

ДИНАМИКА ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

¹Ославский А. И., ²Шамигулова В. И., ¹Дрык Д.И., ¹Никитина В.Н.,
¹Новикова Е.А., ¹Роуба А.П.

¹Гродненский государственный медицинский университет,
²ГУЗ «ГОССМП», Гродно, Республика Беларусь

Введение. В рутинной хирургической практике амбулаторного звена порядка 3/5 всех обращений за медицинской помощью связаны с присоединёнными хирургическими инфекциями мягкотканого комплекса. Обзор литературы по данной тематике показал, что среди пациентов хирургического стационара, пациенты с гнойной инфекцией кожи и мягких тканей составляют 38,6% от всех пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями.

Цель. Оценить посредством психодиагностических методик динамику психоэмоциональных проявлений у пациентов с хирургическими инфекциями мягких тканей на фоне хирургического лечения и психотерапевтической коррекции.

Материалы и методы. В группу исследования входили пациенты мужского пола ожогового отделения УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно», проходящие стационарное лечение по поводу гнойно-воспалительных заболеваний различной локализации, преимущественно верхние и нижние конечности. Возрастной критерий включения был в пределах от 45 до 75 лет.

Было обследовано 58 пациентов. Оценка психического статуса проводилась на момент госпитализации и после комплексного хирургического и психотерапевтического воздействия при помощи опросника агрессивности и враждебности Басса-Дарки и методики самооценки психических состояний (по Айзенку).

Пациенты исследовательской группы выявляли различные виды расстройств адаптации, например, тревожное, депрессивное, тревожно-депрессивное, и другие специфические преобладающие симптомы. Для применения комплексной терапии отбирались пациенты, состояние которых отвечало диагностическим критериям расстройства адаптации и других психических расстройств, обусловленных повреждениями и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью, с такими проявлениями как тревожность, агрессия, враждебность, фрустрация, ригидность, депрессия, ранимость, мнительность, импульсивность, сензитивность и другие.

Результаты и обсуждение. В ходе исследования к пациентам применялось хирургическое лечение, которое заключалось в операционном вмешательстве, налаживании адекватного оттока гнойного содержимого (дренирование), ежедневных перевязках, комплексной медикаментозной терапии с использованием анальгетиков, антибактериальных препаратов,

иммуностимуляторов, детоксикационных мероприятий, физиотерапевтических мероприятий. Психотерапевтическое лечение было представлено индивидуальной (например, рациональная терапия, телесная терапия, поведенческая терапия, арт-терапия, гештальт-терапия), и групповой психотерапией (релаксационные методики). Кроме этого применялись такие лекарственные средства, как антидепрессанты, нормотимики, транквилизаторы, снотворные препараты. Психотерапевтическая интервенция базировалась на установлении доверительных отношений с пациентом с целью повышения комплаенса и для работы над внутренней картиной болезни. Пациенты подробно информировались о состоянии собственного здоровья и применяемой терапии.

В первые дни при психодиагностике пациенты с затруднением устанавливали продуктивный контакт, отмечались зажатость, скованность, демонстрировалось нежелание вступать в беседу. Пациенты жаловались на сниженный фон настроения, тревогу, повышенную утомляемость и раздражительность, нервозность, импульсивность, нарушения сна и снижение аппетита.

У пациентов исследовательской группы регистрировались следующие величины показателей по опроснику враждебности Басса-Дарки: средняя индивидуальная враждебность при поступлении в стационар равнялась 12 баллов при норме 7 ± 3 . После хирургического и психотерапевтического лечения индивидуальная враждебность снизилась до уровня нормы, т. е. 7 баллов. Средняя индивидуальная агрессия при поступлении в стационар равнялась 26 баллов при норме 21 ± 4 . После проведенного лечения она так же снизилась до среднего уровня – 21 балл.

У всех обследуемых пациентов на момент госпитализации значения всех изучаемых по методике самооценки психических состояний Айзенка показателей были выше среднего уровня, а именно тревожность равнялась 20 баллов, фрустрация – 16 баллов, агрессивность – 15 баллов, ригидность 19 баллов, в то время как средний показатель для всех психических состояний, исследуемых данной методикой, находится в диапазоне от 8 до 14 баллов. После проведенного хирургического и психотерапевтического лечения все показатели снизились до среднего уровня: тревожность стала равняться 11 баллов, фрустрация – 12 баллов, агрессивность – 8 баллов, ригидность – 14 баллов.

Выводы. Полученные результаты исследования отмечают в остром периоде соматического заболевания более высокие показатели таких состояний, как агрессия, фрустрация, ригидность и враждебность. В динамике терапии у пациентов исследовательской группы следующие показатели на момент госпитализации были следующие: тревожность относительно нормы повышена на 64,5 %, фрустрация – на 56%, агрессивность – на 18 %, ригидность – на 63 %, индивидуальная враждебность – на 57%, индивидуальная агрессия – на 33%.

На основании анализа полученных результатов, можно определить несколько групп факторов, влияющих на динамику психического статуса. К

первой группе условно можно отнести клинические проявления инфекционного и воспалительного процессов: болевой синдром, наличие гнойного отделяемого, зловонность гнойного отделяемого, раздражение вокруг раны, покраснение, припухлость тканей в зоне воспаления, повышение температуры тела, общая слабость, ощущение разбитости, головные боли и озноб. Со стороны клинико-лабораторных данных можно отметить лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, токсическую зернистость нейтрофилов, повышенный уровень С-реактивного белка, повышенную скорость оседания эритроцитов. Следующая группа факторов связана в первую очередь с личностными особенностями пациентов.

На основании изучения клинической картины у обследуемых пациентов не установлено четкой корреляции между локализацией гнойно-воспалительного заболевания и психоэмоциональным статусом пациентов. Спектр психопатологических проявлений связан в первую очередь с характером течения соматического заболевания, интенсивностью интоксикационного процесса, объемом повреждения тканей, личностными особенностями пациентов и типом реакции на заболевание в зависимости от возраста и стадии болезни.

Отмечается положительная динамика психического статуса пациентов с хирургическими инфекциями мягких тканей при применении комплексного подхода, включающего в себя хирургическое и психотерапевтическое лечение.

В результате проведенного лечения уменьшились или вообще исчезли жалобы соматического характера, такие как болевой синдром, наличие гнойного отделяемого, зловонность гнойного отделяемого, раздражение вокруг раны, покраснение, припухлость тканей в зоне воспаления, чувство недомогания, общая слабость, ощущение разбитости, головные боли и озноб, нормализовалась температура тела. Клинико-лабораторные данные подтвердили отсутствие признаков воспалительного процесса. В динамике жалоб на состояние психического здоровья отмечалось улучшение фона настроения, появился аппетит, нормализовался сон, уменьшилась раздражительность. Пациенты стали спокойнее, более уравновешены, повысилась открытость к беседе и контактам в целом. Демонстративная неприязнь, враждебность и гнев по отношению к окружающим сменились на доброжелательность, дружелюбие. Показатели тревожности снизились на 44%, фрустрации - на 29%, агрессивности - на 38%, ригидности - на 22%, индивидуальной враждебности - 36 %, индивидуальной агрессии - на 25%. В отличие от других показателей, уровень ригидности снизился относительно незначительно.

В результате применения комплексного подхода к лечению хирургических инфекций мягких тканей отмечается улучшение психоэмоционального фона пациентов, снижение количества жалоб психического и соматического характера. Все пациенты были выписаны в удовлетворительном состоянии.