

УДК 616.44-006.6:612.821

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ВЕГЕТАТИВНЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ РАКОМ ШИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.А. Макиенко, С.В. Аверьянова, О.М. Конопашкова,

ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского»

*Макиенко Анна Анатольевна – e-mail: fekla\_saratov@mail.ru*

Цель исследования: изучить психологический и вегетативный статусы больных раком щитовидной железы в зависимости от оперативного лечения. Проведено исследование 50 больных раком щитовидной железы. Применены методики: Спилберга-Ханина, Сокращенный миннесотский многоаспектный личностный опросник, Люшера, регистрация и анализ параметров сердечного ритма и определение индекса Кердо в динамике. У всех пациентов отмечаются выраженные психологические проблемы и вегетативный дисбаланс, которые усиливаются в послеоперационный период. По результатам исследования можно сделать вывод о необходимости проведения психологической коррекции больным раком щитовидной железы как составляющей комплекса реабилитационных мероприятий.

**Ключевые слова:** рак щитовидной железы, психологические качества, вегетативная нервная система, стресс.

Research objective: to study the psychological and vegetative status of patients with cancer of a thyroid gland depending on expeditious treatment. Research of 50 patients with cancer of a thyroid gland is conducted. Techniques are applied: Spielberg-Khanin, Minnesota Multiphasic Personality Inventory – SMOL, Lyushera and registration and the analysis of parameters of a warm rhythm and definition of an index of Kerdo in dynamics. At all patients the expressed psychological problems and a vegetative imbalance which amplify in the postoperative period are noted. By results of research patients with cancer of a thyroid gland can draw a conclusion on need of carrying out psychological correction, as a component of a complex of rehabilitation actions.

**Key word:** thyroid cancer, psychological qualities, vegetative nervous system, stress.

### Введение

В середине XX века известный канадский ученый Г. Селье провел множество исследований, посвященных стрессу [1]. По его мнению, стресс может активизировать защитные силы организма, не причиняя вреда, – эустресс, и быть опасным, вызывая патологию, – дистресс. В современном технологическом мире результаты исследования Г. Селье не только подтвердились, но и расширились [2]. Любое хирургическое лечение для человека является стрессовым. В настоящее время известно, что оперативное вмешательство приводит к нарушению функции и взаимодействия всех органов и систем [3]. Под воздействием чрезмерных или длительно действующих неблагоприятных факторов стрессовая реакция способна перейти из эустресса в дистресс. Чем сильнее и выносливее организм, тем позже происходит этот переход, значит, выше адаптационные, т. е. резервные возможности. Организм человека обладает целым спектром механизмов, препятствующих чрезмерной активации стресс-системы и побочному

действию высоких концентраций стресс-гормонов. По мнению Ф.З. Меерсона, так называемые стресс-лимитирующие механизмы отражают адаптоспособность организма [4]. Оперативное лечение для пациента представляет собой не только способ решения проблем, но и несет за собой многокомпонентный стресс. Он складывается в большей степени из психоэмоционального напряжения, боли, воздействия наркоза, физических процессов (повреждения тканей, кровопотери). Стресс-реакция организма нарушает привычную деятельность органов и систем. Активизируется гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая система, продуцируется избыточное количество адаптивных гормонов, усиливается роль симпатической нервной системы [2]. Из литературных данных известно, что и психоэмоциональный стресс также приводит к изменению функции вегетативной нервной системы в сторону симпатической [5]. Исход заболевания взаимосвязан с состоянием пациента, в частности, с деятельностью вегетативной нервной системы [6], стрессорным факто-

ром, а также с качеством оказываемой медицинской помощи. Оперативное лечение несет в себе такой физический повреждающий фактор, как травматизация тканей, централизация и шунтирование кровотока, расстройство микроциркуляции. Любая операция – это сложный комплекс физических факторов, взаимодействие которых приводит к снижению иммунореактивности организма. К таким факторам можно отнести: обезболивание или наркоз [7], размер операционной раны, нарушение гемодинамики с последующими гемотрансфузиями и особенности ведения послеоперационного периода [3]. В зависимости от этого определяется характер течения раннего послеоперационного периода. Таким образом, оперативное лечение стоит рассматривать как совокупность физической агрессии и психоэмоционального напряжения.

В последние десятилетия ученых заинтересовали психоэмоциональные аспекты заболеваний, в частности, онкологических [8, 9], а также их связь с вегетативной нервной системой. Это обусловлено признанием роли психосоматических факторов в развитии и исходе болезни и неуклонным ростом злокачественной патологии.

Частота рака щитовидной железы варьирует от 1 до 23% всех заболеваний этого органа. Оно чаще встречается у женщин 3,5:1 в возрасте от 40 до 60 лет. За последние 25 лет онкозаболеваемость щитовидной железы удвоилась. В Российской Федерации в 2010 году впервые выявлено 8879 больных раком щитовидной железы [10]. «Грубый» показатель заболеваемости составил 6,7 на 100 000 населения. По данным работы Статистической службы Минздрава Саратовской области в 2012 году у 108 человек в регионе впервые выявлено злокачественное заболевание щитовидной железы. В 2011 году – у 124 человек, что на 16 пациентов больше. «Грубый» показатель заболеваемости составил 4,8 на 100 000 населения (в 2011 году – 4,9).

В настоящее время в литературе практически отсутствуют данные о психосоматических особенностях больных раком щитовидной железы, в том числе и подвергшихся оперативному лечению. Участие вегетативной нервной системы и психологические особенности личности пациентов онкологического профиля в литературе не встречаются.

Основываясь на отсутствии данных, представляется актуальным разностороннее изучение психологических и физиологических процессов у больных раком щитовидной железы в до- и послеоперационном периоде.

**Цель исследования:** изучить психологический и вегетативный статус больных раком щитовидной железы в зависимости от оперативного лечения.

#### Материал и методы

В исследование включены 50 больных раком щитовидной железы, получивших лечение в клинике факультетской хирургии и онкологии г. Саратова в 2009–2010 гг. В группу вошли 42 женщины (84%) и 8 мужчин (16%). Средний возраст пациентов составил 51,2 года. Узловые образования щитовидной железы локализовались в двух долях у 36 пациентов (72%), в одной доле и перешейке – у 10 пациентов (20%), в обеих долях и перешейке – у двух пациентов (4%), в культе – у двух пациентов (4%). Размер узла варьировал от 0,5 до 2,5 см в диаметре. Всем больным выполнялось оперативное лечение. Радикальная опе-

рация в объеме – тиреоидэктомия – произведена 38 пациентам (76%). Органосохранное вмешательство в объеме гемитиреоидэктомии с истмусэктомией выполнено 10 пациентам (20%). Экстирпация культы выполнялась двум больным (4%). Тиреоидэктомия у двух пациентов дополнялась лимфодиссекцией. Диагноз рака у всех больных верифицирован цитологически (тонкоигольная биопсия) на этапе клинического обследования. Далее диагноз подтвержден гистологически. По клеточному составу несколько преобладал папиллярный рак – 20 (40%) случаев, фолликулярный рак – 18 (36%), медуллярный рак определен у двух пациентов (4%), фолликулярно-папиллярный – у 10 больных (20%). После операции и гистологического исследования образования установлены следующие стадии опухолевого процесса: I стадия – 36 пациентов (72%), II стадия – 12 пациентов (24%), III стадия – 2 пациента (4%) [11].

Исследование проводилось в два этапа: до операции и через две недели после. В его основе лежит тестовый метод в совокупности с регистрацией физиологических параметров пациентов. Для определения психологических качеств пациентов применялись тесты Спилберга-Ханина [12], ММПИ-СМОЛ (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) – Сокращенный Миннесотский многоаспектный личностный опросник [13], Люшера [14]. Оценка особенностей вегетативного статуса проводилась путем регистрации и анализа параметров сердечного ритма в динамике и индекса Кердо [15]. Данные обрабатывались статистически на персональном компьютере с помощью электронных таблиц Microsoft Excel.

#### Результаты и их обсуждение

По данным методики Спилберга-Ханина в дооперационном периоде реактивная (ситуационная) тревожность находилась на среднем уровне, в некоторой степени превалировала у женщин, соответственно  $42,5 \pm 5,3$  и  $37,0 \pm 5,2$  баллов ( $p < 0,05$ ). В послеоперационном периоде отмечалось статистически достоверное снижение реактивной тревожности, у женщин до  $34,5 \pm 8,7$  (соответствует среднему уровню) и у мужчин до  $28,6 \pm 7,0$  баллов (низкий уровень).

ММПИ-СМОЛ – это сокращенный модифицированный личностный опросник, предназначенный для исследования свойств личности, особенностей характера, физического и психологического состояния опрашиваемого [16]. В основе опросника лежит количественный метод оценки личности. Преимущество этого метода в компьютеризированной обработке данных, что исключает влияние на результат неопытности и субъективности опрашивающего [13].

Распределение пациентов по типам личности не представилось возможным, так как по профилям СМОЛ отсутствуют пики.

Вегетативная нервная система выполняет функции поддержания параметров деятельности различных систем организма в границах гомеостаза, обеспечения психической и физической деятельности, адаптации к изменяющимся условиям среды [17]. Вегетативный индекс Кердо в дооперационном периоде был повышен в 62,3% наблюдений, что свидетельствует об активации симпатической нервной системы. В послеоперационном периоде число пациентов с

симпатикотонией увеличилось до 83,9%. В клиническом смысле симпатикотонию можно рассматривать как эрготропию, способ функционирования организма, направленный на энергозатраты, метаболизм. Соответственно парасимпатикотонию, наоборот, как способ сохранения и накопления энергии, трофотропию. Резюмируя данные анализа, можно отметить у пациентов выраженное преобладание симпатического отдела вегетативной нервной системы, что связано с повышенным уровнем тревоги и стресса. Симпатикотония, обусловленная психологическими нарушениями, приводит к снижению адаптационных возможностей организма. Вегетативный дисбаланс и тревожность не только сохраняются в послеоперационном периоде, но и увеличиваются. Используя параметры сердечного ритма [5], в процессе анализа выявлено, что индекс напряжения – степень преобладания активности центральных механизмов регуляции над автономными, у пациентов был равен 86,3. В послеоперационном периоде – 91,4, что превосходит уровень нормы. Наибольшие показатели активности симпатической нервной системы по уровню амплитуды моды (АМо) выявлены в дооперационном периоде 71,4±14,2. По истечению двух недель после операции АМо находилась на уровне умеренного преобладания симпатической нервной системы 69,1±12,4.

С помощью цветовой диагностики Люшера возможно измерить психофизиологическое состояние человека, его стрессоустойчивость, активность и коммуникативные способности. Результаты опроса больных свидетельствуют о высокой тревожности и низкой стрессоустойчивости. Четко прослеживается подавление основных потребностей у пациентов (у женщин в 78%, у мужчин в 81%, как в до- , так и в послеоперационном периоде). Наиболее подавляемая потребность среди всех пациентов (47,9%) выражается в удовлетворенности и привязанности. В 30,3% наблюдений можно сделать вывод об отсутствии футуристических планов, о чем свидетельствует подавление потребности смотреть вперед и надеяться. Также можно отметить, что по результатам теста Люшера до операции пациентов с неустойчивостью вегетативной нервной системы было 48,6%, после операции их число несколько увеличилось – до 52,1% (что может быть указанием на прогресс серьезных психологических проблем).

Исходя из вышеперечисленного, можно сделать вывод, что у больных раком щитовидной железы отмечаются выраженные психологические проблемы и вегетативный дисбаланс в до- и послеоперационном периоде. Оперативное лечение является физическим и психологическим стрессовым фактором, что видно из результатов исследования. Операция приводит к нарушению неспецифических реакций адаптации. Уровень психологических проблем повышается в послеоперационном периоде, несмотря на основной положительный факт лечения – унесение опухолевого очага.

### Заключение

Учитывая онкологический профиль заболевания и зависимость пациентов от оперативного лечения, необходимо проводить комплекс мероприятий по лечению и реабилитации больных раком щитовидной железы. Желательно охватить все области и грани онкопроцесса у конкретного человека и оказать максимальный объем помощи: хирургическое лечение, иммунологическая поддержка, коррек-

ция соматической патологии, в том числе вегетативного статуса, и психологическое «закаливание» индивида. Возможно, в изречении Фридриха Ницше: «Что нас не убивает, делает нас сильнее» описывается не только характер человека. Ведь сильный организм с огромными адаптационными возможностями, справляясь со стрессом, становится устойчивым к новым внешним и внутренним «атакам». Умение справляться, бороться со стрессом и побеждать его можно назвать одним из звеньев профилактики любого заболевания, в том числе и неоплазий.



### ЛИТЕРАТУРА

1. Селье Г. Общий адаптационный синдром. 1936. *Selye G. Obschij adaptacionnyj sindrom. 1936.*
2. Чеснокова Н.П. и др. Общий адаптационный синдром. Типовые патологические процессы. Саратов, 2004. 44 с. *Chesnokova N.P. i dr. Obschij adaptacionnyj sindrom. Tipovye patologicheskie processy. Saratov, 2004. 44 s.*
3. Хаитов Р.М., Пинегин Б.В. Изменение иммунитета при хирургических вмешательствах. *Annaly hirurgicheskoi gepatologii. 1998. T. 3. № 2. С. 100-110.* *Haitov R.M., Pinegin B.V. Izmenenie immuniteta pri hirurgicheskikh vmeshatel'stvah. Annaly hirurgicheskoi gepatologii. 1998. T. 3. № 2. С. 100-110.*
4. Меерсон Ф.З. Адаптация к стрессорным ситуациям и стресс-лимитирующие системы организма. Физиология адаптационных процессов. Москва. 1986. С. 521-631. *Meerson F.Z. Adaptacija k stressornym situacijam i stress-limitiruyushchie sistemy organizma. Fiziologiya adaptacionnyh processov. Moskva. 1986. S. 521-631.*
5. Особенности вегетативного статуса пациентов с инфарктом ГМ в сравнении с состояниями предикторами/ Смычек В.Б. [и др.]// *Международный неврологический журнал. 2012. № 4 (50) С. 15-19.* *Osobennosti vegetativnogo statusa pacientov s infarktom GM v sravnenii s sostojanijami prediktorami/ Smychek V.B. [i dr.]/ Mezhdunarodnyj nevrologicheskij zhurnal. 2012. № 4 (50) С. 15-19.*
6. Егоров Д.Н. и др. Влияние вегетативной регуляции на отдаленные результаты радикального хирургического лечения рака желудка. *Сибирский онкологический журнал. 2006. № 4 (20). С. 20-26.* *Egorov D.N. i dr. Vliyanie vegetativnoj reguljacii na otdalennye rezul'taty radikal'nogo hronicheskogo lecheniya raka zheludka. Sibirskij onkologicheskij zhurnal. 2006. № 4 (20). С. 20-26.*
7. Клиническая иммунология и аллергология/ под ред. Л. Йегер. М.: Изд. Медицина, 1990. Т. 1. С. 362-363. *Klinicheskaya immunologiya i allergologiya / pod red. L. Yeger. M.: Izd. Medicina, 1990. T. 1. С. 362-363.*
8. Дубский С.В. и др. Психологическая реабилитация и оценка качества жизни больных раком щитовидной железы. *Сибирский онкологический журнал. 2008. № 4 (28). С. 17-21.* *Dubskij S.V. i dr. Psihologicheskaya reabilitacija i ocenka kachestva zhizni bol'nyh rakom shchitovidnoj zhelezy. Sibirskij onkologicheskij zhurnal. 2008. № 4 (28). С. 17-21.*
9. Чулкова В.А., Моисеенко В.М. Психологические проблемы в онкологии. *Практическая онкология. 2009. Т. 10. № 3. С. 151-157.* *Chulkova V.A., Moiseenko V.M. Psihologicheskie problemy v onkologii. Prakticheskaya onkologiya. 2009. T. 10. № 3. С. 151-157.*
10. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2010 г./ под ред. Давыдова М.И., Аксель Е.М. Москва, 2012. С. 134-135. *Statistika zlokachestvennyh novoobrazovanij v Rossii i stranah SNG v 2010 g./ pod red. Davydova M.I., Aksel, E.M. Moskva, 2012. S. 134-135.*
11. Справочник по классификации злокачественных опухолей. Официальные рекомендации Американской объединенной комиссии по злокачественным новообразованиям: пер. с англ. СПб.: Медакадемия, 2007. С. 76-83.

*Spravochnik po klassificacii zlokachestvennyh opuholej. Oficial'nye rekomendacii Americanscoj ob,edinennoj komissii po zlokachestvennym novoobrazovaniyam: per. s angl. SPb.: Medakademiya, 2007. S. 76-83.*

**12.** Ханин Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилберга. Лучшие психологические тесты для профотбора и профориентации: описание и руководство к использованию. Петрозаводск: Петроком, 1992. С. 41-43.

*Hanin Yu.L. Kratkoe rukovodstvo k primeneniyu shkalyreaktivnoj i lichnostnoj trevozhnosti Ch.D. Spilberga. Luchshie psihologicheskie testy dlya profotbora i proforientacii: opisanie i rukovodstvo k ispol'zovaniyu. Petrozavodsk: Petrokom, 1992. S. 41-43.*

**13.** Собчик Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМИЛ — адаптированный тест ММРП/ Практическое руководство. Речь. М.. 2007. С. 224.

*Sobchik L.N. Standartizirovannyj mnogofaktornyj metod issledovaniya lichnosti SMIL – adaptirovannyj test MMPI/ Prakticheskoe rukovodstvo// Rech. M.. 2007. S. 224.*

**14.** Люшер М. Цветовой тест Люшера. Психологический практикум: тесты. Пер. с англ. М.: Эксмо, 2004. С. 192.

*Lyusher M. Cvetovoj test Lyushera. Psihologicheskij praktikum: testy. Per. s angl. M.: Eksmo, 2004. S. 192.*

**15.** Kerdo I., Orv. hetil., Budapest, XCIV 1953. 319 p.

**16.** Зайцев В.П. Вариант психологического теста Mini-Mult. Психологический журнал. 1981. № 3. С. 118-123.

*Zajcev V.P. Variant psihologicheskogo testa Mini-Mult. Psihologicheskij zhurnal. 1981. № 3. S. 118-123.*

**17.** Вейн А.М. Вегетосудистая дистония. М.: Медицина, 2005. С. 580.

*Vejn A.M. Vegetososudistaya distoniya. M.: Medicina, 2005. S. 580.*