из всех госпитализированных в течение 2022 года ($n = 169$) примерно две трети ($n = 119$; 70,4 %) больных могут обходиться только психотерапевтической поддержкой, получаемой от работающего в отделении детского психолога и не нуждаются в назначении препаратов психиатрического профиля. Одна треть ($n = 50$; 29,6 %) несовершеннолетних пациентов нуждается и в консультации психиатра, и в назначении психотропных препаратов. При этом необходимость в получении психиатрической помощи может возникать на разных этапах лечения в онкологическом стационаре, то есть нарушения психического здоровья могут выявляться и в самом начале лечения, и позже.

Обобщая наш многолетний опыт наблюдения за детьми с онкогематологическими заболеваниями, можно утверждать, что разнообразные проявления психической патологии при онкогематологических заболеваниях в основном представлены широким спектром легких непсихотических расстройств.

Так, при гемобластозах всегда имел место *астенический синдром* разной степени тяжести. Вероятно, этот факт объясняется системным характером данной соматической патологии. Симптомы астении, представляя собой один из наиболее распространенных типов соматогенных реакций, так называемых соматогений [6], выявлялись у всех (100 %) обследованных пациентов как ретроспективно, так и при осмотре. Ретроспективный анализ показал, что астенические проявления зачастую возникали задолго (от полугода до одного – полутора лет) до установления точного диагноза и могли как бы сливаться с неспецифическим первичным опухолевым симптомокомплексом. Типичные проявления астенического синдрома при гемобластозах, которые обращали на себя внимание психиатров, заключались в особенностях его динамики. Так, на начальных этапах обычно преобладали явления физической астении, а в дальнейшем (в процессе становления клиничко-гематологической ремиссии) происходило постепенное изменение соотношения компонентов астенического синдрома – симптомы психической астении (нарушения внимания, трудности интеллектуального напряжения, раздражительная слабость, эмоциональная лабильность) оттесняли на задний план проявления физической слабости (соматической астении). Можно сказать, что описанная динамика астенического синдрома содержит в себе информацию о его патогенезе и отображает процесс постепенного формирования *органического непсихотического психического расстройства*, диагностика которого является прерогативой психиатров или неврологов. В начале заболевания астения обуслов-

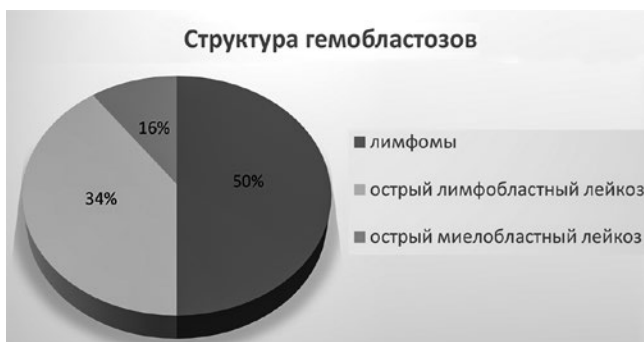


Рисунок 1. Распределение больных гемобластомами в зависимости от клинического диагноза.

¹Все больные в соответствии с действующим Законом о психиатрической помощи [3] были направлены на консультацию к детским психиатрам после получения от законных представителей ребенка (опекунов или родителей) информированного добровольного письменного согласия на осмотр.

лена в основном соматической болезнью, но в процессе противоопухолевой терапии и становления ремиссии уже указывает на последствия специфического лечения из-за токсического влияния химиопрепаратов на головной мозг. Конечно, астенический симптомокомплекс можно отнести к кругу психических нарушений с известной долей условности, тем более что, по нашим наблюдениям, органическое астеническое расстройство имеет тенденцию к регрессирующему течению и может спустя несколько лет полностью редуцироваться, однако сам факт его возможного формирования обязательно должен учитываться при лечении основного (онкогематологического) заболевания с целью своевременного назначения согласованной с онкологами церебропротекторной терапии для минимизации отдаленных последствий химиотерапевтического лечения².

Одними из наиболее частых ($n = 47$; 94%) нарушений психического здоровья у детей и подростков с гемобластозами были *расстройства адаптации* (F43 согласно МКБ-10), которые выступали в виде психогенных нарушений, реакций и поведенческих девиаций. Признаки интеллектуальной недостаточности были выявлены у 2 детей, которые до манифестации гемобластоза уже страдали психическим заболеванием (синдром Дауна). Расстройства более тяжелых регистров (психотические синдромы) наблюдались в единичных случаях ($n = 1$; 2%). Данные о психопатологических синдромах представлены в *таблице 1*.

К категории расстройств адаптации были причислены стрессогенно обусловленные состояния. Все психогенные синдромы манифестировали в условиях однотипной стрессовой ситуации – развитии тяжелого телесного недуга. Психологическая значимость того или иного психотравмирующего фактора, а также клинические особенности психогенной реакции определялись возрастом больных и соотносились со сменой по мере взросления «уровней патологического нервно-психического реагирования» по В. В. Ковалеву³.

Психогенные расстройства были полиморфными по структуре и включали в себя разные психопатологические признаки, которые сочетались между собой, но клинический тип синдрома квалифицировался по ведущему – выступающему на первый план в актуальном психическом состоянии – психопатологическому симптомокомплексу. При этом у одного и того же больного могли наблюдаться то одни, то другие психопатологические нарушения.

У детей дошкольного и младшего школьного возраста психогенные реакции реализовались в виде страхов, тревожных, истеро-тревожных расстройств ($n = 27$; 54%). Это были психологически понятные реакции, которые формировались по мере накопления негативной информации и ухудшения самочувствия в процессе химиотерапии. Страхи сочетались с лабильным настроением и нарушениями поведения. Распространенным был *синдром «больничных страхов»* у детей – состояния мотивированного страха, возникающего в ответ на обследование

Таблица 1
Распределение психопатологических синдромов у детей с гемобластозами в зависимости от возраста

Синдромы	Возраст			
	2–6 лет, n (%)	7–11 лет, n (%)	12–17 лет, n (%)	Итого
Тревожно-невротические синдромы	4 (8%)	7 (14%)	4 (8%)	15 (30%)
Аффективные синдромы	1 (2%)	3 (6%)	12 (24%)	16 (32%)
Девиации поведения	7 (14%)	1 (2%)	1 (2%)	9 (18%)
Расстройства пищевого поведения	2 (4%)	2 (4%)	3 (6%)	7 (14%)
Интеллектуальная недостаточность	–	2 (4%)	–	2 (4%)
Психотические синдромы	1 (2%)	–	–	1 (2%)
Всего больных	15	15	20	50

и различные, часто болезненные, медицинские манипуляции, отрыв от матери ($n = 12$; 24%). В начале своего возникновения эти проявления близки к обычным страхам маленьких детей – страху темноты, незнакомых людей и предметов, одиночества. В дальнейшем фобические реакции как бы отрываются от ситуации и становятся привычной, стереотипной формой реагирования – любая, даже знакомая и безболезненная манипуляция, встреча с врачом, медперсоналом провоцирует чрезмерно громкий крик, плач, протест. Характерная для детей дошкольного возраста, эта реакция может наблюдаться и у более взрослых – у младших школьников в тех случаях, когда психогенное состояние характеризуется признаками регресса (детские интонации, хныканье, просьба «взять на ручки»). Другим нередко встречающимся синдромом был *тревожно-фобический* ($n = 11$; 22%), обычно выступавший в форме повторяющихся навязчивых часто неопределенных страхов и опасений за себя, близких, и который чаще имел место у детей дошкольного и младшего школьного возраста. Как правило, такие страхи возникают на фоне неустойчивого или нерезко сниженного настроения. Для них характерны нестойкость и приступообразность возникновения. Наибольшая выраженность тревожных расстройств и ситуативных страхов наблюдается обычно на начальных этапах госпитализации, особенно в условиях ранее неизвестных и незнакомых детям диагностических и лечебных манипуляций. По мере увеличения продолжительности госпитализации, постепенного «привыкания» к ситуации длительного лечения происходит ослабление симптомов тревоги, уровень которой снижается наряду с другими психопатологическими симптомами, реже ($n = 5$; 10%) симптоматика сохраняется надолго в виде нестойких, неоформленных проявлений беспокойства, тревожной фиксации на ситуациях, связанных с неприятными лечебными процедурами.

Депрессивные синдромы могли отмечаться и у маленьких детей ($n = 4$; 8%), но чаще аффективные психогенные

²Можно использовать разрешенные при онкопатологии препараты ноотропного ряда (фенибут, пантогам), а также полипептиды (кортексин), адаптогены (когитум), холиномиметики (глиатилин, церетон), сосудистые лекарственные средства (винпоцетин, циннаризин).

³Детский психиатр Владимир Викторович Ковалев [4] описал закономерность, согласно которой реакция на те или иные вредности проявляется развитием соответствующей данному этапу онтогенеза психопатологической симптоматики.

реакции были свойственны подросткам – как младшим, так и старшим ($n = 12$; 24%). У пациентов подросткового возраста в структуре психогенного депрессивного синдрома также могли обнаруживаться эпизоды тревоги ($n = 4$; 8%), на высоте которых вспыхивал страх смерти и соматовегетативные симптомы (повышение АД, сердцебиение, потливость). Клиническое оформление реактивных образований у подростков складывалось из сочетания собственно стрессогенно обусловленных расстройств (депрессивных, депрессивно-фобических, депрессивно-тревожно-астенических) и особенностей личностного реагирования. В зависимости от характерологического склада в одних случаях можно было наблюдать усиление замкнутости, углубление сенситивности, ранимости, развитие тревожно-ипохондрических опасений, в других – отрицание проблем и нежелание строить жизнь в зависимости от состояния здоровья и необходимых ограничений, активный протест с агрессией, аутоагрессией.

Психогенный депрессивный синдром ($n = 8$; 16%) у пациентов подросткового возраста определяли легкие депрессивные и субдепрессивные симптомы, которые проявлялись незначительно сниженным настроением с некоторой подавленностью, плаксивостью. Постоянной фиксации на негативных эмоциях при этом не происходило, подростки легко отвлекались, переключались, искали возможность содержательного времяпрепровождения, шли на контакт с персоналом отделения. В некоторых случаях при углублении депрессивной симптоматики выявлялись более выраженные расстройства: безрадостность, слезливость, угрюмость, малообщительность, заторможенность, вялость ($n = 2$; 4%). Длительность большинства депрессивных расстройств не превышала 2 месяцев. У больных подросткового возраста ($n = 2$; 4%) мы наблюдали *синдром эндогенизации депрессии*, когда в структуре депрессивного состояния имело место сочетание клинических признаков реактивного (психогенного) и эндогенного (свойственного конституционально обусловленной «истинной» психической патологии) круга. Данное аффективное расстройство развивалось у подростков (не имеющих признаков психического заболевания до развития гемобластоза) в тех случаях, когда они поступали на лечение в онкологические отделения в связи с рецидивом и осознавали смертельную опасность ситуации. Происходило постепенное видоизменение реактивного синдрома – психогенная депрессивная реакция с характерной для психогений «центрированностью» переживаний исподволь видоизменялась – «эндогенизировалась» – появлялся эндогенный циркадный ритм (ухудшение настроения в утренние часы), элементы витальности (переживание тоски и чувство тяжести за грудиной) и депрессивной дереализации (ощущение нереальности происходящего), однако содержание переживаний оставалось психореактивным (сосредоточенным на психотравмирующих обстоятельствах).

Поведенческие девиации также отмечались часто ($n = 9$; 18%) и, как правило, весьма затрудняли проведение противоопухолевого лечения. Сам по себе этот симптомокомплекс не является отдельным очерченным психопатологическим образованием, а может выступать как структурный элемент других синдромов. В зависимости

от лежащих в основе нарушений поведения патогенетических механизмов можно выделить три варианта расстройства. Во-первых, расстройства поведения могут являться компонентом психопатоподобного депрессивного эквивалента в рамках полиморфного реактивного (психогенного) образования, когда нарушения поведения вторичны по отношению к определяющему психическое состояние расстройству настроения ($n = 2$; 4%). Подобный вариант наблюдается у подростков: происходит отвержение ситуации болезни, игнорирование возможных тяжелых последствий заболевания с протестом и отказом от соблюдения предписаний врача. Во-вторых, расстройства поведения включаются в клиническую картину психогенно обусловленных реакций нарушения адаптации с преобладанием тревоги у маленьких детей, когда протест, непослушание, словесная и физическая агрессия являются попыткой изменить актуальную ситуацию фрустрации – убежать от страха и эмоционального дискомфорта ($n = 7$; 14%). Наконец, в-третьих, нарушения поведения наблюдаются в картине дисфорических состояний, когда грубые поведенческие девиации с гневливостью, гетеро- и аутоагрессией, тоскливо-злым настроением манифестируют при назначении терапии кортикостероидными препаратами ($n = 7$; 14%). Существенной особенностью последних является зависимость их от проводимой терапии – возникновение с первых дней от начала использования кортикостероидов и быстрая редукция после их отмены.

Одной из трудных проблем, с которой приходится иметь дело детским онкологам, является *нарушение пищевого поведения*, возникающее у детей на фоне развившегося в процессе противоопухолевого лечения мукозита. Клинические проявления этого частого нежелательного эффекта химиотерапии, связанные с поражением слизистых оболочек желудочно-кишечного тракта и развитием стоматита, эзофагита, энтероколита или проктита, зачастую ассоциируются с выраженным болевым синдромом, который отмечается в процессе еды и дефекации. Тошнота, рвота и особенно боль провоцируют изменение пищевого поведения детей (избирательное питание, плохой аппетит, сдерживание позывов к дефекации), иногда с полным отказом от еды из-за страха возобновления тягостных ощущений. Как правило после купирования побочных эффектов химиотерапии происходит и нормализация пищевого поведения пациентов. Однако иногда психогенная реакция как бы отрывается от вызвавшего ее соматического недуга и развивается в соответствии с законами динамики психогений ($n = 7$; 14%). Наблюдается продолжительное и уже не обусловленное физическим неблагополучием подташнивание, слюнотечение и отказ от еды даже при полном устранении видимых признаков мукозита. То есть поведение больного ребенка определяется в таких случаях психогенной симптоматикой, а не актуальным состоянием соматического здоровья. Избегающее поведение при развитии нозогенной реакции такого типа является ведущим психологическим защитным механизмом. Описанные расстройства пищевого поведения могут развиваться как у подростков ($n = 3$; 6%), так и у маленьких детей ($n = 4$; 8%) и связаны с особенностями характерологического склада – сочетанием

тревожности и истеро-демонстративных черт. Врачам-онкологам при развитии этих состояний приходится исключать возможные в онкологической практике тяжелые осложнения противоопухолевой терапии (бульбарный синдром, динамическую кишечную непроходимость), но понимание психогенного происхождения расстройства может помочь избежать избыточные и ненужные в таких случаях медицинские манипуляции (проведение ультразвукового исследования, компьютерной томографии, введение назогастрального зонда).

Несомненно, что предложенный перечень состояний не следует рассматривать как исчерпывающий, так как в процессе продолжающегося исследования возможно уточнение и описание новых симптомокомплексов. Лечение нарушений психического здоровья у данного контингента больных заключается в назначении в зависимости от ведущего синдрома разрешенных к применению у детей психотропных препаратов (противотревожных, антидепрессантов, нейролептиков), при этом заметный эффект от использования даже субтерапевтических (по сравнению с повседневной психиатрической практикой) доз достигается быстро – в течение 1–3 недель. Своевременное назначение адекватной психотропной терапии с учетом имеющегося психопатологического синдрома, возраста пациента и его соматического статуса позволяет купировать психические нарушения и облегчить трудоемкий процесс лечения онкологического заболевания.

Заключение

Таким образом, у трети ($n = 50$; 29,6%) поступающих в онкогематологические отделения в течение года детей и подростков с гемобластомами ($n = 169$) на разных этапах стационарного лечения (и в начале – во время уточняющих диагностических исследований, и в процессе активной терапии, и по окончании стационарного лечения) могут выявляться целый ряд нарушений психического здоровья, требующих консультации психиатра и лекарственной курации. В начале госпитализации наблюдаются стрессогенно обусловленные психопатологические состояния, относящиеся к категории расстройств адаптации ($n = 47$; 94%). Клиническая картина этих психогенных образований отличается в разных возрастных группах: у детей обнаруживаются нарушения невротического круга, у подростков предпочтительно развиваются аффективные (депрессивные) психогенные реакции. Манифестация

подобных психогенных расстройств происходит в первые недели госпитализации, но в дальнейшем, по мере адаптации к больничным условиям, через 1,5–2,0 месяца наблюдается их затухание. В процессе активного лечения могут наблюдаться другие психопатологические синдромы, которые связаны с применением химиотерапевтических препаратов и высоких доз кортикостероидов, в частности это расстройства пищевого поведения, развивающиеся после перенесенного мукозита (14%), а также поведенческие девиации, обусловленные использованием кортикостероидов (14%). В конце стационарного лечения следует обращать внимание на формирующийся органический симптомокомплекс (у 100% пациентов) разной степени выраженности, в том числе связанный с токсическим влиянием химиопрепаратов на головной мозг. В связи с этим на протяжении всего лечения пациента следует помнить о необходимости помощи медицинского психолога, психиатра в комплексном лечении такой сложной патологии, как опухоли системы крови у детей.

Список литературы / References

1. Валиев Т.Т. Лимфома Беркитта у детей: 30 лет терапии. *Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского* 2020; 99 (4): 35–41. DOI: 10.24110/0031-403X-2020-99-4-35-42.
Valiev T. T. Burkitt's lymphoma in children: 30 years of therapy. *Pediatrics. Journal n.a. G.N. Speransky* 2020; 99 (4): 35–41. DOI: 10.24110/0031-403X-2020-99-4-35-42.
2. Желудкова О.Г., Поляков В.Г., Рыков М.Ю., Сусулева Н.А., Турабов И.А. Клинические проявления онкологических заболеваний у детей: практические рекомендации. Под ред. В.Г. Полякова, М.Ю. Рыкова. СПб: Типография Михаила Фурсова, 2017. 52 с.
Zheludkova O. G., Polyakov V. G., Rykov M. Yu., Susuleva N. A., Turabov I. A. *Clinical manifestations of oncological diseases in children: Practical recommendations*. Ed. V. G. Polyakova, M. Yu. Rykov. St. Petersburg: Printing house of Mikhail Fursov, 2017. 52 p.
3. Закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Москва. 1993. Изд-во Независимой психиатрической ассоциации.
Law of the Russian Federation 'On psychiatric care and guarantees of the rights of citizens in its provision'. Moscow. 1993. Publishing House of the Independent Psychiatric Association.
4. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. М.: Медицина, 1985, 288 с.
Kovalev V. V. *Semiotics and diagnosis of mental illness in children and adolescents*. M.: Medicine, 1985, 288 p.
5. Носачев Г.Н., Дубицкая Е.А. Представление врачей и психологов о депрессии, психиатрии и психиатрах. *Психические расстройства в общей медицине*. 2008, № 4, с. 13–17.
Nosachev G. N., Dubitskaya E. A. Representation of doctors and psychologists about depression, psychiatry and psychiatrists. *Mental Disorders in General Medicine*. 2008, No. 4, p. 13–17.
6. Смулевич А.Б., Дубицкая Э.Б. Астенция и коморбидные психические расстройства. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2009. 4. С. 4–7.
Smulevich A. B., Dubitskaya E. B. Asthenia and comorbid mental disorders. *Psychiatry and Psychopharmacotherapy*. 2009. 4. P. 4–7.

Статья поступила / Received 10.05.23
Получена после рецензирования / Revised 22.05.23
Принята в печать / Accepted 31.05.23

Сведения об авторах

Кравченко Надежда Ефимовна, к.м.н., с.н.с. отдела по изучению проблем подростковой психиатрии¹. ORCID: 0000-0001-5627-8018

Суетина Оксана Анатольевна, к.м.н., с.н.с. отдела по изучению проблем подростковой психиатрии. ORCID: 0000-0003-4800-4329

Сачук Ольга Васильевна, клинический психолог². E-mail: ponomareva2008@inbox.ru, ORCID: 0001-0009-3421-7224

Валиев Тимур Теймурович, д.м.н., зав. отделением химиотерапии гемобластозов № 1². E-mail: timurvaliev@mail.ru, ORCID: 0000-0002-1469-2365

¹ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва

²НИИ детской онкологии и гематологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Блохина» Минздрава России, Москва

Автор для переписки: Сачук Ольга Васильевна. E-mail: ponomareva2008@inbox.ru

About authors

Kravchenko Nadezhda E., PhD Med, senior researcher of Dept of Adolescents' Psychiatry¹. ORCID: 0000-0001-5627-8018

Suetina, Oksana A. PhD Med, senior researcher of Dept of Adolescents' Psychiatry I. ORCID: 0000-0003-4800-4329

Sachuk Olga V., clinical psychologist of Pediatric Oncology and Hematology Research Institute². E-mail: ponomareva2008@inbox.ru, ORCID: 0001-0009-3421-7224

Valiev Timur T., DM Sci (habil.), head of Dept of Chemotherapy of Hemoblastoses No. 1 of Pediatric Oncology and Hematology Research Institute². E-mail: timurvaliev@mail.ru, ORCID: 0000-0002-1469-2365

¹Scientific Centre for Mental Health, Moscow, Russia

²National Medical Research Centre of Oncology n.a. N. N. Blokhin, Moscow, Russia

Corresponding author: Sachuk Olga V. E-mail: ponomareva2008@inbox.ru

Для цитирования: Кравченко Н.Е., Суетина О.А., Сачук О.В., Валиев Т.Т. Нарушения психического здоровья при онкогематологических заболеваниях у детей и подростков. *Медицинский алфавит*. 2023; (17): 26–31. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2023-17-26-31>.

For citation: Kravchenko N. E., Suetina O. A., Sachuk O. V., Valiev T. T. Disorders of mental health in children and adolescents with hematological malignancies. *Medical alphabet*. 2023; (17): 26–31. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2023-17-26-31>.

