

РОЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ УСТАНОВОК И СУБЪЕКТИВНЫХ ОЖИДАНИЙ ПАЦИЕНТА ОТ ОПЕРАЦИИ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КРУПНЫХ СУСТАВОВ

Анализируется роль внутренней картины болезни и психологических представлений и установок в процессе лечения и реабилитации у пациентов с артрозом крупных суставов. Представлены результаты исследования сравнения особенностей субъективных ожиданий пациентов от операции на дооперационном этапе и субъективная оценка удовлетворенности эффективностью лечебно-реабилитационным процессом в раннем послеоперационном периоде на втором этапе медицинской реабилитации у пациентов после тотального эндопротезирования коленного и тазобедренного суставов.

Ключевые слова: психологические установки, внутренняя картина болезни, ожидание пациентов от операции, медицинская реабилитация, клиничко-психологическая работа.

Alena V. Larina

*LLC "Clinical treatment and rehabilitation Center "Territoriya zdorov'ya"
Barnaul, Russia*

THE ROLE OF PSYCHOLOGICAL ATTITUDES AND SUBJECTIVE EXPECTATIONS OF THE PATIENT FROM THE OPERATION IN ASSESSING THE EFFECTIVENESS OF THE TREATMENT AND REHABILITATION PROCESS AFTER ENDOPROSTHETICS OF LARGE JOINTS

The role of the internal picture of the disease and psychological ideas and attitudes in the process of treatment and rehabilitation is analyzed in patients with arthrosis of large joints. The results of a study include a comparison of characteristics of subjective expectations of patients from surgery at the preoperative stage and a subjective assessment of satisfaction with

the effectiveness of the treatment and rehabilitation process in the early postoperative period at the second stage of medical rehabilitation in patients after total knee and hip replacement.

Keywords: psychological attitudes, the internal picture of the disease, the expectation of patients from surgery, medical rehabilitation, clinical and psychological work.

Введение. В настоящее время эндопротезирование суставов является операцией выбора у пациентов с терминальной стадией артроза и с каждым годом мы видим увеличения количества таких операций [1]. Однако операция — это только первый этап лечения, после которого, согласно стандартам Fast Track, в первые сутки начинается период реабилитации, требующий активного участия самого пациента, понимания им своей роли, цели и задач реабилитационных мероприятий [2]. Современный подход к реабилитации пациента понимается не только как устранение непосредственно болезни и восстановление физических функций организма, а как системная деятельность, которая состоит в опосредовании через личность пациента лечебно-восстановительных воздействий и мероприятий, и направлена на улучшение качества жизни в условиях болезни, с учетом имеющихся ограничений [3]. Эмоциональное состояние, ожидание от операции и установки относительно реабилитационного процесса, его сроков и результатов, могут влиять на самочувствие пациента и адекватную оценку им своего состояния. Нереалистичность этих установок может приводить к неудовлетворенности пациентом результатами лечения.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 113 пациентов, которые были распределены в экспериментальные группы: первая группа: пациенты, ожидающие эндопротезирования тазобедренного сустава (ТЭТБС) — 26 человек и пациенты, ожидающие эндопротезирования коленного сустава (ТЭКС), — 30. Вторая группа: пациенты, которым было проведено ТЭТБС, — 27 человек и пациенты, которым было проведено ТЭКС, — 30 человек. Стоит отметить, что всем пациентам эндопротезирование суставов проводилось впервые. Средний возраст составил $64,02 \pm 8,5$ лет, из них 88 женщин и 25 мужчин. При поступлении пациенты первой группы

заполняли опросники: визуально-аналоговая шкала боли (ВАШ), госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), опросник ожиданий пациентов от операции эндопротезирования коленного сустава (Hospital of Special Surgery (HSS) Knee Replacement Expectations Survey), опросник ожиданий пациентов от операции эндопротезирования тазобедренного сустава (Hospital of Special Surgery (HSS) Hip Replacement Expectations Survey). Пациенты второй группы при поступлении на второй этап медицинской реабилитации заполняли опросники: визуально-аналоговая шкала боли, госпитальная шкала тревоги и депрессии, анкета оценки субъективной удовлетворенности эффективностью лечебно-реабилитационного процесса.

Результаты. Результаты анкетирования пациентов, ожидающих ТЭТБС, по опроснику ожиданий HSS Hip — 67,7 из 100 (чем выше балл, тем больше пациент ожидает получить в результате проведенной операции), HADS — тревога 7,4, депрессия 7,1. ВАШ — 4,5 балла. Результаты анкетирования пациентов, ожидающих ТЭКС, по опроснику ожиданий HSS Knee — 75 из 100, HADS — тревога 6,8, депрессия 5,9. ВАШ — 5,2 балла. Результаты анкетирования пациентов, которым было проведено ТЭТБС по анкете субъективной удовлетворенности 79 из 100 (чем выше балл, тем больше пациент удовлетворен полученными результатами), HADS — тревога 8,1, депрессия 6,3. ВАШ — 2,8 балла. Результаты анкетирования пациентов, которым было проведено ТЭКС по анкете субъективной удовлетворенности 68 из 100, HADS — тревога 9,0, депрессия 7,8. ВАШ — 5,1 балла. Согласно полученным данным пациенты, ожидающие ТЭКС, имеют более высокие ожидания от операции и более низкие показатели тревоги и депрессии, чем пациенты, ожидающие ТЭТБС, что может указывать на нереалистичность ожиданий от оперативного лечения и процесса восстановления. Болевой синдром пациентов по шкале ВАШ у пациентов, ожидающих ТЭКС выше, чем у пациентов, ожидающих ТЭТБС, что также может влиять на ожидания — пациенты скорее желают избавиться от боли, не обращая внимания на особенности послеоперационного периода. В раннем послеоперационном периоде второго этапа медицинской реабилитации пациенты с ТЭКС меньше удовлетворены результатами лечебно-восстановительного процесса и имеют

более высокие показатели тревоги и депрессии, чем пациенты после ТЭТБС. У пациентов после ТЭКС послеоперационная боль выше, чем после ТЭТБС, по характеру она отличается от боли свойственной артрозу, но вероятней всего не соответствовала ожиданиям пациента — полному избавлению от боли. Особенностью восстановительного периода после ТЭКС является ограничения сгибания в суставе, требующее активной разработки, тогда как у пациентов после ТЭТБС, наоборот, объем движений улучшается сразу. Относительно высокие показатели тревоги и депрессии у пациентов после ТЭТБС можно объяснить большим количеством ограничений жизнедеятельности на ранних этапах для профилактики вывиха. Таким образом полученные результаты можно объяснить не только соматическими причинами: выраженностью болевого синдрома, послеоперационной контрактурой и двигательными ограничениями после операции, но и представлениями и ожиданиями пациента, внутренней картиной болезни, а также эмоциональным состоянием.

Заключение. Клинико-психологическая модель сопровождения, основанная на индивидуальном подходе к пациенту, учитывающая его личностные особенности, психоэмоциональное состояние, значимые цели и объективные физические показатели, позволяет выстраивать процесс лечения и взаимодействие между пациентом и командой специалистов в направлении улучшения качества жизни и возвращения пациента к активной жизненной позиции.

Библиографические ссылки

1. Русскоязычная версия опросника ожиданий HSS Knee Replacement Expectations Survey: языковая и культурная адаптация / М. А. Черкасов, А. С. Ибиев, А. В. Сараев и др. // Вестн. травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. 2017. № 2. С. 17–21.

2. Ларина А. В., Григоричева Л. Г. Задачи клинико-психологического сопровождения в стационаре травматолого-ортопедического профиля // Advances of science Proceedings of articles II International scientific conference. 2017. С. 312–316.

3. Зинченко Ю. П., Первичко Е. И., Тхостов А. Ш. Методологические основы и задачи психологической реабилитации онкологических больных // Вестн. восстановит. медицины. 2014. № 5 (63).