

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ МАЛОІНВАЗИВНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ПУХЛИН НИРОК

С.О. Возіанов ¹, О.О. Підмурняк ², С.А. Собчинський ²

ДУ «Інститут урології Національної академії медичних наук України», м. Київ, Україна ¹
Обласна лікарня, м. Хмельницький, Україна ²

Вступ. Встановлення діагнозу онкологічного захворювання є завжди для пацієнта важкою психологічною травмою [1, 2]. Одним з важливих етапів лікування онкологічної хвороби є застосування найменш травмуючих, але достатніх за об'ємом хірургічних методів [5]. З одного боку, оперативне втручання спрямоване на подовження життя онкологічного хворого, з іншого – несе в собі ряд негативних наслідків: передопераційний стрес, функціональні обмеження, косметичні дефекти, інвалідизацію [2].

Лапароскопічний метод поступово стає стандартом в онкоурології. До цього часу у світі накопичений достатній досвід виконання даних операцій, результати яких дозволили лапароскопічній нефректомії при пухлинах зайняти провідне місце в урології [4, 5]. Малоінвазивна хірургічна практика має переваги перед традиційними відкритими втручаннями не тільки у мінімальній інвазивності та швидшій репарації операційного доступу, у коротшому перебуванні у стаціонарі, але і у зменшенні болю у пацієнтів, як по силі, так і по тривалості, зменшенню потреби у знеболюючих, швидшій фізичній та психологічній реабілітації, кращому косметичному результаті [4, 5]. Аспекти самопочуття та сприйняття пацієнтом оперативного втручання останнім часом незаслужено відійшли на задній план, але вони є істотною складовою успішного результату операції [1, 6, 7].

Мета дослідження. Вивчити ступінь психологічного стресу у пацієнтів з пухлинами нирок у залежності від виду оперативного втручання.

Матеріали та методи дослідження. В роботі вивчалися дані, отримані у 22 пацієнтів (8 жінок, 14 чоловіків), оперованих з приводу пухлин нирок із використанням ендовідеохірургічних методик в урологічному відділенні Хмельницької обласної лікарні в період 2011–2012 рр. Результати порівнювалися з даними, отриманими у 16 пацієнтів контрольної групи з такою ж патологією з відкритою операцією. Передопераційна підготовка хворих не відрізнялася між

групами. Для оцінки ступеня передопераційної тривожності застосовувалася спеціальна міжнародна анкета – Амстердамська шкала передопераційної тривожності (АШПТ) [7, 8], результати якої ми перераховували у відсотки тривожності – від 0 (відсутність стресу) до 100% (важка психосоматична реакція). Інтенсивність передопераційної тривожності та післяопераційного болю паралельно оцінювались за допомогою поширеної в медицині візуальної аналогової шкали (ВАШ) також з діапазоном від 0% до 100%. Отримані результати оброблялися статистично (обрахунок та порівняння середніх, показників кореляції) з використанням програми Statistica 6,0 (StatSoft).

Результати та їх обговорення. У пролікованих пацієнтів при видаленні нирки з пухлиною, середній діаметр пухлини склав 5,5 (від 4,0 до 8,5) см. Гістологічно в усіх хворих підтверджено нирковоклітинний рак. У нашій серії спостережень середній обсяг інтраопераційної крововтрати склав 185 (від 50 до 700) мл. Тривалість виконання малоінвазивної операції була коротшою, але вірогідно не відрізнялася по тривалості операції у контрольній групі (78,7 хв. та 79,9 хв. відповідно, $p > 0,05$), так само як і час надання анестезіологічної підтримки (89,7 хв. та 101,5 хв. відповідно, $p > 0,05$). Але між групами значно різнилися: об'єм операційної травми ($1,4 \pm 0,14$ бала проти $2,7 \pm 0,14$ бала, $p < 0,05$), розміри операційної рани (довжина $5,0 \pm 1,1$ см проти $16,7 \pm 1,6$ см, $p < 0,05$), величина крововтрати ($70,0 \pm 19,4$ мл проти $250,0 \pm 41,5$ мл, $p < 0,05$). Летальних випадків не було. Завдяки меншій травматичності при малоінвазивному оперативному втручанні спостерігалася скорочення терміну перебування в стаціонарі, у порівнянні із пацієнтами з відкритим типом операції майже на 5 діб – середня тривалість перебування хворих у стаціонарі склала $8,5 \pm 0,46$ і $13,0 \pm 0,52$ ліжко-днів відповідно ($p < 0,05$). Середній період непрацездатності після нефректомії у пацієнтів першої групи був 16,5 дня проти 29,8 дня у контрольній ($p < 0,05$).

Наш аналіз показав, що передопераційний стрес є у кожного пацієнта, незалежно від того, чи це відкрита операція, чи малоінвазивне втручання. Фактори, що сприяють його збільшенню, перш за все, пов'язані із ступенем поінформованості та психологічної перед-

операційної підготовки, попередніх оперативних втручань, тривалості захворювання. Сприйняття також залежить від віку та статі пацієнта, рівня його освіти. Основні результати оцінки стресу за шкалами АШПТ та ВАШ наведені в таблиці 1.

Таблиця 1

Ступінь передопераційної тривожності пацієнтів з відкритими та малоінвазивними втручаннями

№ з.п.	Показник	Група за типом втручання			
		малоінвазивні (22)		відкриті (16)	
		М	m	М	m
1	Тривожність за шкалою АШПТ	63,5%	2,85%	78,0%*	5,45%
2	Тривожність за шкалою ВАШ	38,6%	2,21%	67,4%*	6,24%

Примітка: * – вірогідність різниці між групами $p < 0,05$

У першій групі кількість осіб з високою тривожністю склала 64,7%, в контрольній – 87,5%. Показники шкали ВАШ пацієнтів добре корелювали із рівнем тривожності, встановленим за шкалою АШПТ ($r=0,82$, $p < 0,05$). Спостерігається суттєва різниця у показнику жінок та чоловіків. Жінки реагують більш емоційно (показник кореляції $r=0,49$, $p < 0,05$), їх рівень тривожності склав $71,5 \pm 3,09\%$ проти $56,0 \pm 3,97\%$ у чоловіків ($p < 0,05$), що співпадає з результатами інших дослідників [9].

Результати оцінки післяопераційного болювого синдрому за шкалою ВАШ були відповідно в основній групі 38,6% і в контрольній – 67,4% ($p < 0,05$). Після лапароскопічного втручання наркотичне знеболювання робили тільки двічі протягом першої доби після операції (у другій групі впродовж 2 діб). При цьому не було встановлено вірогідної кореляції між передопераційною тривожністю за будь-якою із шкал і інтенсивністю післяопераційного болю ($r=0,20$, $p=0,34$).

Таким чином, у всіх пацієнтів напередодні оперативного втручання є достатньо високий рівень тривожності. Підвищення ситуативної тривожності у стресогенних обставинах, пов'язаних із онкологічною патологією, в тому числі перед оперативним втручанням – психологічно

обґрунтована реакція на реальну небезпеку життя та здоров'ю людини. У той же час, малоінвазивні операції у пацієнтів асоціюються із меншою травмою та меншою загрозою здоров'ю, що в реаліях відповідає дійсності.

Висновки.

1. Застосування малоінвазивних методик дозволяє знизити вимоги до знеболювання, зменшити об'єм крововтрати, розміри операційної рани, прискорити відновлення в післяопераційному періоді, зменшити тривалість перебування в стаціонарі й прискорити повернення до нормальної активності в порівнянні з відкритою хірургією.

2. У пацієнтів, що оперуються з приводу урологічної онкологічної патології, спостерігається високий рівень тривожності, що може ускладнити перебіг операції та післяопераційного періоду. При малоінвазивних операціях рівень тривожності вірогідно нижчий, ніж при відкритих.

3. Передопераційна підготовка пацієнта повинна включати необхідну для нього інформацію про хід, тривалість і особливості операції.

Перспективи подальших досліджень. Отримані результати потребують подальшого поглибленого вивчення проблем психологічної передопераційної підготовки та поінформованості пацієнтів із урологічною патологією.

Список літератури

1. Артюшкина В.К. Предоперационный стресс: психологические особенности пациентов с учетом возрастных и гендерных различий / В. К. Артюшкина, Д. В. Сологуб // Российская оториноларингология. – 2012. – № 1. – С. 24–29.
2. Пучков К.В. Хирургическое лечение рака почки сегодня: лапароскопическая радикальная нефрэктомия и резекция почки / К.В. Пучков, В.Б. Филимонов, А.А. Крапивин, Р.В. Васин // Урология. – 2008. – № 1. – С. 52–58.

3. Смулевич А.Б. Психические расстройства в онкологии (результаты мультицентровой программы «СИНТЕЗ») / А.Б. Смулевич, А.В. Андриященко, Д.А. Бескова // Психические расстройства в общей медицине. – 2009. – № 1. – С. 4–11.

4. Теодорович О.В. Лапароскопическая и ретроперитонеоскопическая резекция почки / О.В. Теодорович, Э.А. Галлямов, Н.Б. Забродина // Урология. – 2011. – № 3. – С. 43–47.

5. Boker A. The Amsterdam preoperative anxiety and information scale provides a simple and reliable measure of preoperative anxiety / A. Boker, L. Brownell, N. Donen // Can. J. Anaesth. – 2002. – N 49. – P. 792–798.

6. Wetsch W.A. Preoperative stress and anxiety in day-care patients and inpatients undergoing fast-track surgery / W.A. Wetsch, I. Pircher, W. Lederer // British Journal of Anaesthesia. – 2009. – V. 103, N 2. – P. 199–205.

7. Tracy C.R. Perioperative outcomes in patients undergoing conventional laparoscopic versus laparoendoscopic single-site pyeloplasty / C.R. Tracy, J.D. Raman, A. Bagrodia, J.A. Cadeddu // Urology. – 2009. – V. 74. – P. 1029–1034.

Реферат

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ПОЧЕК

С.А.Возианов, А.А.Пидмурняк,
С.А.Собчинский

В статье приведены результаты изучения показателей предоперационного стресса у пациентов при малоинвазивных и открытых урологических операциях по поводу опухолей почек. Применены несколько типов специальных анкет, опросы по которым указывают на высокий уровень предоперационной тревожности у пациентов. При малоинвазивных операциях степень предоперационного стресса и послеоперационный болевой синдром достоверно меньше чем при открытых.

Ключевые слова: предоперационный стресс, малоинвазивная урология, опухоли почек.

Summary

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF LOWINVASIVE METHODS OF KIDNEY TUMOURS TREATMENT

S.A.Vozianov, A.A.Pidmurniak,
S.A.Sobchinskiy

In the article the results of study of preoperative stress in patients with low-invasive and open urology operations concerning the kidney tumours were shown. A few types of special questionnaires were used and the high level of preoperative anxiety was established. In low-invasive operations the degree of preoperative stress and postoperative pain syndrome was lower, than in operations of open type.

Keywords: preoperative stress, low-invasive urology, kidney tumor