

КОМПЕНСАЦИЯ АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

УО «Витебский государственный медицинский университет»

На основании данных, полученных при клиническом интервью и тестовом обследовании установлено, что пациенты, оперированные по поводу желчнокаменной болезни страдают аффективными нарушениями с повышением ситуационной, личностной тревожности и депрессии. У лиц, получавших помимо традиционного комплекса медицинских услуг медицинской реабилитации дополнительно психо- и фармакокоррекцию возникающих аффективных нарушений, уже в раннем послеоперационном периоде достигнуто снижение выраженности уровня ситуационной тревожности. Через 6 месяцев после хирургического лечения у лиц, получавших дополнительно психо- и фармакокоррекцию возникающих аффективных нарушений, в сравнении с пациентами, получавшими традиционный объем реабилитационных мероприятий, уровень ситуационной тревожности и уровень личностной тревожности были достоверно ниже. Уровень депрессии у них не отличался. Уровень ситуационной тревожности, уровень личностной тревожности и уровень депрессии в эти сроки достоверно не отличались от показателей у здоровых людей в отличие от лиц, получавших лишь традиционное лечение. Кроме того, через шесть месяцев после перенесенного оперативного вмешательства у пациентов, получавших дополнительно коррекцию аффективных нарушений выявлено улучшение субъективных показателей соматического выздоровления и психологического восстановления, что подтверждало лучший ход реабилитационных процессов и благоприятный прогноз.

Ключевые слова: аффективные нарушения, тревога, депрессия, тофизопам, желчнокаменная болезнь, медицинская реабилитация.

A.A. Kirpichenko, F. A. Fomin

PAYMENT OF AFFECTIVE DISORDERS IN MEDICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH CHOLELITHIASIS

Based on the clinic interview and test inspection it is established that the patients operated concerning a choelithiasis suffer from affective disturbances with rising of situational, personal anxiety and a depression. In 6 months after surgical treatment the persons receiving an additional correction of the arising affective disturbances in comparison with the patients receiving the traditional volume of rehabilitational actions, had a level of situational anxiety and level of personal anxiety, authentically below. Depression level at them didn't differ. Level of situational anxiety level of personal anxiety and level of a depression in these terms didn't differ authentically from indicators at healthy people unlike the persons receiving only traditional treatment. Besides, in six months after operation these patients showed improvement of subjective indicators of somatic convalescence and psychological recovery that confirmed the best way of rehabilitational processes and the favorable forecast.

Key words: Cholelithiasis, depression, anxiety, rehabilitation.

В связи с доминированием симптомов основного соматического заболевания проблеме аффективных нарушений в стационарах не уделяется достаточного внимания. Только 9,4% пациентов общесоматических стационаров, имеющих депрессивные расстройства, получают адекватный объем лечения нарушений аффективного спектра [1]. В хирургических стационарах, среди пациентов с установленным диагнозом депрессивного эпизода, этот показатель достигает 29% [2].

Достоверно установлено, что наличие тревожного и депрессивного синдромов негативно влияет на ход выздоровления и эффективность реабилитации пациентов с хирургическими заболеваниями органов брюшной полости [3, 4]. Болезнь, пребывание в хирургическом стационаре, ожидание операции, операция являются сильными стрессовыми факторами [5]. Тревога до операции у пациентов чаще возникает из-за неуверенности в улучшении состояния после проведенного лечения. Среди других причин тревоги выделяют переживания из-за неэффективности консервативной терапии, страх утраты трудоспособности, страх не справиться с работой и своими социальными функциями в связи с тяжелым заболеванием, чувство неполноценности после удаления органа, ожидание сложного восстановительного периода [6]. Реже у пациентов с хирургическими заболеваниями обнаруживается страх смерти в связи с предстоящей операцией или страх болевого синдрома. На степень выраженности беспокойства и тревоги также оказывают влияние невозможность контакта с привычной средой, смена её на больничную палату, нарушение индивидуального ритма жизни, отсутствие постоянного контакта с семьей [7]. До операции у трети пациентов наблюдается безадресное ощущение тревоги, в послеоперационном периоде частота такой тревоги увеличивается вдвое. У пациентов с желчнокаменной болезнью эти проявления тревоги рассматривают, как основу для развития конверсионных реакций [6].

Послеоперационный стресс складывается из многих компонентов. В первую очередь это болевой синдром, как неизбежный спутник оперативного вмешательства. У ряда пациентов возникают сложности обусловленные невозможностью обозначить лечащему врачу свой болевой синдром, что обусловлено чувством стыда из-за очевидности боли в послеоперационный период и наличия вокруг других страдающих пациентов. То есть, происходит принудительное обесценивание переживания тревоги и страха, несмотря на актуальность их для пациента [8]. Ожидание неизбежности болевого синдрома после операции проявляется астенизацией пациента. Постоянное ощущение боли истощает нервную систему, оказывая негативное влияние на другие системы жизнеобеспечения [8]. Другими компонентами стресса у хирургических пациентов являются длительный вос-

становительный период после операции с вынужденным постельным режимом, ограничением свободы и возможностей, требование строгого соблюдения диеты, изменение ритма жизни, чувство определённой неполноценности из-за вмешательства в структуры организма [9]. Отдельно целесообразно выделить негативное влияние ингаляционных анестетиков и других препаратов, вводимых в ходе оперативного вмешательства из-за их токсического влияния на нервную систему, что вызывает депрессию [10]. Все перечисленные явления формируют индивидуальную картину психологического статуса хирургического пациента.

При изучении влияния психотерапевтического сопровождения пациентов в хирургических стационарах установлено, что в 18% случаев психокоррекция обеспечивает значительное улучшение течения процесса реабилитации и увеличивает уверенность в успехе полного выздоровления на 30% [11]. В кардиохирургии доказана эффективность проведения наравне с соматическим лечением коррекции психического состояния (когнитивно-поведенческой и анксиолитической фармакологической терапии). Коррекция приводила к улучшению соматического состояния, снижению числа осложнений и, как следствие, ускорению процесса выздоровления [12, 13].

Таким образом, актуальность коррекции аффективных нарушений у пациентов с хирургической патологией в целом и желчнокаменной болезнью в частности обоснована. Также обоснована и важность алгоритмизации этих явлений в хирургической практике.

Материалы и методы

Для анализа эффективности психо- и фармакокоррекционных мероприятий, направленных на компенсацию аффективных нарушений в комплексе медицинской реабилитации пациентов с желчнокаменной болезнью, проведено когортное проспективное контролируемое исследование. Лечение и оперативное вмешательство пациентов с диагнозом желчнокаменная болезнь выполнено в УЗ «Витебская городская клиническая больница скорой медицинской помощи». Исследование проведено в соответствии с Хельсинской декларацией «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека» с поправками 2000 г., информированное согласие пациента на участие в исследовании содержит тезисы Закона «О защите прав и достоинств человека в биомедицинских исследованиях в государствах СНГ» (принят Межпарламентской Ассамблеей СНГ 18.10.2005 № 26–10). Согласие пациенты подтверждали своей подписью. Критерии включения в исследование – диагноз желчнокаменная болезнь, возраст от 18 до 65 лет. Критерии исключения – отказ пациента от участия в исследовании.

Пациенты были включены в исследование и разделены на основную группу и группу сравнения ме-

тодом случайной выборки. Основная группа включала 20 пациентов, средний возраст составил 49 лет (41:62), 17 женщин и 3 мужчин, которые, по согласованию с лечащим врачом, в дополнение к традиционному лечению и комплексу медицинских услуг медицинской реабилитации получали до и после оперативного лечения психо- и фармакокоррекцию возникающих аффективных нарушений. Психокоррекция проводилась с использованием личностно ориентированной психотерапии и дополнительным применением техник тренинг контроля тревоги, нервно-мышечная релаксация по Джекобсону, кризисный дебрифинг, сократический диалог, квадрат Декарта, проекция будущего. Фармакологическая коррекция осуществлялась лекарственным средством тофизопам (Грандаксин) в дозе 50–100 мг/сутки. Препарат был выбран как дневной транквилизатор и назначался по его показаниям (состояния, сопровождающиеся эмоциональным напряжением, вегетативными расстройствами, умеренно выраженной тревогой, апатией, пониженной активностью) пи таких состояниях, как реактивная депрессия с умеренно выраженными психопатологическими симптомами; расстройство психической адаптации. Также известно, что Грандаксин оказывает анксиолитическое действие, практически не сопровождающееся седативным, миорелаксирующим, противосудорожным эффектом и является психовегетативным регулятором, устраняя различные формы вегетативных нарушений.

Группа сравнения включала 20 пациентов, средний возраст составил 46 лет (38:56), 17 женщин и 3 мужчин, которым не проводился комплекс дополнительной психо- и фармакокоррекции. Группы статистически значимо не различались по полу и возрасту ($p > 0,05$). Исследование у пациентов обеих групп проведено на 1–2 сутки после оперативного вмешательства и через 6 месяцев после холецистэктомии. Контрольная группа включала 20 соматически здоровых человек – 16 женщин и 4 мужчин, которые не страдали желчнокаменной болезнью. Средний возраст лиц группы сравнения составил 44 года (29,5:55). Достоверных отличий по возрасту и полу контрольной группы с основной группой и группой сравнения не выявлено ($p > 0,05$).

В исследовании применена шкала тревоги Спилбергера-Ханина и шкала депрессии Гамильтона. Согласно данным валидизации метода, 7 баллов и ниже по шкале Гамильтона рассматривалось как отсутствие депрессивных расстройств, от 8 до 13 баллов

по шкале Гамильтона оценивали как низкий уровень депрессивного синдрома, 14–18 баллов – средний уровень, 19 баллов и выше – высокий уровень депрессивного синдрома. Значения до 30 баллов по шкале Спилбергера-Ханина указывало на низкий уровень тревожности, значения от 31 до 45 баллов свидетельствовало о среднем уровне тревожности, значение больше 45 баллов свидетельствовало о высокой степени выраженности тревожных нарушений. Шкала тревоги Спилбергера-Ханина позволяет оценить как ситуационную, так и личностную тревожность [14, 15].

При контрольном исследовании в ходе интервьюирования дополнительно проведена субъективная оценка пациентом степени своего соматического выздоровления и психологического восстановления после перенесенного лечения по визуальной аналоговой шкале с диапазоном значений от 1 до 10 баллов, где значение 1 балл означал отрицательную динамику, а 10 баллов абсолютное восстановление. Субъективную оценку пациентов своего состояния рассматривали как один из факторов определяющих восстановление качества их жизни.

Статистический анализ выполнен при помощи программы Statistica 10.0 Количественные данные представлены в виде медианы и квартильного промежутка $Me (Q_1; Q_3)$. Различия между количественными признаками в различных группах определяли использованием U-критерия Манна-Уитни, в динамике группы – с использованием T-критерия Вилкоксона. Статистически значимыми отличия считались при значении $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

В основной группе пациентов, получавших помимо традиционного лечения согласно протоколу оказания помощи при желчнокаменной болезни психо- и фармакокоррекцию возникающих аффективных нарушений, уровень ситуационной тревожности на 1–2 сутки после операции был низкий – 28 (25:31) баллов, личностная тревожность была умеренно выраженной – 48 (36:56) баллов. Уровень депрессии был низкий – 9 (5:12) баллов. В динамике, через шесть месяцев после операции, отмечено достоверное снижение исследуемых показателей: ситуационная тревожность – 22 (20:24) баллов, личностная тревожность – 35 (27:39) баллов, уровень депрессии – 2 (1:4) балла. Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1. Показатели аффективных нарушений в основной группе пациентов с желчнокаменной болезнью (n = 20)

Показатели аффективных нарушений	Сроки обследования		Т-критерий Вилкоксона
	Исследование на 1–2 сутки после операции	Контрольное исследование через 6 месяцев	
Ситуационная тревожность	28 (25:31)	22 (20:24)	$p < 0,05$
Личностная тревожность	48 (36:56)	35 (27:39)	$p < 0,05$
Депрессия	9 (5:12)	2 (1:4)	$p < 0,05$

В группе сравнения, у пациентов, которым оказывался традиционный комплекс медицинских услуг медицинской реабилитации, уровень ситуационной тревожности после операции был умеренно повышен – 34 (27,5:44,5) балла, личностная тревожность также умеренно повышена – 43,5 (37:46,5) баллов, уровень депрессии был низким 6,5 (4:9) баллов. В динамике, через 6 месяцев, отмечено достоверное снижение исследуемых показателей, ситуационная тревожность снижалась до 29,5 (25,5:38) баллов, личностная тревожность снижалась до 38,5 (34,5:47) баллов, депрессия до 4 (2:6) баллов. Результаты представлены в таблице 2.

ностной тревожности и депрессии в основной группе пациентов, получивших психо- и фармакокоррекцию возникающих аффективных нарушений достоверно не отличались от показателей у здоровых людей ($p > 0,05$). В то же время показатели ситуационной тревожности, личностной тревожности в группе сравнения, получавших традиционное лечение оставались достоверно выше, чем у здоровых ($p < 0,05$). Уровень депрессии в группе сравнения также достоверно не отличался от показателей здоровых лиц ($p = 0,156$).

В группе пациентов, получавших психо- и фармакокоррекцию возникающих аффективных нарушений и в контрольной группе исследована субъектив-

Таблица 2. Показатели аффективных нарушений в группе сравнения пациентов с желчнокаменной болезнью (n = 20)

Показатели аффективных нарушений	Сроки обследования		Т-критерий Вилкоксона
	Исследование на 1–2 сутки после операции	Контрольное исследование через 6 месяцев	
Ситуационная тревожность	34 (27,5:44,5)	29,5 (25,5:38)	$p < 0,05$
Личностная тревожность	43,5(37:46,5)	38,5 (34,5:47)	$p < 0,05$
Депрессия	6,5 (4:9)	4 (2:6)	$p < 0,05$

В контрольной группе здоровых людей значение шкалы ситуационной тревожности составило 23 (22:26,5) балла, значение шкалы личностной тревожности составило 34,5 (28,5:37,5) балла, значение шкалы депрессии 2,5 (1,5:4,5) балла.

В первые – вторые сутки после операции показатели ситуационной тревожности, личностной тревожности и депрессии в основной группе пациентов, получивших психокоррекцию фармакокоoterapiю (Грандаксин) возникающих аффективных нарушений и в группе сравнения были достоверно выше, чем у здоровых ($p < 0,05$). Установлен статистически достоверно меньший уровень ситуационной тревожности в основной группе по отношению к группе сравнения ($p = 0,04$).

При контрольном исследовании, проведенном через 6 месяцев после хирургического лечения, уровень ситуационной тревожности 22 (20:24) балла в основной группе был достоверно ниже ($p < 0,001$), чем в группе сравнения. Уровень личностной тревожности 35 (27:39) баллов также был достоверно ниже ($p = 0,02$) в основной группе, чем в группе сравнения. У этих же пациентов, получивших психо- и фармакокоррекцию (Грандаксин) возникающих аффективных нарушений имелась тенденция и к более низкому уровню депрессии в основной группе по отношению к уровню депрессии в группе сравнения ($p = 0,056$).

Через 6 месяцев после хирургического лечения показатели ситуационной тревожности, лич-

ная оценка соматического выздоровления. В основной группе она составила 9 (8:9) баллов, а оценка психологического восстановления после пройденного лечения составила 9 (8:9) баллов. В группе сравнения оценка соматического выздоровления составила 8 (7:9) баллов, оценка психологического восстановления 7 (7:9) баллов. Данные субъективных оценок основной группы и группы сравнения статистически значимо отличались между собой ($p < 0,05$).

Наши данные указывают на положительный эффект применяемой методики психо и фармакокоррекции Грандаксином аффективных нарушений уже в ранний период, на 1–2 сутки после операции холецистэктомии. При сравнительном анализе показателя «Ситуационная тревожность» в группе пациентов, получавших в дополнение к оперативному лечению и комплексу реабилитационных мероприятий психо- и фармакокоррекцию возникающих аффективных нарушений была достоверно ниже ($p < 0,05$ U-критерий Манна-Уитни), чем у пациентов группы сравнения, получавших только традиционный комплекс реабилитационных мероприятий.

На этапе контроля через 6 месяцев показатели «Ситуационная тревожность», «Личностная тревожность» и «Депрессия» оказались значимо ниже ($p < 0,05$ U-критерий Манна-Уитни), в сравнении с соответствующими значениями группы сравнения. Показатели в группе пациентов получа-

ших в дополнение к оперативному лечению и комплексу реабилитационных мероприятий психо- и фармакокоррекцию (тофизопам (Грандаксин)) возникающих аффективных нарушений через шесть месяцев после операции не отличались от показателей у здоровых людей. Полученные результаты, мы рассматриваем как подтверждение положительного влияния психо- и фармакокоррекционных мероприятий в комплексе медицинской реабилитации на аффективные нарушения у пациентов, страдающих желчнокаменной болезнью после холецистэктомии.

Полученные данные субъективной оценки соматического выздоровления и психологического восстановления после проведенного лечения желчнокаменной болезни, указывают, что у пациентов основной группы наблюдался более оптимистичный характер реабилитационных процессов. Это обеспечивало лучший прогноз полного выздоровления и восстановления, по отношению к показателям у пациентов группы сравнения и соответствовало более высокому уровню качества жизни.

Выводы

1. На 1–2 сутки после холецистэктомии по поводу желчнокаменной болезни у пациентов определяются более высокие показатели ситуационной тревожности, личностной тревожности и депрессии, чем у здоровых людей контрольной группы. Полученные данные можно рассматривать как проявление выраженных аффективных нарушений после операции.

2. У пациентов с желчнокаменной болезнью, получавших помимо оперативного лечения и традиционных реабилитационных мероприятий психо- и фармакокоррекцию возникающих аффективных нарушений по сравнению с пациентами, которые получали только традиционный комплекс услуг медицинской реабилитации уже в первые сутки после операции отмечено достоверное снижение ситуационной тревожности. Через 6 месяцев после операции показатели ситуационной тревожности и личностной тревожности у них были достоверно ниже, чем в группе сравнения. Показатели ситуационной тревожности и личностной тревожности и депрессии достоверно не отличались от показателей у здоровых людей.

3. В группе пациентов, которые получали помимо традиционного комплекса медицинских услуг медицинской реабилитации психо- и фармакокоррекцию аффективных нарушений, субъективные показатели выздоровления и восстановления через 6 месяцев после перенесенного лечения были лучше, чем у пациентов, получавших только традиционный комплекс реабилитационных мероприятий.

Литература

1. *Prevalence, correlates and recognition of depression among inpatients of general hospitals in Wuhan, China* / B. L. Zhong [et al.] // *Gen Hosp Psychiatry*, 2010. – Vol. 32. – P. 268–275.
2. *Vaeroy, H. Prevalence of depression among general hospital surgical inpatients* / H. Vaeroy, M. Juell, B. Hoivik // *Nord J Psychiatry*, 2003. – Vol. 57. – P. 13–16.
3. *Depressive symptoms predict mucosal wound healing* / J. Bosch [et al.] // *PsychosomMed*, 2007. – Vol. 69. – P. 597–605.
4. *Trait anxiety predicts outcome 6 weeks after cholecystectomy. A prospective follow-up study* / M. C. Mertens [et al.] // *Ann Behav Med*, 2011. – Vol. 41 (2). – P. 264–269.
5. Селезнев С. Б. Особенности общения медицинского персонала с больными различного профиля (по материалам лекций для студентов медицинских и социальных вузов). [Электронный ресурс] // *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн.*, 2011. – N 4. – URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 4.08.2017).
6. Ласков, В. Б. Влияние эндоскопической холецистэктомии на неврологический статус, когнитивные функции и эмоциональное состояние женщин с хроническим калькулезным холециститом / В. Б. Ласков, И. О. Масалева // *Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова*. – 2013. – Т. 113, № 3, вып. 1. – С. 9–14.
7. *Gallagher, R. Stressors and anxiety in patients undergoing coronary artery bypass surgery* / R. Gallagher, S. McKinley // *Am J Crit Care*, 2007. – Vol. 16(3). – P. 248–257.
8. *Pain and depression comorbidity: a preclinical perspective* / J. X. Li [et al.] // *Behav Brain Res*, 2015. – Vol. 276. – P. 92–98.
9. Белобородова, Э. И. Вегетативные и психосоматические расстройства при заболевании органов пищеварения / Э. И. Белобородова, Л. А. Ласточкина, Е. Ю. Плотникова Е. Л. Наумова – Кемерово, 2004. – 144 с.
10. *The promise of ketamine for treatment-resistant depression: current evidence and future directions* / K. E. De Wilde [et al.] // *Ann N Y Acad Sci*, 2015. – 1345. – P. 47–58.
11. *Bridging Intervention in Anaesthesiology: First results on treatment need, demand and utilization of an innovative psychotherapy program for surgical patients* / L. F. Lange [et al.] // *Clin Health Promot*, 2011. – Vol. 1. – P. 41–49.
12. *A collaborative care depression management program for cardiac inpatients: depression characteristics and in-hospital outcomes* / C. A. Mastromauro [et al.] // *Psychosomatics*, 2011. – Vol. 52. – P. 26–33.
13. *A dynamic view of comorbid depression and generalized anxiety disorder symptom change in chronic heart failure: discrete effects of cognitive behavioral therapy, exercise rehabilitation, and psychotropic medication* / P. J. Tully [et al.] // *DisabilRehabil*, 2015. – Vol. 37. – P. 585–592.
14. *Hamilton, M. A. rating scale for depression* / M. Hamilton // *J Neural Neurosurg. Psychiatry*. 1960. – Vol. 23. – 56–62.
15. *Практикум по психологии состояний: Учебное пособие* / Под ред. проф. О. А. Прохорова // СПб: Речь, 2004. – С. 206.

Поступила 24.08.2017 г.