

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

КИРПИЧЕНКО А.А., ФОМИН Ф.А.

Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет, г. Витебск,  
Республика Беларусь

Вестник ВГМУ. – 2017. – Том 16, №5. – С. 96-104.

### PSYCHOLOGICAL PECULIARITIES OF PATIENTS WITH CHOLELITHIASIS AFTER SURGICAL TREATMENT

KIRPICHENKA A.A., FAMIN F.A.

Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University, Vitebsk, Republic of Belarus

Vestnik VGMU. 2017;16(5):96-104.

---

#### Резюме.

Представлены результаты психологического обследования, пациентов на 1-2 сутки после операции по поводу желчнокаменной болезни. Данные получены при клиническом интервью и обследовании с применением набора тестов. Частота выявления клинически значимой ситуационной тревожности составила 76%, у 90% пациентов выявлено повышение уровня личностной тревожности и в 48% случаев отмечено повышение уровня депрессии. У 40% пациентов, страдающих желчнокаменной болезнью, установлена склонность к возникновению внутриличностных конфликтов, а в 46% случаев выявлен высокий уровень амплитуды чувственных реакций. В структуре личностной реакции пациентов с желчнокаменной болезнью в 45,9% случаев определялась повышенная чувствительность ко всем стрессовым факторам, создавая предпосылки для увеличения уровня личностной тревоги в условиях стресса хирургического лечения. В тоже время, по данным разных методик, установлено, что от 36 до 47% пациентов с желчнокаменной болезнью имели гипонозогнозический тип отношения к болезни. При указанном типе реакции в послеоперационном периоде с высокой вероятностью наблюдается низкий комплаенс с несоблюдением режима, диеты, предписаний врача, что снижает эффективность лечения. Пациенты с желчнокаменной болезнью имели характерологические и поведенческие схожести с пациентами с непсихотическими психическими расстройствами и желчнокаменной болезнью в анамнезе. Полученные данные рассматриваются как подтверждение гипотезы о роли психической сферы в развитии желчнокаменной болезни.

*Ключевые слова:* желчнокаменная болезнь, тревога, депрессия, акцентуация личности.

#### Abstract.

The article deals with the results of psychological examination of the patients with cholelithiasis done on the 1st - 2nd day after the operation. The data were obtained during the clinical interview and the examination with the use of the set of tests. The detection rate of clinically significant situational anxiety was 76%, in 90% of patients an increased level of personal anxiety was revealed. The increased level of depression was noted in 48% of patients. Also 40% of the patients examined demonstrated a tendency to the emergence of intrapersonal conflicts and 46% of patients had a high level of amplitude of sensory responses. In the structure of the personal response of the patients with cholelithiasis in 45,9% of cases an increased sensitivity to all stress factors was determined which created the prerequisites for increasing the level of personal anxiety in the conditions of stress of surgical treatment. At the same time according to the different techniques data it was established that from 36 to 47% of patients with cholelithiasis had the hyponosognostic type of their attitude to the disease. In case of this type of the reaction in the postoperative period with high degree of probability low compliance with non-observance of treatment, dietary regimen and the doctor's directions is noted, which subsequently decreases the effectiveness of treatment. Patients with cholelithiasis had personal and behavioral similarities with those patients who had non-psychotic mental disorders and cholelithiasis in their anamnesis. The data obtained are considered to be the confirmation of the hypothesis about the role of the mental sphere in the development of cholelithiasis.

*Key words:* cholelithiasis, anxiety, depression, accentuation of personality traits.

Заболеваемость желчнокаменной болезнью варьирует от 3 до 15% среди различных этнических групп населения [1, 2]. Улучшение результатов лечения лиц, страдающих желчнокаменной болезнью, – одна из актуальных проблем медицины.

Психологические особенности пациентов, способствуя изменению психовегетативного статуса, определяют высокий уровень тревожности, ведут к невротизации и рассматриваются как возможный фактор развития функциональных расстройств билиарного тракта, хронического бескаменного холецистита и желчнокаменной болезни [3].

Клинические проявления гастроинтестинальной патологии могут быть обусловлены воздействием психотравмирующих факторов производственного, медицинского и семейно-бытового плана. Так, наиболее частой причиной коморбидного состояния является высокая психоэмоциональная нагрузка на рабочем месте (42%), также значимыми факторами являлись: семейные конфликты (33%), неудовлетворенность материальным положением (21%), потеря близкого человека (4%) [4].

Анализ типов отношения к болезни у пациентов с проблемами гастроэнтерологического характера указывает, что в молодом возрасте у них наиболее часто встречаются смешанные и диффузные типы отношения к болезни [5]. С увеличением возраста увеличивается и доля очерченных психопатологически выраженных синдромов [6]. В то же время установлено, что у пациентов с хроническим холециститом, с высокой частотой встречаются непсихотические психические расстройства [7]. Проанализированные данные указывают на наличие взаимосвязи аффективной сферы и течения желчнокаменной болезни. Однако у пациентов с желчнокаменной болезнью в послеоперационном периоде не конкретизированы характеристики психологического реагирования, редки и противоречивы данные о результатах комплексного подхода к лечению. Для улучшения результатов лечения целесообразно дальнейшее изучение проблемы.

## Материал и методы

Для анализа психологических особенностей проведено исследование с участием пациентов, оперированных по поводу желчнокаменной болезни на базе УЗ «Витебская городская клиническая больница скорой медицинской помощи».

Объем операции – холецистэктомия. 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 содержало сведения согласно Закону «О защите прав и достоинства человека в биомедицинских исследованиях в государствах СНГ» (принят Межпарламентской Ассамблеей СНГ 18.10.2005 №26-10). Пациенты подтверждали согласие в исследовании своей подписью. Критерии включения – диагноз «желчнокаменная болезнь», 1-2 сутки после проведенного оперативного вмешательства. Критерии исключения – отказ пациента от участия в исследовании. В основной группе медианный возраст 51 (39:57) год.

Для дифференциации была набрана группа сравнения I – пациентов с непсихотическими психическими расстройствами, проходивших лечение на базе УЗ «Витебский областной клинический центр психиатрии и наркологии». Критерии включения – наличие непсихотического психического расстройства, желчнокаменная болезнь, диагностированная в течение последних 5 лет. Критерии исключения – отказ пациента от участия в исследовании. В группе было 19 человек, женщин – 16, мужчин – 3. Возраст от 18 до 65 лет, медианный возраст 52 (41:57) года.

Также для контроля набрана группа сравнения II – клинически здоровых людей. Критерии включения – отсутствие диагностированной желчнокаменной болезни, отсутствие психических расстройств. Критерии исключения – отказ от участия в исследовании. В группе было 20 человек, 16 женщин и 4 мужчин в возрасте от 18 до 65 лет. Медианный возраст 44 (29,5:55) года. Пациенты были включены в исследование методом случайной выборки. Группы между собой по полу и возрасту статистически значимо не отличались ( $p>0,1$ ).

Для выявления уровня аффективных нарушений применялись тесты «шкала депрессии Гамильтона» и «шкала тревоги Спилбергера-Ханина». Согласно данным валидизации метода, 7 баллов и ниже по шкале Гамильтона рассматривается как отсутствие депрессивных расстройств, от 8 до 13 баллов – низкий уровень депрессии, 14-18 баллов – средний уровень, более 19 баллов – высокий уровень депрессии. Значение до 30 баллов по шкале Спилбергера-Ханина указывает на низкий уровень тревожности, значение от 31 до 45 баллов свидетельствует о среднем уровне

тревожности, показатели больше 45 баллов свидетельствовали о высокой степени выраженности тревожных нарушений. Шкала тревоги Спилбергера-Ханина позволяет оценить как ситуационную, так и личностную тревожность [8, 9].

Предпочитаемые стратегии совладания со стрессовыми ситуациями определялись при помощи «копинг-теста Лазаруса», типы отношения к болезни – при помощи методики «Типы отношения к болезни». Для выявления акцентуаций личности использовали опросник Шмишека-Леонгарда, значения которого выше 19 баллов согласно валидизации рассматривали как акцентуации по соответствующим шкалам [10].

Статистический анализ выполнен при помощи программы Statistica 10. Количественные данные представлены в виде медианы и квартильного промежутка Me (Q1:Q3). Различия между количественными признаками в различных группах определялась с использованием U-критерия Манна-Уитни, уровень связи между количественными показателями определялся при помощи коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Статистически значимыми различия считались при значениях  $p < 0,05$ .

## Результаты и обсуждение

Уровень тревожности и депрессии исследованы в основной группе (n=59) пациентов с желчнокаменной болезнью на 1-2 сутки после оперативного вмешательства. Уровень ситуационной тревожности составил 34 (30:43) балла. У 14 пациентов (23,7%) выявлен низкий уровень тревожности, у 30 пациентов (50,8%) – средний уровень, у 15 пациентов (25,5%) – высокий уровень ситуационной тревожности. Уровень личностной тревожности составил 45 (38:53) баллов. У 6 пациентов (10,2%) выявлен низкий уровень личностной тревожности, у 23 пациентов (39%) средний уровень, у 30 пациентов (50,8%) высокий уровень личностной тревожности. Уровень депрессии у пациентов с желчнокаменной болезнью после операции составил 7 (4:13) баллов. У 31 пациента (52,5%) депрессивных расстройств не выявлено, у 12 пациентов (20,3%) выявлен низкий уровень по шкале депрессии, у 10 пациентов (17%) – средний уровень и у 6 пациентов (10,2%) – высокий уровень выраженности депрессии.

В группе сравнения I (n=19) у пациентов с непсихотическими психическими расстройства-

ми, у которых в течение последних 5 лет была диагностирована желчнокаменная болезнь, уровень ситуационной тревожности составил 48 (33:56) баллов. У 3 пациентов (15,8%) выявлен низкий уровень ситуационной тревожности, у 7 пациентов (36,8%) – средний уровень, у 10 пациентов (47,4%) определен высокий уровень ситуационной тревожности. Медианное значение личностной тревожности составило 51 (37:57) балл. При этом только у 2 пациентов (10,5%) определялся низкий уровень личностной тревожности, у 3 пациентов (15,8%) – средний уровень, у 14 пациентов (73,7%) – высокий уровень личностной тревожности. Уровень депрессии составил 9 (7:14) баллов. У 7 пациентов (36,8%) не выявлено депрессии у 7 пациентов (36,8%) низкий уровень, у 2 пациентов (10,5%) средний уровень и у 3 пациентов (15,8%) высокий уровень по шкале депрессии.

В группе сравнения II (n=20) у здоровых лиц показатель ситуационной тревожности составил 23 (22:26) балла. У 18 человек (90%) выявлен низкий уровень ситуационной тревожности, и у 2 человек (10%) случаев определен высокий уровень. Значение личностной тревожности составило 35 (39:38) баллов. У 7 человек (35%) определялся низкий уровень личностной тревожности, у 11 человек (55%) – средний уровень, у 2 человек (10%) – высокий уровень личностной тревожности. Уровень депрессии составил 2,5 (1,5:4,5) балла. У 19 человек (95%) не определено клинически значимого уровня депрессии и только у одного человека выявлен низкий уровень выраженности депрессии.

Таким образом, у пациентов основной группы, которые получали комплекс медицинских услуг согласно утвержденному протоколу оказания помощи при желчнокаменной болезни, после операции выявлена высокая частота аффективных нарушений. Так, в 76,3% случаев наблюдалось повышение уровня ситуационной тревожности, в 89,8% случаев повышение уровня личностной тревожности и в 47,5% случаев отмечено повышение уровня депрессии. По отношению к данным у лиц группы сравнения I, имевших непсихотические психические расстройства, у пациентов с желчнокаменной болезнью на 1-2 сутки после операции отмечены более низкие значения ситуационной тревожности и депрессии ( $p \leq 0,05$ ) при отсутствии статистически значимого различия по показателю личностной тревожности. В основной группе показатели

Таблица 1 – Показатели шкал тревожности по данным шкалы тревоги Спилбергера-Ханина и депрессии по данным шкалы депрессии Гамильтона в группах сравнения

Группы сравнения	Показатели шкал аффективных нарушений		
	Шкала ситуационной тревожности	Шкала личностной тревожности	Шкала депрессии
Основная группа (n=59)	34(30:43)	45(38:53)	7(4:13)
Группа сравнения I (n=19)	48(32:56)*	51(37:57)	9(9:14)*
Группа сравнения II (n=20)	23(22:26)*	35(29:38)*	2,5(1,5:4,5)*

Примечание: \* – достоверно по отношению к основной группе при  $p<0,05$  (U критерий Манна-Уитни).

шкал ситуационной и личностной тревожности, депрессии имели более высокие значения, чем в группе лиц здоровых людей (табл. 1). Таким образом, состояние аффективной сферы пациентов с желчнокаменной болезнью характеризовалось более высокими показателями выраженности тревожно-депрессивных нарушений относительно здоровых лиц. В то же время по показателям ситуационной тревожности и депрессии значения были ниже, чем в группе пациентов отделения неврозов, у которых в течение последних 5 лет была диагностирована желчнокаменная болезнь.

Для оценки поведения пациентов, оказавшихся в стрессовой ситуации хирургического лечения, использован «копинг-тест Лазаруса». В основной группе (n=59) пациентов с желчнокаменной болезнью медианные значения стратегий совладания со стрессом составили по шкалам: «Конфронтация» – 56 (39:61) баллов, «Дистанцирование» – 61 (44:72) балл, «Самоконтроль» – 81 (67:81) балл, «Поиск социальной поддержки» – 78 (67:89) баллов, «Принятие ответственности» – 83 (58:92) балла, «Бегство» – 50 (37:62) баллов,

«Планирование» – 78 (54:89) баллов, «Положительная переоценка» – 67 (52:81) баллов.

В группе сравнения I (n=19) значения теста составили: «Конфронтация» – 50 (39:67) баллов, «Дистанцирование» – 67 (50:78) баллов, «Самоконтроль» – 76 (52:86) баллов, «Поиск социальной поддержки» – 78 (61:83) баллов, «Принятие ответственности» – 67 (42:83) баллов, «Бегство» – 50 (42:67) баллов, «Планирование» – 72 (56:89) балла, «Положительная переоценка» – 71 (57:90) балл.

В группе сравнения II (n=20) значения копинг-теста Лазаруса составили: «Конфронтация» – 50 (41,5:56) баллов, «Дистанцирование» – 50 (41,5:64) баллов, «Самоконтроль» – 81 (71:83,5) балл, «Поиск социальной поддержки» – 78 (64:83) баллов, «Принятие ответственности» – 83 (75:92) балла, «Бегство» – 39,5 (27:50) баллов, «Планирование» – 83 (61:86) балла, «Положительная переоценка» – 81 (73,5:88) балл (табл. 2).

У пациентов с желчнокаменной болезнью отмечены достоверно более высокие показатели по шкале копинг-теста Лазаруса, чем в группе сравнения I, пациентов с непсихотическими

Таблица 2 – Стратегии совладания со стрессом у пациентов с желчнокаменной болезнью по данным копинг-теста Лазаруса

Шкалы методики	Группы сравнения		
	Основная группа (n=59)	Группа сравнения I (n=19)	Группа сравнения II (n=20)
Конфронтация	56	50	50
Дистанцирование	61	67	50*
Самоконтроль	81	76	81
Поиск социальной поддержки	78	78	78
Принятие ответственности	83	67*	83
Бегство	50	50	39,5*
Планирование	78	72	83
Положительная переоценка	67	71	81*

Примечание: \* – достоверно по отношению к основной группе при  $p<0,05$  (U критерий Манна-Уитни)

психическими расстройствами «Принятие ответственности» ( $p<0,05$ ). У пациентов с желчнокаменной болезнью отмечены достоверно более высокие показатели, чем в группе сравнения II здоровых людей, по шкалам «Дистанцирование» ( $p<0,05$ ), «Бегство» ( $p<0,05$ ) и более низкие показатели по шкале «Положительная переоценка» ( $p<0,05$ ).

Таким образом, по данным копинг-теста Лазаруса для пациентов с желчнокаменной болезнью отмечено более частое субъективное снижение значимости стрессовой ситуации и степени эмоциональной вовлеченности за счет рационализации, обесценивания, переключения внимания. Также с высокой частотой пациенты с желчнокаменной болезнью прибегали к быстрому снижению уровня напряженности переживаний путем избегания когнитивного проживания стрессовой ситуации, вплоть до полного игнорирования или отрицания наличия проблемы. Являясь элементами гипонозогнозической реакции, указанные формы реагирования с высокой вероятностью могут приводить к субъективному снижению значения симптомов или предписаний врача, повышая риск развития осложнений. В отличие от пациентов с непсихотическими психическими расстройствами, у пациентов с желчнокаменной болезнью обнаруживался более высокий уровень принятия своей роли в возникновении проблемы и ответственности за ее решение, что можно рассматривать как адаптивную форму реагирования, повышающую критическое отношение к ситуации.

Корреляционный анализ признавался достоверным при значении  $p<0,01$ . Выявлена корреляция средней силы между показателями, отражающими личностную тревожность пациентов с желчнокаменной болезнью, и шкалами, определяющими стратегии совладания со стрессом «Дистанцирование» ( $r=0,33$ ) и «Принятие ответственности» ( $r=0,35$ ). Между собой обозначенные копинг-стратегии имели положительную корреляционную связь ( $r=0,38$ ), а одновременное сочетание представленных стратегий совладания со стрессом в качестве предпочтаемого ( $>67$  баллов) выявлено у 24 пациентов (40,7%). Полученные данные можно рассматривать как склонность части пациентов с желчнокаменной болезнью к личностному конфликту, который заключался в одновременном стремлении признания своей ответственности в стрессовой ситуации и попытке отмежеваться от существования проблемы.

Отношение к собственной болезни анализировали при помощи методики «Типы отношения к болезни». В основной группе пациентов с желчнокаменной болезнью ( $n=45$ ) адаптивные типы отношения к болезни диагностированы у 36 (80%). В том числе чистый гармоничный тип отношения к болезни выявлен у 4 пациентов (8,9%), у 11 пациентов (24,4%) – эргопатический, у 13 (28,9%) – анозогнозический, смешанный адаптивный – эргопатический-анозогнозический был у 8 пациентов (17,8%). У 9 пациентов (20%) выявлены дезадаптивные типы отношения к болезни. У одного пациента определен чистый сенситивный тип реакции на болезнь, среди смешанных дезадаптивных типов отношения к болезни определялись такие сочетания, как: ипохондрический – неврастенический, тревожный-неврастенический, тревожный-сенситивный, эргопатический-тревожный-сенситивный. У двух пациентов (4,4%) обнаруживалось сочетание эргопатический-сенситивный и еще у двух пациентов (4,4%) определялся диффузный тип реагирования.

В группе сравнения I ( $n=15$ ) адаптивные типы реагирования выявлены у 5 пациентов (33,3%), при этом чистый гармоничный тип отношения к болезни не был выявлен ни у одного пациента. Дезадаптивные типы отношения к болезни выявлены у 10 пациентов (66,7%).

В группе сравнения II ( $n=16$ ) у 15 человек (93,7%) выявлены адаптивные типы реагирования, среди которых чистый гармоничный был у 8 человек (50%). В одном случае отмечен диффузный тип реагирования (табл. 3).

Достоверность различий между основной группой и группой сравнения I наблюдалась по шкалам гармоничного, эргопатического и меланхолического типов отношения к болезни ( $p<0,05$ ), а с группой сравнения II по эргопатическому ( $p=0,07$ ) и сенситивному ( $p<0,05$ ) типам отношения к болезни.

У основной части (80%) пациентов с желчнокаменной болезнью на 1-2 сутки после оперативного вмешательства обнаружены адаптивные типы отношения к болезни, что можно рассматривать как склонность к продуктивному ходу выздоровления и восстановления. В то же время доля адаптивных типов отношения к болезни была меньше, чем у здоровых лиц (93,7%, со смещением в сторону преобладания чистого гармоничного типа отношения к болезни). Частота выявления чистого гармоничного типа реагирования у пациентов с желчнокаменной болез-

Таблица 3 – Медианные значения типов отношения к болезни у пациентов с желчнокаменной болезнью согласно методики «Типы отношения к болезни»

Шкалы методики	Группы сравнения		
	Основная группа (n=45)	Группа сравнения I (n=15)	Группа сравнения II (n=16)
Гармоничный	14	0*	25
Эргопатический	26	15*	16,5
Анозогнозический	15	13,5	12,5
Тревожный	0	3	1,5
Ипохондрический	4	4	4
Неврастнический	4	10	3
Меланхолический	0	4*	2
Апатический	0	0	0
Сенситивный	11	15	7*
Эгоцентрический	5	5	5
Паранойяльный	4	5	5
Дисфорический	0	0	0

Примечание: \* – достоверно по отношению к основной группе при  $p<0,05$  (U критерий Манна-Уитни).

ную составила 8,9%, относительно показателей здоровых лиц, для которых эта доля составила 50%. У пациентов с желчнокаменной болезнью преимущественно (48,9%) наблюдался тип реагирования, для которого характерно, в качестве ведущей, тактика «ухода в работу», что характеризовалось стенизацией, переживаниями, связанными с утратой и восстановлением работоспособности вплоть до игнорирования наличия необходимости полного восстановления в пользу скорейшего возобновления работы. Также наблюдалась высокая частота (46,7%) анозогнозической формы отношения к настоящему заболеванию с обесцениванием симптомов и планирование возврата к полноценной жизнедеятельности «как до болезни». Пациенты высказывались, что хотят «забыть операцию как страшный сон» и вернуться к «нормальной жизни». При этом анозогнозический тип отношения к болезни наблюдался в 28,9% случаев у лиц с желчнокаменной болезнью как чистый тип и в 17,8% случаев в сочетании с гармоничным и/или эргопатическим типом отношения к болезни, не встречаясь в сочетании с дезадаптивными типами реагирования. Среди пациентов с желчнокаменной болезнью частота преобладания сенситивного типа отношения к болезни, для которого характерны такие черты, как чрезмерная чувствительность реагирования, страх неполноценности составила 11,1%. Полученные результаты у пациентов с желчнокаменной болезнью можно рассматривать как влияние психологических факторов на напряженность

внутренней картины болезни.

Корреляционный анализ проведен для основной группы пациентов с желчнокаменной болезнью и признавался статистически значимым при  $p<0,01$ . Наиболее благоприятные показатели шкал, отражающих аффективные нарушения, выявлены у лиц с гармоничным типом отношения к болезни –  $r$  (Депрессия) =-0,55 и анозогнозическим типом отношения к болезни –  $r$  (Депрессия) =-0,41,  $r$  (Ситуационная тревожность) =-0,41,  $r$  (Личностная тревожность) =-0,44. Положительная корреляционная связь показателей аффективных нарушений выявлена у лиц с неврастническим  $r$  (Депрессия) =0,36, меланхолическим  $r$  (Депрессия) =0,41 и  $r$  (Ситуационная тревожность) =-0,31 и сенситивным  $r$  (Ситуационная тревожность) =0,33 типами отношения к болезни. Данные корреляционного анализа можно рассматривать как показатель значимого влияния привычного типа отношения к болезни у пациентов с желчнокаменной болезнью на выраженность депрессивного синдрома и реактивного тревожного синдрома, но не личностной тревожности.

Для выявления акцентуаций личности использован опросник Шмишека-Леонгарда. При проведении психометрического обследования пациентов с желчнокаменной болезнью (n=82) выборка была скорректирована шкалой лжи, оставив 61 (74,3%) наблюдение как достоверное. У 12 пациентов (19,7%) не обнаружено значений, указывающих на наличие акцентуаций личности. По шкале «Гипертимность» акцентуации лично-

сти выявлены у 22 пациентов (36,1%), медианное значение шкалы составило 18 (15:21) баллов. По шкале «Дистимичность» акцентуация выявлена у одного пациента, медианное значение составило 6 (6:9) баллов; по шкале «Циклотимичность» акцентуации личности выявлены у 8 пациентов (13,1%), медианное значение 12 (9:15) баллов; по шкале «Эмотивность» акцентуации личности выявлены у 28 пациентов (45,9%), медианное значение 18 (15:21) баллов; по шкале «Демонстративность» акцентуации личности выявлены у 10 пациентов (16,4%), медианное значение 14 (12:18) баллов; по шкале «Застревание» акцентуации личности выявлены у 11 пациентов (18%), медианное значение 14 (12:16) баллов; по шкале «Педантичность» акцентуации личности выявлены у 7 пациентов (11,4%), медианное значение 14 (10:16) баллов; по шкале «Тревожность» акцентуация характера выявлена у одного пациента, медианное значение составило 9 (6:15) баллов; по шкале «Возбудимость» акцентуации личности не выявлены, медианное значение составило 12 (9:12) баллов; по шкале «Экзальтированность» акцентуации личности выявлены у 8 пациентов (13,1%), медианное значение составило 18 (12:18) баллов.

В группе сравнения I (n=13 достоверных наблюдений) профили без акцентуации личности выявлены у двух пациентов (15,3%). По шкале «Гипертимность» акцентуации личности выявлены у двух пациентов (15,3%), медианное значение шкалы составило 15 (12:18) баллов; по шкале «Дистимичность» акцентуация выявлена у одного, медианное значение составило 6 (3:9) баллов; по шкале «Циклотимичность» акцентуации личности выявлены у двух (15,3%), медианное значение 12 (9:15) баллов; по шкале «Эмотивность» акцентуации личности выявлены у 4 (30,8%), медианное значение 18 (15:21) баллов; по шкале «Демонстративность» акцентуация выявлена у одного, медианное значение 16 (14:18) баллов; по шкале «Застревание» акцентуации личности выявлены у 4 (30,8%), медианное значение 16 (14:20) баллов; по шкале «Педантичность» акцентуация характера выявлена у одного, медианное значение – 14 (12:16) баллов; по шкале «Тревожность» акцентуация личности выявлена у одного, медианное значение составило 9 (3:15) баллов; по шкале «Возбудимость» акцентуации личности не выявлены, медианное значение составило 9 (9:12) баллов; по шкале «Экзальтированность» акцентуация личности выявлена у одного паци-

ента, медианное значение 18 (12:18) баллов.

В группе сравнения II (n=18 достоверных наблюдений) профили без акцентуации личности выявлены у 8 человек (44,4%). По шкале «Гипертимность» акцентуации личности выявлены у двух человек (11,1%), медианное значение шкалы составило 15 (12:15) баллов; по шкале «Дистимичность» акцентуация личности выявлена у одного, медианное значение составило 9 (3:9) баллов; по шкале «Циклотимичность» акцентуация личности выявлена у одного, медианное значение 12 (12:15) баллов; по шкале «Эмотивность» акцентуации личности выявлены у двух (11%), медианное значение 12 (9:15) баллов; по шкале «Демонстративность» акцентуация личности выявлена у одного, медианное значение 14 (12:14) баллов; по шкале «Застревание» акцентуация личности выявлена у одного, медианное значение 12 (8:16) баллов; по шкале «Педантичность» акцентуация характера выявлена также у одного, медианное значение 12 (8:16) баллов; по шкале «Тревожность» акцентуаций личности не выявлено, медианное значение составило 6 (3:9) баллов; по шкале «Возбудимость» акцентуации личности не выявлены, медианное значение составило 9 (6:12) баллов; по шкале «Экзальтированность» акцентуация личности выявлена у одного человека, медианное значение 12 (9:15) баллов (табл. 4).

Пациенты с желчнокаменной болезнью отличались от группы сравнения I более высокими значениями по шкале «Гипертимность» ( $p=0,07$ ) и низкими значениями по шкале «Застревание» ( $p<0,05$ ). По сравнению со здоровыми лицами статистически значимо выявлены более высокие значения по шкалам «Гипертимность» ( $p<0,05$ ), «Демонстративность» ( $p=0,08$ ), «Эмотивность» ( $p<0,05$ ).

Данные, полученные при обследовании пациентов с желчнокаменной болезнью, можно объяснить наличием высокой чувствительности к возникновению сильных эмоций (и положительных, и отрицательных), сложности их контроля и регуляции поведения в состоянии аффективной напряженности. Эмоциональный фон пациентов, страдающих желчнокаменной болезнью, является значимым компонентом, ухудшающим субъективное восприятие в состоянии стресса, обусловленного ситуацией, связанной с хирургическим лечением. У значимой доли пациентов (36,1%) выявлена акцентуация личности по гипертимному типу. Для этого типа акцентуации характерен

Таблица 4 – Медианные значения шкал акцентуаций личности у пациентов с желчнокаменной болезнью по данным опросника Шмишека-Леонгарда

Шкалы опросника	Группы сравнения		
	Основная группа (n=61)	Группа сравнения I (n=13)	Группа сравнения II (n=18)
Гипертимность	18 (15:21)	15 (12:18)	15 (12:15)*
Дистимичность	6 (6:9)	6 (3:9)	9 (3:9)
Циклотимичность	12 (9:15)	12 (9:15)	12 (12:15)
Эмотивность	18 (15:21)	18 (15:21)	12 (9:15)*
Демонстративность	14 (12:18)	16 (14:18)	14 (12:14)*
Застревание	14 (12:16)	16 (14:20)*	12 (8:16)
Педантичность	14 (10:16)	14 (12:16)	12 (8:16)
Тревожность	9 (6:15)	9 (3:15)	6 (3:9)
Возбудимость	12 (9:12)	9 (9:12)	9 (6:12)
Экзальтированность	18 (12:18)	18 (12:18)	12 (9:15)

Примечание: \* – достоверно по отношению к основной группе при  $p < 0,05$  (U критерий Манна-Уитни).

повышенный жизненный тонус, высокий уровень самооценки, большое внимание на удачах и успехе с пренебрежением к возможным трудностям; с другой стороны, данная акцентуация предполагает гипонозогнозическую реакцию к болезням.

У пациентов с непсихотическими психическими расстройствами и желчнокаменной болезнью в анамнезе выявлено сильное влияние эмоциональных колебаний на все сферы жизни. В то же время присоединение таких личностных акцентуированных черт, как застревание аффекта и невозможность переключения эмоциональной реакции способствует возникновению невротических переживаний. Полученные данные подтверждают гипотезу о психогенном влиянии структуры личности на развитие желчнокаменной болезни.

### Заключение

1. После операции по поводу желчнокаменной болезни у пациентов выявлена достоверно более высокая по отношению к здоровым людям частота клинически значимых аффективных нарушений. Уровень ситуационной тревожности повышен в 76,3% случаев, в 89,8% случаев повышен уровень личностной тревожности и в 47,5% случаев отмечено повышение уровня депрессивного синдрома.

2. У пациентов с желчнокаменной болезнью в 40,7% случаев выявлена склонность к возникновению внутриличностных конфликтов, повышающих уровень личностной тревожности.

3. Гипонозогнозическая реакция как доминирующий тип отношения к болезни можно

выделить по разным тестам у 36-47% пациентов с желчнокаменной болезнью. У пациентов с недооценкой серьезности заболевания обнаруживаются наименьшие показатели шкал, отражающих аффективные нарушения.

4. В структуре личностной реакции пациентов с желчнокаменной болезнью в 45,9% случаев определяется повышенная чувствительность реакции ко всем стрессовым факторам, создавая предпосылки для повышения уровня личностной тревоги в условиях стресса хирургического лечения.

5. Пациенты с желчнокаменной болезнью имеют характерологические и поведенческие схожести пациентами, имеющими непсихотические психические расстройства и желчнокаменную болезнь в анамнезе.

### Литература

1. Stinton, L. M. Epidemiology of gall bladder disease: cholelithiasis and cancer / L. M. Stinton, E. A. Shaffer // Gut. Liver. – 2012 Apr. – Vol. 6, N 2. – P. 172–187.
2. Prevalence and epidemiological pattern of gallstones in urban residents in China / Q. Zeng [et al.] // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. – 2012 Dec. – Vol. 24, N 12. – P. 1459–1460.
3. Индексы регуляторных систем вегетативной нервной системы у пациентов с желчнокаменной болезнью до и после холецистэктомии / Л. А. Ласточкина [и др.] // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2007. – Т. 17, № 5, S30. – С. 107.
4. Карташова, И. Г. Психосоматические соотношения при гастроинтестинальных заболеваниях в практике / И. Г. Карташова // Бюл. сибир. медицины. – 2008. – № 3. – С. 43–50.
5. Ахмадуллина, Г. Х. Диагностика психовегетативного состояния у лиц молодого возраста с гастродуоденитом

- и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки / Г. Х. Ахмадуллина // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. – 2002. – № 1. – С. 114.
6. Бордин, Д. С. Жалобы как отражение психического статуса больных при рецидиве язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / Д. С. Бордин, Е. С. Мазур, Г. С. Беляева // Терапевт. арх. – 2000. – Т. 72, № 2. – С. 15–16.
7. Ряскин, В. И. Особенности психологического статуса больных хроническим холециститом / В. И. Ряскин, А. В. Будневский // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2001. – Т. 11, № 5, прил. 15. – С. 97.
8. Hamilton, M. A rating scale for depression / M. Hamilton // J. Neural. Neurosurg. Psychiatry. – 1960 Feb. – Vol. 23. – P. 56–62.
9. Практикум по психологии состояний : учеб. пособие / под ред. проф. О. А. Прохорова. – СПб. : Речь, 2004. – 480 с.
10. Батаршев, А. В. Диагностика черт личности и акцентуаций : учеб. пособие / А. В. Батаршев. – М. : Психотерапия, 2006. – 288 с.

Поступила 05.09.2017 г.  
Принята в печать 10.10.2017 г.

## References

1. Stinton LM, Shaffer EA. Epidemiology of gall bladder disease: cholelithiasis and cancer. Gut Liver. 2012 Apr;6(2):172-87. doi: 10.5009/gnl.2012.6.2.172
2. Zeng Q, He Y, Qiang DC, Wu LX. Prevalence and epidemiological pattern of gallstones in urban residents in China. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2012 Dec;24(12):1459-60. doi: 10.1097/MEG.0b013e3283583d13
3. Lastochkina LA, Plotnikova EYu, Beloborodova EI, Didkovskaya NI. The indexes of the regulatory systems of the autonomic nervous system in patients with cholelithiasis before and after cholecystectomy. Ros Zhurn Gastroenterologii Gepatologii Koloproktologii. 2007;17(5 S30):107. (In Russ.)
4. Kartashova IG. Psychosomatic ratios at gastrointestinal diseases in practice. Biul Sibir Meditsiny. 2008;(3):43-50. (In Russ.)
5. Akhmadullina GKh. Diagnostics of a psychovegetative

- state at persons of young age with gastroduodenitis and a peptic ulcer of a duodenum. Eksperim Klin Gastroenterol. 2002;(1):114. (In Russ.)
6. Bordin DS, Mazur ES, Belyaeva GS. Complaints as reflection of the mental status of patients at a recurrence of a peptic ulcer of a duodenum. Terapevt Arkh. 2000;72(2):15-6. (In Russ.)
7. Ryaskin VI, Budnevskiy AV. Features of the psychological status of patients with a chronic cholecystitis. Ros Zhurn Gastroenterologii Gepatologii Koloproktologii. 2001;11(5 pril 15):97. (In Russ.)
8. Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1960 Feb;23:56-62.
9. Prokhorov OA, red. Workshop on the psychology of states: ucheb posobie. Saint Petersburg, RF: Rech'; 2004. 480 p. (In Russ.)
10. Batarshev AV. Diagnosis of personality traits and accentuations. Moscow, RF: Psikhoterapiia; 2006. 288 p.

Submitted 05.09.2017  
Accepted 10.10.2017

## Сведения об авторах:

Кирпиченко А.А. – д.м.н., доцент, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии, Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет;  
Фомин Ф.А. – аспирант кафедры психиатрии и наркологии, Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет.

## Information about authors:

Kirpichenko A.A. – Doctor of Medical Sciences, associate professor, head of the Chair of Psychiatry & Narcology, Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University;  
Fomin F.A. – postgraduate of the Chair of Psychiatry & Narcology, Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University.

**Адрес для корреспонденции:** Республика Беларусь, 210023, г. Витебск, пр. Фрунзе, 27, Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет, кафедра психиатрии и наркологии. E-mail: Fredya@mail.ru – Фомин Федор Анатольевич.

**Correspondence address:** Republic of Belarus, 210023, Vitebsk, 27 Frunze ave., Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University, Chair of Psychiatry & Narcology. E-mail: Fredya@mail.ru – Fiodar A. Fomin.