

Ирина Михайловна Шестопалова, Галина Андреевна Ткаченко

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ВЛИЯНИЕ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ НА ИСХОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

*Отделение госпитальной терапии и функциональной диагностики
НИИ клинической онкологии ГУ РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН
(115478, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, г. 24)*

Адрес для переписки: 115478, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, д. 24,
НИИ клинической онкологии ГУ РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН,
отделение госпитальной терапии и функциональной диагностики,
Ткаченко Галина Андреевна; e-mail: mitg71@mail.ru

Изучены эмоциональный статус больных, уровни тревоги и депрессии как факторы риска сердечно-сосудистых осложнений, влияющих на исход хирургического лечения у онкологических больных с ишемической болезнью сердца. Показано, что больные с ишемической болезнью сердца при постановке диагноза злокачественного новообразования находятся в стрессовом состоянии, обусловленном наличием двух тяжелых соматических заболеваний. Это способствует формированию повышенного уровня тревоги, которое в сочетании с депрессивным состоянием увеличивает риск неблагоприятного исхода хирургического лечения.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, злокачественное заболевание, хирургическое лечение, тревога, депрессия.

Стрессы и индуцированные ими состояния, среди которых преобладают тревога и депрессия, являются независимыми факторами риска развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) [8; 10; 11; 14; 15; 18; 20; 21]. Взаимосвязь тревоги и депрессии с тяжелыми осложнениями ССЗ обсуждается многими авторами [12; 13; 16; 19].

Постановка онкологического диагноза является сильнейшим стрессом для любого человека в связи с укоренившимися представлениями о неизлечимости заболевания [6]. В ответ на стрессовую ситуацию возникают психогенные реакции, среди которых ведущее место занимает тревожно-депрессивный синдром. Согласно некоторым данным, депрессия обнаруживается у $\frac{1}{3}$ онкологических больных [2]. Современная эпидемиологическая ситуация свидетельствует о высокой частоте развития злокачественных новообразований и ССЗ [5]. В связи с этим проблема изучения тревоги и депрессии как факторов риска развития осложнений ССЗ после хирургических вмешательств у онкологических больных становится все более актуальной.

Цель исследования — оценить влияние тревоги и депрессии на переносимость хирургического лечения у он-

кологических больных с сопутствующей ишемической болезнью сердца (ИБС).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами обследованы 162 пациента: 38 (23,5%) женщин и 124 (76,5%) мужчины со злокачественными опухолями различной локализации (клиническая характеристика больных в зависимости от локализации опухолевого процесса представлена на рис. 1), которым выполняли хирургические вмешательства различного объема (пневмонэктомия — 26%; лобэктомия — 25%; гастрэктомия — 20%; операции типа Льюиса — 25%; гемиколэктомии — 4%) в РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. Всем больным проводили стандартное клиническое обследование, регистрацию электрокардиограммы в покое, нагрузочные пробы. У всех пациентов выявлена стенокардия I—III функционального класса. Средний возраст больных составил $63,12 \pm 7,96$ года.

С целью скринингового обследования пациентов для выявления тревоги и депрессии использовали Госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS). Она позволила разделить субклинический и клинический уровень тревоги и депрессии [23]. Психологические особенности личности больных с сочетанной патологией исследовали по методике ММРП (сокращенный вариант) [9].

Полученные данные подвергали статистической обработке с применением критерия Манна—Уитни. Для

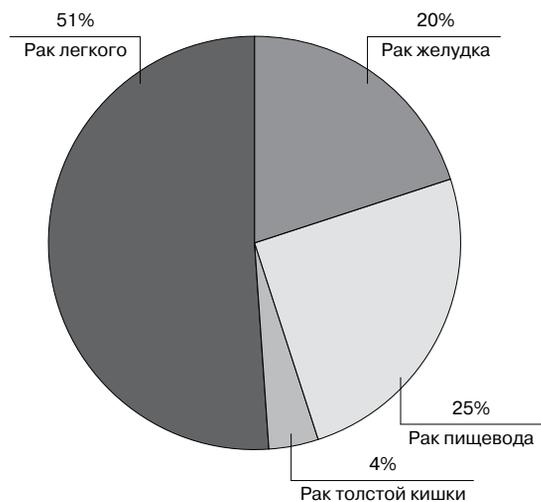


Рисунок 1. Распределение больных в зависимости от локализации опухолевого процесса.

выявления взаимосвязи между признаками применяли корреляционный анализ по Спирмену. Различия считали достоверными при $p < 0,05$. Данные представлены как среднее значение \pm стандартная ошибка среднего ($M \pm m$).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Повышенный уровень тревоги обнаружен у каждого второго пациента (58,7%): у 27,2% больных — высокий, у 31,5% — умеренный. Клиническое проявление тревожного состояния характеризовалось напряжением, растерянностью, отчаянием при мысли о заболевании, часто у больных отмечались эмоциональная лабильность и раздражительность.

Депрессивное состояние наблюдалось реже — у $1/3$ больных: высокий и средний уровень имелся в 16,7 и 12,9% случаев соответственно. Клиническая картина депрессивной симптоматики складывалась из подавленности, сниженного настроения, апатии, у женщин часто отмечалась плаксивость.

Усредненный профиль личности, который имел общие черты, характерные для онкологических больных и пациентов, страдающих ССЗ, отличался рядом специфических особенностей (рис. 2). Прежде всего обращало на себя внимание то, что значения оценок по анализируемым шкалам превышали описываемые в литературе значения профилей личности здоровых людей, оставаясь в пределах нормы. Отмечались подъем левой и правой частей профиля за счет повышения оценок по шкалам «ипохондрия» (Hs), «депрессия» (D), «истерия» (Hu), «паранойяльность» (Pa), «психастения» (Pt), «шизоидность» (Sc) и снижение оценок по шкале «гипомания» (Ma) (см. рис. 2).

У большинства обследованных отмечалось повышение оценок по шкале «ипохондрия» (Hs), что свидетельствует о наличии у них описанных многими исследователями черт, характерных для больных ССЗ [1; 3]. Для больных с ипохондрической реакцией характерны беспокорство и фиксация на состоянии своего здоровья,

множество жалоб на разнообразные неприятные ощущения в разных частях тела в отсутствие объективных функциональных нарушений, явная переоценка тяжести своего состояния.

Повышение оценок по шкале «истерия» (Hu) в совокупности со снижением оценки по шкале «гипомания» (Ma) свидетельствует об эмоциональной неустойчивости, связанной с переживаниями по поводу постановки онкологического диагноза и предстоящей операции. Лабильные, эгоцентричные больные стремились вызвать сочувствие у окружающих, привлечь к себе внимание. У них часто наблюдаются вегетативные истероформные нарушения в виде затрудненности дыхания, тахикардии, которые могли приниматься клиницистами за осложнения основного или сопутствующего заболевания.

Сочетание повышенных оценок по шкале «депрессия» (D) и снижение оценок по шкале «гипомания» (Ma) свидетельствовало о стрессе, испытываемом всеми больными с момента постановки еще одного, более тяжелого диагноза, по поводу которого предстояло хирургическое вмешательство.

Повышение оценок по шкале «паранойяльность» (Pa) свидетельствовало о выраженности таких черт, как эмоциональная ригидность, высокий порог восприятия негативных ситуаций, тенденция к длительному переживанию отрицательных эмоций, склонность к конфликтности. Многими исследователями установлено, что личностные особенности: ригидность, упорство, склонность к конфликтности, агрессивное поведение — часто встречаются у пациентов со злокачественными новообразованиями [4; 7].

Повышение оценок по шкале «психастения» (Pt) характерно как для больных с ССЗ, (2), так и для онкологических больных, находящихся в состоянии стресса [1]. Возрастание оценок по шкалам «ипохондрия» (Hs), «депрессия» (D) и «психастения» (Pt) — триада тревоги — свидетельствовало о наличии тревожного состояния у больных, а сочетание повышенных оценок по шкалам «паранойяльность» (Pa), «шизоидность» (Sc) — о нарушении адаптации в стрессовой ситуации.

Повышение оценок по шкалам «шизоидность» (Sc) и «ипохондрия» (Hs), вероятно, являлось особенностью больных с двумя тяжелыми соматическими заболеваниями и характеризовало замкнутость больных, склонность к «уходу» в себя, свой собственный мир, к «уходу» в болезнь.

Таким образом, для сочетанной патологии характерно практически тотальное увеличение оценок по шкалам с формированием специфического профиля и таких черт, как замкнутость больных, склонность к «уходу» в себя, свой собственный мир, ведущих к формированию тревожного состояния.

Для изучения влияния тревожно-депрессивного синдрома у онкологических больных, страдающих ИБС, на переносимость экстракардиальных хирургических вмешательств обследуемые были разделены на 2 группы: 1-я группа ($n = 9$) — пациенты, у которых в послеоперационном периоде развились фатальные сердечно-сосудистые осложнения (группа неблагоприятного исхода), 2-я группа ($n = 153$) — пациенты, благополучно перенесшие хирургическое вмешательство (группа благоприятного ис-

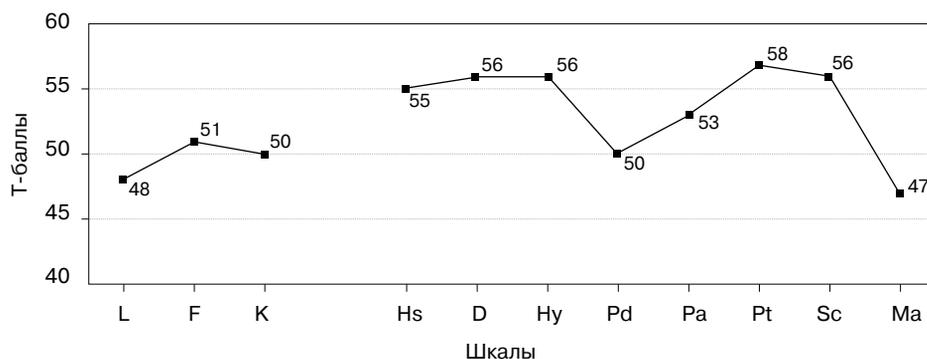


Рисунок 2. Профиль личности онкологических больных с сопутствующей ИБС.

хода). Нами проанализированы эмоциональный статус, частота развития и степень выраженности тревоги и депрессии у больных в предоперационном периоде.

Тревожное состояние одинаково часто диагностировалось в обеих группах: высокий уровень выявлялся у 22,2% больных 1-й группы и у 27,5% больных 2-й. У $1/3$ больных обнаружен умеренный уровень тревоги (33,3 и 32% соответственно). Средний уровень тревоги в 1-й группе был недостоверно ниже ($8,44 \pm 2,72$ и $9,62 \pm 2,37$ балла соответственно, $p > 0,05$). Депрессивное состояние встречалось достоверно чаще у больных из группы неблагоприятного исхода: 44,4 и 28,7% соответственно ($p < 0,05$). Средние оценки по шкале «депрессия» (D) достоверно не различались в анализируемых группах, однако просматривалась тенденция к повышению оценок у больных из группы неблагоприятного исхода ($8,78 \pm 2,08$ и $7,11 \pm 2,91$ балла соответственно, $p > 0,05$).

При сравнении графиков профиля личности выявлялось небольшое превышение левой части у пациентов группы неблагоприятного исхода, что предполагало наличие невротического состояния. Диагностическими критериями последнего являлись более низкие по сравнению с больными группы благоприятного исхода средние показатели шкал «психопатия» (Pd), «паранойальность» (Pa) и достоверно низкий уровень шкалы «шизоидность» (Sc) у больных 1-й группы (рис. 3). У пациентов из группы неблагоприятного исхода оценка по шкале «ипохондрия» (Hs) была недостоверно ниже ($p > 0,05$), чем у больных из группы благоприятного исхода. Обращало на себя внимание до-

стоверное снижение оценки по шкале «психастения» (Pt) у больных в группе неблагоприятного исхода ($p < 0,05$) и тенденция к повышению оценки по шкале «депрессия» (D).

Таким образом, можно предположить, что у пациентов из группы неблагоприятного исхода формировалось невротическое состояние. При этом уровень тревоги был достоверно ниже, а частота развития депрессивного состояния — достоверно выше, чем у больных из группы благоприятного исхода ($p < 0,05$).

ОБСУЖДЕНИЕ

Онкологический диагноз является сильнейшим стрессом для любого человека, поскольку в сознании понятие «опухоль» звучит как синоним обреченности, смерти. N. Peseschkian (1996), отмечая интенсивность эмоционального напряжения при постановке диагноза рака, пишет, что заболевший воспринимает его как «послание смерти». Реактивные состояния сопряжены с представлениями о трудностях лечения рака, но еще больше — с предстоящими хирургическими вмешательствами, ограничениями после них, которые меняют всю жизнь человека. Поэтому повышенный уровень тревоги перед операцией можно охарактеризовать как ситуативно-обусловленное состояние, связанное с тяжелым психогенным стрессом, в основе которого лежит боязнь операции. Таким образом, предоперационная тревога, по мнению многих авторов, является типичной реакцией на предстоящее хирургическое вмешательство у людей любого возраста [22].

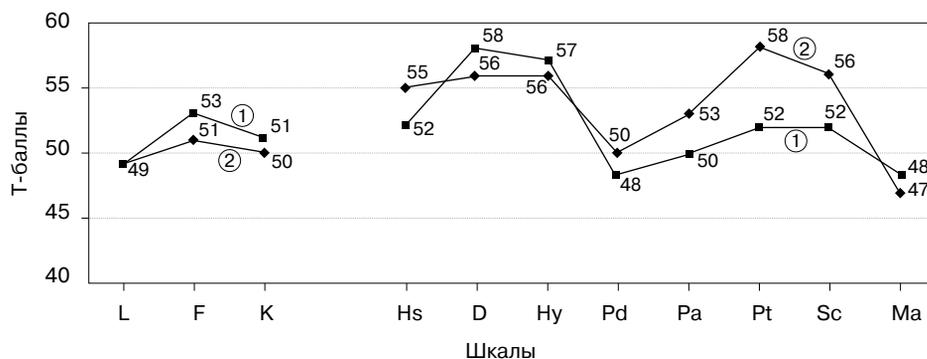


Рисунок 3. Профили личности больных. 1 — группа неблагоприятного исхода; 2 — группа благоприятного исхода.

Однако невысокий уровень тревоги у больных из группы неблагоприятного исхода, вероятно, указывает на чрезмерный контроль ситуации больными, «временную блокировку» готовности к тревожному реагированию на серьезную угрозу личности (а именно это и характерно для хирургического метода лечения) [17]. Такая «временная блокировка», по всей видимости, является специфической реакцией больных с сочетанной патологией. Однако реакция подавления чувства тревоги и опасности провоцирует внутреннее напряжение, отражающееся прежде всего на сердечно-сосудистой системе. Согласно I. Henrichs (1969), именно неотреагированная тревога усугубляет течение ИБС, является основным фактором риска развития сердечно-сосудистых осложнений, приводящих к фатальному исходу.

Неотреагированная тревога негативно сказывается на психическом состоянии больного, подавляя эмоциональную сферу, и трансформируется в депрессивное состояние. Последнее указывает на истощение психических ресурсов больных, что, вероятно, и препятствует благополучной их адаптации после хирургического вмешательства.

Таким образом, онкологические больные с сопутствующей ИБС находятся в стрессовом состоянии, обусловленном наличием двух тяжелых соматических заболеваний, что способствует формированию повышенного уровня тревоги. Чрезмерный контроль и подавление тревоги до операции в сочетании с депрессивным состоянием увеличивает риск неблагоприятного исхода хирургического лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агеенкова Е. К. Особенности психологической структуры личности и психосоматических отношений у больных гипертонической болезнью и ИБС. — Л., 1986.
2. Володин Б. Ю., Куликов Е. П., Савин А. И. и др. Значение психологической реабилитации в онкологии // Паллиативная мед. и реабил. — 1999. — № 3. — С. 23—28.
3. Губачев Ю. М., Дорничев В. М., Ковалев О. А. Психогенные расстройства кровообращения. — СПб., 1993. — 248 с.
4. Гнездилов А. В. Психология и психотерапия потерь. — СПб.: Речь, 2002. — 162 с.
5. Давыдов М. И., Акчурич Р. С., Герасимов С. С. Сердечно-сосудистый раздел в полостной онкохирургии // Кардиология. — 2005. — Т. 45, № 3. — С. 44—46.

6. Коган Б. М. Стресс и адаптация. — М.: Знание, 1980. — 64 с.
7. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: Новейший сборник. — М., 2003. — 928 с.
8. Погосова Г. В. Депрессия — новый фактор риска ишемической болезни и предиктор коронарной смерти // Кардиология. — 2002. — № 4. — С. 86—91.
9. Рауоровский Д. Я. Практическая психодиагностика. — Самара: БАХРАХ, 2000. — 672 с.
10. Anda R., Williamson D., Jones D. et al. Depressed affect, hopelessness, and risk of ischemic heart disease in cohort of US adults // Epidemiology. — 1993. — Vol. 4. — P. 285—294.
11. Ford D. E., Mead L. A., Chang P. P. et al. Depression is a risk factor for coronary artery disease in men: the precursors study // Arch. Intern. Med. — 1998. — Vol. 158. — P. 1422—1426.
12. Frasura-Smith N., Lesperance F., Talajic M. The impact of negative emotions on prognosis after myocardial infarction: is it more than depression? // Health Psychol. — 1995. — Vol. 14. — P. 388—398.
13. Kawachi I., Sparrow D., Spiro A. et al. A prospective study of anger and coronary heart disease: the Normative Aging Study // Circulation. — 1996. — Vol. 96. — P. 2090—2095.
14. Kubansky L., Kawachi I., Weiss S. T. et al. Anxiety and coronary heart disease: a synthesis of epidemiological, psychological, and experimental evidence // Am. Behav. Med. — 1998. — Vol. 20. — P. 47—58.
15. Jonas B. S., Franks P., Ingram D. D. Are symptoms of anxiety and depression risk factors for hypertension? Longitudinal evidence from the National Health and Nutrition Examination Survey Epidemiologic Follow-up Study // Arch. Intern. Med. — 1997. — Vol. 6. — P. 43—49.
16. Larson S. L., Owens P. L., Ford D. et al. Depressive disorder, dysthymia, and risk of stroke. Thirteen-year follow-up from Baltimore Epidemiologic Catchment Area Study // Stroke. — 2001. — Vol. 32, N 9. — P. 1979.
17. Leigh H., Reiser M. The patient: biological, psychological and social determinants of medical practice. — New York, London, 1980.
18. Moser D. K., Dracup K. Is anxiety early after myocardial infarction associated with subsequent ischemic and arrhythmic events? // Psychosom. Med. — 1996. — Vol. 58. — P. 395—401.
19. Penninx B. W., Beekman A. T., Honig A. et al. Depression and cardiac mortality // Arch. Gen. Psychiat. — 2001. — Vol. 58. — P. 221—227.
20. Pratt L. A., Ford D. E., Crum R. M. et al. Depression, psychotropic medication, and risk of myocardial infarction: prospective data from Baltimore ECA follow-up // Circulation. — 1996. — Vol. 94, N 3. — P. 3123—3129.
21. Rozanski A., Blumental J. A., Kaplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy // Circulations. — 1999. — Vol. 99. — P. 2192—2197.
22. Spilberger C. D. Theory and research on anxiety / Spilberger C. D. (ed.). Anxiety and behavior. — N.Y.: Academic Press, 1986. — P. 3—20.
23. Zigmond A. S., Snaith R. P. The hospital anxiety and depression scale // Acta. Psychiatr. Scand. — 1983. — Vol. 67. — P. 361—370.

Поступила 18.02.2008

Irina Mikhailovna Shestopalova, Galina Andreyevna Tkachenko

**PROGNOSTIC SIGNIFICANCE OF ANXIETY AND DEPRESSION IN SURGICAL
TREATMENT OF CANCER PATIENTS WITH CONCOMITANT ISHEMIC HEART
DISEASE**

*Hospital Therapy and Functional Diagnosis Department, Clinical Oncology
Research Institute, N. N. Blokhin RCRC RAMS
(24, Kashirskoye sh., Moscow, 115478, Russian Federation)*

Address for correspondence: Tkachenko Galina Andreyevna, Hospital Therapy and Functional Diagnosis
Department, Clinical Oncology Research Institute, N. N. Blokhin RCRC RAMS, 24, Kashirskoye sh.,
Moscow, 115478, Russian Federation; e-mail: mitg71@mail.ru

Emotional status, degrees of anxiety and depression were studied as risk factors for outcome of surgical treatment of cancer patients with ischemic heart disease. Patients with ischemic heart disease are at stress when the diagnosis of cancer is made due to having two severe somatic disorders. This condition results in increased anxiety, which in combination with depression increases the risk of poor outcome of surgical treatment.

Key words: ischemic heart disease, cancer, surgical treatment, anxiety, depression.
