

УДК 616-089.163-055.2-07:616.89

НЕКОТОРЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОК В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

А.Р. Тен, О.В. Прохорова, А.Б. Бакуринских, С.А. Ершов, А.В. Мурзин*

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Россия

SOME PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS IN PERIOPERATIVE PERIOD

A.R. Ten, O.V. Prokhorova, A.B. Bakurinskikh, S.A. Ershov, A.V. Murzin*

Ural State Medical University, Ekaterinburg, Russian Federation

Цель. Провести сравнительную оценку влияния оперативного лечения на психологический статус женщин.

Материалы и методы. Проведено пилотное когортное проспективное исследование. У женщин в возрасте от 20 до 45 лет, которым предстояло оперативное лечение, оценивали характеристики психологического статуса в пред- и послеоперационном периоде. Первую группу составили 30 женщин с общехирургической патологией, вторую группу – 30 пациенток гинекологического отделения.

Результаты. Выявлено, что уровень ситуационной тревожности, ассоциированной с гинекологической операцией, является более стойким и не снижается после проведения вмешательства. Значимых отличий относительно динамики самочувствия и настроения пациенток стационаров гинекологического и хирургического профилей выявлено не было.

Выводы. Определена тенденция к снижению уровня активности пациенток после гинекологических операций (средний показатель активности составил 40 в послеоперационном периоде).

Ключевые слова. Оперативное лечение, ситуационная и личностная тревожность, самочувствие, активность, настроение.

Aim. To carry out a comparative estimation of the influence of surgical treatment on women's psychological status.

Materials and methods. A pilot cohort prospective study was conducted. Psychological status in the pre- and postoperative period was assessed in women aged 20–45 years, who had to be operated. Group 1 included 30 women with general surgical pathology, group 2–30 patients treated at gynecological unit.

Results. The level of situational anxiety, associated with gynecological surgeries, was more stable and did not reduce after the surgery. No significant differences regarding the dynamics of health status and mood in patients of gynecological and surgical profile were detected.

Conclusions. The level of patients' activity after gynecological surgeries (mean postoperative activity index – 40) tended to decrease.

Key words. Surgical treatment, situational and personal anxiety, health status, activity, mood.

© Тен А.Р., Прохорова О.В., Бакуринских А.Б., Ершов С.А., Мурзин А.В., 2017

тел. +7 (343) 297 98 61

e-mail: tenar79@mail.ru

[Тен А.Р. (*контактное лицо) – ассистент кафедры акушерства и гинекологии; Прохорова О.В. – кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии; Бакуринских А.Б. – кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии; Ершов С.А. – студент V курса лечебно-профилактического факультета; Мурзин А.В. – студент V курса лечебно-профилактического факультета].

ВВЕДЕНИЕ

Психосоматический подход в современной медицинской практике подразумевает междисциплинарное направление, анализирующее взаимное влияние соматического состояния человеческого организма и психических процессов. Нарушение функционирования психической деятельности человека, вызванное большими физическими и эмоциональными нагрузками, может приводить к нарушению физиологии, создавать предпосылки для развития многих заболеваний, ухудшать течение уже имеющихся болезней, замедлять репаративные, восстановительные механизмы организма, снижать иммунитет. В работах отечественных и зарубежных исследователей больше внимания уделяется изучению роли психосоциальных факторов в инициации, течении и исходах различных заболеваний, влияния на качество жизни, на эффективность лечения [1, 4, 5].

Помимо стрессов, испытываемых пациенткой в ходе ее обычной жизни, само лечение различных заболеваний зачастую является самостоятельным стрессогенным фактором. В ряде случаев даже само посещение врача уже оказывается значимой психоэмоциональной нагрузкой, что нашло отражение в возникновении отдельного термина – «синдром белого халата».

Термин «операционный стресс» определяется как состояние полифункциональных изменений, возникающих в организме пациентки под влиянием агрессивных факторов оперативного вмешательства. При этом следует помнить об одновременном потенциальном влиянии оперативного вмешательства на психологическое состояние

пациентки. Состояние психоэмоционального напряжения, закономерно формирующееся у пациентки в данном случае, является следствием сочетания неприятных физических ощущений, часто сопровождающих оперативное лечение, и ее внутренних переживаний. Основопологающим психологическим компонентом этого состояния являются личностная и реактивная тревожность, снижение эмоциональной стабильности личности [2, 3]. Появление тревожности как основной единицы дистресса в данном контексте является филогенетическим способом мобилизации всех защитных систем организма и, следовательно, должно рассматриваться как процесс своеобразной адаптации. К сожалению, в ситуации, связанной с индуцированным оперативным лечением, стрессом, возрастание психоэмоционального напряжения теряет свой адаптивный характер, приводя к формированию непродуктивных поведенческих реакций.

Особенности восприятия пациентками оперативных вмешательств на органах репродуктивной системы связаны с особым отношением женщин к данной системе органов. Идентификация своей женственности, с одной стороны, и боязнь утратить данные характеристики после любых хирургических манипуляций, с другой, определяют возникновение чувства тревоги, определенной мнительности и даже депрессивных состояний.

Наша гипотеза состоит в том, что перед оперативным лечением пациентки гинекологического стационара испытывают большую психическую нагрузку по сравнению с женщинами, находящимися в хирургическом стационаре по поводу общехирургической патологии, не связанной с репродуктивной системой. К тому же после оператив-

ного лечения по поводу заболеваний женской репродуктивной системы пациентки могут еще некоторый промежуток времени испытывать нагрузку на психическую систему, связанную с самим фактом заболевания, а также хирургического вмешательства на одну из наиболее значимых для них систем.

Цель исследования – провести сравнительную оценку влияния оперативного лечения на психологический статус женщин.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Было проведено пилотное когортное проспективное исследование. Генеральная выборка состояла из 78 женщин в возрасте от 20 до 45 лет, которым предстояло оперативное лечение. На втором этапе из исследования выбыли 18 человек по причине нежелания в нем участвовать. Первую группу составили 30 женщин с общехирургической патологией, наблюдавшихся в хирургическом отделении МБУ ЦГКБ № 1 «Октябрьского района», г. Екатеринбург. Вторая группа – 30 пациенток из гинекологического отделения МБУ ЦГКБ № 40 г. Екатеринбурга. Исследование проводилось в период с октября по декабрь 2016 года. Женщинам были предложены для заполнения анкеты САН (самочувствие, активность, настроение) и тест Спилбергера – Ханина для оценки ситуационной и личностной тревожности. Анкетирование проводилось в два этапа: накануне оперативного лечения и в течение 3 дней после операции. В ходе исследования оценивались также паритет беременности и родов, факт наличия вредных привычек (курение как фактор риска, способствующий удлинению периода реабилитации). Обработка результа-

тов анкетирования производилась в программе Microsoft Office Excel с расчетом критериев достоверности для малых групп (коэффициент Стьюдента) и в пакете программы Gretl (доверительный интервал).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Средний возраст пациенток составил $34,1 \pm 7,2$ г. Все женщины были госпитализированы в специализированные отделения стационара для проведения планового оперативного лечения. Пациенткам хирургического отделения проведена холецистэктомия по поводу желчно-каменной болезни в 15 (39,5 %) случаях, удаление варикозно-расширенных вен нижних конечностей – в 6 (15,8 %) случаях, грыжесечение (пупочные и белой линии живота) – в 6 (15,8 %), удаление липом и фибром различной локализации – в 11 (28,9 %). В гинекологическое отделение женщины были госпитализированы с гиперплазией эндометрия в 10 случаях (33,3 %), с полипами эндометрия – 5 (16,6 %), с миомой матки – 8 (26,7 %), кистами яичников – 6 (20 %), 1 (3,4 %) с аномальным маточным кровотечением, характеризующимся межменструальными кровотечениями.

Курящими были 9 (30 %) пациенток с гинекологическими заболеваниями, а при хирургической патологии – 15 (39,4 %).

Среднее количество беременностей в группе гинекологических больных составило $2,5 \pm 0,3$ против $1,2 \pm 0,9$ в группе хирургических пациенток, что не имело достоверной разницы, в то время как количество аборт в первой группе было больше – $1,3 \pm 0,2$ против $0,2 \pm 0,04$ ($p = 0,012$), при одинаковом количестве родов в обеих возрастных группах ($1,2 \pm 0,7$ против $1,05 \pm 0,8$).

В группе хирургических больных при средних показателях самочувствия (4,77), активности (4,2) и настроения (4,96) показатели личностной (46,2) и ситуационной тревожности (48,5) до оперативного лечения были высокими (рис. 1). После оперативного лечения был отмечен высокий уровень показателей самочувствия (5,4), активности (4,8) и настроения (45,58) при средних значениях личностной (41,4) и ситуационной (35,2) тревожности (рис. 2). Следует указать, что при анализе результатов анкетирования не было получено статистически значимых различий в группах по данным показателям (что может быть связано с объемом выборки).

Эпизоды повышения показателей по методике САН можно связать с предполагаемым результатом перенесения оперативного вмешательства как сильного стрессового фактора, после которого пациенты могли испытывать облегчение в связи с ликвидацией причины волнения, которое, в свою очередь, повлекло повышение настроения и улучшение самочувствия. Увеличение показателей активности пациенток, вероятно, обусловлено ранней активизацией больных в послеоперационном периоде, что было специфичным для данного отделения.

Особо необходимо указать, что выявленные особенности психологической картины пациенток гинекологического профиля отличались большим постоянством (см. рис. 1). При средних значениях самочувствия (4,91 против 4,95), активности (4,57 против 4,04) и настроения (4,95 против 5,44) были получены средние показатели личностной (44,96 против 46,1) и ситуационной (38,5 против 41,0) тревожности как до, так и после оперативного лечения (см. рис. 2).

Таким образом, респондентки с гинекологической патологией оказались более адаптированы к периоперационному стрессу и продемонстрировали достаточную адекватность оценки своего состояния в ситуации, связанной с оперативным вмешательством. Возможно, это было связано с большей информированностью о собственном состоянии и предстоящем оперативном лечении.

Пациентки обеих групп обладали относительно высокой личностной тревожностью (46,2 против 44,96). При этом ситуационная тревожность хирургических пациенток до оперативного лечения была выше (48,5) в сравнении с пациентками гинекологического профиля (38,5).

Для оценки достоверности исследования был рассчитан коэффициент Стьюдента (КС) – показатель статистической значимости для малых групп.

Таким образом, по результатам анкетирования в группе хирургических пациенток наблюдается достоверное повышение показателя активности после операции (КС = 2,3).

По результатам статистической обработки теста Спилберга – Ханина, ситуационная тревожность как более важный, по нашему мнению, для данного исследования показатель достоверно снизилась у респонденток хирургического профиля (КС = 5,6). Данный результат можно рассматривать в качестве аргумента, подтверждающего нашу гипотезу: хирургическая операция – это кратковременный стрессовый фактор, вместе с исчезновением которого проходит и нагрузка на психику. Личностная тревожность также снизилась, но недостоверно (КС = 1,8). Это можно объяснить полиморфной структурой личностной тревожности, включающей в себя проблемы, волнующие данного человека, а ситуационная тревожность составляет лишь ее часть.

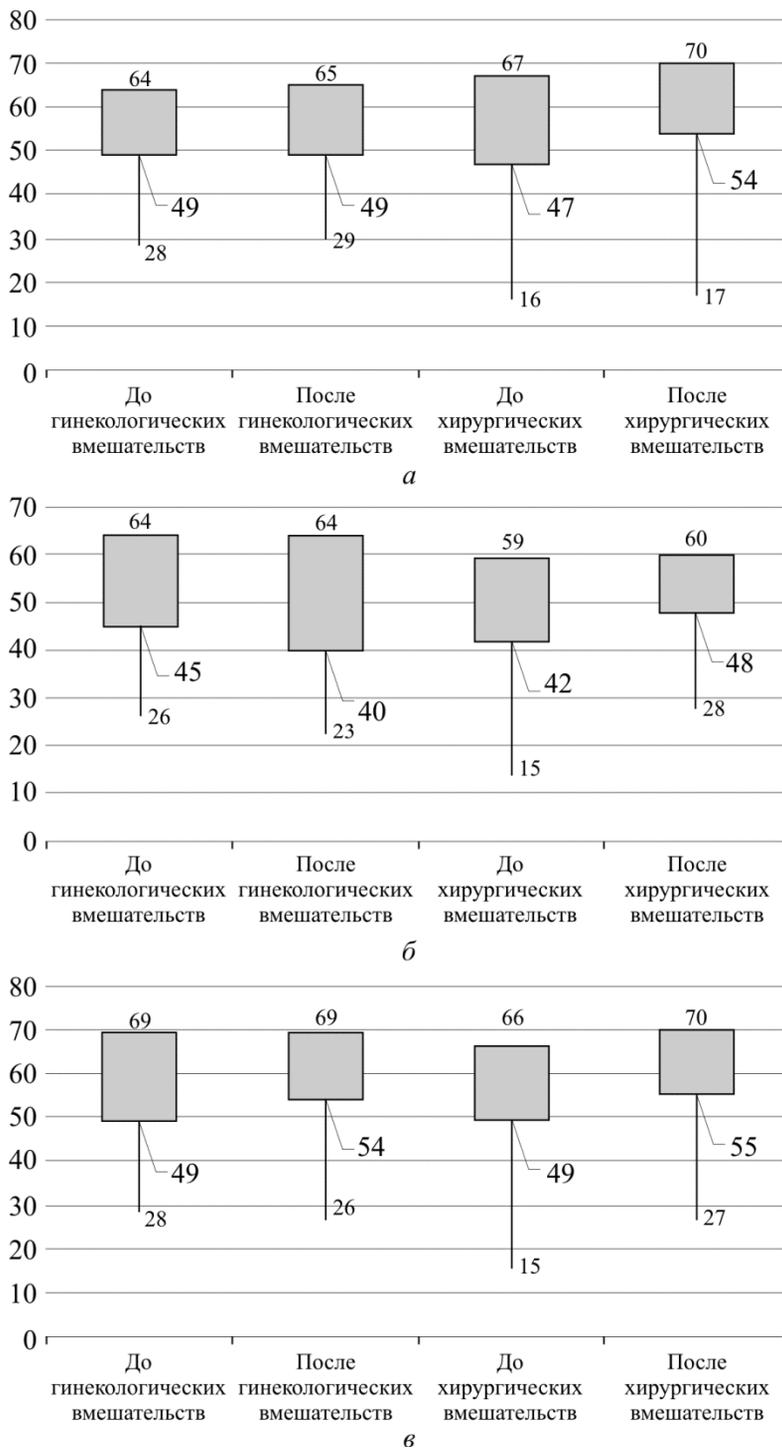


Рис. 1. Динамика показателей самочувствия (а), активности (б) и настроения (в) по методике САН у пациенток гинекологического и хирургического профиля (95%-ный доверительный интервал)

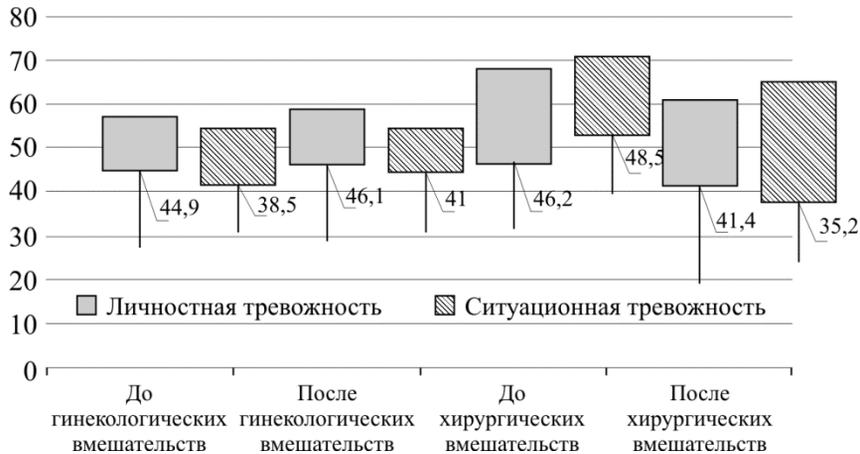


Рис. 2. Личностная и ситуационная тревожность пациенток до и после оперативного лечения (95%-ный доверительный интервал)

В группе гинекологических больных достоверных результатов получено не было.

Ситуационная и личностная тревожность пациенток гинекологического профиля по данным теста Спилбергера–Ханина после операции была выше, чем до оперативного лечения ($KC = 1,5$ против $0,5$). Следовательно, можно предположить, что вопросы исхода операции и последствий, которые могут еще возникнуть в послеоперационном периоде, волнуют данных пациенток в большей мере, чем пациенток хирургического профиля.

Выводы

1. У пациенток гинекологического стационара после операции повышается уровень ситуационной и личностной тревожности, что нельзя сказать о пациентках хирургического стационара, у которых наблюдаются противоположные результаты.

2. Значения показателей самочувствия, активности и настроения выше у хирургических пациенток после операции в сравнении

с данными до операции и с данными гинекологических пациенток.

3. Оперативное вмешательство на репродуктивной системе женщин является значительным стрессогенным фактором, влияющим на показатели личностной тревожности. Данные изменения носят пролонгированный характер, сохраняясь определенное время после хирургического вмешательства.

4. Выявленные особенности влияния оперативных вмешательств разного характера на личностные особенности пациенток репродуктивного возраста не только свидетельствуют о потенциальном психологическом влиянии операции как таковой, но и диктуют необходимость учета психологического статуса пациентки как перед плановым оперативным вмешательством на органах репродуктивной системы, так и после него.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Балабанова Р.М., Крыжановская Н.С. Влияние психологических факторов на ка-

чество жизни больных ревматоидным артритом. М.: Изд-во Ин-та ревматологии РАМН 2006; 75.

2. Бунятян А.А., Мизиков В.М. Влияние анестезии на организм. Операционный стресс. Анестезиология: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа 2011; 102–130.

3. Nishimura D., Kosugi S., Onishi Y. Psychological and endocrine factors and pain after mastectomy. *Eur J Pain* 2017; 7. DOI: 10.1002/ejp.1014

4. Riquin E., Dinomais M., Malka J. Psychiatric and psychological impact of surgery while awake in

children for resection of brain tumors. *World Neurosurg* 2017; 11. pii: S1878-8750(17)30329-7. DOI: 10.1016/j.wneu.2017.03.017

5. Tschuschke V., Karadaglis G., Evangelou K. Psychological stress and coping resources during primary systemic therapy for breast cancer. Results of a prospective study. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2017; 77 (2): 158–168. DOI: 10.1055/s-0043-101237

Материал поступил в редакцию 18.04.2017