

Ирина Михайловна Шестопалова¹, Галина Андреевна Ткаченко²

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

¹ К. м. н., заведующая отделением функциональной диагностики и госпитальной терапии НИИ клинической онкологии РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН (115478, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, г. 24)

² К. псих. н., медицинский психолог, отделение функциональной диагностики и госпитальной терапии НИИ клинической онкологии 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 РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, отделение функциональной диагностики и госпитальной терапии, Шестопалова Ирина Михайловна; e-mail: shestopalova@ronc.ru

Часто течение послеоперационного периода у онкологических больных с ишемической болезнью сердца сопровождается тревожно-депрессивным состоянием — фактором риска возникновения сердечно-сосудистых осложнений. Для улучшения результатов хирургического лечения применяются методы психологической коррекции.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, злокачественные новообразования торакоабдоминальной локализации, тревожно-депрессивное состояние, психологическая коррекция.

Многочисленные исследования, завершившиеся в конце 90-х годов XX в., позволили доказать, что стресс и вызванные им состояния, прежде всего тревога и депрессия, являются независимыми факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) [1—3]. Эти состояния утяжеляют течение ССЗ, а также многократно повышают риск неблагоприятных сердечно-сосудистых исходов, таких, как инфаркт миокарда (ИМ), мозговой инсульт, внезапная смерть [4—7].

Источником стресса является факт установления диагноза тяжелого, угрожающего жизни заболевания в связи с укоренившимися представлениями о неизлечимости онкологической патологии [8]. Кроме того, хирургические вмешательства сопровождаются негативными эмоциональными переживаниями. Их результатом становятся различные по характеру и степени выраженности нарушения нервно-психической сферы, прежде всего астеноневротические, тревожные и депрессивные расстройства [1; 9].

В связи с изложенным важной является психологическая коррекция тревожно-депрессивного состояния онкологических больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) при комплексной подготовке к хирургическому лечению.

Цель настоящего исследования — оценка возможности психологической коррекции тревожно-депрес-

сивного состояния для улучшения результатов хирургического лечения онкологических больных с ИБС.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Изучены сведения о 82 больных злокачественными новообразованиями торакоабдоминальной локализации, оперированных в РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН в 2006—2007 гг. В анализируемой группе было 58 (70,7%) мужчин и 24 (29,3%) женщины, средний возраст $60,8 \pm 9,9$ года. Пациентам проводилось только хирургическое лечение без неоадьювантной химио- и лучевой терапии. Выполнены радикальные операции в объеме резекции или удаления пищевода (24; 29%), желудка (18; 22%), легкого (40; 49%): 22 (55%) лобэктомии и 18 (45%) пневмонэктомии. Больные оперированы преимущественно по поводу местнораспространенных злокачественных новообразований (частота III стадии 44,4%, II стадии — 29,1%, I стадии — 26,5%).

Диагноз ИБС как сопутствующего заболевания был установлен во всех случаях в соответствии с рекомендациями Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК) [17] и МКБ-10.

Неотъемлемой характеристикой выраженности ИБС стали факторы риска ССЗ, отмеченные во всех без исключения случаях. Более того, у 18 (40,1%) пациентов диагностировано сочетание 3—5 факторов. Их определение проведено в соответствии с рекомендациями ВНОК: возраст старше 50 лет (91,5%); курение (40,2%); избыточная масса тела (39,0%; в среднем индекс массы тела соответ-

Таблица 1

Динамика уровня тревоги у больных со злокачественными новообразованиями торакoабдоминальной локализации с сопутствующей ИБС, балл

Этап обследования	Группа психологической коррекции	Группа без коррекции	p
1-й	10,8 ± 2,8	10,9 ± 1,9	> 0,05
2-й	7,6 ± 1,3	10,9 ± 2,3	< 0,01
3-й	6,8 ± 2,3	7,8 ± 2,5	< 0,05

ствовал 26,2 ± 3,4 кг/м²); уровень АД > 180/110 мм рт. ст.; гиперхолестеринемия (средний уровень холестерина 5,3 ± 0,7 ммоль/л); гипергликемия (средний уровень глюкозы 5,4 ± 0,9 ммоль/л); низкая физическая активность. Клиническую характеристику анализируемых больных отягощали повышенный уровень тревоги (во всех без исключения случаях) и депрессивное состояние (у 1/3 больных).

Всем больным проводили традиционную предоперационную подготовку, однако, несмотря на оптимальную медикаментозную терапию (β-адреноблокаторы, статины, дезагреганты), модифицируемые факторы риска развития ССЗ продолжали определяться: дислипидемия — в 11,4% случаев, сахарный диабет — в 7,9%, артериальная гипертензия — в 7,3%.

Для выявления расстройств эмоциональной сферы применяли Госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS), которая позволяла выявлять и разделять субклинический и клинический уровень изучаемых состояний. Методы психологической коррекции включали комбинацию релаксационных и аутогипнотических ресурсных техник с поддержкой аудиальной модальности восприятия специальными музыкальными композициями и звуками.

Методы психологического тестирования проведены до операции при поступлении (1-й этап), после курса психологической коррекции (2-й этап) и в послеоперационном периоде на 10—14-е сутки (3-й этап).

Сведения о больных систематизированы в базе данных ACCESS, статистическая обработка данных выполнена в программе SPSS 10.0. Достоверность различий показателей констатировали при $p \leq 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Мониторинг по материалам историй болезней, сведениям о клиническом течении периоперационного периода, а также результаты оценки по шкале HADS подтвердили тревожно-депрессивное состояние у 31,7% больных. Повышение тревоги отмечено у всех без исключения больных. Клиническое проявление тревожного состояния характеризовалось преобладанием напряжения, растерянности, отмечались эмоциональная лабильность и раздражительность, у 43,9% больных на фоне тревожного состояния выявлены психогенно обусловленные инсомнии.

У 31,7% пациентов обнаружено депрессивное состояние. В клинической картине депрессивной симптоматики преобладали подавленность, сниженное настроение, тоска, апатия, плаксивость.

Из 82 случаев послеоперационное развитие сердечно-сосудистых осложнений (ССО) отмечено у 12 (14,6%) пациентов; ни в одном из указанных случаев осложнения не привели к летальному исходу. В структуре ССО отмечены нефатальный ИМ (4,9%), нарушение мозгового кровообращения (9,8%). Очевидна важность своевременного выявления и коррекции факторов риска развития ССО, отягощающих течение послеоперационного периода. При этом особое значение придавалось диагностике и коррекции вызванных стрессом состояний, прежде всего тревожно-депрессивного синдрома — как повышающего риск неблагоприятных послеоперационных ССО.

Анализированы 2 группы больных: в 1-й (42; 51,2%) проведены сеансы психологической коррекции перед операцией; во 2-й (40; 48,8%) осуществлена диагностика без психологического воздействия.

При первичном обследовании у пациентов обеих групп выявлен одинаково повышенный уровень тревоги (10,8 ± 2,8 и 10,9 ± 1,9 балла соответственно).

Депрессивные нарушения различной степени тяжести выявлены у 33,3 и 30,0% пациентов в группе психологической коррекции и группе без психологической коррекции соответственно. Средние значения депрессивного состояния в сравниваемых группах находились в пределах нормы, однако проявления депрессии были клинически выраженными (более 11 баллов по шкале HADS) у 22,0% от общего числа обследованных больных, без достоверной разницы по частоте между группами ($p > 0,05$).

При анализе динамики тревоги и депрессии в процессе психологической коррекции выявлено следующее.

До операции психологическая коррекция достоверно снизила уровень тревоги у больных группы психологической коррекции ($p < 0,01$), у 61,9% пациентов уровень тревоги был нормализован. У 73,8% больных, страдающих инсомнией, был восстановлен нормальный сон. В группе без коррекции показатели уровня тревоги существенно не менялись. Психологическая коррекция достоверно не влияла на показатели уровня депрессии до операции (5,9 ± 3,2 и 6,0 ± 3,1 балла соответственно, $p > 0,05$).

В группе без коррекции выраженность депрессивного состояния нарастала без достоверных различий (7,1 ± 4,1 и 9,2 ± 3,8 балла соответственно, $p > 0,05$).

В послеоперационном периоде у больных группы психологической коррекции выявлено сохранившееся на прежнем уровне состояние тревоги.

У больных группы коррекции средний уровень послеоперационной депрессии недостоверно возрос с 6,0 ± 3,1 до 8,4 ± 3,7 балла ($p > 0,05$), при этом отмечено достоверное снижение частоты депрессивного состояния ($p < 0,05$).

В послеоперационном периоде у пациентов без психологической коррекции выявлено аналогичное снижение уровня тревоги ($p < 0,05$) по сравнению с предоперационным периодом, однако среднее значение уровня тревоги в этой группе достоверно превышало анализируемый показатель при сравнении с группой психологи-

Таблица 2

Динамика уровня депрессии у больных со злокачественными новообразованиями торакoабдоминальной локализации с сопутствующей ИБС, баллы

Этап обследования	Группа психологической коррекции	Группа без коррекции	p
1-й	5,9 ± 3,2	7,1 ± 4,1	> 0,05
2-й	6,0 ± 3,1	9,2 ± 3,8	> 0,05
3-й	8,4 ± 3,7	11,6 ± 4,4	< 0,05

ческого воздействия ($7,8 \pm 2,5$ и $6,8 \pm 2,3$ балла соответственно, $p < 0,05$).

После операции у пациентов этой группы отмечено дальнейшее нарастание уровня депрессии до высокого (оценка по шкале HADS $11,55 \pm 4,44$ балла, $p < 0,05$) и достоверное увеличение ее частоты ($p < 0,05$).

Таким образом, психологическая коррекция достоверно снижает уровень тревоги как до хирургического вмешательства, так и в послеоперационном периоде; оказывает аналогичное воздействие на депрессивное состояние в послеоперационном периоде.

Среди пациентов группы с психологической коррекцией частота ССО была ниже, чем в группе сравнения (3; 7,1% и 9; 22,5% соответственно). Течение послеоперационного периода одинаково часто в группах осложнялось развитием ИМ (4,8 и 5,0% соответственно). Нарушения мозгового кровообращения после операции у пациентов группы психологической коррекции составили 2,4%, в группе сравнения — 17,5%.

ОБСУЖДЕНИЕ

У больных со злокачественными новообразованиями торакoабдоминальной локализации радикальным методом лечения является хирургическое вмешательство. Большинство больных испытывают страх перед операцией. Особенно это относится к пациентам с сопутствующей ИБС, у которых в значительной степени увеличивается риск развития ССО в послеоперационном периоде. Повышенный уровень тревоги перед хирургическим лечением 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 [11].

Установлено, что психосоциальные вмешательства способны снижать частоту развития ИМ и смертность от ИБС. Еще в 1985 г. N. Frasure-Smith и соавт. [12] показали, что своевременная коррекция высокого уровня стресса (с использованием релаксации) у больных, перенесших ИМ, сопровождается снижением смертности за 1 год наблюдения. В 2005 г. был проведен обзор результатов 27 исследований, посвященных клинической и прогностической эффективности релаксационных методик

при ИБС. В 21 исследовании релаксационные методики применялись изолированно, в 8 — с элементами когнитивной психотерапии.

В ряде исследований установлено, что релаксационная терапия сопровождается снижением частоты сердечных сокращений, повышением вариабельности ритма сердца, толерантности к физической нагрузке и уровня холестерина липопротеидов высокой плотности. При этом не обнаружено существенного влияния терапии на уровень артериального давления.

В некоторых работах показано позитивное влияние релаксационной терапии на психологическое состояние больных ИБС (уменьшение выраженности тревожной и депрессивной симптоматики), снижение частоты приступов стенокардии, эпизодов аритмии, а также ишемии во время нагрузочных тестов. Уменьшение числа летальных ССО и случаев смерти от заболеваний сердца у больных ИБС, длительно практиковавших релаксационную терапию, выявлено в 5 и 4 исследованиях соответственно [13].

В нашем исследовании повышенный уровень тревоги характеризовал реакцию пациента на предстоящее хирургическое вмешательство. Ряд авторов трактуют повышенную тревогу и депрессию как состояние, вызванное стрессом, и дополнительный фактор риска развития ССО в послеоперационном периоде [1; 2; 10].

Механизм влияния релаксационных методик заключается в снижении повышенной активности лимбической и гипоталамической структур мозга. Состояние релаксации сопровождается снижением артериального давления, урежением частоты сердечных сокращений и частоты дыхания, уменьшением потребления кислорода, расширением периферических сосудов, снижением уровня катехоламинов, холестерина в плазме крови, т. е. развитием физиологических и биохимических реакций, противоположных тем, что возникают при стрессе [14].

Результаты нашего исследования свидетельствуют о возможности эффективной коррекции тревоги психологическими методами.

Психологическая помощь, оказываемая пациентам с момента поступления в стационар, способствовала более успешному выходу из стресса и приводила к нормализации эмоционального состояния в более короткие сроки (7—10-й день после операции) у большего числа больных. Однако, несмотря на преодоление психотравмирующей ситуации, у больных без психологического сопровождения тревожное состояние встречалось достоверно чаще. Это свидетельствовало о «застревании» пациента в стрессовой ситуации, невозможности самостоятельного преодоления кризиса, связанного с угрозой для жизни.

Кроме того, психологическая коррекция способствовала профилактике тревоги и депрессии в послеоперационном периоде. Снижение тревоги до операции психологическими методами предупреждало нарастание депрессии в послеоперационном периоде. Повышенный уровень тревоги в предоперационном периоде негативно сказывался на психическом состоянии больного, подавляя эмоциональную сферу, и трансформировался в депрессивное состояние на послеоперационном этапе.

Депрессивное состояние указывало на истощение психических ресурсов больных, что препятствовало бла-

гополучной их адаптации после хирургического вмешательства. Нарастание депрессии в послеоперационном периоде у пациентов без психологической коррекции сопровождалось увеличением частоты ССО.

Таким образом, применение психологической коррекции снижает проявления тревоги и депрессии в послеоперационном периоде и является методом, рекомендуемым онкологическим больным с сопутствующей ИБС для профилактики ССО после торакоабдоминальных вмешательств.

ВЫВОДЫ

Ситуативно обусловленное тревожно-депрессивное состояние отмечено у 31,7% пациентов со злокачественными новообразованиями торакоабдоминальной локализации с сопутствующей ИБС.

В плане комплексной подготовки к онкохирургическим вмешательствам больных с сопутствующей ИБС для профилактики ССО и тревожно-депрессивного состояния рекомендована психологическая коррекция с использованием релаксационных и аутоусугестивных ресурсных техник.

ЛИТЕРАТУРА

1. Погосова Г. В. Депрессия — новый фактор риска ишемической болезни и предиктор коронарной смерти // Кардиология. — 2002. — № 4. — С. 86—91.
2. Anda R., Williamson D., Jones D. Depressed affect, hopelessness, and risk of ischemic heart disease in cohort of US adults // Epidemiology. — 1993. — Vol. 4. — P. 285—294.
3. Jonas B. S., Francis P., Ingram D. D. Are symptoms of anxiety and depression risk factors for hypertension? Longitudinal evidence from the

National Health and Nutrition Examination Survey 1 Epidemiological Follow-up Study // Arch. Fam. Med. — 1997. — Vol. 6. — P. 43—49.

4. Folks D. G., Feldman M. D., Ford C. V. Somatoform disorders, factitious disorders, and malingering in Psychiatric Care of the Medical Patient. — N.Y.: Oxford University Press, 2000. — P. 458—475.

5. Frasure-Smith N., Lesperance F., Talajic M. The impact of negative emotions on prognosis after myocardial infarction: it is more than depression? // Health Psychol. — 1995. — Vol. 14. — P. 388—398.

6. Depressive disorder, dysthymia, and risk of stroke. Thirteen-year follow-up from Baltimore Epidemiologic Catchment Area Study / Larson S. L., Owens P. L., Ford D., Eaton W. // Stroke. — 2001. — Vol. 32, N 9. — P. 1979.

7. Rozanski A., Blumenthal J. A., Kaplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy // Circulation. — 1999. — Vol. 99. — P. 2192—2197.

8. Коган Б. М. Стресс и адаптация. — М.: Знание, 1980. — 64 с.

9. Gander M., von Kanel R. Myocardial infarction and post-traumatic stress disorder: frequency, outcome, and atherosclerotic mechanisms // Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehab. — 2006. — Vol. 2. — P. 165—172.

10. Диагностика и лечение стабильной стенокардии: Российские рекомендации. Разработаны Комитетом экспертов ВНОК. Секция ишемической болезни сердца. — М., 2004.

11. Spilberger C. D. Theory and research on anxiety // Anxiety and behavior. — N.Y.: Academic Press, 1986. — P. 3—20.

12. Frasure-Smith N., Prince R. The ischemic heart disease life stress monitoring program: impact on mortality // Psychosom. Med. — 1985. — Vol. 7. — P. 31—445.

13. Van Dixhorn J., White A. Relaxation therapy for rehabilitation and prevention in ischemic heart disease: a systematic review and meta-analysis // Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehab. — 2005. — Vol. 3. — P. 193—202.

14. Айвазян Т. А. Основные принципы психокоррекции при гипертонической болезни // Атмосфера. — 2002. — Т. 1, № 2. — С. 5—7.

Поступила 09.02.2009

Irina Mikhailovna Shestopalova¹, Galina Andreyevna Tkachenko²

PHYSIOLOGIC CORRECTION OF ANXIETY AND DEPRESSION IN PATIENTS WITH THORACOABDOMINAL CANCER AND CONCURRENT ISCHEMIC HEART DISEASE

¹ MD, PhD, Head, Functional Diagnosis and Hospital Therapy Department, Clinical Oncology Research Institute, N. N. Blokhin RCRC RAMS (24, Kashirskoye sh., Moscow, 115478, Russian Federation)

² MD, PhD, Medical Psychologist, Functional Diagnosis and Hospital Therapy Department, Clinical Oncology Research Institute, N. N. Blokhin RCRC RAMS (24, Kashirskoye sh., Moscow, 115478, Russian Federation)

Address for Correspondence: Shestopalova Irina Mikhailovna, Functional Diagnosis and Hospital Therapy Department, Clinical Oncology Research Institute, N. N. Blokhin RCRC RAMS, 24, Kashirskoye sh., Moscow, 115478, Russian Federation; e-mail: shestopalova@ronc.ru

Postoperative course in cancer patients with ischemic heart disease is often associated with anxiety and depression which are risk factors of cardiovascular complications. Psychologic correction is given to such patients to improve outcomes of surgical treatment.

Key words: ischemic heart disease, thoracoabdominal cancer, anxiety, depression, psychologic correction.