

УДК 618.1-085-089:616.891-072.8

В.Л. Дронова¹, О.І. Дронов^{1,2}, Р.С. Теслюк¹

Психологічний стан пацієнток у до- та післяопераційному періодах з гінекологічною та хірургічною патологією, методи його визначення (літературний огляд праць)

¹ ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ, Україна² Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

PERINATOLOGIYA I PEDIATRIYA. 2017.1(69):65-69; doi 10.15574/PP.2017.69.65

На основі аналізу сучасної наукової літератури висвітлено дані про особливості психологічного стану пацієнтів, які підлягають хірургічному втручанню та в післяопераційному періоді. Визначено найбільш інформативні методики для дослідження психологічного стану пацієнток (шкала тривоги Спілбергера—Ханіна та депресії Бека).

Ключові слова: психологічний стан пацієнток, перед- і післяопераційний періоди, гінекологічна та хірургічна патологія, шкала тривоги Спілбергера—Ханіна та депресії Бека.

The psychological status of patients in pre- and postoperative periods with gynaecological and surgical pathology, and methods of its determination (a literary review)

V. L. Dronova¹, O. I. Dronov^{1,2}, R. S. Teslyuk¹¹ SI «Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of NAMS of Ukraine», Kyiv² Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Based on the analysis of contemporary scientific literature, the data about the peculiarities of psychological status of patients prior to the operation and in the postoperative period are clarified in the article. The most informative methodologies for investigation of the psychological status of patients are determined (such as Spielberger—Khanin Anxiety Scale and Beck's depression inventory).

Key words: psychological status of patients, pre- and postoperative periods, gynaecological and surgical pathology, Spielberger-Khanin Anxiety Scale, Beck's depression inventory.

Психологическое состояние пациенток в до- и послеоперационном периодах с гинекологической и хирургической патологией, методы его определения (литературный обзор работ)

В.Л. Дронова¹, А.И. Дронов^{1,2}, Р.С. Теслюк¹¹ ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», г. Киев, Украина² Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

На основе анализа современной научной литературы освещены данные об особенностях психологического состояния пациентов, подлежащих хирургическому вмешательству и в послеоперационном периоде. Определены наиболее информативные методики для исследования психологического состояния пациенток (шкала тревоги Спилбергера—Ханина и депрессии Бека).

Ключевые слова: психологическое состояние пациенток, пред- и послеоперационный периоды, гинекологическая и хирургическая патология, шкала тревоги Спилбергера—Ханина и депрессии Бека.

Досвід світової науки у сфері психології та психосоматики визначає, що характеристика психіки, емоційні переживання та реакції пацієнтів пов'язані зі зміною фізичного стану, можуть визначати перебіг захворювання, ефект від проведеного лікування. Розуміння психофізіологічних показників, змін психіки пацієнта дає змогу проводити ефективну психопрофілактику та психокорекцію [1, 5].

На сьогодні широко розглянуті та висвітлені питання психологічного стану пацієнтів із психічною та соматичною захворюваністю. Але маловивченим залишається емоційна сфера пацієнтів, які підлягають хірургічному втручанню. Хірургічне втручання за своєю природою майже завжди породжує у хворих, крім місцевої больової реакції, складну гаму різноманітних душевних переживань (занепокоєння або твердість духу, довіру чи недовіру, терпіння або нетерпіння, подяку або озлобленість). Психіка хворого може травмуватися на

всіх етапах хірургічного лікування — від поліклініки або приймального відділення лікарні, де він вперше зустрічається з хірургом, до операційної, де піддається хірургічному втручанню, та палати, де проходить післяопераційний етап одужання, у період якого хворий контактує не лише з лікарями, але й з медичним персоналом, іншими пацієнтами, родичами [2, 15].

Останнім часом все більша увага приділяється дослідженню показників емоційного стану і змісту переживань хворих, що знаходяться в умовах хірургічної клініки. Стан очікування і невизначеності результату, в якій перебуває пацієнт перед операцією, може спровокувати розвиток різних невротичних, тривожно-фобічних розладів, хворі в період очікування хірургічної операції схильні до певних змін в емоційній сфері. У них можуть виявлятися підвищені значення загальної тривожності й емоційного дискомфорту. Це проявляється в тому, що в період перебування

в стаціонарі у пацієнтів виникають розлади сну, швидка стомлюваність, млявість і пасивність, емоційні порушення. Такі пацієнти часто відчують власну безпорадність і непотрібність, катастрофічність, що насувається [16].

У проспективних дослідженнях при тривалому спостереженні за великими контингентами людей середнього віку доведено, що пацієнти з надлишковою реакцією при психо-емоційному стресі становлять групу осіб підвищеного ризику розвитку станів психічної дезадаптації та різноманітних хронічних (психо-)соматичних захворювань [3, 5].

За даними літератури, у пацієнтів значно виражені порушення за типом «соматизації тривоги». Скарги хворих фіксуються на тілесному дискомфорті, який пов'язаний з кардіологічною, гастроентерологічною, неврологічною та іншими системами. Пацієнти суб'єктивно оцінюють власне соматичне здоров'я дуже низько (що не відповідає об'єктивним даним та спостереженням лікарів відділення), часто відчують слабкість, нудоту й запаморочення, біль у серці і шлунку. Поряд із соматизацією в пацієнтів виявляються obsесивно-компульсивні, депресивні, тривожні, фобічні симптоми. У даному випадку у хворих чітко простежується тривожно-депресивний настрій із нав'язливими негативними думками щодо своєї особистості, власного стану і майбутнього життя. Перебуваючи в стаціонарі, вони відчують самотність і мають пригнічений настрій. Визначаються стійкі тривожно-фобічні симптоми, такі як нервозність, безпричинний страх, напруга і тремтіння, а також напади паніки, відчуття небезпеки та ірраціональних страхів [19, 21, 22].

Слід зазначити, що при дослідженні ціннісно-сислової сфери особистості хворих, які очікують на хірургічну операцію, виявлено зниження показників сенсжиттєвої орієнтації (СЖО). Результати показали, що рівень осмисленості життя у хворих істотно знижений. Це свідчить про те, що обстежені пацієнти погано уявляють собі власне майбутнє, мають досить розпливчасті цілі, не можуть чітко побачити ті орієнтири, до яких слід прагнути. Хворі недостатньо задоволені сучасними реаліями, не бачать у власному житті яскравого інтересу, змісту та емоційної насиченості [9, 23].

Також слід зазначити, що пацієнти хірургічного стаціонару напередодні операції відчують незадоволеність пройденим етапом власного життєвого шляху, тобто вважають його

безглуздим і марним. Як відомо, низький рівень осмисленості життя і зневіра у власних силах і можливостях можуть призводити до різних невротичних порушень, а також і до тривожних станів. У таких пацієнтів встановлені зворотні взаємозв'язки між показниками СЖО та проявами тривоги, зокрема, взаємозв'язок показників «процес життя», «загальне осмислення життя», «локус контролю-життя» з показником «фобічний компонент тривожності». Інакше кажучи, якщо в пацієнта немає відчуття, що його справжнє життя цікаве і емоційно насичене, низька свідомість життя, то його частіше турбують розлади сну, втома, млявість і пасивність. Також чим менше людина осмислює і усвідомлює минуле, сьогодення і майбутнє та слабо вірить у можливість контролювати події власного життя, тим сильніше відчуття незрозумілої загрози, немає мотивації виявити в собі ресурси для формування комфортної реальності, опираючись на минуле і оптимістично заглядаючи в майбутнє [9].

За даними деяких авторів, спостерігається негативний взаємозв'язок між особистісними характеристиками і рівнем вираженості напруги та психопатологічної симптоматики в період очікування операції. Чим нижчий рівень самосвідомості особистості та емоційної стабільності пацієнта, тим сильніше проявляються тривожність, нав'язливі думки і ворожість. Також відмічається негативний взаємозв'язок між особистісною характеристикою «Самосвідомість» і показником особистісної тривожності. Тобто чим менше в структурі особистості виражені такі риси, як організованість, цілеспрямованість та планованість, тим сильніше в умовах стресу проявляються напруга та занепокоєння. Отже, в пацієнтів присутні певні особистісні якості, які можуть посилювати тривожний стан перед операцією. Більше того, вони формують особистісний потенціал хворого, який визначає його можливості з успішного або неуспішного подолання хвороби і відновлення після операції [9, 14].

При дослідженні особливостей захисної поведінки встановлено, що в умовах очікування операції пацієнти частіше реагують посиленням таких захисних механізмів, як «заперечення», «регресія», «реактивні утворення». Встановлено кореляційний взаємозв'язок між рівнем тривоги і деякими механізмами психологічного захисту. Чим вища тривожність, тим сильніше актуалізуються захисти «регресія» і «реактивні утворення», і навпаки,

якщо в структурі особистості переважають механізми несвідомого уникнення тривоги шляхом переходу на більш ранні стадії розвитку лібідо або шляхом перебільшеного розвитку протилежних прагнень, то в пацієнта в передопераційний період більш виражені напруга, тривога і занепокоєння своїм станом і наслідками операції.

У сучасній медицині все частіше обговорюються питання особливостей психологічної сфери пацієнток, які перенесли оперативне втручання на внутрішніх статевих органах. Тривалі негативні емоції, психічне напруження та дистрес — найчастіші патогенетичні фактори порушення центральних механізмів регуляції організму і, як наслідок, виникнення розладів жіночої репродуктивної сфери. Крім того, хронічна напруга і супутній вторинний імунodefіцит значно погіршують прогноз гінекологічних нейроендокринних захворювань у зв'язку з підвищенням ризику розвитку гормонозалежної пухлинної патології [18, 23].

Гінекологічне захворювання створює особливу ситуацію для хворої жінки, зумовлену не тільки оперативним втручанням, але й специфічними процедурами обстеження й лікування, спілкування з лікарем, тобто саме звернення до гінеколога може бути додатковим чинником стресу. Це пов'язано з проблемами, що беруть свій початок у стереотипах, які склались у суспільстві щодо жінок. Дані захворювання суб'єктивно забарвлені переживанням сорому, провини, тривоги, напруженості у стосунках, депресії та ізоляції [17].

Особливий інтерес у дослідників викликають такі психосоціальні параметри, що впливають на психіку жінок, які перенесли радикальні операції: символічне значення матки і ставлення до її повного видалення, розуміння характеру операції, розуміння результатів операції, зміна сексуального й естетичного статусу, ставлення до стерильності та — у зв'язку з цим — до родичів та чоловіка, а також очікування їхнього ставлення до хворої, розуміння необхідності подальшої гормональної терапії.

Зазначається, що важливе значення мають індивідуально-типологічні особливості особистості, від яких залежить ступінь адекватності психологічної реакції на оперативне втручання [6, 10].

Радикальне хірургічне лікування захворювань матки супроводжується в більшості пацієнток розвитком синдрому постгістеректомії, що характеризується психоемоційними, нейровегетативними, сексуальними, уrogenі-

тальними і метаболічними порушеннями [11, 23].

Ряд авторів відзначають появу нейровегетативних і психоемоційних порушень, підвищення рівня тривожності в пізньому післяопераційному періоді унаслідок гістеректомії. Після оперативних втручань на матці поширеність психічних розладів та психологічних проблем у жінок становить 50–80% [13, 17].

За свідченнями інших, сексуальні та психологічні порушення виявляються у 48,4% випадків після над піхвової ампутації і у 65,9% — після екстирпації матки [11, 17].

Думки багатьох вчених співпадають, що в цілому втрата фертильності багатьма жінками усвідомлюється як втрата ними жіночої сутності, що у багатьох випадках стає для них довгостроковою психоемоційною депресивною ситуацією і призводить до розвитку станів психічної дезадаптації, обумовлених негативною психологічною реакцією жінки на видалення матки. Ступінь напруження захисту, що його визначає вираженість різних механізмів захисту, діє як єдиний потужний механізм, що оберігає психіку від переживань [4, 11].

Останнім часом обговорюється роль індивідуально-психологічних особливостей хворих у генезі пухлинного росту в матці, додатках матки та правомірність зарахування цього захворювання до групи психосоматичних [11, 17].

Таким чином, висвітлені в літературі дані стосовно психологічного стану жінок у передта післяопераційному періодах свідчать про існуючу, не повно досліджену проблему. Подальше вивчення цього питання дасть змогу вдосконалити комплекс медико-психологічної корекції, оптимізувати заходи психопрофілактики в даного контингенту хворих.

Загальна характеристика психологічного стану, у тому числі емоційні реакції хворих, пов'язані зі зміною фізичного стану, багато в чому визначають перебіг захворювання, ефективність і результат його лікування. На сучасному етапі розвитку медицини очевидно, що науково обґрунтоване проведення пацієнтам ефективною психопрофілактики та психокорекції в передта післяопераційному періодах можливе лише з урахуванням знання внутрішніх психологічних закономірностей змін психіки хворих в умовах захворювання, особливостей формування змін психіки. У зв'язку з цим особливо вагомою постає потреба в дослідженні особливостей психологічної сфери хворих хірургічного профілю [4].

З аналізу даних літератури встановлено існування широкого спектру методик, зокрема, шкал опитувальників визначення психологічного стану пацієнток протягом лікування. Для вивчення психологічного стану хворих у перед- і післяопераційному періоді використовують тести-опитувальники (шкала тривоги та депресії Гамільтона, Зунга, шкала психічної напруги Тейлора, Німеччина) [20]. Існують поодинокі роботи стосовно цієї проблеми в післяопераційному періоді пацієнток із захворюваннями серцево-судинної системи, в ортопедії, урології, пластичній хірургії тощо [12]. Практично не досліджений психологічний стан пацієнток із поєднаною гінекологічною, екстрагенітальною хірургічною патологією. Особливий інтерес викликає визначення психологічного стану при симультанних оперативних втручаннях, враховуючи значні обсяги операції, час операції, особливості проведення наркозу.

Для проведення дослідження психологічного стану пацієнток із поєднаною гінекологічною та екстрагенітальною хірургічною патологією були обрані найбільш вагомі та інформативні, на нашу думку, методики (шкали тривоги та депресії Спілбергера—Ханіна, Бека). Ці визначні науковці наголошують, що хворі

потребують кваліфікованої психологічної та психотерапевтичної підтримки під час перебування в стаціонарі, особливо в передопераційний період. Ціннісно-сміслова сфера особистості може суттєво впливати на соматичний стан пацієнта і на його лікування й реабілітацію у віддаленому періоді [7, 8].

Методика Спілбергера—Ханіна визначає рівень ситуаційної та особистісної тривожності з огляду на характеристику самооцінки (висока, середня, низька тривожність). Тривожність ситуативна виникає як реакція на стресори соціально-психологічного плану, особистісна дає уяву про схильність особистості до агресивного впливу тих чи інших стресорів по причині своїх індивідуальних особливостей [7]. Методика Бека використовується для визначення наявності та рівня депресії, складається з найбільш частих симптомів і скарг. Кожний пункт опитувальника складається з тверджень, які відповідають специфічним проявам, зокрема симптомам депресії [8].

Враховуючи вищезазначене, для проведення досліджень психологічного стану пацієнток із поєднаною гінекологічною, екстрагенітальною хірургічною патологією і, безумовно, симультанною патологією вважаємо за доцільне використовувати зазначені методики в гінекології.

ЛІТЕРАТУРА

1. Барабошин А.Т. Психоземotionalный статус и возможности его коррекции у больных общехирургического профиля: дис. ... к.мед.н. / А.Т. Барабошин. — Ярославль, 2007. — 184 с.
2. Бодров В.А. Психологический стресс: развитие и преодоление / В.А. Бодров. — Москва: ПЕРСЭ, 2006. — 528 с.
3. Вассерман Л.И. Совладание со стрессом. Теория и психодиагностика: учебно-методическое пособие / Л.И. Вассерман, В.А. Абабков, Е.А. Трифонова; под науч. ред. Л.И. Вассермана. — Санкт-Петербург: Речь, 2010. — 182 с.
4. Вереіна Л.В. Психокорекція емоційного стану жінок, хворих на рак статевих органів / Л.В. Вереіна, Г.Т. Гардашнікова, О.Л. Шишкіна // Проблеми сучасної психології: збірник наукових праць КПУ. — 2012. — Вип. 18. — С. 96—106.
5. Вознесенская Т.Г. Эмоциональный стресс и профилактика его последствий / Т.Г. Вознесенская // Русский медицинский журнал. — 2006. — Т. 14, № 9 (261). — С. 694—697.
6. Дудниченко А.С. О важности оценки психического состояния онкологических больных и членов их семей / А.С. Дудниченко, Л.Н. Дышлева, А.Ю. Дышлевой // Проблеми медичної науки та освіти. — 2003. — № 3.
7. Киреева Е.Н. Система профилактики повторных эпизодов депрессивных расстройств / Е.Н. Киреева // Международный неврологический журнал. — 2014. — № 4 (66). — С. 103—106.
8. Когнитивная терапия депрессии / А. Бек, А. Раш, Б. Шо, Г. Эмери. — Санкт-Петербург: Питер, 2003. — 304 с. — (Серия «Золотой фонд психотерапии»).
9. Коломаченко В.И. Передопераційна та післяопераційна тривожність в ортопедичних пацієнтах: кореляція з біохімічними стрес-маркерами / В.И. Коломаченко, В.И. Кривобок, В.С. Фесенко // Український вісник психоневрології. — 2010. — Т. 18, вип. 2 (63). — С. 52—56.
10. Механизмы систем адаптации после абдоминальных гинекологических операций / Е.И. Кахиани, В.Н. Цыган, В.Я. Апчел, Н.А. Татарова // Вестник Российской военно-медицинской академии. — Москва, 2009. — Т. 4. — С. 47—50.
11. Науменко Г.М. Індивідуально-психологічні характеристики стану жінок після перенесених оперативних втручань із приводу лейоміоми матки / Г.М. Науменко, О.С. Чабан // Медицина транспорту України. — 2013. — № 1. — С. 9—14.
12. Психологическое состояние пациентов перед хирургической операцией протезирования клапанов сердца / Е.Р. Исаева, И.Л. Гуреева, И.Л. Давыденко [и др.] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. — 2012. — № 6 (17).
13. Русина Н.А. Адаптивные ресурсы онкологических и хирургических больных / Н.А. Русина // Развитие психологии в системе комплексного человекознания. — Москва : Изд-во «Институт психологии РАН», 2012. — Ч. 2. — С. 620—623.
14. Русина Н.А. Психологический статус и адаптационные ресурсы онкологических больных / Н.А. Русина // Российский медико-биологический вестник имени акад. И.П. Павлова. — 2012. — № 3. — С. 115—121.

15. Русина Н.А. Реакции адаптации пациентов онкологической клиники / Н.А. Русина // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. — 2013. — № 5 (22).
16. Русина Н.А. Эмоциональный стресс хирургических и онкологических пациентов [Электронный ресурс] / Н.А. Русина, А.Т. Барабошин, А.Б. Ларичев // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. — 2013. — № 5 (22). — URL: <http://mprj.ru>.
17. Свірідова В.В. Порівняльна характеристика психоемоційного стану жінок, які перенесли оперативні втручання на внутрішніх статевих органах / В.В. Свірідова // Медицинская психология. — 2009. — Т. 4, № 1. — С. 82—88.
18. Сухотерин И.В. «Социально-психологический портрет» больных раком молочной железы и проблема их психологической реабилитации / И.В. Сухотерин, Н.В. Павлова // Опухоли женской репродуктивной системы. — 2011. — № 1. — С. 32—37.
19. Шестопалова И.М. Прогностическое влияние тревоги и депрессии на исход хирургического лечения больных с сопутствующей ишемической болезнью сердца / И.М. Шестопалова, Г.А. Ткаченко // Вестник РОНЦ имени Н.Н. Блохина РАМН. — 2008. — Т. 19. — С. 75—79.
20. Южаков М.М. Обзор методов и систем исследования эмоционального стресса человека / М.М. Южаков, Д.К. Авдеева, Д.К. Нгуен // Современные проблемы науки и образования (электронный научный журнал). — 2015. — № 2—2.
21. Depression, anxiety disorders and Type D personality as risk factors for delirium after cardiac surgery / P.J. Tully, R.A. Baker, H.R. Winefield [et al.] // J. Psychiatry. — 2010. — Vol. 44. — P. 1005—1011.
22. Presence of depression and anxiety before and after coronary artery bypass graft surgery and their relationship to age / J.H. Krannich, P. Weyers, S. Lueger [et al.] // BMC Psychiatry. — 2007. — Vol. 12. — 47 p.
23. Roseske N.C. Hysterectomy and other gynecological surgeries: a psychological view / N.C. Roseske // Women's place in medical and psychological interfaces. — 2007. — Vol. 1. — P. 172—180.

Сведения об авторах:

Дронова Виктория Леонидовна — д.мед.н., проф., руководитель отделения оперативной гинекологии ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды, 8; тел. (044) 489-53-63.

Дронов Алексей Иванович — д.мед.н., проф., зав. каф. общей хирургии № 1 НМУ имени А.А. Богомольца; гл.н.с. отделения оперативной гинекологии ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины». Тел. (044) 489-53-63.

Теслюк Роман Святославович — к.мед.н., ст.н.с. отделения оперативной гинекологии ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды, 8; тел. (044) 489-53-63.

Статья поступила в редакцию 01.02.2017 г.

НОВОСТИ

Грудное вскармливание защищает женщин от метаболического синдрома

Исследователи выяснили: длительное кормление грудью уменьшало вероятность развития метаболического синдрома. Это комплекс нарушений, повышающих риск сердечного приступа, инсульта и диабета.

В новом исследовании приняли участие более 4700 корейских женщин в возрасте от 19 до 50 лет. Исследователи выяснили: длительное кормление грудью уменьшало вероятность развития метаболического синдрома. Это комплекс нарушений, повышающих риск сердечного приступа, инсульта и диабета, сообщает UPI.com.

Участниц исследования разделили на 4 группы. Женщины из первой группы на протяжении всей своей

жизни кормили грудью меньше 5 месяцев, из второй — от 6 до 11 месяцев, из третьей — от 12 до 23 месяцев, а из четвертой — больше 24 месяцев. Ученые обнаружили, что риск метаболического синдрома у женщин, которые кормили грудью в течение 12 месяцев или больше, был существенно ниже, чем у тех, кто кормил грудью меньше 12 месяцев.

Кстати, ранее специалисты из Франции установили: грудное вскармливание делает ребенка менее привередливым в еде. Исследование показало, что в возрасте 6 лет у детей, которых кормили грудью, а затем разными пюре, диеты оказались самыми разнообразными. Кроме того, этим детям чаще хотелось попробовать новые овощи.

Источник: med-expert.com.ua