

ТРЕВОГА И ДЕПРЕССИЯ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

Г.А. Ткаченко (Москва)

Аннотация. Послеоперационный период у онкологических больных часто сопровождается тревогой и депрессией – факторами риска возникновения сердечно-сосудистых осложнений. Для улучшения результатов хирургического лечения онкологических больных с сопутствующей ишемической болезнью сердца показана психологическая коррекция тревожно-депрессивного состояния.

Ключевые слова: тревога; депрессия; психологическая коррекция; ишемическая болезнь сердца; злокачественные новообразования торакоабдоминальной локализации.

Многочисленные исследования, завершившиеся в конце 1990-х гг., позволили доказать, что стресс и стресс-индуцированные состояния, прежде всего тревога и депрессия, являются независимыми факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) [4, 5, 9, 13, 14, 17]. Эти состояния утяжеляют течение уже имеющихся сердечно-сосудистых заболеваний, а также многократно повышают риск неблагоприятных сердечно-сосудистых исходов, таких как инфаркт миокарда, мозговой инсульт, внезапная смерть [6–8, 10, 15, 16, 19]. Источником стресса является факт установления серьезного угрожающего жизни диагноза, что осложняется укоренившимися представлениями о неизлечимости онкологического заболевания [3]. 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 [4, 12].

В связи с вышеизложенным в плане комплексной подготовки к хирургическому лечению важным становится своевременная коррекция тревоги и депрессии онкологических больных с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Цель настоящего исследования – оценка возможности психологической коррекции тревоги и депрессии для улучшения результатов хирургического лечения онкологических больных с ИБС.

Материал и методы исследования. Изучены сведения о 82 больных злокачественными новообразованиями торакоабдоминальной локализации, оперированных в РОНЦ им. Н.Н. Блохина в 2006–2007 гг. В анализируемой группе 58 мужчин и 24 женщины. Средний возраст составил 60,8±9,9 года. Пациентам проводилось только хирургическое лечение.

Диагноз ишемической болезни сердца как сопутствующего заболевания был установлен во всех случаях в соответствии с рекомендациями Всероссийского научного общества кардиологов [2] и МКБ-10. Всем больным проводилась традиционная предоперационная подготовка.

Для выявления расстройств эмоциональной сферы применяли госпитальную шкалу тревоги и депрессии

(HADS), которая выявляла и разделяла субклинический и клинический уровни изучаемых состояний.

Методы психологической коррекции включали комбинацию релаксационных и аутоуггестивных 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 устанавливалась при $p \leq 0,05$.

Результаты исследования. Мониторинг по материалам историй болезней, сведениям о клиническом течении послеоперационного периода, а также по данным госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) обнаружил наличие тревожно-депрессивного состояния 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 трети пациентов обнаружено депрессивное состояние (31,7%). В клинической картине депрессивной симптоматики преобладали подавленность, сниженное настроение, тоска, апатия, у женщин – плаксивость.

Из 82 случаев послеоперационное развитие сердечно-сосудистых осложнений отмечено у 12 (14,6%) пациентов; ни в одном из указанных случаев осложнения не привели к летальному исходу. В структуре сердечно-сосудистых осложнений отмечены случаи нефатального инфаркта миокарда (4,9%), нарушения мозгового кровообращения (9,8%).

Очевидна важность своевременного выявления и коррекции факторов риска сердечно-сосудистых осложнений, отягощающих течение послеоперационного периода. При этом особое значение придавалось диагнос-

тике тревоги и депрессии как повышающих риск неблагоприятных послеоперационных сердечно-сосудистых осложнений.

Проанализированы две группы больных: пациентам первой группы (42 чел.) проведены сеансы психологической коррекции перед операцией; пациентам второй группы (40 чел.) осуществлена диагностика без психологического воздействия.

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

Наличие депрессивных нарушений различной степени тяжести выявлено у трети пациентов в каждой группе (33,3 и 30,0% соответственно). Средние значения депрессивного состояния в сравниваемых группах находились в пределах нормальных значений, однако проявления депрессии были клинически выраженными (более 11 баллов по шкале HADS) у 22,0% общего числа

обследованных больных, без достоверной разницы по частоте между группами ($p > 0,05$).

Проанализирована динамика тревоги и депрессии в процессе психологической коррекции.

До операции психологическая коррекция достоверно снизила уровень тревожности у больных группы психологической коррекции ($p < 0,01$), у 61,9% пациентов уровень тревоги был нормализован. У 73,8% больных, страдающих инсомнией, без применения седативных препаратов восстановился сон. В группе без коррекции показатели уровня тревожности существенно не менялись.

Психологическая коррекция достоверно не влияла на показатели уровня депрессии ($5,9 \pm 3,2$ и $6,0 \pm 3,1$ балла; $p > 0,05$ соответственно). В группе без коррекции выраженность депрессивного состояния нарастала без достоверных различий ($7,1 \pm 4,1$ и $9,2 \pm 3,8$; $p > 0,05$ соответственно) (табл. 2).

Т а б л и ц а 1

Динамика уровня тревоги у больных злокачественными новообразованиями
торакоабдоминальной локализации с сопутствующей ИБС

Этапы обследования	Группа психологической коррекции	Группа без коррекции	P
1-й	$10,8 \pm 2,8$	$10,9 \pm 1,9$	$p > 0,05$
2-й	$7,6 \pm 1,3$	$10,9 \pm 2,3$	$p < 0,01$
3-й	$6,8 \pm 2,3$	$7,8 \pm 2,5$	$p < 0,05$

Т а б л и ц а 2

Динамика уровня депрессии у больных злокачественными новообразованиями
торакоабдоминальной локализации с сопутствующей ИБС

Этапы обследования	Группа психологической коррекции	Группа без коррекции	P
1-й	$5,9 \pm 3,2$	$7,1 \pm 4,1$	$p > 0,05$
2-й	$6,0 \pm 3,1$	$9,2 \pm 3,8$	$p > 0,05$
3-й	$8,4 \pm 3,7$	$11,6 \pm 4,4$	$p < 0,05$

В послеоперационном периоде у больных группы психологической коррекции уровень тревоги нормализовался.

У больных группы коррекции средний уровень послеоперационной депрессии недостоверно возрос с $6,0 \pm 3,1$ до $8,4 \pm 3,7$ 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 психологического 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 ($11,55 \pm 4,44$ 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 и оказывает аналогичное воздействие на депрессивное состояние в послеоперационном периоде.

Среди пациентов группы с психологической коррекцией частота сердечно-сосудистых осложнений была ниже, чем в группе сравнения (3; 7,1 и 9; 22,5% соответственно). Течение послеоперационного периода одинаково часто в группах осложнялось развитием инфаркта миокарда (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 злокачественными новообразованиями торакоабдоминальной локализации радикальным методом лечения является хирургическое вмешательство. Большинство больных испытывают страх перед операцией. Особенно это относится к пациентам с сопутствующей ишемической болезнью сердца, у которых в значительной степени увеличивается риск развития сердечно-сосудистых осложнений 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 [18].

Установлено, что психосоциальные вмешательства способны снижать частоту развития инфаркта миокарда и смертность от ишемической болезни сердца. Еще в 1985 г. N. Frasure-Smith и соавт. [11] показали, что своевременная коррекция высокого уровня стресса (с использованием релаксации) у больных, перенесших инфаркт миокарда, сопровождается снижением показателей 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. 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 кардиальных катастроф и случаев кардиальной смерти у больных ИБС, длительно практиковавших релаксационную терапию, показало в 5 и 4 исследованиях соответственно [20].

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 [1].

Результаты нашего исследования показали возможность эффективной коррекции тревоги психологическими методами. Психологическая помощь, оказываемая па-

циентам с момента поступления, 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. 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.

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 благополучной их адаптации после хирургического вмешательства. Нарастание депрессии в послеоперационном периоде у пациентов без психологической коррекции сопровождалось увеличением частоты сердечно-сосудистых осложнений.

Снижение тревоги до операции предупреждало нарастание депрессии в послеоперационном периоде. Таким образом, можно говорить о том, что психологическая коррекция способствовала профилактике депрессии в послеоперационном периоде.

Анализ полученных в ходе исследования данных позволяет сделать заключение, что применение психологической коррекции с использованием техник релаксации и аутоусуггестии снижает проявление тревоги и депрессии в послеоперационном периоде и является методом, рекомендуемым онкологическим больным с сопутствующей ИБС для профилактики сердечно-сосудистых осложнений после торакоабдоминальных вмешательств.

Выводы:

1. Ситуативно обусловленное состояние тревоги и депрессии выявлено у 31,7% пациентов злокачественными новообразованиями торакоабдоминальной локализации с сопутствующей ишемической болезнью сердца.

2. В плане комплексной подготовки к онкохирургическим вмешательствам больных с сопутствующей ишемической болезнью сердца для профилактики сердечно-сосудистых осложнений и предупреждения тревоги и депрессии рекомендована психологическая коррекция с использованием релаксационных и аутоусуггестивных ресурсных техник.

Литература

1. Айвазян Т.А. Основные принципы психокоррекции при гипертонической болезни // Кардиология. 2002. № 1(2). С. 5–7.
2. Диагностика и лечение стабильной стенокардии: Российские рекомендации. М., 2004.
3. Коган Б.М. Стресс и адаптация. М.: Знание, 1980. 64 с.
4. Погосова Г.В. Депрессия – новый фактор риска ишемической болезни и предиктор коронарной смерти // Кардиология. 2002. № 4. С. 86–91.
5. Anda R., Williamson D., Jones D. et al. Depressed affect, hopelessness, and risk of ischemic heart disease in cohort of US adults // Epidemiology. 1993. № 4. P. 285–294.
6. Bush D.E., Ziegelstein R.C., Tayback M. et al. Even minimal symptoms of depression increase mortality risk after acute myocardial infarction // Am J. Cardiol. 2001. № 88. P. 337–341.

7. Denollet J., Dyd S.U., Stoobant N. et al. Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease // *Lancet*. 1996. № 347. P. 417–421.
8. 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.
9. 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. № 158. P. 1422–1426.
10. 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. № 14. P. 388–398.
11. Frasure-Smith N., Prince R. The ischemic heart disease life stress monitoring program: impact on mortality // *Psychosom Med*. 1985. № 7. P. 31–445.
12. Gander M., von Kanel R. Myocardial infarction and post-traumatic stress disorder: frequency, outcome, and atherosclerotic mechanisms // *Eur J. Cardiovasc Prev Rehab*. 2006. № 2. P. 165–172.
13. 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 I Epidemiological Follow-up Study // *Arch Fam Med*. 1997. № 6. P. 43–49.
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. № 20. P. 47–58.
15. Larson S.L., Owens P.L., Ford D., Eaton W. Depressive disorder, dysthymia, and risk of stroke. Thirteen-year follow-up from Baltimore Epidemiologic Catchment Area Study // *Stroke*. 2001. № 32.
16. Penninx B.W., Beekman A.T., Honig A. et al. Depression and cardiac mortality // *Arch Gen Psychiat*. 2001. № 58. P. 221–227.
17. 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. № 94. P. 3123–3129.
18. Spilberger C.D. Theory and research on anxiety // *Anxiety and behavior* / Ed. C.D. Spilberger. N.Y.: Academic Press, 1986. P. 3–20.
19. Rozanski A., Blumenthal J.A., Kaplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy // *Circulation*. 1999. № 99. P. 2192–2197.
20. Dijkstra J. van, White A. Relaxation therapy for rehabilitation and prevention in ischemic heart disease: a systematic review and meta-analysis // *Eur J. Cardiovasc Prev Rehab*. 2005. № 3. P. 193–202.

ANXIETY AND DEPRESSION OF CANCER PATIENTS WITH CONCOMITANT ISCHEMIC HEART DISEASE AND METHODS PSYCHOLOGICAL CORRECTION

Tkachenko G.A. (Moscow)

Summary. Often postoperative period of cancer patients accompanied by anxiety and depression – risk factors for development cardiovascular complications. For improvement of results of surgical treatment of cancer patients with accompanying ischemic heart disease psychological correction of anxious-depressive state is indicated.

Key words: anxiety; depression; psychological correction; ischemic heart disease; malignant tumors of toracoabdominal localization.