

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ МАЛОІНВАЗИВНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ПУХЛИН НИРОК

О.О.Підмурняк

Обласна лікарня, м. Хмельницький

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF LOW-INVASIVE METHODS OF KIDNEY TUMOURS TREATMENT

O.O. Pidmurniak

Oblast Hospital, Khmelnytskyi

Резюме. У статті наведені результати вивчення показників передопераційного стресу у пацієнтів з малоінвазивними та відкритими урологічними операціями з приводу пухлин нирок. Застосовані декілька типів спеціальних анкет, опитування за якими вказує на високий рівень передопераційної тривожності у пацієнтів. При малоінвазивних операціях ступінь передопераційного стресу та післяопераційний больовий синдром вірогідно менші, ніж при відкритих.

Ключові слова: передопераційний стрес, малоінвазивна урологія, пухлини нирок.

Abstract. 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.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Встановлення діагнозу онкологічного захворювання є завжди для пацієнта важкою психологічною травмою [1, 2]. Виявлена хвороба у медичному аспекті є загрозою для життя хворого, але і при можливості успішного лікування потребує тривалого та складного консервативного та/або серйозного оперативного втручання і супроводжується високим рівнем тривожності у пацієнта [3, 4]. Психологічні аспекти включають широкий спектр особистісних реакцій і переживань, пов'язаних з онкологічним захворюванням та викликаними ним змінами, а також видом оперативного втручання [1, 2]. Одним з важливих етапів лікування онкологічної хвороби є застосування найменш травмуючих, але достатніх за об'ємом хірургічних методів [5]. Оперативне втручання в урології найчастіше спрямоване на видалення пухлинної маси, іноді разом з органом. З одного боку, оперативне втручання спрямоване на подовження життя онкологічного хворого, з іншого, — має 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]. Радикальну лапароскопічну нефректомію в США виконують в 77% випадках випадків, у Європі та Азії в 74% випадків, Канаді – 55%. Малоінвазивна хірургічна практика має переваги перед традиційними відкритими втручаннями не тільки у мінімальній інвазивності та швидкій репарації операційного доступу, у коротшому перебуванні у стаціонарі, але і у зменшенні болю у пацієнтів, як по силі, так і по тривалості, зменшенні потреби у знеболюючих, швидкішій 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].

Матеріали і методи

У роботі вивчалися дані, отримані у 22 пацієнтів (8 жінок, 14 чоловіків) оперованих з приводу пухлин нирок з 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 передопера-

ційної тривожності застосовувалася спеціальна міжнародна анкета – Амстердамський 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%. Заповнення всіх анкет пацієнтом займає біля двох хвилин. Обидва психометричних інструменти тривалий час використовуються в хірургічних клініках і підтвердили свою валідність та надійність. Отримані результати оброблялися статистично (обрахунок та порівняння середніх, показників кореляції) з використанням програми Statistica 6,0 (StatSoft).

Результати та їх обговорення

Оперативні втручання з приводу пухлин нирок є серйозною фізичною та психологічною травмою для хворого. 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 відрізнялися: об'єм операційної травми (1,4±0,14 бали проти 2,7±0,14 балів, $p < 0,05$), розміри операційної рани (довжина 5,0±1,1 см проти 16,7±1,6 см, $p < 0,05$), величина крововтрати (70,0±19,4 мл проти 250,0±41,5 мл, $p < 0,05$). Летальних випадків не було. Завдяки меншій травматичності при малоінвазивному оперативному втручанні спостерігалось скорочення терміну перебування в стаціонарі, у порівнянні із пацієнтами з відкритим типом операції майже на 5 діб - середня тривалість перебування хворих в стаціонарі склала 8,5±0,46 і 13,0±0,52 ліжкоднів відповідно ($p < 0,05$). Середній період непрацездатності після нефректомії у пацієнтів першої групи був 16,5 днів 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 передопераційної підготовки, попередніх оперативних втручань, тривалості захворювання. Сприйняття також залежить від віку та статі пацієнта, рівня

Таблиця 1. Ступінь передопераційної тривожності пацієнтів з відкритими та малоінвазивними втручаннями

Показник	Група за типом втручання			
	Малоінвазивні (22)		Відкриті (16)	
	М	m	М	m
Тривожність за шкалою АШПТ	63,5%	2,85%	78,0%*	5,45%
Тривожність за шкалою ВАШ	38,6%	2,21%	67,4%*	6,24%

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

його освіти. Основні результати оцінки стресу за шкалами АШПТ та ВАШ наведені в таблиці 1.

Згідно з даними таблиці рівень тривожності в обох групах був вищим від загальноприйнятої межі (55%) між низькою та високою тривожністю. Ступінь страху та тривожності при малоінвазивних операціях вірогідно менший. В 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 ($r=0,82$, $p < 0,05$). І хоча ступінь тривожності визначений за ВАШ був дещо меншим в обох групах, ніж за шкалою АШПТ, але різниця між групами також мала вірогідний характер. 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 больового 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 та 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 життю та здоров'ю людини. В 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, порівняно 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 вимагають подальшого поглибленого вивчення проблем психологічної передопераційної підготовки та поінформованості пацієнтів із урологічною патологією.

Література

1. Psycho-Oncology / Ed. J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen et al.— London: Oxford University Press, 2010.— 712 p.
2. Смулевич А. Б. Психические расстройства в онкологии (результаты мультицентровой программы «СИНТЕЗ») / А. Б. Смулевич, А.В. Андрющенко, Д.А.Бескова // Психические расстройства в общей медицине.— 2009.— № 1.— С. 4–11.
3. Артюшкина В. К. Предоперационный стресс: психологические особенности пациентов с учетом возрастных и гендерных различий / В. К. Артюшкина, Д. В. Сологуб // Российская оториноларингология. — 2012. - №1. — 24-29.
4. 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.
5. Теодорович О. В. Лапароскопическая и ретроперитонеоскопическая резекция почки / О. В. Теодорович, Э. А. Галлямов, Н. Б. Забродина // Урология. — 2011. - №3. — С.43-47.
6. 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. - №49. —P.792–798.
7. 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.
8. Brown S. M. Quantitative measurement of anxiety in patients undergoing surgery for renal calculus disease / S. M. Brown // J Adv Nurs. — 1990. - V.15, N.8. — P.962-970.
9. 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.

Надійшла 01.09.2014 року.