

УДК: 616.366-089-07:616.8-003.9

ПРИЧИНЫ ТРЕВОЖНЫХ ПЕРЕЖИВАНИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ ДО И ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Масалева И.О., Ласков В.Б.

ГОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет Росздрава», Курск,
e-mail: neurokursk@rambler.ru

Обследованы 106 больных хроническим холециститом, перенесших эндоскопическую холецистэктомию, с помощью оригинального опросника. Показано, что предоперационный период характеризуется высоким уровнем тревожных переживаний разномодалной направленности с конкретными «адресами» – соматическими, психологическими, социальными. В ближайшем послеоперационном периоде, наряду с сохранением основного спектра тревожных переживаний, возрастает частота немотивированной тревоги и опасений рецидива болезни. Это повышает риск развития соматоформных расстройств и требует оптимизации алгоритма ведения таких пациентов.

Ключевые слова: хронический холецистит, эндоскопическая холецистэктомия, опросник, тревожные переживания.

ANXIETY EXPERIENCES CAUSES IN PATIENTS WITH CHRONIC CHOLECYSTITIS BEFORE AND AFTER ENDOSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

Masaleva I.O., Laskov V.B.

Kursk state medical university Roszdava, Kursk, e-mail: neurokursk@rambler.ru

The study included 106 patients with chronic cholecystitis who underwent endoscopic cholecystectomy by using the original questionnaire. It is shown that the preoperative period is characterized by high levels of anxiety experiences *raznomodalnoy* focus to specific «addresses» – somatic, psychological and social. In the immediate postoperative period, while maintaining the basic spectrum of anxiety experiences, increases the frequency of unmotivated anxiety and fear of disease recurrence. This increases the risk of somatoform disorders and requires the optimization algorithm of such patients.

Keywords: chronic cholecystitis, endoscopic cholecystectomy, the questionnaire, disturbing experience

Эндоскопическая холецистэктомия (ЭСХЭ) является весьма распространенной операцией у больных с хроническим холециститом [5]. Ожидание оперативного вмешательства сопряжено со значительной активизацией тревожных переживаний, а также появлением негативных эмоций, обусловленных социальными аспектами ситуации. Для купирования тревоги может использоваться широкий спектр медикаментозных и немедикаментозных средств, однако лечебно-профилактические мероприятия имеют эпизодический характер и нуждаются в уточнении направленности («адреса») тревожных и негативных ожиданий.

Опыт консультирования в хирургических отделениях общего профиля показывает, что пациентки, подвергающиеся ЭСХЭ, не имеют достаточной профилактики тревожных расстройств и получают противотревожные препараты, за исключением последних суток перед оперативным вмешательством в виде инъекций бензодиазепинов перед сном.

Цель работы – изучение характера, распространенности и глубины тревожности и иных негативных эмоций у пациенток хирургического отделения с холециститом, ожидающих ЭСХЭ.

Материал и методы исследования

На базе Курской областной клинической больницы нами обследовано 106 пациенток хирургического отделения с неосложненным калькулезным холециститом до и после ЭСХЭ.

Критерии включения в исследование: возраст от 20 до 59 лет, хронический калькулезный холецистит, ЭСХЭ: пред- и ближайший послеоперационный периоды.

Критерии исключения: наблюдение невролога по поводу какого-либо неврологического заболевания; язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки, черепно-мозговые травмы в анамнезе, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, оперативные вмешательства в анамнезе.

Для оценки направленности и глубины тревожных переживаний нами был специально разработан опросник «Причины тревожных переживаний до и после холецистэктомии» (далее – Опросник). Опросник содержал утверждения, разделенные на 2 части: для пред- и послеоперационного периодов ЭСХЭ. Утверждения определялись по итогам предварительной углубленной беседы с 20 пациентками, направленной на оценку их психоэмоционального статуса (таблица).

Опросник предъявлялся пациенткам дважды: накануне оперативного вмешательства и через 3–5 дней после него. Для оценки частоты и выраженности возможных депрессивных проявлений как причины тревожных расстройств у 106 пациенток пользовались Шкалой депрессии центра эпидемиологических исследований CED-S – Center for Epidemiological Studies Depression Scale CES-D [7].

Опросник «Причины тревожных переживаний до и после холецистэктомии»

Период	Причины тревоги и негативных эмоций	Степень беспокойства			
		Совсем нет	Немного	Сильно	Очень сильно, только об этом и думаю
		0	1	2	3
Предоперационный	Отсутствие эффекта от неоперативного лечения, предшествовавшего решению о проведении операции				
	Отсутствие гарантий для жизни и здоровья после операции («вдруг не перенесу операцию»)				
	Отсутствие гарантий улучшения самочувствия после операции				
	Финансовые затруднения из-за пребывания на больничном листе				
	Финансовые затруднения из-за пребывания в больнице (покупка лекарств, питания и проч.)				
	Возможные проблемы с работой				
	Опасение болевых ощущений при операции				
	Неизвестность жизни без желчного пузыря				
	Немотивированное, безадресное чувство тревоги				
	Нарушение сна				
	Семейные проблемы				
Послеоперационный	Головная боль, общая слабость, снижение работоспособности				
	Иное (впишите при необходимости)				
	Немотивированное, безадресное чувство тревоги				
	Болевые ощущения после операции				
	Возможные трудности с работой				
	Финансовые затруднения				
	Отсутствие гарантий существенного улучшения самочувствия в будущем				
	Тревожность по поводу утраты органа – желчного пузыря				
	Опасения рецидива болезни				
	Иное (впишите при необходимости)				

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программных пакетов STATISTICA v.6.0 и Microsoft Office Excel – 2007.

Результаты исследования и их обсуждение

В предоперационном периоде при уточнении анамнеза и опросе пациентки

не предъявляли активных жалоб, указывая лишь на нерезко или умеренно выраженные головные боли (в 82 % случаев) и нарушения сна (в 73 % случаев). Однако, заполняя опросник, они сообщили о наличии широкого спектра тревожных переживаний (рис. 1).

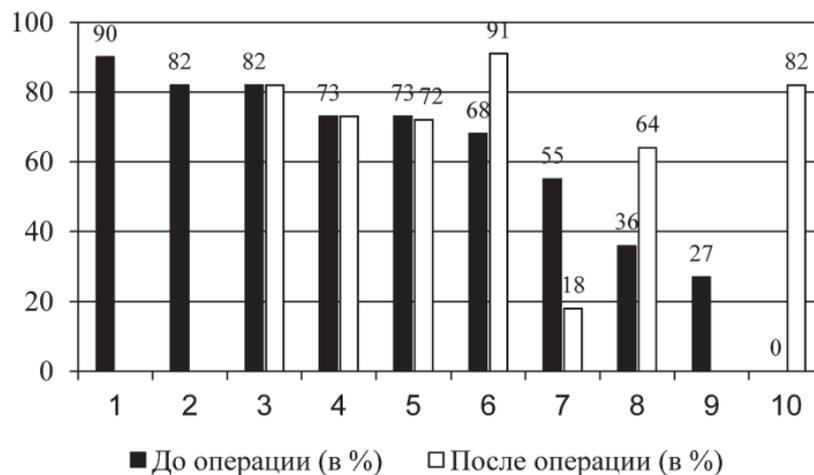


Рис. 1. Характер и долевое распределение (в %) причин тревожных переживаний у больных до ЭСХЭ и в ближайшем послеоперационном периоде (к 4-5 дню после операции): 1 – отсутствие гарантий улучшения самочувствия после операции; 2 – отсутствие эффекта от консервативного лечения; 3 – возможные проблемы с работой; 4 – отсутствие гарантий для жизни и/или существенного улучшения самочувствия при операции («вдруг не перенесу»); 5 – страх болевых ощущений при операции или переживания боли после нее; 6 – неизвестность жизни без желчного пузыря; 7 – финансовые затруднения (оплата лекарств, больничный лист); 8 – немотивированное, безадресное чувство тревоги; 9 – семейные проблемы; 10 – опасение рецидива

Анализ диаграммы рис. 1 свидетельствует о наличии многочисленных и весьма выраженных негативных эмоций у пациенток, спектр которых отчасти зависит от времени опроса по отношению к оперативному вмешательству. Предъявленный нами Опросник позволил охарактеризовать вид и понять причину тревожных переживаний, а также оценить их удельный вес и распространенность, ситуационные связи. При этом очевидно, что безадресная тревога, хотя и встречается в 36% случаев, находится лишь на 8-м месте. Первые места отведены причинам, четко очерченным и имеющим социальные или соматоневрологические корни.

Так, на первом месте у подавляющего большинства ожидающих операции пациенток (90%) – тревога по поводу отсутствия уверенности в существенном улучшении самочувствия после операции; это говорит о недостаточной мотивировке оперативного вмешательства для пациенток, в том числе и со стороны лечащего врача.

Второе-третье места (82%) занимает «следовая реакция», которая, казалось бы, не должна иметь место в ситуации психологической концентрации больного на предстоящей операции и которая связана с переживанием неуспешности консервативного этапа лечения. В ряде случаев эта эмоция базируется на психологических особенностях больных, которые можно описать как «...Почему именно мне не помогло лечение, которое помогло другим больным с тем же заболеванием избежать операции?».

Также на втором-третьем месте находятся переживания, связанные с опасением не справиться с работой, потерять работу, иметь неприятности на работе по поводу длительной временной нетрудоспособности.

Четвертое-пятое места (73%) делят тревога, обусловленная страхом смерти при оперативном вмешательстве с отсутствием гарантий существенного улучшения самочувствия (выздоровления) после операции («оправдан ли мой риск?»), а также возможность испытать болевые ощущения при операции.

На шестом месте (у 68% пациенток) – переживания, обусловленные предстоящей утратой органа – желчного пузыря, с опасением за состоятельность пищеварительной функции, а также чисто психологический феномен, обусловленный неготовностью представить свою жизнь после операции без одного из органов.

Далее расположились причины, встречающиеся менее чем у 2/3 пациенток. Возможные или реальные сложности в финансовой сфере, связанные с пребыванием в

больнице, предстоящей операцией, трудоспособностью беспокоят достаточно значительную долю контингента, ожидающего операцию, – 55%. После операции процент таких опасений существенно снижается и составляет 18% ($p < 0,05$), что указывает на ситуационное преувеличение ожидаемых сложностей.

Вместе с тем доля лиц с беспокойством по поводу возможных проблем с работой и опасениями, что перенесенная операция не приведет к существенному, коренному улучшению их самочувствия, к моменту выписки больных из стационара не понизилась.

В то же время, к моменту выписки из стационара, достоверно повысилась доля пациенток с немотивированным, безадресным ощущением тревоги – с 36 до 64% ($p < 0,05$). Это обстоятельство представляет собой возможную основу для развития соматоформных расстройств и утраты трудоспособности, не обусловленных основным заболеванием. В связи со значительной долей таких случаев после ЭСХЭ целесообразен анализ психологических особенностей этого контингента с выработкой рекомендаций по предупреждению психовегетативных нарушений, посттравматического стрессового расстройства.

Высокий уровень тревожности и очевидные психологические особенности пациенток с хроническим холециститом, перенесших операцию ЭСХЭ, вероятно, могут объяснить высокий процент больных (82%), опасющихся рецидива заболевания.

Ведущие причины тревоги, встречающиеся в предоперационном периоде более чем в 30% случаев, представлены на рис. 2.

Анализ представленных на рис. 2 данных указывает, что именно страх перед будущей возможной болью и неизвестность жизни без внутреннего органа определяют самоощущение у половины всех ожидающих операцию. Купировать эти патофизиологические феномены при отсутствии гарантий решения всех проблем в результате операции весьма непросто. Следует привлекать к проблеме внимание психотерапевтов, медицинских психологов, психиатров. По нашим данным, почти каждая 10-я пациентка в Опроснике указала на крайнюю степень озабоченности возможными болевыми ощущениями «Только об этом и думаю». Думаю – не значит «говорю», выносить на обсуждение с лечащим врачом эту тему большинству стыдно, тем более в окружении других больных. Тем важнее решать эту проблему в комплексе. Опросник в этом плане может быстро предоставить дополнительную «информацию для размышления» лечащему врачу.

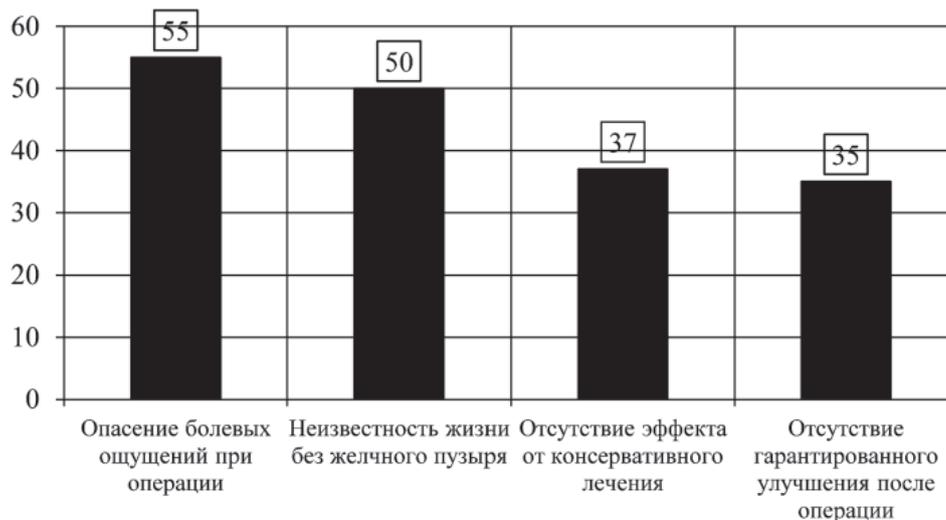


Рис. 2. Частота и характер основных причин тревожных переживаний у больных перед ЭСХЭ

Ситуация ожидания ЭСХЭ, несмотря на очевидные достоинства этого метода (малая травматичность, короткий восстановительный период), сопровождается четкими нарушениями психоэмоциональной сферы, широким спектром адресов для возникновения тревожных переживаний. Послеоперационный период также характеризуется наличием тревожных переживаний, имеющих конкретную модальность, а также появлением безадресной, немотивированной тревожности.

Переживания в предоперационном периоде логично объяснять предоперационным стрессом, астенизацией в результате предшествующего болевого синдрома.

По данным Шкалы депрессии CES-D, доля пациенток с депрессивными проявлениями (≥ 19 баллов) до операции составляла 62%; а после операции – 34%. Таким образом, частота депрессивных нарушений после операции снизилась почти в 2 раза, что не сопровождалось снижением подтверждения тревожности по основным пунктам Опросника. Следовательно, депрессивные проявления не должны были играть заметной роли в генезе выявленной тревожности.

Особенности послеоперационного периода могут быть связаны с негативным влиянием ингаляционных и инъекционных анестетиков в ходе наркоза, лапароскопии, холецистэктомии, а также операционной травмы [1, 6].

Высокую частоту тревожных проявлений у пациенток до и после ЭСХЭ нужно рассматривать в связи с современными представлениями о генезе холецистита на фоне дисплазии соединительной ткани с нарушениями метаболизма [2]. Условия для

заболевания гепатобилиарной зоны формируются в раннем онтогенезе под влиянием перинатальной патологии и в подростковом возрасте [3,4]. Это может служить дополнительными факторами риска психоэмоциональной неустойчивости в условиях предоперационного стресса.

Выводы

Предоперационный период у большинства пациенток с хроническим холециститом, ожидающих ЭСХЭ, характеризуется высоким уровнем тревожных переживаний разномодальной направленности с конкретными причинами – соматическими, психологическими, социальными.

В ближайшем послеоперационном периоде, наряду с сохранением основного спектра тревожных переживаний, существенно повышается частота немотивированной, безадресной тревоги и опасений рецидива болезни, что создает риск развития соматоформных расстройств.

Высокая частота выявленных тревожных переживаний и их характер указывают на необходимость пересмотра алгоритма ведения больных, направляющихся на операцию ЭСХЭ, и целесообразность коррекции их психологического статуса с привлечением психологического сопровождения в пред- и ближайшем послеоперационном периодах.

Разработанный нами Опросник позволяет оперативно объективизировать наличие, направленность, глубину тревожных переживаний у больных хроническим холециститом, ожидающих операцию холецистэктомии, что создает условия для их коррекции. Использование Опросника снимает поведенческий стереотип, осуждаю-

щий жалобы на немотивированный страх, страх боли и другие негативные моменты предоперационного периода и препятствующий получению информации от пациента.

Список литературы

1. Давыдов В.В., Неймарк М.И. Влияние тотальной внутривенной анестезии с применением кетамина на состояние высших психических функций в послеоперационном периоде // Анестезиология и реаниматология. – 2004. – № 4. – С. 37–40.

2. Евтушенко С.К., Лисовский Е.В., Евтушенко О.С. Дисплазия соединительной ткани в неврологии и педиатрии (клиника, диагностика, лечение): рук-во для врачей. – Донецк, 2009. – 372 с.

3. Злочевская С.Н. Функциональное состояние гепатобилиарной системы у детей первых трех лет жизни с перинатальным поражением ЦНС: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ростов-на/Д., 1996. – 24 с.

4. Ивкина С.С. Состояние вегетативной и сердечно-сосудистой систем у детей с хронической патологией желудоч-

но-кишечного тракта в условиях инкорпорации радиоцезия: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1999. – 21 с.

5. Тимошин А.Д., Шестаков А.Л., Юрасов А.В. Малоинвазивные вмешательства в абдоминальной хирургии. – М., 2003. – С. 143–149.

6. Шнайдер Н.А., Шпрах В.В., Салмина А.Б. Постоперационная когнитивная дисфункция. – Красноярск, 2005. – 95 с.

7. Radloff L.S. The CES-D Scale: a self-report depression scale in the general population // Appl. Psychol. Meas., 1977. – Vol.1 – P. 385–401.

Рецензенты:

Плотников Д.В., д.м.н., профессор, зав. кафедрой психиатрии ГОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития», г. Курск;

Иванов В.А., д.м.н., профессор, зав. кафедрой медицины и логопедии Курского государственного университета, г. Курск.

Работа поступила в редакцию 12.05.2011.