ДИНАМИКА ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИЧЕСКИМИ ОЖОГАМИ КИПЯТКОМ ЛИЦА И ШЕИ

¹ Ославский А. И., ¹ Шамигулова В. И., ¹ Савицкий С. В., ¹ Руба А. П.,
² Мацкевич А. А., ² Туревич А. В., ² Дривень Д. А.

¹ УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

² УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»,
г. Гродно, Республика Беларусь

Введение. Термические ожоги кипятком лица и шеи (ТОКЛШ) — одна из частых причин обращения пациентов за хирургической помощью: 7 % госпитализаций в Великобритании, в США ТОКЛШ являются причиной 33 000 госпитализаций в год, по экспертным оценкам, ежегодно в РФ эта патология наблюдается примерно у 70 тыс. пациентов. У пациентов данной группы выявляют широкий спектр психоэмоциональных нарушений. С целью уравнивания психопатологических процессов целесообразно применение пациент-центрированной терапии, направленной на лечение само-психической единицы, и научно-отражающие связи между соматическими и психическими проявлениями.

Цель исследования: оценить посредством психодиагностических методик динамику психоэмоциональных проявлений у пациентов с ТОКЛШ на фоне хирургического лечения и психотерапевтической коррекции. провести сравнительный анализ психологического статуса пациентов из групп, получавших психотерапевтическую коррекцию с группой, не получавшей ее.

Методы исследования. В исследуемую и контрольную группу исследования входили пациенты ожогового отделения УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно». Возрастной критерий включения был в пределах от 21 до 67 лет. Было обследовано 49 пациентов. В исследуемой находилось 24 человек, в контрольной — 25. Оценка психического статуса проводилась на момент госпитализации и после хирургического и психотерапевтического воздействия при помощи опросника агрессивности и враждебности Басса-Дарки и методики самооценки психических состояний (по Айзенку). У пациентов исследовательской и контрольной групп 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 операционных вмешательствах, 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 другие), и групповой психотерапией (в первую очередь, релаксационные методики). В качестве релаксационных методик использовались прогрессивная мышечная релаксация, аутогенная тренировка (основана на запоминании ощущений при расслаблении, а затем произвольном их воспроизведении), самогипноз («внушение» своему

телу нужной информации), абдоминальное (диафрагмальное) дыхание, релаксация при помощи визуализации, медитации и физиотерапия.

Было отмечено, что пациентам более молодого возраста из исследованных (от 21 до 40 лет) наиболее эффективнее помогает групповая психотерапия (а именно релаксационные методики, представленные выше), в то время, как группе пациентов в возрасте от 41 до 67 лет — индивидуальная, преимущественно рациональная и телесная психотерапия. 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.

Следует отметить влияние болевого синдрома на психическое состояние пациентов. При нарастании боли, жалобы пациентов на симптомы, перечисленные выше, усиливались. Более того, требовалось больше лекарственных препаратов для их купирования. Процесс выздоровления длился дольше, больные неохотно шли на контакт с врачом и соседями по палате, отказывались следовать распорядку дня, почти все время находились в постели.

У пациентов контрольной группы регистрировались следующие величины показателей по опроснику враждебности Басса-Дарки: средняя индивидуальная враждебность при поступлении в стационар равнялась 16 баллов при норме 7 ± 3 . После хирургического и психотерапевтического лечения индивидуальная враждебность снизилась до уровня нормы, т. е. 10 баллов. Средняя индивидуальная агрессия при поступлении в стационар равнялась 26 баллов при норме 21 ± 4 . После проведенного лечения она так же снизилась до — 24 баллов.

У пациентов исследовательской группы регистрировались следующие величины показателей по опроснику враждебности Басса-Дарки: средняя индивидуальная враждебность при посту-

плении 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. У исследуемой группы 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. У пациентов контрольной группы после проведенного хирургического и лечения без психокоррекции значения показателей были следующие: тревожность стала равняться 15 баллов, фрустрация — 14 баллов, агрессивность — 9 баллов, ригидность — 16 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.

В результате применения комплексного подхода к лечению термических ожогов кипятком лица и шеи отмечается улучшение психоэмоционального фона пациентов, снижение количества жалоб психического и соматического характера. Все пациенты были выписаны в удовлетворительном состоянии.