

© ФОМИН А.В., 2003

## «ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ» И ЕЁ ДИНАМИКА У БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

ФОМИН А.В.

*Витебский государственный медицинский университет,  
кафедра госпитальной хирургии*

**Резюме.** Обследовано 137 больных. При данной патологии «внутренняя картина болезни» представлена сложными взаимоотношениями депрессивных, ипохондрических и психопатических проявлений, высоким уровнем иррационализма, снижением оптимизма и высокой степенью индивидуализации переживаний. Напряжение процессов психологической адаптации выявлено у 82% больных. С увеличением возраста больного, повышением длительности анамнеза заболевания и при наличии сопутствующей патологии «внутренняя картина болезни» изменяется в сторону усиления астении и невротизации. Степень выраженности депрессии, иррационализма, тревоги повышается при ухудшении состояния больного и развитии осложнений. Указанные нарушения требуют проведения до и после операции малой психотерапии и антиастенической терапии.

**Ключевые слова:** желчнокаменная болезнь, «внутренняя картина болезни», астения, качество жизни.

**Abstract.** 137 patients with gall bladder diseases have been examined. «The internal picture of this pathology» characterized by the complex relationship of depressive, hypochondriac and psychopathic manifestations, high level of irrationalism, optimism reduction and high degree of individual sufferings has been presented. The tension of psychological adaptation processes has been detected in 82% patients. With the patient's age increase, disease anamnesis prolongation and the presence of accompanied pathology «the internal picture of the disease» has changed to the strengthening of asthenia and neurotization. The expression degree of depression, irrationalism, anxiety has been increased with the aggravation of the condition of the patient and the development of complications. All these indicated changes demand the conducting of minor psychotherapy and antiasthenic therapy.

Наряду с совершенствованием техники оперативных вмешательств профилактика осложнений и повышение качества жизни оперированных больных являются основными направлениями развития хирургии [1, 2, 3].

Роль психологических факторов в возникновении болезни и функциональных нарушений известна давно [4, 5]. Острый и хронический стресс вызывает изменения систем, обеспечивающих адаптационные процессы. В результате интенсивного или продолжительного, но умеренной силы возбуждения происходит истощение защитных сил, что может привести к развитию

заболевания. При патологическом процессе возникает новое функциональное состояние, которое определяется как «внутренняя картина болезни» (ВКБ). Ключевым фактором в понятии «внутренняя картина болезни» является психология личности больного человека [6].

Психическая деятельность - продукт системной организации и включает эмоциональные переживания на сознательном и бессознательном уровне. Субъективные переживания имеют порой более выраженный характер, чем объективные проявления патологического процесса. Осознанная и неосознанная потребность избавиться от проявлений болезни приводит к новому психологическому состоянию, вегетативным и морфологическим изменениям. Динамика ВКБ в процессе лечения отражается на исхо-

*Адрес для корреспонденции:* 210023, г. Витебск, пр. Фрунзе, 27, Витебский государственный медицинский университет, кафедра госпитальной хирургии - Фомин А.В.

де заболевания, качестве жизни больного и реабилитации [6, 7, 8].

Внутренняя картина при сердечно-сосудистых заболеваниях, у онкологических больных изучается давно. В хирургической практике при оценке состояния больного и коррекции лечения, как правило, учитывается лишь степень выраженности тревоги. Особенности структуры личности больного и динамика внутренней картины болезни в процессе лечения у больных с хирургическими заболеваниями остается малоизученной.

Целью исследования явилось изучение особенностей внутренней картины болезни у лиц, страдавших желчнокаменной болезнью и роли этих особенностей в развитии осложнений после операции.

### Методы

Обследовано 137 больных желчнокаменной болезнью в возрасте  $47 \pm 17$  лет. Женщины составляли 92%. По экстренным показаниям госпитализировано 44,6% больных. Всего оперировано 82,5% больных. Открытая «традиционная» холецистэктомия выполнена в 54,8% случаев, лапароскопическая холецистэктомия выполнена у 38 (27,7%) пациентов.

Контрольную группу составили 30 соматически и психически здоровых мужчин и женщин в возрасте 24-35 лет. Это были студенты, доноры и сотрудники областной клинической больницы.

Оценку внутренней картины болезни выполняли по результатам клинико-психологического исследования до операции, на 3-5-е сутки после операции и при выписке. Состояние больных оценивали по клиническим данным и результатам инструментальных методов обследования. Для оценки психологического состояния применяли адаптированный вариант Миннесотского многопрофильного личностного теста ММРІ. Тест ММРІ был создан в 1941-1947 годах американскими психологами J.Mackinley и S.Nathawey [9]. В конце 60-х годов тест был стандартизирован и валидизирован для русскоязычного населения [9]. В тесте ММРІ представлены 566 утверждений, т.е. моделируются 566 ситуаций и испытуемым предлагается выбрать вариант реагирования на них. Результаты ответов оценивали

по 10 основным шкалам, трём оценочным шкалам. Проверочные шкалы - L(лжи), F(достоверности) и К(коррекции) позволяют оценить надёжность полученных результатов. 10 основных шкал содержат информацию, отражённую названием шкал. Клинические названия базовых шкал следующие: 1(Hs)- шкала ипохондрии, 2(D) - депрессии, 3(Hy)- истерии, 4(Pd)-психопатии, 5(Mf) мужественности-женственности, 6(Pa) - паранойи, 7(Pt) - психастении, 8(Sc) - шизофрении, 9(Ma) - гипомании, 0(Si) - социальной интроверсии.

Опыт применения методики ММРІ в клинике показал её широкие возможности при изучении проблем психологического порядка. Психологическая интерпретация базисных шкал представлена следующим образом: 1(Hs) - шкала невротического сверхконтроля, 2(D) - пессимистичности, 3(Hy) - эмоциональной лабильности, 4(Pd)-импульсивности, 5(Mf) - мужественности-женственности, 6(Pa) - ригидности, 7(Pt) - тревожности, 8(Sc) - индивидуалистичности, 9(Ma) - оптимистичности, 0(Si) – социальной интроверсии [9].

Статистический анализ полученных данных выполнен на ЭВМ при использовании пакета программ STATISTICA 5.0. Рассчитывали средние значения полученных результатов. Достоверность различий между выборками оценивали непараметрическими методами по критериям Манна-Уитни и Вилкопсона. Результаты считали статистически значимыми при  $p \leq 0,05$ . Полученные показатели представлены значениями среднего арифметического  $M$  и среднего квадратичного отклонения  $\sigma$ .

### Результаты и обсуждение

По нашим данным, хирургическая активность при желчнокаменной болезни у лиц, поступивших по экстренным показаниям, достигала 70,2%, у больных с хроническим процессом, поступивших в плановом порядке, - 91,2%.

Общее количество осложнений после оперативных вмешательств составляло 28,6%. Гнойно-воспалительные осложнения составляют 10% от общего количества осложнений, пневмонии 4,3%, вегетативные нарушения различных проявлений – 8,6%, сосудистые нарушения 4,4%. Повторно оперированы 1,4%. Среди по-

ступивших по экстренным показаниям 11,2% больных – лица с нарушениями функционального характера: дискинезии, кишечная колика и лица с дуоденитами. В силу выраженного болевого синдрома и вегетативных нарушений, исключить urgentную хирургическую патологию у лиц данной группы не представлялось возможным. В связи с этим они были госпитализированы в хирургический стационар для динамического наблюдения. Продолжительность обследования и лечения данной категории больных составляла 11+4,9 дня.

Как видно из рисунка 1, у больных, госпитализированных с диагнозом желчнокаменная болезнь, выявлена напряженность, настороженность, недоверчивость, иррационализм, депрес-

ги - у 35% больных. Вместе с тем, анализ профиля ММРІ свидетельствовал о сложном характере взаимоотношений и высоком уровне индивидуализации внутренней картины болезни, что, вероятно, обусловлено характерологическими особенностями больных. Следует отметить, что конструктивный тип психологической адаптации с равномерным, умеренным повышением профиля ММРІ отмечен лишь у 18% больных.

При обследовании на пятые сутки после операции у больных отмечено снижение негативизма, тревоги и депрессии. Повышалась конструктивная оценка действительности. Положительным моментом явилось увеличение у больных уровня оптимизма по отношению к состоянию до операции.

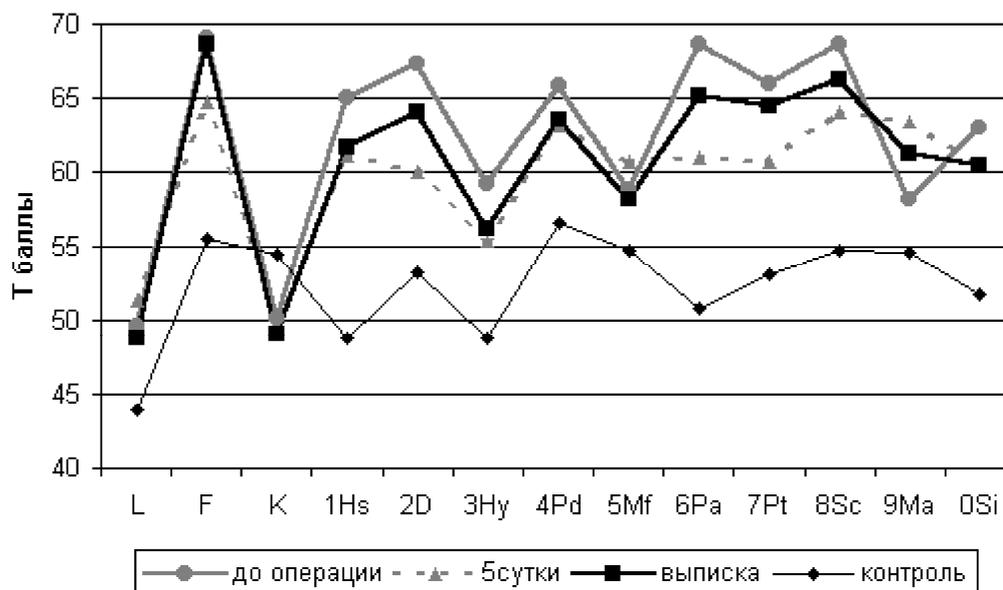


Рис. 1. Изменение профиля ММРІ у больных желчнокаменной болезнью в динамике.

сия, высокая тревога, фиксация на внутренних переживаниях. Как компенсация проявляется дезорганизация поведения. Указанный сложный профиль обусловлен как патологическим процессом, так и непосредственно стрессовой ситуацией госпитализации, отсутствием четкого понимания перспектив. У больных, поступивших по экстренным показаниям, поведение отличалось высоким беспокойством и нецеленаправленной активностью.

При анализе индивидуальных профилей ММРІ до операции высокий уровень ипохондрии выявлен у 37% больных, высокий уровень депрессии - у 42% больных, высокий уровень трево-

На 10-е сутки после операции, накануне выписки, вероятно, в ожидании нерешенных социальных проблем, по отношению к результатам обследования на 5-е сутки повышался уровень депрессии, тревоги, ипохондрии и негативизма. Достоверно по отношению к показателям до операции отмечено снижение по шкале ипохондрии. Характер профиля ММРІ после операции, взаимоотношения шкал были такими, как до операции, но на 2-5 Т баллов ниже по амплитуде. Более высоким был лишь уровень оптимизма. Количество больных с выраженной фиксацией на болезни снизилось на 9%, депрессия ликвидирована лишь у 4%, настороженность и негатив-

визм ликвидированы у 14% больных. У 14% больных снизился высокий уровень тревоги, у 20% больных повысилась конструктивная оценка действительности.

Выявлены различия внутренней картины болезни лиц, оперированных из открытого доступа и при лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ). Высокий уровень социальной интроверсии и тревоги свидетельствовал о более выраженном волнении перед ЛХЭ. При выписке после ЛХЭ у больных достоверно была повышена депрессия, ипохондрия, и вся невротическая триада в целом.

из рисунка 2, профиль ММРІ у больных с ишемической болезнью сердца, гипертонической болезнью, хроническим пиелонефритом и профиль ММРІ у лиц без сопутствующих заболеваний имел сходный характер. Вместе с тем, у лиц без сопутствующих заболеваний профиль ММРІ был ниже по амплитуде. Следовательно, внутренняя картина болезни обусловлена как самим патологическим процессом, так и сопутствующими заболеваниями.

Длительность анамнеза заболевания является ещё одним из факторов, влияющих на внутреннюю картину болезни. У больных с анамне-

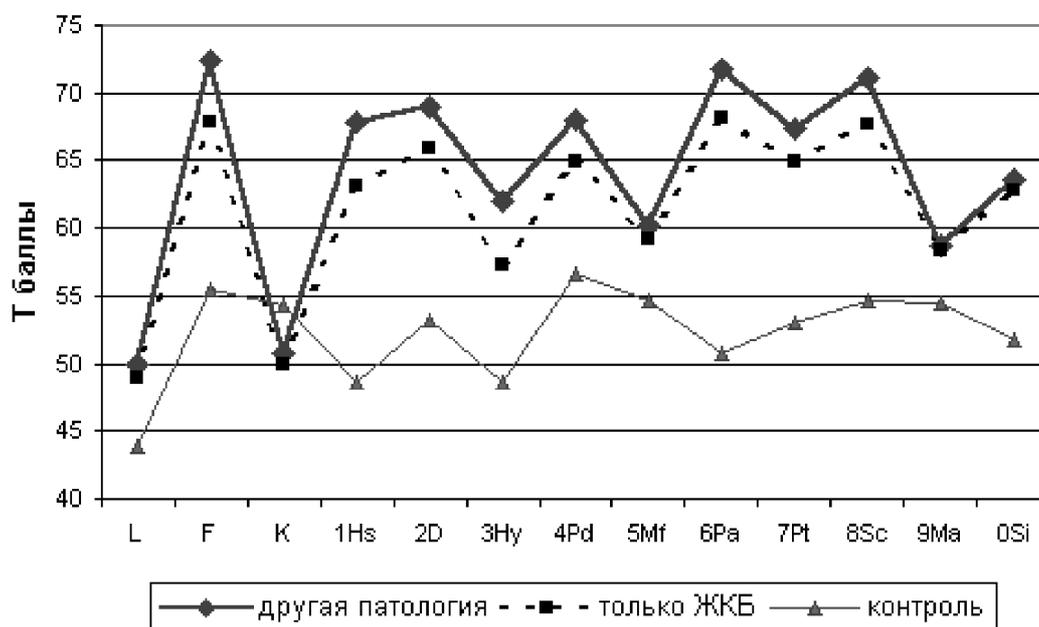


Рис. 2. Профиль ММРІ у больных желчнокаменной болезнью при сопутствующей патологии.

Выполнено сравнительное изучение психологических особенностей больных в возрастных группах 25-44 года и 45-54 года. У лиц старше 45 лет отмечен более высокий подъём по шкале ипохондрии ( $p \leq 0,05$ ) и снижение по шкале оптимистичности. Кроме того, у лиц старше 45 лет отмечена неустойчивость и разнонаправленность эмоций, ригидность установок. Это является предпосылкой к невротическим и психосоматическим нарушениям [9]. При выписке у лиц старше 45 лет на фоне снижения оптимистичности отмечено повышение по шкале невротической триады, что свидетельствовало о более выраженном психологическом истощении с формированием патологического характера реагирования.

Зачастую, с увеличением возраста растет число сопутствующих заболеваний. Как видно

зом заболевания более пяти лет отмечена тенденция к повышению профиля ММРІ по шкалам невротической триады и, в первую очередь ипохондрии, по отношению к больным с анамнезом до 1 года (в среднем 6 месяцев). При выписке в группе лиц с длительным анамнезом заболевания имело место повышение по шкалам 4(Pd), 6(Pa), 8(Sc). У больных отмечено заострение характерологических особенностей, эксплозивность, психопатизация, нереалистичность поведения. Это можно рассматривать как один из признаков социальной дезадаптации вследствие более выраженного истощения.

Развитие осложнений происходит вследствие истощения систем адаптации. Именно этим можно объяснить развитие осложнений заболевания на фоне мнимого благополучия

при воздействии факторов, имеющих мало важное значение. Профиль ММРІ у лиц с осложнениями на 5 сутки характеризовался снижением по всем шкалам по отношению к больным без осложнений, что свидетельствует об энергетическом истощении. Наблюдалось перераспределение структуры психологического профиля в сторону снижения стеничности и оптимизма и повышение негативизма.

У лиц с функциональными нарушениями, госпитализированными в стационар в связи с болевым синдромом спастического характера, в профиле ММРІ также отмечалась тревога, эмоциональная лабильность разнонаправленных тенденций, ригидность установок и социальная интроверсия. Клиническая картина указанного состояния требует пристального внимания и диспансерного наблюдения данной категории больных как лиц с потенциальной возможностью формирования желчнокаменной болезни либо другой патологии.

Изучение особенностей психологического состояния в процессе лечения подтверждает неустойчивость адаптационных процессов. Конструктивное воздействие в эти периоды может привести к повышению качества жизни больного, неблагоприятное влияние ведет к ятрогении. Задача лечащего врача состоит в повышении степени психологической защиты путем проведения малой психотерапии, в которой остро нуждается более 80% больных. До операции психотерапия должна быть направлена на преодоление болезни, после операции – на преодоление условий, которые привели к данной болезни.

### Выводы

1. Внутренняя картина болезни лиц, страдающих желчнокаменной болезнью, характеризуется сложными взаимоотношениями депрессивных, ипохондрических и негативистичных проявлений, высоким уровнем иррационализма, снижением оптимизма и высокой степенью индивидуализации. Напряжение процессов психологической адаптации выявляется у 82% больных.

2. С увеличением возраста больного, повышением длительности анамнеза заболевания и при наличии сопутствующей патологии внутренняя картина болезни изменяется в сторону уси-

ления астенизации, невротизации и формирования психосоматических нарушений. Повышение негативизма и иррационализма, чрезмерная фиксация на болезни при снижении оптимистичности в течение послеоперационного периода могут свидетельствовать об истощении и энергетическом дисбалансе. Указанные изменения являются прогностически неблагоприятными и повышают вероятность развития осложнений после оперативных вмешательств.

3. На основании полученных данных клинико-психологического обследования комплексное лечение больных, оперированных по поводу желчнокаменной болезни, должно включать мероприятия, направленные на устранение астенических нарушений. Лицам старше 45 лет показано применение антидепрессантов.

### Литература

1. Александер Ф. – Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение/пер. с англ./М.: ЭКСМО-Пресс. - 2002. – с.352.
2. Ардашев В.Н., Мандрикин Ю.В., Замотаев Ю.Н. Некоторые психовегетативные соотношения у больных ишемической болезнью сердца после аортокоронарного шунтирования.// Российские медицинские вести. – 1998. -№ 3. – С. 87-89.
3. Ветшев П.С., Крылов Н.Н., Шпаченко Ф.А. Изучение качества жизни пациентов после хирургического лечения.// Хирургия.- 2000. -№ 1. – С. 64-67.
4. Добровольский В. Клинические особенности ишемической болезни сердца. «внутренняя картина болезни».// Журнал неврологии и психиатрии. – 2000. - № 1. –С.23-27.
5. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. – М.: Медицина. – 1983. – с. 312.
6. Собчик Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМИЛ. СПб.: Речь. – 2000. – С. 219.
7. Physical health and psychological stress.// Biomed. Sci. – 1996. – Vol. 40. - № 1. – P. 14.
8. Salmon P. The reduction of anxiety in surgical patients: an important nursing task or the medicalization of preparatory worri?// Int. J. Nurs.Stud. – 1993. - №30(4) P. 323-330.
9. Vieta. E, de Pablo J., Cirera E. et al. Postoperative psychiatric complications following liver transplantation al.// Med. Clin. Bark. –1993. –Vol. 13. - № 100(6). – P. 210-213.