

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014

ТРЕВОГА И ДЕПРЕССИЯ У ПАЦИЕНТОВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

ФОМИН А.В.*, КИРПИЧЕНКО А.А.*, ФОМИН Ф.А.**

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», Республика Беларусь

**УЗ «Витебский областной клинический центр психиатрии и наркологии», Республика Беларусь

Резюме.

В результате клинико-психологического обследования 54 пациентов, находившихся на лечении по поводу острого холецистита, до операций выявлено достоверное повышение уровня тревоги и депрессии с преобладанием по когнитивно-аффективной шкале. У 80,6% пациентов тревога высокой и средней степени сочеталась с депрессией. Факторами риска высокого уровня тревоги и депрессии являлись травматичность вмешательства, возраст, сопутствующие заболевания, социальный статус пациента. После операции сочетание тревоги с депрессией отмечено у 44,4% пациентов. Снижение уровня депрессии преимущественно происходило за счёт когнитивно-эмоционального компонента. Уровень депрессии после аппендэктомии у женщин был достоверно ниже, чем после холецистэктомии, достоверно ниже были показатели по когнитивно-аффективной субшкале и по субшкале соматических проявлений депрессии. Уровень тревоги у пациентов после аппендэктомии был тоже несколько ниже, чем после холецистэктомии. Полученные данные свидетельствуют о неполном восстановлении аффективной сферы пациентов после проведения радикального оперативного лечения. Результаты исследования обосновывают разработку комплекса реабилитационных мероприятий для пациентов до операции и в послеоперационном периоде проведением психотерапевтической и медикаментозной коррекции расстройств аффективного спектра.

Ключевые слова: тревога, депрессия.

Abstract.

As a result of the clinical and psychological examination of 54 patients treated for acute cholecystitis before surgical management a significant increase in the level of their anxiety and depression with predominance on the cognitive and affective scale has been found out, 80,6% of patients had anxiety ranging from high to medium degree which was associated with depression. Risk factors for a high level of anxiety and depression were the traumatism resulting from the surgery, age, comorbidity, and the social status of a patient. After surgical intervention anxiety combined with depression was observed in 44,4% of patients. The reduction of depression level occurred primarily due to the cognitive and emotional component. The level of depression in female patients after appendectomy was significantly lower than in those after cholecystectomy, the indices on the cognitive and affective subscale and the subscale of somatic manifestations of depression were reliably lower as well. The anxiety level in patients after appendectomy was also somewhat lower than in those after cholecystectomy. The received data testify to the incomplete recovery of the affective zone in patients after conducted radical surgical treatment. The results of the study justify the development of rehabilitation measures complex for patients before surgery and in the postoperative period for psychological and medicinal treatment of the affective spectrum disorders.

Key words: anxiety, depression.

В экономически развитых странах распространенность желчнокаменной болезни достигает 40%. В связи с этим операции на желчном пузыре наряду с аппендэктомией занимают первые места по частоте вмешательств

на органах брюшной полости. Достаточно высокая частота осложнённых форм заболевания, а также отсутствие выраженной тенденции в снижении частоты послеоперационных осложнений 4,6-9,4% требуют совершенство-

вания методов повышения резистентности организма [1-5].

Психосоматические и соматопсихические нарушения являются широко распространенным дезадаптивным феноменом, который встречается в популяции в 20-50% случаев и наиболее часто своим аффективным компонентом имеет тревожные расстройства. Психические факторы способны изменять клиническую картину патологического процесса, создавать коммуникативные проблемы, формировать неадекватные реакции на болезнь и нарушения как дискинезия желчевыводящих путей, синдром раздражённой кишки и другие [6-9].

В норме тревога - естественная первичная реакция на стресс. Непатологические формы тревоги характеризуются проявлениями озабоченности реальной жизненной ситуацией, хотя далеко не всегда при этом звучат жалобы на тревогу. Тревогу разделяют на когнитивную при минимальной выраженности вегетативных расстройств и соматическую, характеризующуюся преимущественно преобладанием вегетативных кризов, болевых ощущений и функциональных расстройств. Тревожное беспокойство, как правило, не отличается продолжительностью и исчезает при разрешении ситуации под влиянием рационального переосмысления или под влиянием разъяснений. Тревога как патологическое состояние может иметь различную природу [10, 11].

Депрессия - это психическое расстройство, характеризующееся триадой: снижением настроения и утратой способности переживать радость, нарушениями мышления (негативные суждения, пессимистический взгляд на происходящее и т.д.), двигательной заторможенностью. При депрессии снижена самооценка, наблюдается потеря интереса к жизни и привычной деятельности. Депрессия порой возникает при чрезмерной нагрузке мозга в результате стресса, в основе которого могут лежать как физиологические, так и психосоциальные факторы. Реактивная депрессия развивается как реакция на некое внешнее событие, ситуацию [10, 12, 13].

Депрессивные состояния обеспечивают более тяжёлую и глубокую симптоматику соматического заболевания, его затяжное течение, плохой эффект терапии [11, 14].

Понятия тревоги и депрессии между собой тесно связаны. Тревога выступает значимым признаком депрессии. Личностная тревожность выступает как реакция на воображаемую опасность, что провоцирует эмоциональное истощение, психосоматические заболевания, неудовлетворённость собой и как следствие - более тяжёлое течение заболевания, развитие осложнений и снижение качества жизни. Тревога и депрессия являются вторым по распространённости в общей медицинской сети состоянием после гипертонической болезни. По прогнозам ВОЗ к 2020 г. тревога и депрессия будут занимать второе место после ишемической болезни сердца (ИБС) среди основных заболеваний, приводящих к инвалидности.

Считается, что 24-46% лиц с соматической патологией в стационаре и 68% пациентов амбулаторной сети страдают тревожно-депрессивной симптоматикой. Сочетание тревожной и депрессивной симптоматики формирует более сложные синдромы, часто утяжеляющие течение основного заболевания, например, имеет рост количества суицидальных попыток до 19,8%. Пациенты с сочетанными синдромами слабее реагируют на терапию, чем лица, страдающие одним из этих расстройств. Причинами низкой выявляемости тревожно-депрессивных расстройств в общей практике можно считать страх социальной стигматизации, приводящей к отказу от специализированной помощи. Также важными причинами являются доминирующее осознание соматических симптомов и вытеснение психической симптоматики, высокая коморбидность с психическими заболеваниями, особенность коммуникации «врач-пациент», не затрагивающая душевные и социальные проблемы, недостаточная информированность о психических расстройствах с превалированием биологического подхода к пациенту. Отсутствие должного и эффективного лечения ведёт к хронизации тревоги, депрессии, ухудшению качества жизни и снижению её продолжительности.

Для диагностики тревожно-депрессивного расстройства специалисты используют данные беседы с пациентом, наблюдение в динамике. Вспомогательную роль могут играть специальные психологические тесты, их трактовку должен выполнять психолог, оконча-

тельное же право постановки диагноза принадлежит психиатру, психотерапевту [10, 11, 12, 14].

В связи с осознанием факта заболевания, его длительностью, выраженностью клинических проявлений и ограничениями, налагаемыми соматическим страданием, формируются вторичные (нозогенные) депрессии. Многие исследователи отмечают необходимость повышения качества жизни пациентов, как решающего фактора терапии тревожных и депрессивных состояний и восстановления комплайенса между пациентом и врачом. Это требует анализа связи процессов, происходящих при соматических заболеваниях и операциях с уровнем тревоги и депрессии.

Цель исследования – повышение эффективности лечения и послеоперационной реабилитации пациентов, страдающих желчнокаменной болезнью при наличии сопутствующих расстройств аффективного спектра.

Методы

Выполнено клинико-психологическое обследование 54 пациентов, оперированных по поводу острых хирургических заболеваний органов брюшной полости и находившихся на лечении в УЗ «БСМП» г. Витебска. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ), острый калькулёзный холецистит были у 31 женщины, средний возраст 49,8 лет (42,0;60,0). Аппендэктомия выполнена 23 пациентам. Мужчин было 9, средний возраст 38,6 лет (25,0;47,0), женщин 14, средний возраст 40,8 лет (27,5;54,0). Контрольную группу составили 9 женщин средний возраст 40,7 лет (35,0;49,0). Тестовое исследование уровня тревоги и депрессии было выполнено в контрольной группе 9 клинически здоровых женщин со средним образованием, не находившихся на момент обследования на стационарном лечении. Группы пациентов по возрасту достоверно между собой не отличались ($p \geq 0,05$).

Для оценки уровня тревожности применён тест Тейлора, для оценки уровня депрессии - шкала депрессии Бека. Психологическое тестовое исследование пациентов с ЖКБ проведено на вторые сутки пребывания в стационаре ($n=31$) и в динамике на 5-е сутки после операции ($n=27$). После аппендэктомии пациенты обследованы на 2 - 3 сутки. В динамике

анализированы клинические данные и анамнез. Пациенты включены в исследование методом случайной выборки и при их согласии.

Тест тревоги Тейлора (в адаптации Т.А. Немчинова и В.Г. Норакидзе 1975 г.) состоит из 60 вопросов, заполняется пациентом самостоятельно, что занимает примерно 20–25 минут. Уровень тревоги в 40–50 баллов рассматривается как показатель очень высокого уровня тревоги; 26–40 баллов - свидетельствует о высоком уровне тревоги; 16–25 баллов - о среднем уровне; 15 баллов и ниже – о низком уровне тревоги.

Шкала депрессии Бека предложена в 1961 г. Для анализа депрессии и разработана на основе клинических наблюдений, позволивших выявить ограниченный набор наиболее релевантных и значимых симптомов депрессии и наиболее часто предъявляемых пациентами жалоб. Опросник, включает 21 категорию симптомов и аттитюдов (жалоб): грусть (sadness), пессимизм (pessimism), чувство провала (sense of failure), неудовлетворенность (dissatisfaction), вина (guilt), чувство кары (sense of punishment), неприязнь к себе (self-dislike), самообвинения (self-accusations), суицидальные мысли (suicidal ideation), периоды плача (crying spells), раздражительность (irritability), уход от контактов с другими (social withdrawal), нерешительность (indecision), искаженный образ тела (distorted body image), застой в работе (work inhibition), нарушение сна (sleep disturbance), быстрая утомляемость (fatigability), потеря аппетита (loss of appetite), потеря веса (weight loss), озабоченность соматическими симптомами (somatic preoccupation) и утрата либидо (loss of libido). Опросник так же выдается пациенту на руки и заполняется самостоятельно в течение 10 минут. При интерпретации данных учитывается суммарный балл по всем категориям: 0-9 отсутствие у пациента депрессии, 10-19 умеренная, 20-29 выраженная, 30 и более – тяжёлая депрессия.

Пункты 1-13 шкалы депрессии - когнитивно-аффективная субшкала (С-А)

Пункты 14-21 - субшкала соматических проявлений депрессии (S-P) [6, 11].

Социальный статус анализировали у 26 пациентов с желчнокаменной болезнью, среднее и незаконченное среднее образование было у 8 пациенток, среднее специальное у 10, высшее образование было у 8 пациентов (30,8%).

В анамнезе у всех пациентов были простудные заболевания.

Одно сопутствующее заболевание выявлено у 6 пациентов, два у 8, три и более у 7 пациентов (26,9%), отсутствовали - у 5 пациентов. Из сопутствующих заболеваний на первом месте по частоте были артериальная гипертензия (21), ишемическая болезнь сердца (8), у лиц, имеющих 3 и более сопутствующих заболеваний – сахарный диабет. Статистический анализ данных исследования проведен при помощи компьютерной программы Statistica 10. Приведены средние значения данных, верхняя и нижняя квартиль. Для оценки достоверности различий использовали непараметрические критерии Манна Уитни для сравнения одинаковых показателей в разных группах и критерий Вилкоксона для оценки показателей в одной группе в динамике. Достоверно значимым считалось различие показателей при коэффициенте $p \leq 0,05$.

Результаты

При анализе тревога у пациентов с ЖКБ составляла 23,9 балла (19,0;30,0), и была достоверно выше, чем в контрольной группе. После операции уровень тревоги в группе 22,4 балла (20,0; 28,0) был достоверно ниже по отношению к результатам обследования пациентов до операции ($p \leq 0,005$). При сравнении уровень тревоги после операции достоверно не отличался от показателей в контрольной группе. Высокая и средней степени тревога до операции была у 25 пациенток (80,6%) случаев, после операции она оставалась повышенной у 21 (77,8%). В динамике у 15 женщин уровень тревоги снизился, у 8 повысился и у 3 остался на прежнем уровне.

Депрессия при поступлении у пациенток с желчнокаменной болезнью составляла 14,4(7,0;17,0) балла, что было достоверно выше, чем в контрольной группе. Были достоверно повышены по отношению к контрольной группе показатели по когнитивно-аффективной субшкале (С-А) до 7,7(4,0;10,0) баллов и имелась тенденция к повышению по субшкале соматических проявлений депрессии ($p \leq 0,1$). Когнитивно-аффективные проявления преобладали у 17 женщин, соматические проявления - у 11, и в 3 случаях они имели равное влияние. До операции депрессия разной степени отме-

чена у 20 пациенток (64,5%). После операции отмечено достоверное снижение уровня депрессии до 12,4 (4,0;19,0) баллов ($p \leq 0,05$), по отношению к данным до операции. Вместе с тем показатели по субшкале соматических проявлений депрессии достоверно после операции не снизились, оставались повышенными и по отношению к данным в контрольной группе. Депрессия разной степени после операции оставалась повышенной у 14 (51,9%) пациентов.

Снижение уровня депрессии преимущественно происходило за счёт когнитивно-эмоционального компонента. В динамике снижение уровня депрессии по абсолютным числам в баллах отмечено у 8 пациентов (28,6%), повышение у 4 пациентов и уровень депрессии не изменился у 15 (53,6%) пациентов. До оперативного лечения тревога высокой и средней степени сочеталась с депрессией у 25 пациенток (80,6%). Сочетание тревоги высокой и средней степени с депрессией после операции сохранялось у 12 (44,4%).

При анализе уровня тревоги и депрессии до операции у лиц разного возраста (табл. 1) установлено, что у женщин в возрасте до 45 лет тревога была повышена до 23,7 балла (19,0;30,0). Низкая тревога была у 3 (33,3%), высокая у 5 (55,6%) ($p \geq 0,05$). После операции уровень тревоги 21,5 балла (18,0;27,0). До операции и после вмешательства уровень депрессии от нормы не отличался. Достоверного снижения уровня тревоги и депрессии в динамике не выявлено. В группе женщин 45-60 лет отмечен достоверно более высокий уровень тревоги до операции и после неё ($p \leq 0,05$). Высокий уровень тревоги до операции был у 7 (58,3%) пациентов, после операции высокий уровень тревоги оставался у 5 (50%) пациентов. Отмечен достоверно более высокий уровень депрессии до операции по отношению к контрольной группе. Депрессия была у 9 (75%) до операции и 4 (40%) после вмешательства. У лиц старше 60 лет уровень тревоги и депрессии достоверно от нормы не отличались. Тревога высокой и средней степени до операции была у 7 (70%) пациенток, после операции у 6 (75%), Депрессия была отмечена до операции у 6 (60%) после операции у 5 (55,6%).

У пациентов, которым выполнена открытая холецистэктомия, отмечено снижение тревоги с 23,2(20,0;30,0) до 22,5(22,0;26,0)

Таблица 1 – Показатели тревоги и депрессии у пациенток с желчнокаменной болезнью в разных возрастных группах

Показатели	Уровень тревоги и депрессии в возрастных группах		
	15-44 года (n=9)	45-59 лет (n=12)	60 лет и старше (n=10)
Депрессия до операции	13,9 (8,0;18,0)	13,8 (9,0;17,0)*	15,5 (6,0;17,0)
Депрессия после операции	15,8 (8,0;22,0)	8,5 (4,0;14,0)	13,8 (4,0;20,0)
Тревога до операции	23,7 (19,0;30,0)	26,0 (22,0;30,0)*	21,7 (14,0;27,0)
Тревога после операции	21,5 (18,0;27,0)	23,7 (22,0;27,0)*	21,7 (19,0;28,0)

Примечание: * – достоверно при $p \leq 0,05$ по отношению к показателям пациентов контрольной группы.

баллов, достоверно эти показатели от уровня депрессии у лиц контрольной группе не отличались. До операции и после вмешательства тревога была повышена у 5 (83,3%) пациентов. Уровень депрессии у пациенток данной группы увеличился с 17,3(11,0;17,0) до 18,2 (10,0;24,0) ($p \leq 0,05$). Депрессия стала достоверно выше по отношению к показателям в контрольной группе. Депрессия после операции у была у 4 (66,7%) пациентов. После традиционной холецистэктомии повышение уровня депрессии отмечено у 66,6% пациенток, а после лапароскопической холецистэктомии у 19,4% пациенток.

У пациенток, которым выполнена лапароскопическая холецистэктомия, тревога снизилась с 24,8 (20,0;30,0) ($p \leq 0,05$) до 21,0 (20,0;28,0) балла, депрессия снизилась с 14,1 балла (7,0;17,0) до 10,8 (4,0;15,0) ($p \geq 0,05$) по отношению к показателям лиц контрольной группы. Тревога высокой и средней степени до операции была у 10 (87%) пациентов, после операции у 16 (84,2%). Депрессия после операции у 10 (50%).

После аппендэктомии у женщин тревога была 18,0 баллов (8,0;25,0), депрессия 5,4 балла (4,0;7,0), у мужчин тревога 19,7баллов (15,0;25,0) депрессия 6,7баллов (1,0;10,0). Показатели тревоги и депрессии достоверно не отличались от показателей в контрольной группе. Тревога высокой и средней степени у мужчин была в 6 случаях (66,7%), у женщин - в 8 случаях (57,1%). Субклинический уровень депрессии был у 2 мужчин (22,2%) и у 1 женщины 7,7%. Различие этих показателей было недостоверно.

Уровень депрессии после аппендэктомии у женщин был достоверно ниже, чем после холецистэктомии, достоверно ниже были показатели по когнитивно-аффективной субшка-

ле и по субшкале соматических проявлений депрессии($p \leq 0,05$). Уровень тревоги у пациенток после аппендэктомии был тоже несколько ниже, чем после холецистэктомии.

По длительности лечения после холецистэктомии выделены 2 группы пациентов – с лечением до 11 суток (n= 12) и с лечением 12 суток и более (n=7). Уровень депрессии до и после операции достоверно не отличались от показателей у лиц контрольной группы. Уровень депрессии до операции 17,1 (7,0;27,0) баллов и после неё 15,2 (9,0;15,0) у лиц с длительным лечением имел тенденцию к повышению $p \leq 0,1$. У пациентов достоверно преобладал соматический компонент депрессии. При стандартных сроках лечения уровень депрессии до операции 15,6 (7,0;17,5) и после операции 12,8 (5,0;19,5) достоверно от нормы не отличался.

Тревога до операции у лиц с длительным лечением также имела тенденцию к повышению 24,6 (20,5;30,5) после операции достоверно от показателей в контрольной группе она не отличалась. У пациентов с благоприятным течением послеоперационного периода тревога до и после операции не повышалась.

При сравнении тревоги и депрессии у женщин с разным уровнем образования установлено, что по отношению к пациентам контрольной группы был повышен только уровень депрессии у пациентов со средним образованием (табл. 2), вместе с тем уровень тревоги был выше среднего у 6 из 8 пациентов с высшим образованием у 9 из 10 со средним специальным и у 6 из 8 со средним. Уровень депрессии до операции был повышен у 6 пациентов с высшим образованием, 7 со средним специальным и у 4 со средним. В динамике у пациентов с высшим образованием отмечено снижение тревоги и депрессии в 71% случаев, снижение тревоги и де-

Таблица 2 – Показатели уровня тревоги и депрессии до оперативного вмешательства у лиц с разным уровнем образования

Образование	Показатели в баллах			
	Число наблюдений	Возраст (годы)	Уровень тревоги (баллы)	Уровень депрессии (баллы)
Высшее образование	8	52,8 (44,0;62,0)	22,9 (20,5;27,0)	14,1 (7,0;15,5)
Среднее специальное	10	52,3 (50,0;56,5)	22,3 (14,0;33,0)	14,9 (11,0;17,0)*
Среднее полное и неполное	8	49,3 (42,0;57,0)	24,1 (18,5;29,0)	15,4 (4,0;18,0)

Примечание: * – достоверно при $p \leq 0,05$, по отношению к показателям пациентов контрольной группы.

прессии в 75% случаев у лиц со средним специальным образованием, снижение тревоги в 25% случаев и снижение депрессии в 50% у лиц со средним образованием.

Возраст пациентов, имевших не более двух сопутствующих заболеваний – 48,8 (42,0;60,0) лет. Уровень тревоги в этой группе 27,3 (25,0;31,0) баллов ($p \leq 0,05$), уровень депрессии 20,1 баллов (14,0;22,0) ($p \leq 0,05$). Эти показатели были достоверно выше, чем в контрольной группе. У лиц, имевших три и более сопутствующих заболевания, показатели тревоги и депрессии достоверно от нормы не отличались. Тревога 21,0 (13,0;27,0), депрессия 10,7 (6,0;17,0) ($p \geq 0,05$). Возраст этих пациенток составил 57,9 (50,0;66,0) лет.

Обсуждение

Безусловно, для получения наиболее достоверной информации об уровне тревоги и депрессии у пациентов до оперативного вмешательства и в динамике лечебного процесса наиболее достоверным является интервью со специалистом-психологом. Применение валидизированных методов психологического тестового исследования позволяет выявить тенденции характерные для группы. Определение уровня тревоги не является обязательным в алгоритме обследования пациентов. Вместе с тем полученные данные дают основание углублённого анализа выявленных тенденций и разработки стратегии оптимизации предоперационной подготовки и ведения послеоперационного периода.

В результате выполненного анализа установлено, что пациенты в хирургическом

стационаре испытывают определённый уровень тревоги и депрессии. После проведения радикального оперативного лечения восстановлении аффективной сферы пациентов было неполным.

Уровень тревоги и депрессии более высокий у пациентов с сопутствующими болезнями, более травматичным вмешательством, с увеличением длительности лечения, что даёт основание выделить группы риска по развитию у пациентов аффективных нарушений. Вместе с тем, у лиц, имевших в анамнезе три и более сопутствующих заболевания до операции, выявлен достоверно меньший уровень тревоги и депрессии, чем у пациентов с меньшим числом сопутствующих заболеваний, что вероятно обусловлено особенностями процессов адаптации.

Заключение

У пациентов, поступивших для оперативного лечения по поводу желчнокаменной болезни, выявлено достоверное повышение уровня тревоги и депрессии с преобладанием по когнитивно-аффективной шкале. До оперативного лечения у 80,6% пациентов тревога высокой и средней степени сочеталась с депрессией. После операции сочетание тревоги с депрессией отмечено у 44,4% пациентов. Факторами риска высокого уровня тревоги и депрессии могут являться травматичность вмешательства, возраст, сопутствующие заболевания, социальный статус пациента.

Наличие высокого уровня тревоги и депрессии у пациентов, страдающих желчнокаменной болезнью, целесообразно учитывать

при разработке комплекса реабилитационных мероприятий до операции и в послеоперационном периоде для проведения психотерапевтической и медикаментозной коррекции расстройств аффективного спектра.

Литература

1. Хирургическая тактика при остром холецистите и холедохолитиазе, осложнённом механической желтухой у больных пожилого и старческого возраста / Б. С. Брискин [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2008. – Т. 13, № 3. – С. 15-19.
2. Ковалев, А. И. Постхолецистэктомический синдром: причины и тактика хирургического лечения / А. И. Ковалев, А. А. Соколов, А. Ю. Аккуратова // *Новости хирургии*. – 2011. – Т. 19, № 1. – С. 16-21.
3. Тимербулатов, В. М. К дискуссии о лечебной тактике при остром аппендиците / В. М. Тимербулатов, М. В. Тимербулатов // *Хирургия*. – 2014. – № 4. – С. 20-22.
4. Fatigue in patients with primary sclerosing cholangitis / E. Björnsson [et al.] // *Scand. J. Gastroenterol.* – 2004 Oct. – Vol. 39, N 10. – P. 961-968.
5. Tiny cystine stones in the gallbladder of a patient with cholecystolithiasis complicating acute cholecystitis: a case report / T. Qiao [et al.] // *European Journal of Medecal Research*. – 2012 Mar. – Vol. 17. – P. 6.
6. Антонышева, О. В. Неблагоприятные события у пациентов с артериальной гипертензией II степени с разным уровнем тревоги, депрессии и когнитивными нарушениями / О. В. Антонышева // *Вестник Витебского государственного медицинского университета*. – 2013. – Т. 12, № 4. – С. 92-99.
7. Кострова, Е. М. Когнитивные расстройства у пациентов, перенесших лапароскопическую холецистэктомию, с учётом показателей деформируемости и резистентности эритроцитов / Е. М. Кострова // *Медицина*. – 2009. – № 4. – С. 83-86.
8. Фомин, А. В. Психологические особенности и внутренняя картина болезни при хроническом холецистите / А. В. Фомин, А. Н. Косинец // *Медицинская помощь*. – 2006. – № 6. – С. 22-24.
9. Chronic psychological and functional sequelae after emergent hand surgery / T. Richards [et al.] // *J. Hand. Surg. Am.* – 2011 Oct. – Vol. 36, N 10. – P. 1663-1668.
10. Евстигнеев, Р. А. Распознавание и лечение тревожных расстройств в общемедицинской практике : метод. рекомендации / Р. А. Евстигнеев. – Мн. : МЗ РБ, 1998. – 27 с.
11. Михайлова, Н. М. Тревога при психических нарушениях непсихотического уровня / Н. М. Михайлова, Т. М. Сиряченко // *Русский медицинский журнал*. – 2006. – Т. 14, № 15. – С. 8-11.
12. Тарасевич, Е. В. Связь тревоги и депрессии с общесоматическими заболеваниями / Е. В. Тарасевич // *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*. – 2012. – № 2. – С. 123-130.
13. An inventory for measuring depression / A. T. Beck [et al.] // *Archives of General Psychiatry*. – 1961 Jun. – Vol. 4. – P. 561-571.
14. Малкина-Пых, И. Г. Экстремальные ситуации / И. Г. Малкина-Пых. – М. : Эксмо, 2005. – 960 с.

Поступила 24.07.2014 г.

Принята в печать 05.08.2014 г.

Сведения об авторах:

Фомин А.В. – д.м.н., профессор кафедры факультетской хирургии УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»;

Кирпиченко А.А. – д.м.н., заведующий кафедрой психиатрии и наркологии УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»;

Фомин Ф.А. – врач-ординатор УЗ «Витебский областной клинический центр психиатрии и наркологии».

Адрес для корреспонденции: Республика Беларусь, 210023, г. Витебск, пр. Фрунзе, 27, УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», кафедра факультетской хирургии. E-mail: afomin_mail@mail.ru – Фомин Анатолий Викторович.