

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИ ВЫБОРЕ АКТИВНОЙ ИЛИ ВЫЖИДАТЕЛЬНОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ ПРИ МАЛЫХ РАЗМЕРАХ КИСТ

Арсен Магомедович Абдуллаев, Расул Абакарович Койчугев, Ильяс Гаджимурадович Ахмедов\*

Дагестанская государственная медицинская академия, г. Махачкала, Республика Дагестан

Реферат

DOI: 10.17750/КМЖ2015-144

**Цель.** Сравнительная оценка психологического профиля пациента с эхинококкозом печени при малых размерах кист при выявлении болезни и в процессе лечения.

**Методы.** Использовали сокращённый вариант Миннесотского многоаспектного личностного опросника MMPI Мини-Мульт (Mini-Mult) и личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ). Всего тестирование прошли 142 пациента с эхинококковыми кистами печени размерами не более 40 мм при выявлении заболевания и через год лечения.

**Результаты.** Результаты тестирования в целом свидетельствуют, что психологический профиль данных пациентов не связан с особенностями заболевания. Коэффициент ассоциации Спирмена ( $r_s$ ) между показателями психологического профиля и некоторыми клиническими данными (размер кисты, локализация, число кист), а также возрастными особенностями пациента либо не был статистически значимым ( $p > 0,1$ ), либо указывал на незначительную силу связи ( $r_s < 0,1$ ). К моменту завершения исследования только 56 (39,4%) пациентов считали, что лечение принесло ожидаемый эффект, и они выздоровели. Полностью неудовлетворёнными своим лечением остались 28 (19,7%) пациентов. Исходно тип отношения среднестатистического пациента к болезни в группах с активной и выжидательной тактикой лечения оказался одинаковым: преимущественно регистрировался ярко выраженный тревожный тип отношения к болезни с элементами обсессивно-фобического типа (при выжидательной тактике) и неврастенического типа (при активной тактике лечения). При активной тактике лечения через год после начала лечения 44 (46,8%) пациента характеризовались гармоничным типом отношения к болезни, тогда как при выжидательной тактике – 12 (25,0%) ( $\chi^2=6,33$ ;  $p=0,01$ ). Тревожный тип отношения сохранился лишь у 14 (14,9%) пациентов в группе с активной тактикой и у 14 (29,2%) пациентов в группе с выжидательной тактикой лечения ( $\chi^2=4,1$ ;  $p=0,043$ ). Число больных с неврастеническим и обсессивно-фобическим типом отношения к болезни в группе с выжидательной тактикой уменьшилось в 2 раза ( $\chi^2=10,6$ ;  $p=0,001$ ).

**Вывод.** Наиболее благоприятная психологическая картина формируется при выборе активной тактики лечения пациента; при выжидательной тактике, вероятно, дополнительным психотравмирующим фактором для больных оказывается отсрочка лечебных мероприятий.

**Ключевые слова:** эхинококкоз печени, малые кисты, качество жизни, тактика лечения, психологический профиль, тест ЛОБИ, тест MMPI Mini-Mult.

### PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF CHOOSING BETWEEN ACTIVE AND CONSERVATIVE TREATMENT TACTICS IN CASES OF LIVER ECHINOCOCCOSIS WITH SMALL SIZED CYSTS

A.M. Abdullaev, R.A. Koychuev, I.G. Akhmedov  
Dagestan State Medical Academy, Makhachkala, Russia

**Aim.** Comparative assessment of the psychological profile in patients with liver echinococcosis with small sized cysts while diagnosing and treating the disease.

**Methods.** A shortened version of the Minnesota multidimensional personality questionnaire MMPI (Mini-Mult) and Personal Questionnaire of the Bekhterev Institute (PQBI) were used. 142 patients with liver echinococcosis and cyst size not exceeding 40 mm were tested at the initial diagnosis and one year after the treatment initiation.

**Results.** Test results support the overall suggestion that psychological profile of the patients is not associated with the features of the disease. Spearman's rank correlation coefficient ( $r_s$ ) between indicators of psychological profile and some clinical data (cyst size, location, number of cysts), as well as the age and sex characteristics of the patient was not statistically significant ( $p > 0,1$ ), or revealed only weak correlation ( $r_s < 0,1$ ). At the study endpoint, only 56 (39,4%) patients reported good treatment effect and considered themselves healthy; 28 (19,7%) patients were very disappointed in treatment results. At baseline, the average type of patient's attitude to the disease in groups with active and conservative management was the same: pronounced disturbing type of attitude to the disease with the elements of obsessive-phobic type (conservative treatment) and neurasthenic type (with active treatment strategy) were mostly registered. In the group of active treatment strategy, 44 (46,8%) patients were characterized by harmonious type of attitude to the disease one year after the treatment initiation, compared to 12 (25,0%) ( $\chi^2=6,33$ ;  $p=0,01$ ) in the group of conservative treatment. Anxiety type of attitude was still registered only in 14 (14,9%) patients in the group of active tactics and in 14 (29,2%) patients in the group of conservative approach ( $\chi^2=4,1$ ;  $p=0,043$ ). The number of patients with neurotic and obsessive-phobic type of attitude to the disease decreased two fold in the group of conservative approach ( $\chi^2=10,6$ ;  $p=0,001$ ).

**Conclusion.** The most favorable psychological pattern is formed when choosing active treatment approach. Conservative management and postponed treatment is probably an additional stressful factor for patients.

**Keywords:** liver echinococcosis, small cysts, quality of life, treatment tactics, psychological profile, PQBI test, MMPI Mini-Mult test.

Известно, что соматическая болезнь сопровождается психологической реакцией личности на сам факт заболевания и имеющиеся при болезни астению, боль и нарушения общего самочувствия [1, 2]. В полной мере это относится и к эхинококкозу.

Эхинококкоз — хроническое паразитарное заболевание, склонное к рецидивированию. Заболевание имеет распространение во всём мире и чаще всего встречается в регионах с развитым овцеводством [3]. В 65–75% случаев диагностируют эхинококкоз печени. Основным методом лечения эхинококкоза печени является хирургический — удаление паразитарных элементов. Для ликвидации остаточной полости используют различные методики оперативной техники в отдельности и в сочетании: аплатизация, наружное дренирование, капитонаж, инвагинация, оментопластика, внутреннее дренирование на выключенной по Ру петле кишки и др. [3]. Однако наличие остаточной полости часто осложняет течение ближайшего и отдалённого послеоперационного периодов. Рецидив заболевания — наиболее серьёзное отдалённое осложнение.

Показанием для хирургического лечения эхинококкоза печени являются в подавляющем большинстве случаев кисты размерами более 5–6 см. При кистах печени меньшего размера лечебно-диагностическая тактика остаётся недостаточно разработанной. В подобных случаях в настоящее время используют выжидательную тактику, когда ждут роста кисты до размеров, приемлемых для оперативного лечения, а также медикаментозное лечение как окончательный метод и малоинвазивные чрескожные пункционные методы лечения. Ближайшие и отдалённые результаты этих методов неубедительны. В связи с этим важным аргументом при выборе наиболее рациональной тактики лечения выступает качество жизни пациента, один из ключевых моментов которого — психологическое благополучие.

Цель настоящего исследования — сравнительная оценка динамики психологического профиля пациента с эхинококкозом печени при малых размерах кист.

Использован сокращённый вариант Миннесотского многоаспектного личностного опросника ММРП Мини-Мульт (Mini-Mult) и личностный опросник Бехтеревского института (ЛЮБИ) [1, 2].

Всего тестирование прошли 142 пациента с обнаруженными при ультразвуковом исследовании эхинококковыми кистами

печени размерами не более 40 мм. Пациенты до обнаружения кист считали себя практически здоровыми, а обращение в кабинет ультразвуковой диагностики было обусловлено дискомфортом в брюшной полости, невыраженным болевым синдромом, диспептическими проявлениями, а также профилактическими обследованиями. Все пациенты, включённые в исследование, проходили комплексное клиническое обследование и лечение в соответствии с имеющейся сопутствующей патологией.

Критерии включения в исследование:

- наличие анэхогенного кистозного образования или нескольких подобных образований с чётким контуром в печени, максимальный размер которого не превышал 4 см;
- отсутствие других кист с локализацией вне брюшной полости.

Критерии исключения:

- возраст пациента более 75 лет и менее 10 лет;
- наличие другой хирургической патологии органов брюшной полости;
- подтверждение непаразитарной природы кист.

Пациенты были распределены на две группы. В первую группу были включены 94 (66,2%) пациента, которым назначено медикаментозное лечение или чрескожное пункционное лечение в сочетании с медикаментозной терапией. Во вторую группу вошли 48 (33,8%) больных, которым была предложена выжидательная тактика до достижения кистами размеров, приемлемых для традиционного хирургического лечения. Выжидательная тактика заключалась в том, что пациентам проводили регулярные ультразвуковые исследования (1 раз в 6 мес), по результатам которых каждый раз принимали решение о возможности оперативного вмешательства. При нецелесообразности оперативного вмешательства из-за небольшого размера кисты назначали время очередного ультразвукового исследования (при продолжении выжидательной тактики) либо принимали решение о медикаментозной терапии.

Распределение больных в вышеуказанные группы при отсутствии противопоказаний к медикаментозному лечению осуществляли, исходя из предпочтений пациента, предварительно проинформировав его о сути выжидательной и активной тактики, их положительных и отрицательных качествах. С этой целью каждый пациент получал заготовленный лист с информаци-

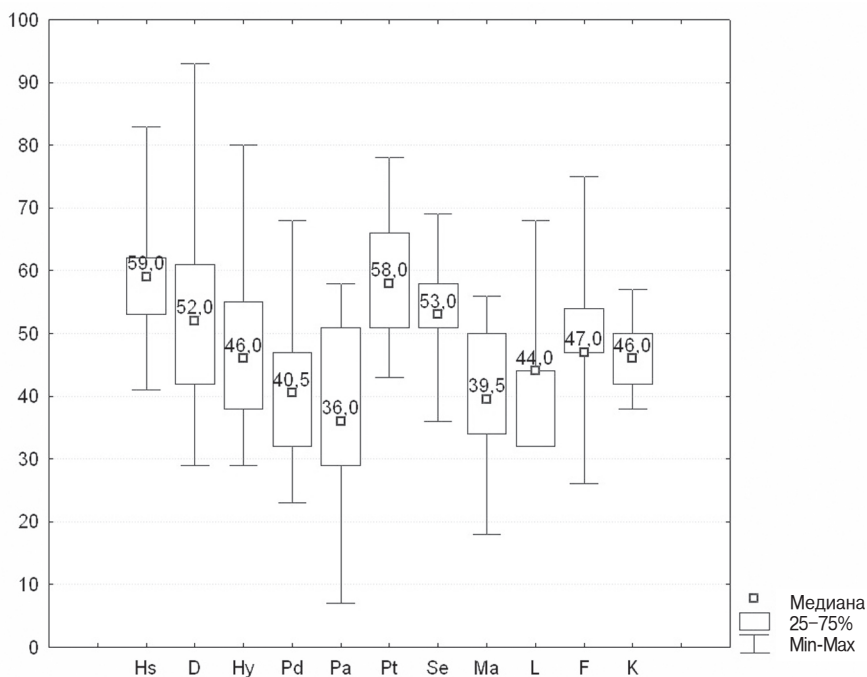


Рис. 1. Показатели (в баллах) психологического профиля пациентов с эхинококковыми кистами печени по различным шкалам опросника Mini-Mult

ей о методиках лечения в доступной форме.

Женщин было 96, мужчин — 46. Средний возраст пациентов составил  $40,5 \pm 16,3$  года: в группе с активной тактикой —  $37,9 \pm 16,4$  года, в группе с выжидательной тактикой —  $45,7 \pm 14,8$  года ( $p=0,006$ ). Соотношение пациентов по полу в группах сравнения не имело статистически значимого различия ( $\chi^2=0,04$ ;  $p=0,83$ ).

Из 48 пациентов с выжидательной тактикой (вторая группа) 41 больному по достижении кистами размеров 5,9–8,2 см были выполнены хирургические вмешательства. 3 больных, у которых размеры кист достигли 5,4–6,8 см, а также 4 пациента с кистами от 2,8 до 4,5 см к моменту подведения итогов исследования не оперированы (выжидательная тактика продолжается).

Медикаментозное лечение в группе с активной тактикой заключалось в проведении не менее 3 курсов лечения албендазолом по 28–30 дней в дозе 10–13 мг/кг в сутки с междневным интервалом 5–14 дней — в зависимости от характера и выраженности побочных эффектов. Медикаментозное лечение в сочетании с чрескожным пункционным методом (без дренирования) получили 16 пациентов.

Результаты исследования подвергнуты статистическому анализу с применением

пакета прикладных программ Statistica 6.0 фирмы StatSoft, Inc., 1984–2001. Численные значения представлены через среднюю и стандартное отклонение ( $M \pm \sigma$ ) или медиану и квартили [Me (25%; 75%)]. Использованный статистический критерий указан по ходу изложения материала.

Картина психологического профиля по опроснику Mini-mult среднестатистического пациента, у которого были диагностированы кисты печени малых размеров, представлена на рис. 1. Умеренные значения по шкалам лжи (L) и достоверности (F) (44 и 47 соответственно) свидетельствовали о достаточной искренности испытуемых и доверительности результатов исследования в целом.

Результаты тестирования в целом свидетельствуют, что психологический профиль данных пациентов не связан с особенностями заболевания. Попытки выявить ассоциацию между показателями психологического профиля и некоторыми клиническими данными (размер кисты, локализация, число кист), а также возрастными особенностями пациента не увенчались успехом. Коэффициент ассоциации Спирмена ( $r_s$ ) при этих расчётах либо не был статистически значимым ( $p > 0,1$ ), либо указывал на незначительную силу связи ( $r_s < 0,1$ ).

Таблица 1

Средние значения показателей (в баллах) по шкалам психологического профиля при различных тактиках лечения

№	Основные шкалы Mini-mult	Тактика лечения		p (t)
		выжидательная (n=48)	активная (n=94)	
1	Ипохондрия (Hs)	60,7±10,9	57,8±9,9	0,11
2	Депрессия (D)	52,4±16,6	54,5±14,4	0,44
3	Истерия (Hy)	46,6±12,7	46,4±11,9	0,92
4	Психопатия (Pd)	40,7±9,5	42,7±12,0	0,32
5	Паранойяльность (Pa)	32,7±13,1	38,7±14,1	0,015
6	Психастения (Pt)	56,9±8,7	58,8±9,6	0,25
7	Шизоидность (Se)	52,2±7,4	56,3±9,5	0,01
8	Гипомания (Ma)	39,7±11,4	40,7±10,6	0,6
9	Шкала лжи (L)	47,6±12,4	41,0±7,3	0,0001
10	Шкала достоверности (F)	48,4±11,0	50,5±10,3	0,26
11	Шкала коррекции (K)	47,6±6,5	44,8±5,1	0,0056

Таблица 2

Соотношение пациентов с клинически значимыми показателями по психологическим шкалам при выжидательной и активной тактике

№	Основные шкалы Mini-mult	Число пациентов со значениями шкал >70 баллов				p ( $\chi^2$ )
		выжидательная (n=48)		активная (n=94)		
		Абс.	%	Абс.	%	
1	Ипохондрия (Hs)	8	16,7	17	18,1	0,98
2	Депрессия (D)	2	4,2	15	16	0,08
3	Истерия (Hy)	3	6,3	5	5,3	0,87
4	Психастения (Pt)	4	8,3	11	11,7	0,74
	Всего пациентов	12	25	29	30,9	0,47

Поскольку выбор тактики лечения, как уже было отмечено, существенно определяется предпочтениями пациента, определённый научный интерес представляет влияние психологического профиля на предпочтение пациента. Как показывают данные, представленные в табл. 1, такое влияние по большинству шкал не обнаружено ( $p > 0,1$ ). Лишь показатели шкал паранойяльности (Pa) и шизоидности (Se) статистически значимо различались в сравниваемых группах, не достигая клинически значимого уровня.

Всего пациентов, у которых значения по клиническим шкалам выходили за рамки допустимых, в обеих группах было 41 (28,9%), из них 12 больным была определена выжидательная тактика, а 29 – активная. Сравнение обеих групп по числу пациентов с высокими (более 70 баллов) оценками по отдельным шкалам не выявило статистически значимого межгруппового различия ни по одной из клинических шкал (табл. 2). Тем не менее, обращает внимание большое число пациентов, которые имеют депрессив-

ный профиль личности, в группе с активной тактикой лечения ( $p=0,08$ ).

Таким образом, проведённое исследование не выявило значимого влияния психологического профиля пациента на предпочтение им выжидательной или активной тактики лечения при малых размерах эхинококковых кист печени. Очевидно, предпочтения пациента определяются не личностными особенностями, а другими моментами (бытовыми, финансовыми, семейными и т.п.).

Почти все пациенты, обратившиеся к нам, исходно находились под впечатлением от факта неожиданного выявления серьёзного заболевания. Первая порция информации, полученная от врача ультразвуковой диагностики, свидетельствующая о вероятности паразитарного характера кисты, основной метод лечения при которой – хирургический, а также особенность патологии с возможностью поражения других органов и рецидивирования сформировали у 125 (88,0%) пациентов чувство страха и тре-

Среднестатистические показатели (в баллах) по разным типам отношений к болезни при использовании личного опросника Бехтеревского института (ЛОБИ)

Тип отношения к болезни и лечению по ЛОБИ	Диагностическое число баллов		
	Минимальное диагностически значимое число баллов по шкале	Медиана в группе с выжидательной тактикой	Медиана в группе с активной тактикой
Гармоничный (Г)	7	4	3
Тревожный (Т)	4	8	7
Ипохондрический (И)	3	2	1
Меланхолический (М)	3	2	1
Апатический (А)	3	1	2
Неврастенический (Н)	3	2	4
Обсессивно-фобический (О)	4	4	3
Сенситивный (С)	3	2	2
Эгоцентрический (Я)	3	2	2
Эйфорический (Ф)	5	4	3
Анозогностический (З)	5	4	4
Эргопатический (Р)	6	4	5
Паранойяльный (П)	3	2	1

Динамика соотношения пациентов с разными типами отношений к болезни и лечению в различных группах (% пациентов)

Тип отношения к болезни и лечению по ЛОБИ	Активная тактика (n=94)		Выжидательная тактика (n=48)	
	исходно	через 1 год	исходно	через 1 год
Гармоничный (Г)	10,6	46,8	8,3	25
Тревожный (Т)	51,1	14,9	50	29,2
Ипохондрический (И)	6,4	6,4	4,2	4,2
Меланхолический (М)	0	0	0	4,2
Апатический (А)	2,1	2,1	0	0
Неврастенический (Н)	21,3	17	12,5	12,5
Обсессивно-фобический (О)	6,4	8,5	16,7	8,3
Сенситивный (С)	0	0	0	0
Эгоцентрический (Я)	0	0	4,2	8,3
Эйфорический (Ф)	0	2,1	4,2	4,2
Анозогностический (З)	2,1	2,1	0	4,2
Эргопатический (Р)	0	0	0	0
Паранойяльный (П)	0	0	0	0

Примечание: ЛОБИ – личностный опросник Бехтеревского института.

воги. В последующем подобное чувство присутствовало только у 39 (27,5%) пациентов, что связано как с первыми положительными результатами лечения, так и с лучшей осведомлённостью о болезни.

Приблизительно такая же картина наблюдается и в отношении пациентов к методу лечения и его эффективности. К моменту завершения исследования (8–14 мес после определения тактики лечения) у многих пациентов сформировалось отрицательное мнение об эффективности выбранной так-

тики лечения. Так, только 56 (39,4%) пациентов считали, что лечение оказало ожидаемый эффект, и они выздоровели. У всех этих пациентов эхинококковые кисты (или остаточные полости) либо не выявлялись, либо редуцировались значительно. Полностью неудовлетворёнными своим лечением остались 28 (19,7%) пациентов. Причём клинических проявлений эхинококкоза у них не было, хотя у всех сохранялись кистозные образования приблизительно тех же размеров, что и раньше.

Не верили в окончательный успех выбранной тактики лечения 38 (26,8%) пациентов, в том числе 7 человек, которым была определена выжидательная тактика.

Сохранение кистозных образований в печени (редуцированных на фоне лечения кист и остаточных полостей после эхинококкоэктомии) оказало максимальное отрицательное влияние на отношение пациента к результатам лечения. Лишь у 26 (27,7%) пациентов в группе с медикаментозным лечением и у 8 (19,5%) из 41 оперированного больного кистозные образования к концу году исчезли или редуцировались до неоднородных структур.

Отношение пациента к болезни и результатам лечения детализируется в опроснике ЛОБИ. Исходно тип отношения среднестатистического пациента к болезни в группах с активной и выжидательной тактикой лечения оказался одинаковым (табл. 3). В обеих группах у среднестатистического пациента регистрировался ярко выраженный тревожный тип отношения к болезни с элементами обсессивно-фобического типа (при выжидательной тактике) и неврастенического типа (при активной тактике лечения).

Через год наблюдения тип отношения пациентов к болезни значительно изменился (табл. 4), причём в обеих группах увеличилось число пациентов с гармоничным типом отношения — преимущественно за счёт уменьшения числа больных с тревожным типом ( $p < 0,01$ ).

Так, при активной тактике лечения через год после его начала 44 (46,8%) пациента характеризовались гармоническим типом отношения к болезни, тогда как при выжидательной тактике — 12 (25,0%) ( $\chi^2=6,33$ ;  $p=0,01$ ). Тревожный тип отношения сохранился лишь у 14 (14,9%) пациентов в группе с активной тактикой и столько же (14 пациентов, 29,2%) в группе с выжидательной тактикой лечения ( $\chi^2=4,1$ ;  $p=0,043$ ). На высоком уровне сохранилось число больных с неврастеническим и обсессивно-фобическим типами. Причём в группе с выжидательной тактикой число пациентов с таким типом отношения в 2 раза уменьшилось ( $\chi^2=10,6$ ;  $p=0,001$ ), что говорит об изначальной тревожной мнительности пациентов при вы-

жидательной тактике. По другим типам отношения к болезни изменения оказались незначительными.

Полученные данные свидетельствуют о более благоприятной психологической картине при активной тактике лечения эхинококкоза печени с малыми размерами кист. Выжидательная тактика лечения (видимо, в силу затягивания лечебных мероприятий на фоне того, что, как и при медикаментозной терапии, после проведённой операции нередко сохраняются остаточные полости) оказывается менее благоприятной в плане психогенного воздействия.

## ВЫВОДЫ

1. Психологический профиль пациента статистически значимо не сказывается на выборе им выжидательной или активной тактики лечения эхинококкоза печени при малых размерах кист.

2. Обнаружение небольших эхинококковых кист печени формирует у пациентов преимущественно тревожный и обсессивно-фобический типы отношения к болезни и предстоящему лечению. В динамике лечения у большинства пациентов тревожный тип отношения сменяется гармоничным.

3. Наиболее благоприятная психологическая картина формируется при выборе активной тактики лечения пациента. При выжидательной тактике, вероятно, дополнительным психотравмирующим фактором для больных становится отсрочка лечебных мероприятий.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Батаршев А.В. Психодиагностика пограничных расстройств личности и поведения. — М.: Изд-во Института психотерапии, 2004. — 320 с. [Batarshev A.V. *Psikhodiagnostika pogranychnykh rasstroystv lichnosti i povedeniya*. (Psychognosis of personal and behavioral borderline disorders.) Moscow: Behavioral Therapy Institute Publishing house. 2004; 320 p. (In Russ.)]
2. Костина Л.М. Методы диагностики тревожности. — СПб.: Речь, 2005. — 198 с. [Kostina L.M. *Metody diagnostiki trevozhnosti*. (Methods for anxiety disorders diagnosis.) Saint Petersburg: Rech. 2005; 198 p. (In Russ.)]
3. Wani A.A., Rashid A., Laharwal A.R. et al. External tube drainage or omentoplasty in the management of residual hepatic hydatid cyst cavity: a prospective randomized controlled study // Ger. Med. Sci. — 2013. — Vol. 11. — doi: 10.3205/000179.