

С.Б. Марасанов², Е.М. Мохов², О.А. Гордеева¹

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

¹ ГБУЗ «Тверской областной клинический онкологический диспансер»

² Тверская Государственная медицинская академия Минздрава РФ

Эмоциональное состояние человека является причиной многих заболеваний. Установлено наличие психологических расстройств у 120 обследованных больных раком молочной железы в процессе послеоперационной полихимиотерапии и рассмотрена необходимость коррекции выявленных изменений в психоэмоциональной сфере для улучшения качества жизни пациенток. Использование психотропных препаратов для коррекции психоэмоционального статуса у 80 женщин улучшило самочувствие больных, оказало положительное влияние на течение послеоперационного периода, помогло сформировать установку на продолжение лечения.

Ключевые слова: рак молочной железы, психоэмоциональный статус, послеоперационное ведение больных.

Психологические последствия рака молочной железы сходны с психологическими реакциями на любое серьезное соматическое заболевание. Часть больных раком молочной железы откладывает обращение к врачу из страха перед предполагаемым диагнозом или вследствие отрицания своих симптомов («анозогнозия») [4]. Страх перед утратой женственности удерживает многих из них от своевременного обращения за медицинской помощью [2, 7]. Депрессивное настроение обычно сохраняется на протяжении всей болезни. В то же время, состояние длительной тревоги и депрессии может способствовать возникновению рецидива заболевания, метастазированию, которые, в свою очередь, увеличивают стресс и резко снижают качество жизни больных [3].

А.В.Вейн [8] выделяет три фактора, объединяющих практически все формы патологии человека. Первый—генетический фактор, играющий роль предрасположенности к тем или иным болезням. Второй—состояние иммунитета, определяющее степень защищенности организма. Третий фактор—нейрональная регуляция. Х.Айзенк [1] связывает между собой особенности психоэмоционального статуса, состояние иммунитета и риск промоции и прогрессии опухолевого процесса. Показано, что фармако-

логическая коррекция психоэмоционального статуса оптимизирует течение ближайшего послеоперационного периода [10,11], улучшает отдаленные результаты лечения [12].

Цель исследования—дать анализ психоэмоционального статуса больных раком молочной железы в процессе послеоперационной полихимиотерапии и провести коррекцию выявленных изменений.

Материалы и методика

Тип клинического исследования: одноцентровое, рандомизированное, открытое, сравнительное. Все пациенты подписывали информированное согласие на участие. В исследовании включено 120 женщин—больных раком молочной железы в возрасте от 37 до 62 лет, проходивших лечение в Тверском областном клиническом онкологическом диспансере. Средний возраст больных составил 48±2 лет. Все пациентки со стадией заболевания I-IIIА наблюдались в процессе послеоперационной химиотерапии по схеме CAF (доксорубин, фторурацил, циклофосфан). Характеристика больных представлена в табл.1.

Таблица 1

Характеристика больных раком молочной железы

| Характеристика | Количество (чел.) |
|---|-------------------|
| Группы исследования: | |
| 1 гр. (получавшие симптоматическую терапию) | 40 |
| 2 гр. (получавшие феназепам) | 40 |
| 3 гр. (получавшие имипрамин) | 40 |
| Клиническая стадия заболевания: | |
| 1 гр.: I | 1 |
| IIА-IIБ | 27 |
| IIIА | 12 |
| 2 гр.: I | 1 |
| IIА-IIБ | 31 |
| IIIА | 8 |
| 3 гр.: I | 2 |
| IIА-IIБ | 28 |
| IIIА | 10 |
| Объем оперативного вмешательства: | |

| | |
|---|----|
| радикальная мастэктомия по Маддену слева | 44 |
| радикальная мастэктомия по Маддену справа | 76 |
| Гистологическая характеристика опухоли: | |
| инфильтрирующий дольково-протоковый Ca | 78 |
| инфильтрирующий дольковый Ca | 21 |
| инфильтративный протоковый Ca | 18 |
| Карцинома без детализации | 3 |

Этапы исследования: в ходе первого этапа исследования у женщин в послеоперационном периоде изучался уровень психоэмоциональной напряженности, на втором этапе проводилась фармакологическая коррекция выявленных изменений психоэмоциональной сферы с применением психотропных препаратов в послеоперационном периоде. Все больные были разделены на 3 группы. В первой группе пациентки получали симптоматическую терапию; во второй группе — феназепам в дозе 0,001г 2 раза в день, в третьей группе — имипрамин по 0,025мг 2 раза в день в течение всего курса лечения. Каждая группа включала 40 пациенток. Группы были сравнимы по возрасту, объему оперативного вмешательства, гистологическому строению опухоли.

Критериями включения в исследование были: 1) наличие информированного согласия пациентки на участие в исследовании; 2) I-IIIa ст. заболевания; 3) возможность назначения психотропных препаратов.

Использованы следующие методики исследования: шкала тревоги Тейлора и Сарассона [14], тест ММРІ (СМОЛ) [9], тест отношения к болезни [6], шкала стресса Холмса-Рахе [14], шкала SF-36 [2], тест Люшера [13]. Эти методы обследования позволили определить уровень депрессии больных, выявить коэффициент тревожности, судить о психологическом дискомфорте женщин во время прохождения послеоперационного лечения, исследовать «внутреннюю картину» болезни пациенток.

Результаты и обсуждение

У обследованных больных раком молочной железы клинически отмечен повышенный уровень тревоги с признаками депрессии. Среди пациенток не было лиц, профиль которых превышал 60Т-баллов. Это указывает на отсутствие выраженной психологической декомпенсации. Вместе с тем, почти у 38% женщин показатель профиля на 9й шкале (отрицание тревоги) был достоверно ниже, а на 2й шкале (депрессия) достоверно выше, чем в норме, что отражает депрессивные тенденции, столь характерные для онкологических больных в послеоперационном периоде.

Уровень тревожности больных раком молочной железы в послеоперационном периоде верифицировался с помощью шкалы тревоги Тейлора и Сарассона. Данный показатель в трех группах был средним с тенденцией к высокому и составил у пациенток первой группы 21 ± 2 балла, у больных второй группы — 19 ± 2 балла, у женщин третьей группы — 20 ± 2 балла (табл. 2).

Согласно тесту SF-36, свыше 60% обследованных женщин испытывали психологическую напряженность во время прохождения послеоперационной химиотерапии (табл.2).

Тревога и депрессия, характерные для больных раком молочной железы, в послеоперационном периоде могли оказать определенное влияние на формирование отношения к болезни. По данным теста отношения к болезни, лишь у 27% больных, получавших симптоматическую терапию, был его адаптивный (эргопатический) тип. У остальных пациенток (73%) наблюдался дезадаптивный тип: у 14% — неврастенический, у 13% — меланхолический; также зафиксированы тревожный, смешанный и диффузный типы (табл.2). Адаптивный тип отношения к болезни выявлен у 33% женщин, получавших феназепам, и у 29% пациенток, получавших имипрамин (табл. 2).

Согласно шкале стресса Холмса-Рахе выявлена связь между психогениями трехлетнего периода до выявления опухоли и онкологическим заболеванием. Сумма баллов от 150 до 300 в первой группе наблюдалась у 72% больных, во второй — у 69%, в третьей — у 63%. Подобная сумма баллов говорит о повышении риска развития заболевания на 51%, что и подтвердилось впоследствии (табл. 2).

В качестве дополнительной методики изучения «наличного состояния» пациенток использовался цветовой тест Люшера. Анализ цветовой выборки показал, что у 64% больных раком молочной железы в первой группе, у 58% во второй группе и у 67% в третьей в послеоперационном периоде наблюдалось появление дополнительных цветов на первых пяти позициях, что свидетельствует о наличии тревожности, страха и психологического дискомфорта (табл.2).

Таким образом, клинические проявления психоэмоциональных расстройств у больных раком молочной железы в послеоперационном периоде выражаются в виде тревожно-фобического синдрома с признаками депрессии. В структуре тревожных расстройств преобладает хронический страх и общее внутреннее напряжение.

Из 120 больных раком молочной железы у 80 была, как отмечалось, проведена фармакологическая коррекция выявленных изменений в психоэмоциональном статусе: 40 пациенток получали терапию феназепамом по 0,001г 2 раза в день и 40 больных получали имипрамин в дозе 0,025мг 2 раза в день в течение всего курса лечения — 10 дней. В конце курса полихимиотерапии (ПХТ) больным повторно проводилось исследование психоэмоционального статуса.

Анализ усредненного профиля СМОЛ (табл. 3) показал, что у пациенток, получавших симптоматическую терапию, показатель досто-

верно снизился лишь на 4-й шкале, что характерно для конвенциональных личностей и может означать готовность к активному сотрудничеству с врачом.

У пациенток, получавших феназепам, отмечено достоверное снижение профиля на 2й шкале, что свидетельствует об устранении тревоги с помощью эффективного поведения, а также на 4-й шкале (см. выше). Снижение показателя на бой шкале говорит об уменьшении ригидности аффекта и о постепенном угасании отрицательных эмоций, вызванных болезнью. Пик профиля на 7й шкале неизменно отмечается у больных тревожно-фобическим синдромом; уменьшение этого показателя свидетельствует об уменьшении фиксации тревоги. Отсутствие повышения на 9-й шкале говорит о депрессивных тенден-

циях, сохраняющихся несмотря на проводимое лечение.

У больных, получавших имипрамин, отмечалось достоверное снижение профиля на тех же шкалах, что и у пациенток, которым назначался феназепам. Кроме того, достоверно снизился уровень на 1-й шкале, что свидетельствует о снижении тревоги в отношении состояния физического здоровья, и на 8-й шкале, что говорит об уменьшении аутизации, столь характерной для онкологических больных.

Сравнительный анализ психоэмоционального статуса по данным СМОЛ (табл. 3) показал, что наиболее выраженная положительная динамика у больных раком молочной железы в послеоперационном периоде наблюдалась при лечении феназепамом. По сравнению с больными,

Таблица 2

Показатели психоэмоционального состояния больных

| Методики исследования (показатели) | Группа исследования | | | | | |
|---|---|------------------|--------------------------------------|------------------|--------------------------------------|------------------|
| | 1 (больные, получавшие симптоматическое лечение) | | 2 (больные, получавшие феназепам) | | 3 (больные, получавшие имипрамин) | |
| | До лечения | После лечения | До лечения | После лечения | До лечения | После лечения |
| Шкала тревоги Тейлора и Сарассона (уровень тревожности в баллах) | 21±2 | 20±2 | 19±2 p<0,05 | 13±2 p1<0,05 | 20±2 p<0,05 | 11±2 |
| Тест отношения к болезни (тип отношения к болезни) | 27% адаптивный | 24% — адаптивный | 33% — адаптивный | 41% — адаптивный | 29% — адаптивный | 46% — адаптивный |
| SF-36 (уровень психологической напряженности) | 77% | 70% | 72% | 42% | 69% | 38% |
| Тест Люшера (психологический дискомфорт) | 64% | 60% | 58% | 20% | 67% | 18% |
| Шкала стресса Холмса-Рахе (связь психогении преморбидных 3х лет с заболеванием) | 150-300 б. (у 72% больных) | | 150-300 б. (у 69% больных) | | 150-300 б. (у 63% больных) | |

Примечание. p - достоверность различий показателей до и после лечения; p1 - достоверность различий показателей в группах «феназепам» и «имипрамин».

Таблица 3

Усредненный профиль СМОЛ у больных трех групп до и после лечения

| Группа исследования | Шкалы СМОЛ (в Т-баллах) | | | | | | | |
|---------------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1 (до лечения) | 59,3 ±0,4 | 60,1 ±0,2 | 58,2 ±0,2 | 53,3 ±0,3 p<0,05 | 57,8 ±0,2 | 53,2 ±0,2 | 56,3 ±0,4 | 48,7 ±0,3 |
| 1 (после лечения) | 59,2 ±0,7 | 59,3 ±0,4 | 57,8 ±0,2 | 51,4 ±0,3 | 57,5 ±0,2 | 53,1 ±0,2 | 56,2 ±0,4 | 48,1 ±0,3 |
| 2 (до лечения) | 58,4 ±0,7 | 59,8 ±0,2 p<0,05 | 56,4 ±0,3 | 51,3 ±0,3 p<0,05 | 54,8 ±0,2 p<0,05 | 49,9 ±0,3 p<0,05 | 51,3 ±0,2 | 47,3 ±0,2 p<0,05 |
| 2 (после лечения) | 57,1 ±0,7 | 56,7 ±0,3 | 56,1 ±0,3 | 49,1 ±0,3 | 54,1 ±0,2 | 47,0 ±0,3 | 50,9 ±0,2 | 46,0 ±0,2 |
| 3 (до лечения) | 59,8 ±0,2 p<0,05 | 60,2 ±0,4 p<0,05 | 59,1 ±0,4 | 52,4 ±0,3 p<0,05 | 57,8 ±0,2 p<0,05 | 53,1 ±0,2 p<0,05 | 56,1 ±0,4 p<0,05 | 51,3 ±0,3 p<0,05 |
| 3 (после лечения) | 57,5 ±0,2 | 57,3 ±0,3 | 59,0 ±0,4 p1<0,05 | 50,8 ±0,2 p1<0,05 | 54,8 ±0,1 p1<0,05 | 50,9 ±0,2 p1<0,05 | 54,7 ±0,3 p1<0,05 | 48,8 ±0,2 p1<0,05 |

Примечание. p—достоверность различий показателей до и после лечения; p1—достоверность различий показателей после лечения в группах «феназепам» и «имипрамин».

получавшими имипрамин, наблюдались достоверно более низкие показатели по 3-й («эмоциональная лабильность»), 4-й («реализация эмоциональной напряженности в непосредственном поведении»), 6-й («ригидность аффекта»), а также 7-й («фиксация тревоги») и 8-й («аутизм, созерцательность») шкалах. Эти данные можно объяснить анксиолитическим и транквилизирующим действием препарата. Вместе с тем, у пациенток, получавших имипрамин, как и следовало ожидать, в конце лечения отмечен более высокий показатель на 9-й шкале («оптимистичность»), что объясняется антидепрессивным действием препарата.

Показатель уровня тревожности, верифицированный с помощью шкалы тревоги Тейлора и Сарасона, снизился во всех трех группах, однако, статистическая достоверная разница получена только во 2-й (больные, получавшие феназепам) и 3-й (пациентки, получавшие имипрамин) группах ($p < 0,05$). Следует отметить, что у пациенток, получавших антидепрессант имипрамин, в конце лечения уровень тревоги был достоверно ниже, чем у больных, получавших анксиолитик феназепам ($p_1 < 0,05$) (табл.2).

В процессе лечения наблюдалось снижение психологической напряженности согласно тесту SF-36, что особенно заметно было у больных, получавших имипрамин (табл.2).

Анализ теста Люшера показал, что появление дополнительных цветов на первых пяти позициях в начале лечения во всех трех группах встречалось достаточно часто: у 64% пациенток в первой группе, у 58% — во второй и у 67% — в третьей. В процессе лечения отмечена положительная динамика, особенно выраженная у больных, получавших имипрамин: лишь 18% пациенток поместили дополнительные цвета на 1-5 позицию.

Согласно тесту отношения к болезни количество пациенток, имеющих адаптивный тип отношения, практически не изменилось после лечения в группе, получавшей симптоматическую терапию, значительно увеличилось в группе, получавшей феназепам (41%) и, особенно, у больных, получавших имипрамин (46%). Эти результаты можно объяснить анксиолитическим действием феназепама и антидепрессивным действием имипрамина. Результаты исследования представлены в табл. 2, 3.

Заключение

1. Выявлены признаки психоэмоционального напряжения среди больных раком молочной железы, проходящих послеоперационную химиотерапию;

2. Показана необходимость коррекции психоэмоционального статуса больных раком молочной железы в процессе специфического послеоперационного лечения;

3. Терапия с применением психотропных препаратов помогает улучшить психоэмоциональный статус больных и сформировать установку на лечение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айзенк Х. Личность и история болезни (лекции в неврологической клинике Московской медицинской академии) // Медицинская газета. — 1993. — № 81 (5409).
2. Асеев А.В., Васютков В.Я., Мурашева З.М. и др. Опыт изучения качества жизни больных раком молочной железы (в условиях областного онкологического диспансера) // Маммология. — 1995. — № 3. — С.40—45.
3. Асеев А.В. Психологические проблемы, связанные с раком молочной железы // Клиническая медицина. — 1993. — № 3. — С. 30-34.
4. Балицкий К.П., Шмалько Ю.П. Стресс и опухолевый процесс // Экспер. онкол. — 1983. — № 1. — С. 7-14.
5. Бедарева Т.А., Марасанов С.Б. Уровень иммуноглобулинов у больных раком мочевого пузыря в предоперационном периоде // Российский онкологический журнал. — 2008. — №5. — С.38-40.
6. Вассерман Л.И., Зайцев В.П. Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии // О психологической диагностике типов отношения к болезни — Л. — 1990. — С. 8-16.
7. Васютков В.Я., Асеев А.В., Бала Л.Н. Качество жизни больных раком молочной железы до и после мастэктомии // Росс. онкол. журнал. — 1997. — № 1. — С. 30-34.
8. Вейн А.М. Нервизм и медицина // Тер. архив. — 1991. — № 12. — С. 4-6.
9. Зайцев В.П. Вариант психологического теста Mini-Mult // Психологич. журнал. — 1981. — С.118-123.
10. Марасанов С.Б. Корреляция психоэмоциональной сферы и иммунологического статуса у больных раком легкого // Вопр. онкол. — 1999. — Т. 45. — С. 254-257.
11. Марасанов С.Б. Сравнительная динамика состояния психоэмоциональной сферы больных раком легкого на фоне применения различных лечебных препаратов // Социальная и клиническая психиатрия. — 1999. — Т. 9. — № 4. — С. 23-26.
12. Марасанов С.Б., Мохов Е.М., Онарут А. Влияние различных методов предоперационной подготовки на количество осложнений в раннем послеоперационном периоде и на отдаленные результаты лечения больных раком легкого // Итоги и перспективы лечебно-профилактической, научно-исследовательской и педагогической деятельности. — Сб. науч.-практич. работ. — Тверь. — 2004. — С. 279-280.
13. Маришук В.Л., Блудов Ю.М., Плахтиенко В.А., Серова Л.К. Методики психодиагностики в спорте. — М. — 1984.
14. Наракидзе В.Г. Методы исследования характера личности. — Тбилиси. — 1975. — 240 с.

S.B. Marasanov², E.M. Mokhov², O.A. Gordeeva¹

**PHARMACOLOGICAL CORRECTION
OF EMOTIONAL STATUS
IN BREAST CANCER PATIENTS
IN THE POSTOPERATIVE PERIOD**

¹Regional Clinical Oncological Dispensary
²State Medical Academy, Tver

It was established the presence of psychological disorders in 120 breast cancer patients in post-

operative chemotherapy and considered the need for correction of revealed changes in the psycho-emotional sphere to improve the quality of life of patients. The use of psychotropic drugs to correct the mental and emotional status in 80 women has improved their status, had a positive effect on the postoperative course, and helped to create the installation for continued treatment.

Поступила в редакцию 31.01.2013