

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

*Е.Г. Порошина<sup>1</sup>, И.В. Вологодина<sup>2</sup>, Е.В. Пестерева<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова

<sup>2</sup> Российский научный центр радиологии и хирургических технологий

<sup>3</sup> Научно-исследовательский институт онкологии им. Н.Н.Петрова,  
Санкт-Петербург, Россия

Целью исследования было изучить психологические особенности и качество жизни пациентов злокачественными новообразованиями, сочетанными с сердечно-сосудистой патологией. Обследован 81 пациент среднего возраста ( $51,4 \pm 4,6$  лет), страдающий раком различной локализации. У 42 пациентов имелась сопутствующая сердечно-сосудистая патология. Группу сравнения составили 39 пациентов. Изучались особенности реагирования пациента на заболевание по тесту Тобол, уровень тревожности по шкале Спилбергера-Ханина, качество жизни по опроснику SF-36. Онкологические больные с сочетанной сердечно-сосудистой патологией, в отличие от пациентов без кардиальной патологии, характеризовались более высокой тревожностью и более низкой оценкой качества жизни.

**Ключевые слова:** онкологический больной, кардиоонкология, отношение к болезни, качество жизни, тревожность.

В России, как и во всем мире, наблюдается тенденция роста заболеваемости злокачественными новообразованиями [1]. Среди онкологических пациентов выделяется группа больных, которые уже имеют в анамнезе болезнь с витальной угрозой в виде сердечно-сосудистой патологии и смогли к ней в той или иной степени адаптироваться, используя внутренние и внешние ресурсы для контроля собственного состояния и течения болезни. Онкологическое заболевание для данных людей является вторым заболеванием, которое несет в себе угрозу жизни [2].

Кардиологические и онкологические заболевания представляют собой разные по степени стрессогенности ситуации: заболевания сердечно-сосудистой системы воспринимаются большей частью больных как более контролируемые при помощи фармакотерапии благодаря развитой структуре терапевтических и реабилитационных мероприятий [3, 4]. Лечение же онкологических заболеваний нередко сопровождается ухудшением состояния больного, а эффект от терапии носит отсроченный характер. Кроме того, онкологические заболевания, несмотря на развитие медицинской науки и совершенствование медицинских технологий, воспринимаются современным обществом как более коварные, непонятные по сравнению с другими, также угрожающими жизни человека, хроническими забо-

леваниями, в том числе сердечно-сосудистыми [5]. Семантика диагноза, представления об этиологии, прогнозе и последствиях онкологического заболевания, длительное специфическое лечение обуславливают повторную психическую травматизацию выделенной категории пациентов.

Целью исследования явилось изучение психологических особенностей и качества жизни больных злокачественными новообразованиями с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией.

**Материал и методы.** Обследован 81 больной с различной локализацией злокачественного процесса (рак молочной железы, рак предстательной железы, рак прямой кишки, злокачественная лимфома) в возрасте от 45 до 64 лет. Средний возраст составил  $51,4 \pm 4,6$  лет. Длительность онкологического заболевания составила  $8,2 \pm 1,8$  мес. (95% ДИ 4,6-11,7). Критерием объединения больных с различной локализацией злокачественного процесса является сам факт онкологического заболевания. Больные исследовались на этапе подготовки к проведению повторной химиолучевой терапии. На предшествующем этапе лечения у всех обследованных больных признаков кардиотоксичности выявлено не было.

Первую группу (1 группа) составили 42 онкологических больных с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой системы (ише-

мическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь). Вторая группа (2 группа) состояла из 39 онкологических больных без кардиальной патологии в анамнезе. Группы были сопоставимы по возрасту и полу.

Обследование пациентов включало оценку клинического состояния, стандартную ЭКГ в 12 отведениях с расчетом скорректированного QT интервала (QTc). Корректированный QT интервал определялся по формуле Базетта у пациентов с синусовым ритмом и по формуле Саги у пациентов с фибрилляцией предсердий. В настоящее время удлинению интервала QTc в имеющейся литературе уделяется большое внимание как предиктору появления у больных жизнеугрожаемых аритмий. Вместе с тем, согласно имеющимся литературным данным в подавляющем большинстве случаев (85%) механизмами развития внезапной сердечной смерти являются желудочковые тахикардии [6]. Всем пациентам проводилась трансторакальная ЭХОКГ (Vivid 7 Dimension Pro, Германия). Измерение фракции выброса осуществлялось по методу Simpson. Диастолическую функцию левого желудочка (ЛЖ) оценивали по результатам исследования трансмитрального диастолического кровотока в импульсном доплеровском режиме.

Экспериментально-психологические методики были направлены на изучение особенностей реагирования пациентов на заболевание (ТОБОЛ) [7], оценку их психоэмоционального состояния (тест на тревожность Спилбергер-Ханина и скрининговая «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» – HADS) [8]. Для оценки качества жизни был выбран универсальный опросник SF-36, который широко используется при обследовании как больных онкологического, так и кардиологического профиля (SF-36) [9].

При проведении статистической обработки данных применялась описательная статистика, параметрические и непараметрические критерии сравнения. Результаты представлены в виде средних значений ( $\pm$ стандартное отклонение). Для сравнения количественных признаков использовался модуль Anova, тест Уилкоксона, U-критерий Манна-Уитни. Результаты принимались статистически значимыми при  $P < 0,05$ . Статистическая обработка данных проводилась с использованием программного пакета STATISTICA 6,0 (StatSoft Inc).

**Результаты.** Из включенных в 1 группу больных у 18 (42,9%) была выявлена артериальная гипертензия (АГ) 1-2 степени, у 11 (26,2%) ишемическая болезнь сердца (ИБС), у 13 (30,9%)

сочетание ИБС и АГ. У всех этих пациентов выявлялись нарушения сердечного ритма в виде одиночной наджелудочковой и желудочковой экстрасистолии по результатам стандартного ЭКГ исследования. В 9 (21,4%) случаях у пациентов выявлялась фибрилляция предсердий. В 3 (7,1%) выявлено трепетание предсердий. Удлинение QTc было выявлено у 7 (16,7%) пациентов. У пациентов 2 группы по результатам стандартного ЭКГ исследования изменений выявлено не было. При проведении холтеровского мониторирования у всех пациентов 1 группы выявлены нарушения сердечного ритма в виде одиночной, парной наджелудочковой экстрасистолии. У 5 (11,9%) пациентов выявлена групповая наджелудочковая экстрасистолия. У 8 (19,1%) пациентов выявлена желудочковая экстрасистолия градаций 3-5 по Ryan.

При ультразвуковом исследовании сердца фракция выброса у всех обследованных больных была сохранена и составила у пациентов 1 группы  $58,9 \pm 2,4$  (95%ДИ 57,2 – 63,6),  $61,4 \pm 3,1$  (95%ДИ 59,2 – 64,8). Достоверного различия между группами не было. У 26 (61,9%) пациентов 1 группы выявлено утолщение стенок левого желудочка как проявление гипертрофии, связанной с имеющейся артериальной гипертензией. У этих же больных имелись признаки диастолической дисфункции по рестриктивному типу наполнения левого желудочка ( $E/A > 2$ ).

Изучение особенностей реагирования пациентов на заболевание (ТОБОЛ) показало, что для 40,5% пациентов 1 группы характерно отношение к болезни без признаков нарушения психосоциальной адаптации с преобладанием эргопатического (Р) типа, указывающего на стремление больного, несмотря на болезнь, оставаться в сфере привычной активной деятельности, и гармоничного (Г) типа. Во 2 группе условно-адаптивное отношение к болезни выявлено у 46% больных и представлено анозогнозическим (З), эргопатическим (Р) и эргопатически-анозогнозическим (РЗ) типами, связанными с явной недооценкой злокачественности патологического процесса. Гармонический / реалистический (Г) компонент отношения к болезни имел более высокую степень выраженности в 1 группе ( $p < 0,03$ ): онкологические больные с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией имели опыт болезни и знали «как себя вести» в роли больного. Анозогнозический (З) компонент, свидетельствующий о стремлении больного отбросить факт серьезности своего заболевания, был более высоко выражен во 2 группе ( $p < 0,001$ ).

У 59,5% пациентов 1 группы диагностировано дезадаптивное отношение к болезни, которое было представлено преимущественно тревожным (Т), тревожно-неврастеническим (ТН) типами, что проявлялось в виде непрерывного беспокойства больного, его интересом к объективным данным (результатам анализов, заключениям специалистов), в страхе, что сердечно-сосудистая патология может быть препятствием своевременного прохождения химиолучевого лечения. У 54% пациентов 2 группы дезадаптивное отношение к болезни характеризовалось эргопатически-сенситивными (РС) и анозогнозически-сенситивными (ЗС) реакциями: у больных имелись опасения по поводу изменения отношений с окружающими в связи с их болезнью, и как защита – желание отбросить мысли о заболевании и продолжать жить привычной жизнью. При этом в структуре отношения к болезни у больных 1 группы достоверно выше выраженность тревожного (Т), ипохондрического (И), неврастенического (Н), дисфорического (Д) компонентов ( $p < 0,001$ ), что проявлялось в поиске информации о заболевании и методах лечения, нетерпеливости в обследовании, беспокойстве в отношении возможных осложнений в связи с лечением, жалобами невротического регистра. У больных 2 группы был достоверно выше сенситивный (С) компонент отношения к болезни ( $p < 0,02$ ), указывающим на уязвимость больного, на его озабоченность неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о болезни.

Исследование тревожности как состояния, характеризующего субъективно переживаемыми эмоциями напряжения, беспокойства, озабоченности, нервозности, сопровождаемыми активацией вегетативной нервной системы проводилось по шкале Спилбергера-Ханина. Результаты представлены на рис. 1.

Высокий уровень личностной тревожности выявлен у 76% больных, имеющих помимо онкологического заболевания коморбидную сердечно-сосудистую патологию (1 группа). Достигнутый уровень по шкале личностной тревожности среди пациентов 1 группы составил  $49,54 \pm 8,5$  баллов (95%ДИ 46,351,2). В группе пациентов без сопутствующей сердечно-сосудистой патологии (2 группа) высокий уровень личностной тревожности выявлен в 36% случаев, у остальных больных выявлялась умеренная тревожность. Количество баллов составило  $41,8 \pm 2,7$  (95% ДИ 38,6 – 43,5). В число пациентов с высоким уровнем личностной тревожности

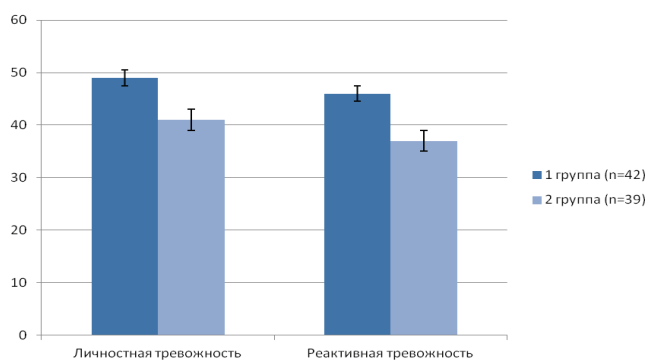


Рис. 1. Уровень реактивной и личностной тревожности по шкале Спилбергера - Ханина

вошли больные раком прямой кишки с колостомой, имеющие наиболее высокие показатели. Выявлено достоверное различие между группами ( $p < 0,05$ ). Уровень реактивной тревожности (РТ) – эмоциональной реакции на ситуацию лечения и всего, что с этим связано – в целом был достоверно выше в 1 группе больных ( $p < 0,05$ ).

Оценка тяжести тревожных и депрессивных состояний («Госпитальная шкала тревоги и депрессии»), показала: выраженность тревоги на субклиническом уровне выявлена у 35,7% больных 1 группы и у 25,6% больных 2 группы, на клиническом уровне – у 14,% больных 1 группы и у 10,3% больных 2 группы. Высокая тревожность у онкологических пациентов с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией может объясняться тем, что данной категории больных в меньшей степени присуща бессознательная психологическая защита в виде анозогнозии, они стремятся совладать с ситуацией при помощи сознательных копинг-стратегий [6]. У этих пациентов большой вклад в уровень повышенной тревожности вносит также сердечно-сосудистая патология, которая часто протекает без явных клинических симптомов.

В качестве примера на рис. 2 представляем клинический случай. Пациент 64 лет, страдающий раком предстательной железы с метастазами, поступил для проведения повторного курса химиолучевой терапии.

В течение 8 последних лет пациент страдал артериальной гипертензией. ИБС выявлена в течение 5 последних лет. Постоянная форма трепетания предсердий выявлялась в течение 3 последних лет. Обращали на себя внимание высокие значения уровня реактивной и личностной тревожности по шкале Спилбергера-Ханина: количество баллов по шкале реактивной тревожности составило 48 баллов, по шкале личностной тревожности – 53 балла. При поступлении на

стандартной ЭКГ – трепетание предсердий QTc в пределах нормальных значений – 430 мс. При проведении холтеровского мониторирования выявлена желудочковая экстрасистолия грация 5 (Ryan), 14 бессимптомных пароксизмов желудочковой тахикардии (рис. 1).

По результатам холтеровского мониторирования в течение суток наблюдалось удлинение QTc более 450 мс в течение 13 часов 53 минут (67,7 % времени). Таким образом, данные объективного исследования выявили жизнеугрожаемые нарушения сердечного ритма и удлинение скорректированного QT интервала, свидетельствующие о высоком риске внезапной смерти у этого пациента.

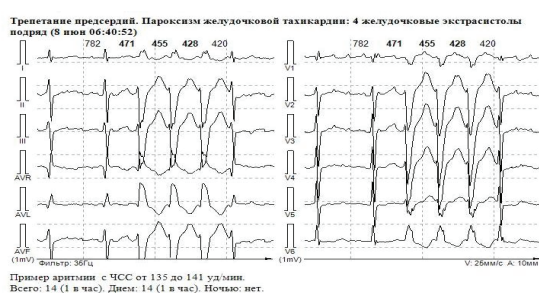


Рис 2. Фрагмент записи суточного ритма пациента 64 лет, страдающего раком предстательной железы с метастазами

Пациенту было рекомендовано лечение в условиях стационара кардиологического профиля с последующей повторной госпитализацией для проведения курса химиолучевой терапии после коррекции выявленных нарушений.

Усредненный показатель уровня депрессии в группах обследуемых пациентов находился в пределах нормативных показателей, однако у 12% пациентов с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией диагностировалась субклинически выраженная депрессия. Больные с депрессивными тенденциями отличались наибольшим уровнем тревожности ( $p < 0,05$ ).

Исследование качества жизни, связанного с общим состоянием здоровья (SF-36), показало значимые различия между больными 1 и 2 групп по параметрам жизненной активности (VT):  $48,3+5,5$  (95%ДИ 43,1-52,6 против  $60,5+2,3$  (95% ДИ 54,8-62,1) соответственно ( $p < 0,01$ ) и ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием (RE)  $35,2+10,1$  (95% ДИ 32,6-39,4) против  $58,9+8,1$  (95% ДИ 51,8-62,7) соответственно ( $p < 0,001$ ). Онкологические больные с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями ниже оценивают состояние своего здоровья, при этом они более

склонны отмечать снижение повседневной ролевой деятельности в результате влияния эмоционального состояния – можно предположить, что они более чувствительны к психосоматическим аспектам жизнедеятельности, что важно учитывать при оказании психологической помощи.

Анализ взаимосвязи качества жизни больного и его отношением к заболеванию показал обратную взаимосвязь между показателем жизненной активности (VT) у больных 1 группы и тревожным (T) ( $p < -0,001$ ), неврастеническим (H) ( $p < -0,01$ ) компонентами отношения к болезни: непрерывное беспокойство в отношении неблагоприятного течения болезни и возможных осложнений, психоэмоциональное напряжение, лабильность настроения обуславливали психическую истощаемость больного. Во 2 группе обнаружена прямая взаимосвязь между ролевой активностью (RF) и анозогностическим (З) компонентом отношения к болезни ( $p < -0,001$ ): пациенты ниже оценивали влияние физического состояния на свое ролевое функционирование за счет отрицания серьезности заболевания.

**Обсуждение.** Имеющиеся в отечественной и зарубежной литературе данные свидетельствуют о том, что в развитии онкологического заболевания большую роль играют психологические особенности пациентов [7, 10, 11]. В проведенном нами исследовании в отношении к болезни онкологических пациентов без кардиальной патологии (2 группа) преобладала тенденция к анозогностии, указывающая на стремление больного отбросить факт серьезности своего заболевания, что позволяло ему более высоко оценивать свое качество жизни, связанное с состоянием здоровья. Необходимым условием адаптации к болезни и лечению для данных больных является, прежде всего, принятие злокачественного характера заболевания.

Нами не найдено работ, посвященных изучению психологического статуса у пациентов, имеющих сочетание онкологического заболевания и кардиальной патологии. Результаты проведенного нами исследования свидетельствуют о том, что онкологическим больным с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией (1 группа) присуща более низкая выраженность анозогностии. Часть онкобольных с условно-адаптивным отношением к болезни склонны реалистично (гармоничный тип) воспринимать ситуацию онкологического заболевания и себя в роли больного: адаптация к сердечно-сосудистому заболеванию позволила данным больным получить опыт («я справлюсь», «выкарабка-



## Литература

юсь», «я поверил в медицину»), который влияет на переживание ситуации онкологического заболевания. Другие же больные с дезадаптивным отношением к болезни (59,5%) более остро переживали ситуацию заболевания и, с точки зрения социальных норм, были менее адаптированы к происходящему. В данном случае анозогнозия, свойственная онкологическим пациентам (1 группа), не смягчала травму, вызванную обнаружением онкологического заболевания, а предыдущие способы совладания, выработанные в процессе адаптации к сердечно-сосудистому заболеванию не являлись эффективными – эти больные находятся в процессе формирования новых способов адаптации.

Онкологические больные с сопутствующей сердечно-сосудистой характеристикой характеризовались большей тревожностью, чем онкопациенты без кардиальной патологии. При этом отношение к болезни без признаков нарушения психосоциальной адаптации, в том числе гармоничное/реалистичное (Г), не исключало у больных наличие повышенной тревоги, что, с одной стороны, являлось проявлением сердечно-сосудистой патологии, и, с другой стороны, было связано с ослаблением психологической защиты в виде анозогнозии. Важно понимать, что тревога является естественной реакцией человека в ситуации онкологического заболевания, но не всегда адекватной. Если умеренный уровень тревоги играет положительную роль, активизируя приспособительное поведение больного, то высокий уровень тревоги дезорганизует и снижает качество его жизни, при этом медицинская информация, полученная от врача и других источников, воспринимается как более угрожающая. В этой связи психологическая работа с данной категорией пациентов должна быть направлена, прежде всего, на снижение реактивной тревожности больного, обучение его методам контроля своего состояния, а также на осознание больным психосоматических аспектов своих заболеваний.

**Вывод.** Результаты исследования показали, что онкологические пациенты с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией имеют свою специфику переживаний, изучение которой может обеспечить более адекватную кардиологическую и психологическую помощь данной категории пациентов.

1. Злокачественные новообразования в России в 2015 году (заболеваемость и смертность) / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой // М: МНИОИ им. П.А. Герцена. – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России. – 2017. – 250с.

2. *Бескова Д.А.* Клинико-психологическая характеристика ипохондрических развитий у больных с кардиальной и онкологической патологией / Д.А. Бескова, Б.А. Волель //ж. Психические расстройства в общей медицине. – 2008. – № 2. – С. 26-33.

3. *Федорец В.Н.* Оценка эффективности кардиологических образовательных программ для пациентов старческого возраста с хронической сердечной недостаточностью / В.Н. Федорец [и др.] //Успехи геронтологии. – 2013. – Т. 26, № 2. – С. 383-388.

4. *Вологодина И.В.* Качество жизни и приверженность терапии у пациентов пожилого и старческого возраста с хронической сердечной недостаточностью, коморбидными когнитивными и аффективными нарушениями / И.В. Вологодина [и др.] // Вестник Северо-Западного Государственного Медицинского Университета им. И.И. Мечникова. – 2016. – 8(1). – 45-49.

5. Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности: коллект. моногр. / науч. ред. Л.И. Вассерман, О.Ю. Щелкова / СПб.: Скифия-принт. – 2014. – 408 с.

6. *Шляхто Е.В.* Национальные рекомендации по определению риска и профилактике внезапной смерти (Сокращенная версия) / Е.В. Шляхто, Г.П. Аругюнов, Ю.Н. Беленков // Архивъ внутренней медицины. – 2013. – 4(12) –С. 5-15.

7. *Чулкова В.А.* Социально-психологические аспекты онкологических заболеваний в современном обществе» /В.А. Чулкова, Е.В. Пестерева // ж. Социальная психология и общество. – 2015. – Т.6. – № 1 – С. 117-126.

8. *Чулкова В.А., Пестерева Е.В.* Отношение к болезни у онкологических и кардиологических больных / В.А. Чулкова, Е.В. Пестерева // Материалы научно-практической конференции «Ананьевские чтения – 2005» / ред. Л.А. Цветкова, Л.М. Шипицына / СПб.: изд-во С.-Петербургского университета, 2005. с. 288-290.

9. *Новик А.А. Ионова Т.И.* Руководство по исследованию качества жизни в медицине. СПб.: Издательский дом «Нева», М.: «ОЈИМА-ПРЕСС Звездный мир», 2002. – 320 С.

10. *Iwamitsu Y.* Anxiety, emotional suppression and psychological distress before and after breast cancer diagnosis / Y. Iwamitsu [et al.] // *Psychosomatics*. - 2005. - 46(1). - 19-24.

11. *Wu S.P.* The relationship between coping behaviors and symptom distress in elderly patients with cancer undergoing initial chemotherapy / S.P. Wu, Y.C. Hsu // *Hu Li Za Zhi*. - 2016. - 63(6). - P. 30-40.

---

*Е.Г. Порошина*

*Тел./факс: 8(812)-374-21-78,*

*E-mail: elporoshina@mail.ru*

**Е.Г. Порошина, И.В. Володина, Е.В. Пестерева.** Психологические особенности и качество жизни у онкологических больных с сочетанной сердечно-сосудистой патологией // *Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета*. - 2017. - Т.9. - № 1. - P. 83-88.

## PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS AND QUALITY OF LIFE OF CANCER PATIENTS WITH CONCOMITANT CARDIOVASCULAR PATHOLOGY

*E.G. Poroshina<sup>1</sup>, I.V. Vologdina<sup>2</sup>, E.V. Pestereva<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> Northwestern State Medical University named after I.I. Mechnikov

<sup>2</sup> Russian research centre for radiology and surgical technologies

<sup>3</sup> N.N. Petrov Research Institute of Oncology, Saint-Petersburg, Russia

The aim of the study was to explore the psychological characteristics and quality of life of patients with cancerous tumor combined with cardiovascular disease. 81 middle-aged patient (51,4±4,6 years) with cancer of different localization examined. Additionally, 42 patients had a concomitant cardiovascular pathology. Group of comparison consisted of 39 patients. The following tests and scales were used: test TOBOL for studying the issues of patients' reaction to disease, Spielberger-Khanin scale to monitor level of anxiety, SF-36 questionnaire to analyze the quality of life. Unlike the patients without cardiac pathology, the cancer patients with concomitant cardiovascular pathology showed higher anxiety and lower quality of life assessment.

**Keywords:** cancer patient, cardio-oncology, related to disease, quality of life, anxiety.

### Authors

E.G. Poroshina

Tel./fax: 8(812)-374-21-78

E-mail: elporoshina@mail.ru

E.G. Poroshina, I.V. Vologdina, E.V. Pestereva. Psychological characteristics and quality of life of cancer patients with concomitant cardiovascular pathology // *Herald of the Northwestern State Medical University named after I.I. Mechnikov*. - 2017. - Т.9. - № 1. - P. 83-88.