ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ПЛАНОВОЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЕЙ

Успенский Юрий Павлович[1, 2], Фоминых Юлия Александровна[1, 2], Наджафова Кямаля Низамитдиновна[1], Гнутов Александр Александрович[1], Косарева Анастасия Михайловна[1]

[1] Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

[2] Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8

E-mail: kyamalyok@yandex.ru

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: желчнокаменная болезнь; лапароскопическая холецистэктомия; психологический статус.

Введение. По данным разных авторов, желчнокаменной болезнью (ЖКБ) страдают 10–20% людей трудоспособного возраста. В России холелитиазом страдают 21,7% женщин и 12,5% мужчин.

Одним из наиболее распространенных и эффективных методов лечения ЖКБ является операция по удалению желчного пузыря. В результате совершенствования хирургических технологий в 90-х гг. XX века лапароскопическая холецистэктомия глубоко внедрилась в рутинную хирургическую практику, в том числе благодаря низкой частоте осложнений и благоприятным результатам вмешательства в послеоперационном периоде.

Однако исследования последних лет показали, что качество жизни части пациентов после холецистэктомии ниже, чем до операции, что связано с комплексом проявлений патологии системы пищеварения в послеоперационном периоде — постхолецистэктомическим синдромом. Терапевты расширенно толкуют данный синдром, включая в это понятие недиагностированную на догоспитальном этапе патологию, не только органическую, но и функциональную. А функциональные расстройства напрямую ассоциированы с изменениями психологического статуса.

Целью нашей работы была оценка психологического статуса пациентов с желчнокаменной болезнью перед проведением плановой лапароскопической холецистэктомии.

Материалы и методы. Были обследованы 48 пациентов, которым выполнялась плановая лапароскопическая холецистэктомия на базе 3-го хирургического отделения СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница». Всем пациентам до оперативного вмешательства по удалению желчного пузыря выполнялась оценка психологического статуса пациентов с помощью опросника госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). Уровни тревоги и депрессии по шкале HADS определялись по сумме 7 вопросов, каждый из которых оценивается на 0–3 баллов. Чем выше показатели, тем более выражена тревога или депрессия. 8–10 баллов соответствуют субклинической тревоге/депрессии, 11 баллов и выше — клинически выраженной тревоге/депрессии.

Результаты. Из 48 пациентов у 8 (16,6%) результаты заполнения опросника соответствовали субклинической тревоге, у 3 (6,3%) — субклинической депрессии. Сумма баллов, соответствующая клинически выраженной тревоге, получена у 3 (6,3%) пациентов, клинически выраженной депрессии — у 4 (8,3%) пациентов. В общем, у 15 пациентов из 48 (31,2%) были выявлены нарушения психологического статуса. Такие пациенты находятся в высокой зоне риска функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта.

Выводы. Нарушения психологического статуса не являются редкостью у пациентов с ЖКБ без признаков острой хирургической патологии. Выявление признаков тревоги и депрессии может помочь в выявлении функциональных расстройств на этапе консервативной терапии и прогнозировании отдаленных результатов плановой холецистэктомии.