

## **ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ РАКОМ ОРГАНОВ БИЛИОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ, ОТЛИЧАЮЩИХСЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬЮ ПРОЦЕССА, ОБЪЕМОМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА И ДИНАМИКОЙ СОСТОЯНИЯ ПО ОКОНЧАНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА**

**Жукова Г.В., Ширнина Е.А., Газиев У.М., Шихлярова А.И., Снежко А.В.**

*ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России, Ростов-на-Дону, e-mail: galya\_57@mail.ru*

Изучали уровень личностной тревожности, динамику ситуативной тревожности и депрессии у больных раком билиопанкреатодуоденальной зоны с различной распространенностью процесса, подвергавшихся радикальной или паллиативной операции (панкреатодуоденальная резекция, обходной анастомоз). Показаны различия в уровне личностной тревожности, динамике ситуативной тревожности у паллиативно и радикально прооперированных пациентов. Обсуждается их связь со сроками обращения за медицинской помощью, состоянием больных непосредственно после операции, психотравмирующими обстоятельствами операции и временем активизации. Депрессивные реакции четко коррелировали с высокой ситуативной тревожностью, случаев истинной депрессии отмечено не было. В обеих исследованных группах больных наблюдалась выраженная вариабельность продолжительности жизни после выписки из стационара (2–20 месяцев). Выявлены 2 варианта соотношения уровня личностной тревожности и динамики ситуативной тревожности, характерные для пациентов с продолжительностью жизни не менее года.

Ключевые слова: рак органов билиопанкреатодуоденальной зоны, панкреатодуоденальная резекция, обходной анастомоз, личностная тревожность, ситуативная тревожность.

## **FEATURES OF MENTAL STATUS OF THE PATIENTS WITH DIFFERENCES IN THE PREVALENCE OF CANCER PROCESS IN BILIOUPANCREATODUODENAL ZONE, SURGERY VOLUME AND THE DYNAMICS OF THE STATE AFTER THE POSTOPERATIVE PERIOD**

**Zhukova G.V., Shirnina E.A., Gaziev U.M., Shikhliarova A.I., Snezhko A.V.**

*Rostov Research Institute of Oncology, Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Rostov-on-Don, e-mail: galya\_57@mail.ru*

The level of personal anxiety, the dynamics of situational anxiety and depression in cancer patients with varying prevalence of the process in biliopancreatoduodenal zone, subjected to radical or palliative surgery (pancreatoduodenal resection, bypass anastomosis) were studied. The differences in the level of personal anxiety, the dynamics of situational anxiety and depression in the radical and palliative operated patients were revealed. Relationship of these differences with the time of seeking medical help, the patient's condition immediately after surgery, psychotraumatic circumstances of the operation and the time of activation were discussed. Depressive reactions were clearly correlated with situational anxiety of high level. In the same time there were no cases of true depression with all the typical mental disorders in researched patient groups. In both groups of patients we observed marked variability in survival after discharge from hospital (from 2 to 20 months). Two variants of the ratio between the level of personal anxiety and the dynamics of situational anxiety that are typical to patients with lifespan at least one year were revealed.

Keywords: cancer process in biliopancreatoduodenal zone, pancreatoduodenal resection, bypass anastomosis, personal anxiety, situational anxiety.

В настоящее время сформировано мнение о значительном влиянии личностных особенностей на эффективность лечения, качество и продолжительность жизни онкологических больных [8,9]. Получены сведения об особенностях психоэмоционального статуса пациентов с различной локализацией опухолевого процесса. Так, по данным ряда авторов, больные раком поджелудочной железы отличаются высокой тревожностью и

склонностью к депрессии [5, 10]. Личностные особенности таких больных следует учитывать в связи с продолжающимся ростом заболеваемости раком органов билиопанкреатодуоденальной зоны [2]. В то же время результаты анализа многочисленных исследований психического и социального статуса онкологических больных свидетельствуют о наличии противоречивых сведений и мнений относительно связи личностных особенностей с развитием злокачественных опухолей различных локализаций [3]. Работы, посвященные непосредственному изучению психического статуса онкологических больных и выявлению информативных показателей клинического течения заболевания, весьма немногочисленны [6, 8]. Таким образом, в целом, вопрос о влиянии личностных особенностей на динамику состояния больных раком органов билиопанкреатодуоденальной зоны остается мало изученным.

**Целью работы** явилось выяснение вопроса о связи личностных особенностей больных раком органов билиопанкреатодуоденальной зоны с распространенностью процесса, объемом оперативного вмешательства и динамикой состояния в течение года после выписки из стационара.

#### **Материалы и методы исследования**

Были обследованы 32 пациента, страдающие раком органов билиопанкреатодуоденальной зоны (БПДЗ). У большинства больных процесс был локализован в поджелудочной железе и большом дуоденальном соске (90 % случаев), в том числе в головке поджелудочной железы – у 65 % пациентов. В отдельных случаях был отмечен рак дистального отдела холедоха и двенадцатиперстной кишки. Доминирующим гистологическим типом опухоли была аденокарцинома различной степени дифференцировки. Все обследованные пациенты вошли в одну из двух групп – группу радикально прооперированных больных (РО) или группу паллиативно прооперированных больных (ПО). При этом не было отмечено значительных межгрупповых различий по половому и возрастному составу больных. Сведения о распространенности процесса в исследованных группах представлены в таблице 1. Как видно из таблицы, в группе РО, включавшей 19 человек, наблюдалась, преимущественно, вторая стадия распространенности процесса. Всем этим больным была проведена панкреатодуоденальная резекция. У пациентов группы ПО в 12 из 13 случаев была отмечена третья или четвертая стадия распространенности процесса. Оперативное вмешательство у больных этой группы было ограничено формированием обходного анастомоза.

Таблица 1

Распространенность процесса у больных раком органов БПДЗ исследованных групп

Группы	Стадия распространенности процесса, % случаев (n)			
	I	II	III	IV
РО, n=19	16 (3)	68 (13)	16 (3)	0
ПО, n=13	0	8 (1)	69 (9)	23 (3)

У всех больных исследованных групп проводили оценку личностной (ЛТ) и ситуативной тревожности (СТ), а также уровень депрессии. Для этого использовали шкалу оценки уровня ЛТ и СТ Спилбергера – Ханина [7], а также методику дифференциальной диагностики депрессивных состояний Зунга (адаптированную в НИИ им. Бехтерева Т.И. Балашовой). При поступлении в стационар, спустя сутки после операции и накануне дня выписки пациенты проходили тестирование для оценки СТ и депрессии. Уровень ЛТ как устойчивой характеристики личности определяли только при поступлении в стационар. Для статистической обработки результатов исследования были использованы критерий Стьюдента (в том числе, для сравнения долей) и непараметрический критерий Вилкоксона – Манна – Уитни [4].

### **Результаты и обсуждение**

Среди всех обследованных больных относительное число пациентов с высоким уровнем ЛТ составило 47 %, что не значительно отличалось от известных сведений о доле высоко тревожных индивидуумов среди больных раком органов БПДЗ, составлявшей 56–57 % [5, 10]. При этом рассматриваемый показатель психического статуса больных имел межгрупповые различия. Так, если в группе РО наблюдалось доминирование лиц с высоким уровнем ЛТ (58 %), то в группе ПО преобладали пациенты с умеренным уровнем ЛТ (69 %), а число больных с высоким уровнем ЛТ составляло менее трети пациентов (табл. 2).

При изучении динамики уровня депрессии у больных исследованных групп не было отмечено ни одного случая истинной депрессии, связанной с развитием характерных специфических нарушений психических функций («триады депрессии»). Выявленные виды депрессии – легкая депрессия и субдепрессия – очевидно, были обусловлены, главным образом, восприятием соматических нарушений и связанных с ними психотравмирующих событий. Соотношение числа случаев депрессивных реакций такого рода в исследованных группах было аналогичным отмеченному для случаев высокой ЛТ. В группе РО они наблюдались у 58 % больных, а в группе ПО – в 30 % случаев (по 15 % случаев легкой депрессии и субдепрессии,  $p < 0.1$ , табл. 2). Таким образом, в группе больных РО была выявлена тенденция к большей склонности к депрессивным реакциям, связанным с соматическим состоянием, по сравнению с пациентами группы ПО. В группе РО при весьма значительном совпадении случаев депрессии и высокой ЛТ (на 67 %) еще более отчетливая связь наблюдалась между развитием легкой депрессией и субдепрессии и высоким уровнем

СТ. Такая закономерность была характерна и для группы ПО. У всех больных обеих групп, демонстрировавших депрессивные реакции перед началом лечения, была отмечена высокая СТ, что подчеркивало соматическую обусловленность легкой депрессии и субдепрессии и отличие таких реакций от случаев истинной депрессии.

Таблица 2

Выраженность личностной тревожности (ЛТ) и депрессии в исследованных группах больных раком БПДЗ

Группы	ЛТ			Депрессия		
	Уровни	n	%	Уровни	n	%
РО N=19	высокий	11	58	Без депрессии	8	42
	умеренный	7	37	Легкая депрессия	7	37
	низкий	1	5	Субдепрессия	4	21
ПО N=13	высокий	4	31Т	Без депрессии	9	70
	умеренный	9	69	Легкая депрессия	2	15
	низкий	-	-	Субдепрессия	2	15

*Примечание:* Т – отличается от значений в группе РО,  $p < 0.1$  (тенденция).

Таким образом, группа РО, с менее распространенным опухолевым процессом, отличалась от группы ПО преобладанием пациентов с высоким уровнем ЛТ, а также пациентов, склонных к развитию депрессивных реакций в ответ на соматические нарушения. Известно, что в основе высокой тревожности лежит индивидуальная предрасположенность воспринимать широкий круг ситуаций и сигналов в качестве угрожающих явлений [1, 7]. Это может обусловить повышенную настороженность высоко тревожных людей в отношении соматических недомоганий и даже слабо выраженных ощущений негативного характера и стимулировать активный поиск причин таких явлений. Иными словами, можно предположить определенную связь распространенности злокачественного процесса в исследованных группах с доминирующим уровнем ЛТ, поскольку именно высоко тревожные пациенты, вероятно, могли обратиться за медицинской помощью на более ранних этапах заболевания, чем больные с умеренным и низким уровнем ЛТ.

Переходя к анализу динамики СТ, хотелось бы отметить явное доминирование случаев высокой СТ в обеих исследованных группах перед началом лечения – у 68 % и 84 % пациентов, соответственно, в группе РО и ПО (табл. 3). Очевидно, данное обстоятельство отражало высокую значимость предстоящей операции для всех без исключения пациентов, что закономерно вызывало повышение уровня СТ накануне события.

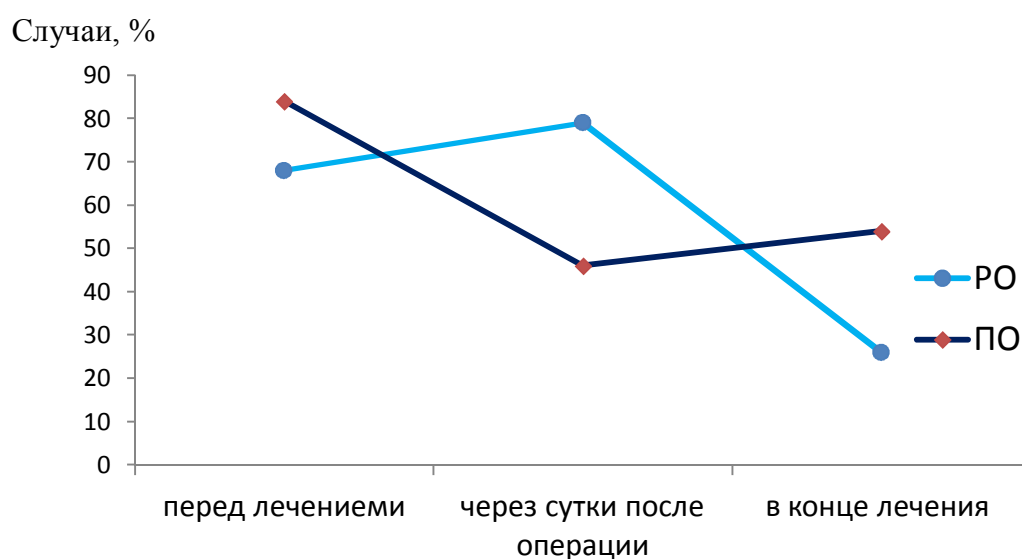
Таблица 3

Выраженность ситуативной тревожности (СТ) в исследованных группах

Группы	Уровни	До операции		После операции		В конце лечения	
		n	%.	n	%	n	%
РО	высокий	13	68	15	79	5	26
	средний	6	32	4	21	8	50

	низкий	-	-	-	-	3	18
ПО	высокий	11	84	6	46	7	54
	средний	2	16	6	46	4	33
	низкий	-	-	1	8	1	8

На последующих этапах лечения были отмечены различия в динамике относительного числа пациентов с высокой СТ у радикально и паллиативно прооперированных больных (табл. 3, рисунок). Так, в группе ПО наблюдалось снижение рассматриваемого показателя через сутки после операции по сравнению с его исходным значением в 1.8 раз ( $p < 0.05$ , табл. 3, рисунок). В то же время у радикально прооперированных больных, имевших более благоприятный соматический статус, число высоко тревожных пациентов, напротив, увеличилось на 2 человека (табл. 3).



*Случаи высокого уровня СТ в исследованных группах больных раком органов БПДЗ на этапах лечения*

По нашему мнению, такое соотношение динамики СТ в исследованных группах было обусловлено различным объемом оперативного вмешательства и ближайшими психосоматическими последствиями радикальной и паллиативной операций. Так, при паллиативной операции и формировании обходного анастомоза в целом ряде случаев пациенты получали быстрое облегчение состояния, что, наряду с ранней активизацией этих больных, очевидно, способствовало снижению числа случаев высокой СТ по сравнению с предоперационным этапом. В случае панкреатодуоденальной резекции, вероятно, более существенными оказались психосоматические проблемы, которые были связаны с такими последствиями обширного и радикального оперативного вмешательства, как необходимость использования дренажной системы, постельный режим, парентеральный способ питания и проч., оказывавшими существенное психотравмирующее влияние, что не позволило снизить уровень СТ и даже привело к его повышению у отдельных пациентов. В случае

справедливости такого предположения повышение случаев развития высокой СТ в группе РО должно было ограничиваться временем действия указанных факторов. Действительно, к концу стационарного лечения наблюдалось резкое (в 3 раза,  $p < 0.01$ ) снижение числа прооперированных больных с высоким уровнем СТ, тогда как в группе ПО не наблюдалось заметного изменения числа случаев высокой СТ по сравнению с их количеством спустя сутки после операции (табл. 3, рисунок).

В случаях доступности информации о состоянии больных после выписки из стационара был проведен анализ соотношения уровня ЛТ и динамики уровня СТ в период лечения в сопоставлении с продолжительностью жизни пациентов. Было отмечено 19 случаев, подлежащих такому анализу в обеих группах в целом. При этом год и более прожили 8 больных – 5 человек из группы РО и 3 пациента из группы ПО – у которых наблюдали ремиссию разной продолжительности. При анализе динамики СТ у этих больных обращало на себя внимание характерное соотношение уровня ЛТ и СТ. При высокой ЛТ преобладала умеренная СТ, а при умеренной ЛТ, напротив, преобладала высокая СТ. Такой «баланс» уровней ЛТ и СТ был отмечен у 7 из 8 пациентов (87 % случаев, табл. 4).

Можно предположить, что указанные «сбалансированные» соотношения «ЛТ-СТ» у пациентов с относительно высокой продолжительностью жизни явились отражением активизации механизмов психосоматической адаптации. При высокой ЛТ снижение уровня СТ по сравнению с высоким уровнем ЛТ могло иметь *компенсаторный характер*, направленный на ослабление психоэмоционального напряжения, свойственного высоко тревожным больным, и стабилизацию их функционального состояния. Соотношение «умеренная ЛТ – высокая СТ», напротив, могло отражать *мобилизацию* психосоматических защитных механизмов у пациентов, не склонных к психоэмоциональному перенапряжению.

Таблица 4

Динамика уровня ситуативной тревожности (СТ) при различном уровне личностной тревожности (ЛТ) и различной продолжительности жизни (ПЖ) больных раком БПДЗ исследованных групп

ПЖ, мес	ЛТ, уровень	→Высокая СТ, случаи, % (n)	→Умеренная СТ, случаи (%)	«Баланс ЛТ-СТ», случаи, % (n)
12-20 n=8	высокий	33 (1)	67 (2)	87 (7)*
	умеренный	100(5)	0	
2-6 n=11	высокий	100(6)	0	27(3)
	умеренный	60 (3)-	40 (2)	

Примечание: \* – отличается от значений у больных с ПЖ 2-6 месяцев,  $p < 0.05$ .

О правомерности предположения о значимости указанных соотношений свидетельствовало снижение доли «сбалансированных» соотношений «ЛТ-СТ» у пациентов с

меньшей продолжительностью жизни (до полугода) по сравнению с этим показателем у больных, проживших не менее года (87 и 27 %, соответственно,  $p < 0.05$ , табл. 4). Это, прежде всего, касалось пациентов с высоким уровнем ЛТ, у которых во всех 6 таких случаях доминировала СТ также высокого уровня, что, вероятно, отражало состояние стойкого психоэмоционального напряжения, усугублявшего соматическое состояние этих больных (табл. 4).

### **Заключение**

Больные раком БПДЗ с различной распространенностью злокачественного процесса имели отличительные особенности в значении и динамике исследованных личностных характеристик. Преобладание пациентов с высоким уровнем личностной тревожности в группе больных с панкреатодуоденальной резекцией при заметно более низкой доле таких пациентов среди больных с обходным анастомозом позволяет предположить, что высокая личностная тревожность может способствовать более раннему выявлению злокачественного процесса в органах БПДЗ. При этом отмеченные межгрупповые различия в динамике ситуативной тревожности в послеоперационном периоде, очевидно, были обусловлены, главным образом, объемом и характером оперативного вмешательства и связанными с ним психотравмирующими обстоятельствами.

Соотношение уровня личностной тревожности и доминирующего уровня ситуативной тревожности в послеоперационном периоде может отражать состояние психосоматических механизмов неспецифической резистентности, определяющих адаптационный потенциал и возможность стабилизации состояния больных раком БПДЗ после радикальной и паллиативной операции. Полученные сведения, расширяющие представления о психосоматической адаптации больных раком БПДЗ, целесообразно использовать при разработке комплексных методов сопровождающего лечения.

### **Список литературы**

1. Аминов Н.А., Азаров В.Н. Изучение индивидуальных различий в предрасположенности к состоянию тревоги в рамках концепции двух сигнальных систем / Проблемы дифференциальной диагностики / под ред Э.Л. Голубовой, И.В. Равич-Сербо. – М., 1981. – С.99-111.
2. Архипова О.В., Черногубова Е.А., Лихтанская Н.В., Тарасов В.А., Кит О.И., Матищев Д.Г. Анализ встречаемости онкологических заболеваний в Ростовской области. Пространственно-временная статистика // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 7-3. – С.504-510.

3. Зельнер В. Психика и рак. Могут ли психосоциальные факторы вызывать рак или оказывать влияние на течение онкологического заболевания // Консультативная психология и психотерапия. – 2014. – Т.22, № 1. – С.24-39.
4. Лакин Г.Ф. Биометрия. – М., 1990. – 352 с.
5. Семке В.А., Тюкалов Ю.И., Балацкая Л.Н. Психические расстройства у онкологических больных // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – Т.65, № 2. – С.47-48.
6. Семионкин Е.И., Куликов Е.П., Трушин С.Н., Огорельцев А.Ю., Луканин Р.В., Бубликов И.Д. Изменение соматического и психологического статуса у больных раком толстой кишки // Колопроктология. – 2014. – Т.49, № 3. – С. 27-30.
7. Ханин Ю.Л. Краткое руководство к шкале реактивной и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера. – Л., 1976. – 18 с.
8. Щербакова И.В., Барденштейн Л.М., Аверьянова С.В. Подходы к диагностике и лечению тревожных и депрессивных расстройств у онкологических больных // Российский медицинский журнал. – 2015. – Т.21, № 2. – С.46-50.
9. Chida Y., Hamer M., Wardle J. et al. Do stress-related psychosocial factors contribute to cancer incidence and survival? *Nat. Clin. Pract. Oncol.*, 2008; 5: 466–475.
10. Zabora J, Brintzenhofesoc K, Curbow B. et al. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology*, 2001; 10: 19–28.