

УДК 616.728.2–089.23–036.82:612.821

ДИНАМИКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Горянная Н.А., Ишекова Н.И., Попов В.В.

Северный государственный медицинский университет, Архангельск, e-mail: nadachka@rambler.ru

Проведено исследование с целью анализа психоэмоционального состояния пациентов на фоне реабилитационных мероприятий после эндопротезирования тазобедренного сустава. Обследованы 140 перенесших операцию тотального эндопротезирования тазобедренного сустава пациентов (73 женщины и 67 мужчин, средний возраст $(57,0 \pm 9,0)$ года). У пациентов определяли психоэмоциональное состояние, уровень которого оценивали по шкалам личностной и ситуационной тревожности Спилберга и шкале депрессии Цунга, а также объем движений в суставе, интенсивность боли по методу визуально-аналоговой шкалы (ВАШ). Установлено, что период ожидания оперативного вмешательства сопровождался повышенным уровнем ситуационной тревожности у большинства пациентов. На первом этапе реабилитации у всех пациентов отмечается уменьшение болевого синдрома, снижение уровня тревожности, увеличение количества пациентов без признаков депрессии.

Ключевые слова: эндопротезирование тазобедренного сустава, психоэмоциональное состояние

DYNAMICS OF PSYCHOEMOTIONAL STATE OF PATIENTS AT THE FIRST STAGE OF REHABILITATION AFTER HIP REPLACEMENT

Gorannya N.A., Isheкова N.I., Popov V.V.

Northern State Medical University, Arkhangelsk, e-mail: nadachka@rambler.ru

The study was conducted to analyze the emotional state of patients on the background of rehabilitation after hip replacement. The study involved 140 undergoing surgery for total hip replacement patients (73 women and 67 men, mean age $(57,0 \pm 9,0)$). Patients determined emotional state, the level of which was assessed on scales of personal and situational anxiety of Spielberg and depression scale, Zung, and the amount of movement in the joints, pain intensity according to the method of visual analogue scale (VAS). It is established that the waiting period, surgical intervention was accompanied by a high level of situational anxiety in most patients. In the first stage of rehabilitation in all patients marked reduction of pain syndrome, reduction of anxiety, an increase in the number of patients without signs of depression.

Keywords: hip arthroplasty, emotional state

Тазобедренный сустав в структуре заболеваемости остеоартрозом занимает лидирующую позицию по тяжести нарушения функции системы органов опоры и движения. При коксартрозе 3 степени затруднена ходьба, резко ограничен объем движений, беспокоят постоянные боли. Наиболее эффективным способом лечения коксартроза при отсутствии эффекта от консервативной терапии является его тотальное эндопротезирование [3,5,6]. Однако рекомендованная операция является фактом агрессии по отношению к организму. Именно так подсознательно больной воспринимает предстоящее оперативное вмешательство, при этом в полной мере осознавая необходимость и потенциальную пользу операции. Предоперационный период – психологически особенно тяжелый для больного. Для этого периода характерны чувство неопределенности, неуверенности, беспомощности, страх перед наркозом, операцией и ее последствиями. По этой причине состояние ожидания оперативного вмешательства может спровоцировать развитие невротических расстройств, которые неблагоприятным образом могут

повлиять на ход самой операции и последующей реабилитации [4,10].

Психологическое состояние при реабилитации имеет большое значение. Под влиянием собственного страха, пациент производит меньший объем движений оперированной конечностью, либо полностью щадит ее, в неполной мере понимая необходимость собственных активных движений уже на раннем этапе реабилитационного процесса. Поэтому в реабилитацию должны включаться не только медикаментозная терапия, физиотерапевтические процедуры и лечебная физкультура, но и психологическая коррекция.

Цель исследования – оценить уровень психоэмоционального состояния пациентов на фоне реабилитационных мероприятий после эндопротезирования тазобедренного сустава.

Материалы и методы исследования

Обследовано 140 пациентов (73 женщины и 67 мужчин), перенесших операцию тотального эндопротезирования тазобедренного сустава, средний возраст которых составил $57,0 \pm 9,0$ лет.

Для изучения динамики показателей психоэмоционального состояния анализировались частота встречаемости ситуационной тревожности, личностной тревожности по шкалам Спилберга. Данная методика включает инструкцию из 40 вопросов, 20 из которых предназначены для оценки уровня ситуативной тревожности и 10 для оценки уровня личностной тревожности. Уровень депрессии оценивали по шкале Цунга, в тестировании учитывали 20 факторов, которые определяют четыре уровня депрессии [8].

Кроме того, у пациентов оценивали болевой синдром по методу визуально-аналоговой шкалы (ВАШ), определяли объем движений в тазобедренном суставе оперированной конечности (сгибание, разгибание, приведение, отведение) при помощи угломера. Исследование проводилось дважды: до операции и через 10 дней после операции, перед выпиской из стационара.

Статистическую обработку полученных результатов исследования проводили с использованием программы SPSS.18 for Windows, с помощью которой вычисляли средние значения (X) и стандартное отклонение (SD). Для проверки вида распределения изучаемых показателей использовали одновыборочный тест Колмогоров–Смирнова. Значимость различий в двух зависимых группах проверяли при помощи критерия Уилкоксона, в которых данные изучаемых переменных отличались от нормального распределения, достоверность различий в 2 зависимых группах проверяли при помощи критерия Уилкоксона, в сравнимых зависимых группах с нормальным распределением выявление статистически значимых различий осуществляли с помощью параметрического критерия Стьюдента. Значимыми различия считались при $p < 0,05$ [1].

Результаты исследования и их обсуждение

Всем пациентам была выполнена операция первичного тотального эндопротезирования тазобедренного сустава (ТЭТС). С первого дня реабилитации пациентам назначали медикаментозное лечение, физиотерапевтические процедуры и лечебную гимнастику.

Известно, что при проведении операции установленный искусственный сустав имеет полный объем движений, имеющиеся

ограничения после операции обусловлены не только отеком и операционной раной, но возможен и страх пациента выполнять движения. Так, амплитуда всех движений в тазобедренном суставе после операции статистически значимо снизилась: сгибание до операции составило $83,82 \pm 17,17^\circ$ ($8-120^\circ$), при повторном исследовании – $21,91 \pm 19,35^\circ$ ($0-80^\circ$), $p=0,001$; разгибание сустава до операции – $7,99 \pm 6,24^\circ$ ($0-15^\circ$), после – $0,41 \pm 1,94^\circ$ ($0-15^\circ$), $p=0,001$; приведение и отведение в суставе до операции составило $6,56 \pm 3,17^\circ$ ($0-10^\circ$) и $12,35 \pm 7,93^\circ$ ($0-35^\circ$), при повторном измерении – $0,30 \pm 1,15^\circ$ ($0-7^\circ$) и $6,31 \pm 7,24^\circ$ ($0-35^\circ$), соответственно. Болевой синдром значимо ($p=0,001$) уменьшился с $6,50 \pm 1,95$ ($0-10$) балла до $2,80 \pm 1,76$ балла ($0-8$).

При анализе результатов ситуационной тревожности выявили, что до операции низкий уровень отмечался у 2 (1,4%) пациентов, умеренная тревожность у 52 (37,1%) пациентов, высокий уровень тревожности определялся у 86 (60,7%) пациентов. После операции уровень тревожности значимо изменился, так низкий уровень тревожности наблюдался у 3 (2,1%) пациентов, прирост показателя составил 0,5%, у 66 (47,1%) пациентов с умеренным уровнем тревожности, прирост составил 0,27%, у 71 (50,7%) человека – высокий уровень тревожности, показатель прироста (-0,17%) (табл. 1). Сравнение показателей ситуационной тревожности до и после оперативного вмешательства выявили статистически значимые различия при $p=0,04$.

Ситуационная тревога возникает в ответ на стрессовые воздействия – например, врачебный осмотр или хирургическую операцию, такая тревога обычно кратковременна и заканчивается с началом ожидаемого события или при его завершении [11]. В нашем случае, произошло уменьшение количества пациентов с высоким уровнем тревожности после операции на 15 человек (-0,17%).

Таблица 1

Динамика показателей психоэмоционального состояния в динамике исследования

Уровень	Личностная тревожность		Темп прироста, %	Ситуационная тревожность		Темп прироста, %
	I исследование (чел.)	II исследование (чел.)		I исследование (чел.)	II исследование (чел.)	
Низкий	50	49	-0,02	2	3*	0,5
Умеренный	89	89	0	52	66*	0,27
Высокий	1	2	1	86	71*	-0,17

Примечание. * $p < 0,05$ – степень достоверности различий ситуационной тревожности.

При проведении исследования проследили динамику личностной тревожности, что особенно важно, так как личностная тревожность выступает как реакция на воспринимаемую опасность и во многом обуславливает поведение субъекта в послеоперационном периоде. До операции низкий уровень личностной тревожности определялся у 50 (35,7%) человек, умеренный уровень – у 89 (63,6%) человек, высокий уровень – у 1 (0,7%) пациента. После операции, показатель низкой тревожности выявили у 49 (35%) человек, показатель прироста составил (-0,02%), умеренный уровень не изменился – у 89 (63,6%) человек, высокий уровень у 2 (1,4%) пациентов. Количество пациентов с высоким уровнем тревожности после операции увеличилось на 1 человека, положительный прирост показателя 1%. Сравнение показателей личностной тревожности до и после оперативного вмешательства не выявили значимых различий. Незначительные изменения данных показателей могут быть связаны с наличием у пациентов определенного опыта проведения проводимых ранее медицинских манипуляций (инъекций, других операций и др.).

Известно, что любая операция – это определенный стресс для пациента, после оперативного вмешательства у них может появиться беспокойство, нарушение сна, эмоциональная лабильность и др. Большинство пациентов имеют завышенные ожидания от операции, что часто становятся причиной развития депрессии [2,8].

Исследование уровня депрессии выявило, что до операции в 102 (79,9%) случаях у пациентов определялось нормальное состояние, легкая депрессия отмечалась у 35 (25,0%) пациентов, умеренный уровень в 2 (1,4%) случаях, 1 (0,7%) пациент с высоким уровнем депрессии. Количество пациентов после операции с нормальным состоянием увеличилось на 10 человек, что составило 112 человек (80%), уровень легкой депрессии отмечался у 26 пациентов (18,6%), показатель снизился на 9 человек, умеренный уровень в 2 случаях (1,4%), высокий уровень после операции выявлен не был. При исследовании уровня депрессии не было выявлено статистически достоверных различий. Из полученных данных видим, что большинство пациентов прекрасно перенесли операцию, лишь у некоторых в той или иной форме проявлялись депрессивные симптомы.

Обсуждение результатов. При ранней реабилитации кроме восстановительных мероприятий медицинского характера, во многом определяющих отдаленный прогноз восстановления больного, перенесшего

операцию эндопротезирования тазобедренного сустава, на успешность реабилитационного процесса оказывает влияние и состояние психоэмоциональной сферы пациента. По данным литературы, известно, что чем выше эмоциональная стабильность пациента, тем выше его реабилитационный потенциал [7, 12].

Наши результаты показали, что при исследовании психоэмоционального состояния при эндопротезировании тазобедренного сустава необходимо раннее применение оценочных критериев в предоперационном периоде и на первом этапе реабилитации, а не только на отдаленных периодах наблюдения.

Период ожидания оперативного вмешательства сопровождался повышенным уровнем ситуационной тревожности у большинства пациентов. В послеоперационном периоде наблюдалось снижение уровня тревожности: уровень ситуационной тревожности после операции стал ниже среди пациентов с умеренным и высоким уровнем тревожности. Увеличилось количество пациентов без признаков депрессии при повторном исследовании в послеоперационном периоде. Эта динамика обусловлена благополучным завершением операции и началом реабилитационного процесса.

Анализ полученных данных показал, что на раннем периоде реабилитации на фоне уменьшения боли в суставе снижение показателей объема движений можно связать с болью в области операционного шва и наличием страха, боязнь навредить себе, что заставляет ограничивать движение в оперированной конечности. Однако устранение болевого синдрома и позитивный настрой на реабилитацию ведет к постепенному повышению физических и функциональных возможностей.

Для получения наиболее точной информации о наличии тревоги и депрессии у пациентов до операции и в динамике восстановительного процесса необходима консультация специалиста-психологом. Наличие высокого уровня тревоги и депрессии у пациентов, перенесших операцию тотального эндопротезирования тазобедренного сустава, целесообразно учитывать для разработки индивидуального комплекса реабилитационных мероприятий до и после операции.

Список литературы

1. Гланц С. Медико-биологическая статистика / пер. с англ. – М.: Практика, 1998. – 459 с.
2. Евстигнеев Р.А. Распознавание и лечение тревожных расстройств в общемедицинской практике: метод. рекомендации. – Мн.: МЗ РБ, 1998. – 27 с.
3. Конева Е.С., Серебряков А.Б., Камалова Э.Г., Шаповаленко Т.В., Тарбушкин А.А., Лядов К.В. Анализ выраженности болевого синдрома во время осуществления первой ходьбы у пациентов после операции тотального эндопро-

тезирования суставов нижней конечности // Травматология и ортопедия России. – 2012. – № 3. – С. 41–43.

4. Корж А.А., Танькут В.А. Эндопротезирование тазобедренного сустава (актуальность и перспективы) // Ортопедия, травматология и протезирование. – 1995. – № 4. – С. 4–8.

5. Корнилов Н. В. Ошибки и опасности при эндопротезировании тазобедренного сустава, их предупреждении и лечении // Труды 6 съезда травматологов и ортопедов России. – Н. Новгород, 1997. – С. 568.

6. Прохоренко В.М. Ревизионные оперативные вмешательства при эндопротезировании тазобедренного сустава: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Новосибирск, 1999. – 40 с.

7. Ростовцева Е. Психология подготовки к бариатрической операции и жизни после нее // Практическое руководство для пациентов. – URL: <http://бариатрия.рф/zhizn-posle-bariatricheskoi-operacii-prakticheskoe-rukovodstvo> (дата обращения: 17.01.17).

8. Слепко Ю.Н., Ледовская Т.В. Обработка и интерпретация результатов психологического исследования: учеб. пособие. – Ярославль: Изд-во ЯГПУ, 2013. – 135 с.

9. Тарасевич Е.В. Связь тревоги и депрессии с общесоматическими заболеваниями // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2012. – № 2. – С. 123–130.

10. Фомин А.В. Кирпиченко А. А. Тревога и депрессия у пациентов в хирургическом стационаре // Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2014. – № 3. Т. 13 – С. 139–145.

11. Шейдер Р. Психиатрия / пер. с англ. – М.: Практика, 1998. – 485 с.

12. Шильников В.А., Тихилов Р.М., Денисов А.О. Болевой синдром после эндопротезирования тазобедренного сустава // Травматология и ортопедия России. – 2008. – № 2. – С. 106–109.