

ДИНАМИКА НЕВРОТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

КИРПИЧЕНКО А.А.¹, МАРТЫНОВА Е.В.², ФОМИН Ф.А.¹

¹Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет, г. Витебск, Республика Беларусь

²Витебский областной клинический центр психиатрии и наркологии, г. Витебск, Республика Беларусь

Вестник ВГМУ. – 2021. – Том 20, №5. – С. 78-83.

THE DYNAMICS OF NEUROTIZATION IN PATIENTS WITH CHOLELITHIASIS

KIRPICHENKA A.A.¹, MARTYNOVA E.V.², FOMIN F.A.¹

¹Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University, Vitebsk, Republic of Belarus

²Vitebsk Regional Clinical Center of Psychiatry & Narcology, Vitebsk, Republic of Belarus

Vestnik VGMU. 2021;20(5):78-83.

Резюме.

Представлены результаты исследования уровня невротизации пациентов с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) в динамике на 1-2 сутки после операции, через 6 месяцев после операции и через 5 лет. Целью работы было изучение влияния внутрикризисного психотерапевтического вмешательства на восстановление пациентов с ЖКБ в ближайшей и отдаленной перспективе. Уже на 1-2 сутки после операции у пациентов, которым проводилась психотерапия, было выявлено снижение ситуационной тревоги, а через 6 месяцев все показатели тревожно-депрессивных нарушений не отличались от показателей здоровых людей, в то время как у пациентов без психотерапии показатели ситуационной, личностной тревожности и депрессии оставались достоверно выше, чем в контрольной группе здоровых людей. Через 5 лет после выписки первичная заболеваемость непсихотическими психическими расстройствами у пациентов с ЖКБ составил 20,3%, а у пациентов, которым проводилось внутрикризисное вмешательство, – 2,7%. Таким образом, реализация внутрикризисного психотерапевтического вмешательства улучшает отдаленные результаты лечения пациентов с желчнокаменной болезнью.

Ключевые слова: тревога, депрессия, невротизация, психотерапия, реабилитация, желчнокаменная болезнь.

Abstract.

The results of the study dealing with the level of neurotization in patients with cholelithiasis in dynamics on the 1st-2nd days after surgery, in 6 months and in 5 years after surgery are presented. The aim of the work was to study the impact of intracrisis psychotherapeutic intervention on the recovery of patients with cholelithiasis in the near and long term. Already on the 1st-2nd days after the operation, a decrease in situational anxiety was detected in patients who had undergone psychotherapy, and after 6 months all indicators of anxiety-depression disorders did not differ from those of healthy people, while in patients without psychotherapy, the indicators of situational, personal anxiety and depression remained significantly higher than those in the control group of healthy people. In 5 years after discharge, the primary incidence of non-psychotic mental disorders in patients with cholelithiasis was 20.3%, and in patients who underwent intracrisis intervention – 2.7%. Thus, the implementation of intracrisis psychotherapeutic intervention improves the long-term results of treatment of patients with cholelithiasis.

Key words: anxiety, depression, neurotization, psychotherapy, rehabilitation, cholelithiasis.

Тревожно-депрессивные нарушения в предоперационном периоде у пациентов с желчнокаменной болезнью являются установленным феноменом

и в основном связаны со страхом утраты трудоспособности, ожиданием болевого синдрома, отсутствием уверенности в улучшении состояния после

лечения [1]. В ближайшем послеоперационном периоде, несмотря на снижение актуальности данных тревожных переживаний, наблюдается двукратное увеличение доли немотивированной тревоги, обусловленной личностными процессами. Это рассматривается как возможная основа для развития соматоформных расстройств [2].

Пациенты с желчнокаменной болезнью имеют достоверную схожесть личностной структуры и стратегий поведения в кризисных ситуациях с пациентами с непсихотическими психическими расстройствами и ЖКБ в анамнезе [3]. Особенности личностного функционирования пациентов с желчнокаменной болезнью являются наличие внутриличностных конфликтов достижения, склонность к конверсионным реакциям, поведенческие конфликты, связанные с одновременным взятием значительной доли ответственности и бегством от нее [4].

Методы личностно-ориентированной психотерапии и посещение «гастро-школы» позволяют улучшить показатели взаимодействия психоэмоциональных факторов и соматического функционирования у пациентов с холециститом в ближайшей перспективе [5]. Однако в литературе недостаточно отражено катamnестическое изучение состояния психики в отдаленной перспективе после хирургического лечения.

Материал и методы

В исследовании приняли участие пациенты с желчнокаменной болезнью ($n=59$), которым оказывался традиционный комплекс медицинских услуг согласно утвержденному протоколу МЗ Республики Беларусь. Вторую, или основную, группу ($n=37$) составили пациенты с желчнокаменной болезнью, которым дополнительно проводилось внутрикризисное психотерапевтическое вмешательство. В контрольную группу сравнения вошли ($n=20$) здоровых людей. На момент исследования у обследованных пациентов не было верифицированных психиатрических диагнозов.

Внутрикризисное психотерапевтическое вмешательство осуществлялось пациентам в период выполнения хирургического лечения, основываясь на гипотезе о том, что в ходе стресса максимизируются адаптационные механизмы, происходит реструктуризация поведения и копинг-стратегий [6]. Психотерапевтическое воздействие было направлено на легализацию внутренних конфликтов и перемещение

их в осознаваемый диапазон переживаний с последующей краткосрочной переработкой. Длительность одного цикла психокоррекции составляла от 3 до 6 сеансов в течение 30-60 минут каждый. Психотерапия проводилась в формате индивидуального консультирования в палате пациента утром, после завтрака каждый второй день, исключая день операции, в палате пациента.

С целью психотерапевтической коррекции использовались методы личностно-ориентированной, когнитивно-поведенческой и рациональной психотерапии с добавлением кризисного дебрифинга и техник релаксации. В ходе данного воздействия учитывались данные, полученные в рамках психометрического исследования о стратегиях совладания со стрессом, внутриличностных конфликтах и особенностях невротизации пациентов с ЖКБ, а также индивидуальные особенности кризисного состояния пациентов, которые были выявлены в ходе психотерапии [4]. В дополнение к психотерапевтическим методам использовалась фармакологическая коррекция лекарственным средством тофизолам в дозе 50–100 мг/сутки в утренние часы. Назначение осуществлялось лечащим врачом при субъективно выражаемом желании пациента на дополнительную коррекцию.

Исследование проводили в 3 этапа. На первом этапе пациенты с ЖКБ проходили исследование в УЗ ВГКБСМП на 1-2 сутки после операции в период с декабря 2014 года по январь 2016 года. На втором этапе 20 пациентов из каждой группы по приглашению методом случайной выборки проходили повторное исследование динамических психологических характеристик (ситуационная и личностная тревожность, депрессия, копинг-стратегии, типы отношения к болезни). На третьем этапе для изучения отдаленных последствий невротизации был проведен анализ базы данных УЗ ВОКЦ ПИН на предмет поиска возникновения у обследованных пациентов патологических процессов, верифицированных как психиатрические заболевания.

Уровень тревоги как основной показатель тревожно-аффективных нарушений выявлялся при помощи теста тревоги Спилбергера в адаптации Ханина (State-Trait Anxiety Inventory – STAI). С целью выявления уровня депрессии использовалась шкала депрессии Гамильтона (HRDS). Шкала заполнялась исследователем в процессе интервьюирования пациента.

Результаты и обсуждение

Согласно ранее опубликованным данным о послеоперационном периоде у пациентов с ЖКБ [3] уровень тревожности и депрессии у пациентов с желчнокаменной болезнью (n=59) на 1-2 сутки после оперативного вмешательства был повышен. Ситуационная тревожность в ближайший послеоперационный период составила 34 (30:43) балла. Низкий уровень ситуационной тревожности выявлен у 14 пациентов (23,7%), у 30 (50,8%) отмечен средний уровень, у 15 пациентов (25,5%) – высокий уровень ситуационной тревожности. Уровень личностной тревожности был равен 43 (38:53) баллам. Низкий уровень личностной тревожности выявлен у 6 пациентов (10,2%), у 23 (39%) отмечен 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%) депрессии не выявлено, у 12 (20,3%) отмечен низкий уровень по шкале депрессии, у 10 (17%) – средний уровень, у 6 пациентов (10,2%) – высокий уровень выраженности депрессии (табл. 1).

У пациентов основной группы (n=37), получавших дополнительно психо- и фармакокоррекцию тревожно-аффективных нарушений, на 1-2 сутки после оперативного вмешательства ситуационная тревожность составила 26 (23:30) баллов, у 27 пациентов (73%) выявлен низкий уровень ситуационной тревожности, у 8 (21,6%) – средний уровень, у двух – высокий уровень ситуационной тревожности. Значение личностной тревожности составило 46 (36:53) баллов, у двух пациентов (5,4%) выявлен низкий уровень личностной тревожности, у 14 (37,8%) – средний

уровень, у 21 пациента (56,8%) – высокий уровень. Уровень депрессии составил 7 (5:10) баллов. У 20 пациентов (54,1%), по данным тестового обследования, не выявлено депрессии, у 12 (32,4%) отмечен низкий уровень депрессии, у 4 пациентов (10,8%) – средний уровень и у одного пациента высокий (табл. 1).

Таким образом, в основной группе пациентов с желчнокаменной болезнью, которым был проведен дополнительный комплекс медицинской помощи, направленный на коррекцию тревожно-аффективных нарушений, клинически значимые показатели ситуационной тревожности выявлены в 27% случаев, личностной тревожности – в 94,6% случаев, депрессии в 45,9% случаев. У пациентов, получающих традиционное лечение, клинически значимые показатели ситуационной тревожности выявлены в 76,3% случаев (p<0,05). То есть у пациентов, которые получали психо- и фармакокоррекцию тревожно-аффективных нарушений, уже в 1-2 сутки после операции обнаружено достоверно более низкое значение ситуационной тревожности в сравнении с пациентами, получавшими комплекс медицинских услуг, утвержденный согласно протоколу оказания помощи пациентам с желчнокаменной болезнью.

В группе пациентов с ЖКБ (n=20) на 1-2 сутки значения ситуационной тревожности составили 34 (27,5:44,5) балла, личностная тревожность определялась на уровне 43,5 (37:46,5) балла, а депрессии 6,5 (4:9) балла и были достоверно выше (p<0,05), чем показатели здоровых людей. В динамике через 6 месяцев у этих же пациентов медианные значения ситуационной тревожности составили 29,5 (25,5:38) балла, личностной тревожности, 38,5 (34,5:47), депрессии 4 (2:6) (табл. 2). В динамике показатели тревожно-депрессив-

Таблица 1 – Показатели тревожности и депрессии у пациентов с коррекцией тревожно-аффективных нарушений на 1-2 сутки после холецистэктомии

Группы сравнения	Шкала ситуационной тревожности	Шкала личностной тревожности	Шкала депрессии
Пациенты с желчнокаменной болезнью (n=59)	34 (30:43)	45 (38:53)	7 (4:13)
Основная группа (n=37)	26 (23:30)*	46 (36:53)	7 (5:10)
Группа здоровых людей (n=20)	23 (22:26)*,**	35 (29:38)*,**	2,5 (1,5:4,5)*,**

Примечание: * – достоверно по отношению к показателям группы пациентов с желчнокаменной болезнью p<0,05 (U–критерий Манна–Уитни); ** – достоверно по отношению к показателям основной группы p<0,05 (U–критерий Манна–Уитни).

ных нарушений снизились, однако остались на достоверно более высоком уровне ($p < 0,05$) по отношению к показателям здоровых людей, что нами рассматривается как свидетельство неполного восстановления психоэмоциональных нарушений после операции.

В основной группе пациентов ($n=20$), которым проводилось дополнительное внутрикризисное психотерапевтическое вмешательство, на 1-2 сутки после операции ситуационная тревожность составила 28 (25:31) баллов, что было достоверно ниже, чем у пациентов без психотерапии, личностная тревожность составила 48 (36:56) баллов, а депрессия 9 (5:12) баллов. Полученные данные свидетельствуют о том, что ситуационная тревожность была достоверно ниже ($p < 0,05$), чем у пациентов с ЖКБ без психотерапевтического вмешательства уже на 1-2 сутки после операции. При этом общий фон тревожно-депрессивных нарушений оставался достоверно выше ($p < 0,05$), чем у здоровых людей. Через 6 месяцев после проведенного хирургического лечения ситуационная тревожность составила 22 (20:24) балла, личностная тревожность – 35 (27:39) баллов, а показатели депрессии составили 2 (1:4) балла (табл. 2). Таким образом, показатели тревожно-депрессивных нарушений в динамике через 6 месяцев достигли уровня, достоверно не отличающегося ($p > 0,1$) от показателей здоровых людей, что рассматривается как свидетельство положительного влияния внутрикризисного психотерапевтического вмешательства на выздоровление пациентов с желчнокаменной болезнью.

У пациентов, прооперированных по поводу желчнокаменной болезни, анализирована субъективная оценка соматического выздоровления и психологического восстановления через 6 месяцев после выписки из стационара. Для решения этой задачи пациентам предлагалось оценить свое состояние по предложенной нами субъективной шкале от 1 до 10 баллов (где 1 – это отсутствие восстановления, а 10 – полное субъективное выздоровление) на основании состояния здоровья, влияния осложнений и перестройки жизненного ритма в связи с удалением желчного пузыря (соблюдение диеты, ограничение физической активности). Пациентам также предлагалось субъективно оценить психологическое состояние по такой же субъективной шкале от 1 до 10 баллов на основании полноты психологического проживания стресса оперативного лечения, принятия состояния после удаления органа, степени восстановления привычного образа жизни.

У пациентов с желчнокаменной болезнью, которым осуществлялся традиционный комплекс медицинской помощи при желчнокаменной болезни ($n=34$), субъективное выздоровление составило 7,5 (7:9) балла, а психологическое восстановление – 8 (7:9) баллов. В основной группе, которым проводилось внутрикризисное психотерапевтическое вмешательство ($n=25$), субъективный уровень соматического выздоровления составил 9 (8:9) баллов, а уровень психологического восстановления – 9 (9:9) баллов. Данные показатели достоверно были выше ($p < 0,05$), чем у пациентов с ЖКБ. Среди сложностей восстано-

Таблица 2 – Показатели тревожно-депрессивных нарушений на 1-2 сутки после операции и через 6 месяцев после операции

Группы сравнения	Динамика ситуационной тревожности		Динамика личностной тревожности		Динамика депрессии	
	1-2 сутки	6 месяцев	1-2 сутки	6 месяцев	1-2 сутки	6 месяцев
Пациенты с желчнокаменной болезнью ($n=20$)	34 (27,5:44,5)	29,5 (25,5:38)***	43,5 (37:46,5)	38,5 (34,5:47)***	6,5 (4:9)	4 (2:6)***
Основная группа ($n=20$)	28 (25:31)*	22 (20:24)*,***	48 (36:56)*	35 (27:39)*,***	9 (5:12)	2 (1:4)*,***
Группа здоровых людей ($n=20$)	23 (22:26)*, **	23 (22:26)*	35 (29:38)*, **	35 (29:38)*	2,5 (1,5:4,5)*, **	2,5 (1,5:4,5)

Примечание: * – достоверно по отношению к показателям группы пациентов с желчнокаменной болезнью $p < 0,05$ (U–критерий Манна–Уитни); ** – достоверно по отношению к показателям основной группы $p < 0,05$ (U–критерий Манна–Уитни); *** – достоверно по отношению к результатам первичного обследования в группах на 1–2 сутки $p < 0,05$ (T–критерий Вилкоксона).

вительного периода пациенты наиболее часто отмечали проблемы, вызванные возвратом к работе (накопившийся объем дел за время болезни, ограничения физической активности). Также неудобство вызывало соблюдение диеты, изменяющее привычный уклад жизни пациентов.

Согласно полученным данным в группе пациентов с ЖКБ, которым проводился традиционный объем медицинской помощи (n=59), в течение 5 лет после лечения у 13 пациентов были выставлены диагнозы, шифруемые в диагностической рубрике «F» МКБ 10. Среди них у одного пациента было заболевание, шифруемое F23.2, и у 12 пациентов имелись заболевания, связанные с выраженной невротизацией, в их числе F06.4, F06.6, F41.2, F48.0 и F10.1. Таким образом, в отдаленном послеоперационном периоде в 20,3% случаев у пациентов наблюдался процесс невротизации личности, который реализовывался в виде верифицированных непсихотических психических расстройств, ведущими симптомами которых являлись тревожно-депрессивные нарушения и склонность к аддиктивному поведению. В группе пациентов, которым проводилось внутрикризисное психотерапевтическое вмешательство (n=37), через 5 лет после хирургического лечения только у одного пациента (2,7% от общего числа) был верифицирован диагноз F06.6. Таким образом, психотерапевтическое воздействие, учитывающее особенности личностного и кризисного функционирования психики пациентов с желчнокаменной болезнью, позволило в отдаленном периоде последствий снизить уровень невротизации и риск развития невротических расстройств.

Заключение

Проведение внутрикризисного психотера-

певтического вмешательства позволяет достоверно снизить выраженность ситуационной тревоги уже в ближайший послеоперационный период.

Использование внутрикризисного психотерапевтического вмешательства в ходе хирургического лечения пациентов с желчнокаменной болезнью позволяет повысить качество восстановления после перенесенной операции через 6 месяцев после лечения.

Психотерапевтическая коррекция, проводимая в период хирургического лечения, способствует снижению риска развития невротических расстройств у пациентов с ЖКБ.

Литература

1. Ласков, В. Б. Влияние эндоскопической холецистэктомии на неврологический статус, когнитивные функции и эмоциональное состояние женщин с хроническим калькулезным холециститом / В. Б. Ласков, И. О. Масалева // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2013. – Т. 113, № 3, вып. 1. – С. 9–14.
2. Масалева, И. О. Причины тревожных переживаний у больных хроническим холециститом до и после эндоскопической холецистэктомии / И. О. Масалева, В. Б. Ласков // Фундам. исслед. – 2011. – № 9-2. – С. 270–274.
3. Кирпиченко, А. А. Психологические особенности пациентов с желчнокаменной болезнью после оперативного лечения / А. А. Кирпиченко, Ф. А. Фомин // Вестн. ВГМУ. – 2017. – Т. 16, № 5. – С. 96–104.
4. Фомин, Ф. А. Личностный профиль пациентов с желчнокаменной болезнью / Ф. А. Фомин, А. А. Кирпиченко // Мед. журн. – 2018. – № 1. – С. 85–88.
5. Оценка эффективности лично-ориентированных образовательных программ при реабилитации пациентов молодого возраста, страдающих хроническим некалькулезным холециститом / Г. Я. Хисматуллина [и др.] // Казан. мед. журн. – 2012. – Т. 93, № 4. – С. 637–641.
6. Малкина-Пых, И. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / И. Г. Малкина-Пых. – Москва : Эксмо, 2005. – 960 с.

Поступила 12.07.2021 г.

Принята в печать 11.10.2021 г.

References

1. Laskov VB, Masaleva IO. Effect of endoscopic cholecystectomy on the neurological status, cognitive functions, and emotional state of women with chronic calculous cholecystitis. Zhurn Nevrologii Psikhiiatrii im SS Korsakova. 2013;113(3 vyp 1):9-14. (In Russ.)
2. Masaleva IO, Laskov VB. Causes of anxiety in patients with chronic cholecystitis before and after endoscopic cholecystectomy. Fundam Issled. 2011;(9-2):270-4. (In Russ.)
3. Kirpichenko AA, Fomin FA. Psychological characteristics of patients with cholelithiasis after surgical treatment. Vestn VGMU. 2017;16(5):96-104. (In Russ.)
4. Fomin FA, Kirpichenko AA. Personality profile of patients with cholelithiasis. Med Zhurn. 2018;(1):85-8. (In Russ.)
5. Khismatullina GA, Uliamaeva VV, Volevach LV, Bashirova ES. Evaluation of the effectiveness of person-centered educational programs in the rehabilitation of young patients with chronic non-calculous cholecystitis. Kazan Med Zhurn. 2012;93(4):637-41. (In Russ.)
6. Malkina-Pykh IG. Psychological help in crisis situations. Moscow, RF: Eksmo; 2005. 960 p. (In Russ.)

Submitted 12.07.2021

Accepted 11.10.2021

Сведения об авторах:

Кирпиченко А.А. – д.м.н., доцент, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии с курсом ФПК и ПК, Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет;

Мартынова Е.В. – к.м.н., главный врач Витебского областного клинического центра психиатрии и наркологии;

Фомин Ф.А. – старший преподаватель кафедры психиатрии и наркологии с курсом ФПК и ПК, 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 with the course of the Faculty for Advanced Training & Retraining, Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University;

Martynova E.V. – Candidate of Medical Sciences, head doctor of Vitebsk Regional Clinical Center of Psychiatry & Narcology;

Fomin F.A. – senior lecturer of the Chair of Psychiatry & Narcology with the course of the Faculty for Advanced Training & Retraining, Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University.

Адрес для корреспонденции: Республика Беларусь, 210009, г. Витебск, пр-т Фрунзе, 27, Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет, кафедра психиатрии и наркологии с курсом ФПК и ПК. E-mail: Fredya@mail.ru – Фомин Фёдор Анатольевич.

Correspondence address: Republic of Belarus, 210009, Vitebsk, 27 Frunze ave., Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University, Chair of Psychiatry & Narcology with the course of the Faculty for Advanced Training & Retraining. E-mail: Fredya@mail.ru – Fyodor A. Fomin.