

(улучшение на 22 %), чем при стандартном лечении. Под влиянием проводимого лечения наряду с регрессом кожных симптомов, зуда, нормализации сна, снижались расстройства регуляции вегетативной нервной системы.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, применение ТЭС-терапии в комплексном лечении атопического дерматита существенно, статистически достоверно повышает эффективность проводимой терапии, снижает констрикторные реакции эндотелия, понижает артериолярный тонус, что значительно влияет на восстановление кровоснабжения в пораженных тканях.

Проведенное исследование свидетельствует о значительных отклонениях в вегетативном статусе детей больных атопическим дерматитом, с преобладанием гиперсимпатикотонической реактивности (симпатического звена). ТЭС-терапия положительно влияет на вегетативные изменения, нормализуя вегетативный тонус, и может быть рекомен-

дована для комплексной терапии детей с атопическим дерматитом.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Вейн А. М. Заболевания вегетативной нервной системы. — М., 1993. — С. 58—66
2. Волчанский Е. И. // Пермский медицинский журнал (прил.). — 2008. — № 1 — С. 49—53.
3. Кательницкая Л. И., Хаишера Л. А. Функция эндотелия у больных артериальной гипертензией: Учебное пособие для врачей. — М., 2006.
4. Коровина Н. А. Гаврюшова Л. П., Творогова Т. М. и др. Вегетативные дистонии у детей: Пособие для врачей. — М., 2000. — С. 21—25.
5. Лебедев В. П. Транскраниальная электростимуляция. Т. 2. — СПб., 2005.
6. Перминова Е. В. Электромагнитные волны миллиметрового и инфракрасного диапазона в комплексном лечении атопического дерматита: автореф. дис. ... канд. — Томск, 2005. — С. 11—13.
7. Смолкин Ю. С. // Рос. вестник дерматологии и педиатрии. — 2000. — № 3. — С. 25—29.
8. Торопова Н. П., Синявская О. А. и др. Экзема и нейродермит у детей. — Екатеринбург, 1993.

**М. А. Чернявский, О. Г. Тетерин, М. Е. Волчанский, Д. А. Маланин**

Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии с курсом ФУВ, кафедра общей и клинической психологии ВолгГМУ

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С МАЛЫМИ ОСЕВЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

УДК 617.586-089.168.1:614.2

В статье приведены результаты сравнительного анализа психологических показателей и показателей качества жизни у 84 пациентов до и после оперативной коррекции малых деформаций голеней.

*Ключевые слова:* психологические показатели, качество жизни, оперативная коррекция малых деформаций голеней.

**M. A. Chernyavskiy, O. G. Teterin, M. E. Volchanskiy, D. A. Malanin**

## PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF REHABILITATION OF PATIENTS WITH SMALL AXIAL DEFORMITY OF LOWER EXTREMITIES

The article presents the results of a comparative analysis of psychological indices and life quality measuring of 84 patients prior to and after surgical correction of the shin-bones deformations.

*Key words:* psychology indices, life quality, surgical correction of the shin-bones deformity.

Косметическая коррекция формы ног в последние десятилетия вошла в число актуальных проблем эстетической хирургии. Наиболее распространенным показанием к оперативному вмешательству с этой целью является варусная деформация голеней. Малые осевые деформации в пределах 10—15° при нормальных пропорциях тела и

хорошо развитых мышцах можно рассматривать, с анатомической точки зрения, как вариант нормы, косметические недостатки данных пациентов трудно считать патологией в узко «ортопедическом» смысле этого слова и квалифицировать их как заболевание [1, 3]. Однако наличие даже легкой кривизны ног для многих лиц является причи-

ной тревоги, депрессии, стойкого социально-психологического дискомфорта. Пациенты обычно ожидают от устранения имеющихся косметических недостатков возможности существенно улучшить образ жизни. Это приводит к повышению ответственности врача за информированность больного и комплексные результаты проведенного вмешательства. Выполненная операция не решает, естественно, всех проблем личности, поэтому лечение данных пациентов должно включать предоперационную подготовку, направленную на уточнение психологического статуса пациента, формирование у него четкого представления о предстоящей операции и ее результатах, а также меры по послеоперационной психологической реабилитации [1, 5]. Обзор литературы обнаруживает единичные работы, посвященные проблеме комплексного подхода к реабилитации пациентов с деформациями нижних конечностей.

## ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Определить влияние психоэмоциональных особенностей личности на результат лечения пациентов с малыми осевыми деформациями нижних конечностей в ближайшем послеоперационном периоде.

## МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

В 2009—2010 гг. во втором ортопедическом отделении Городской клинической больницы № 3 Волгограда нами было произведено динамическое комплексное изучение качества жизни, эмоционально-личностных особенностей у 84 пациентов, обратившихся для коррекции осевых деформаций голени по косметическим показаниям, из них 82 пациента (97,6 %) — по поводу варусной деформации, 2 (2,4 %) — по поводу вальгусной. Лиц женского пола было 81 (96,4 %), мужского — 3 (3,6 %). Это свидетельствует о том, что для женщин проблема малой деформации нижних конечностей более значима. Возраст пациентов колебался от 16 до 40 лет, средний возраст (29,5 ± 4,78) лет. При поступлении в стационар у всех наблюдаемых помимо изучения стандартных анатомопараметрических и общеклинических данных исследовалось качество жизни с помощью адаптированного опросника Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ КЖ 100) [7, 9]. Одновременно с этим изучалась реактивная и личностная тревожность пациентов с помощью шкалы Спилбергера [2, 4, 8]. Для того чтобы оценить уровень депрессии, применялся тест Бэка [6]. Данный опрос проводился повторно через 10—14 дней после окончания этапной коррекции, выполняемой по методике, детально разработанной М. Ф. Егоровым [5], с использованием авторских аппаратов или аппаратов Г. А. Илизарова.

Результаты исследования качества жизни в динамике приведены в табл. 1.

ТАБЛИЦА 1

Качество жизни пациентов до операции и после окончания коррекции формы ног ( $n = 84$ )

Параметры качества жизни	До операции	После окончания коррекции
Психологическая сфера	11,45 ± 1,69	14,98 ± 0,81*
Физическая сфера	15,15 ± 1,76	13,45 ± 2,36*
Уровень независимости	16,89 ± 1,72	13,83 ± 2,07*
Социальные взаимоотношения	14,75 ± 2,50	14,81 ± 1,22
Общее качество жизни	14,80 ± 2,09	15,50 ± 1,62

\*Значимые различия ( $p \leq 0,05$ ).

Наибольшие изменения качества жизни выявлены в психологической сфере — отмечено достоверное улучшение. Снижение наблюдалось в физической сфере и в уровне независимости, что можно объяснить причинами, связанными с самой операцией и проводимым лечением: длительное пребывание в стационаре, наличие на нижних конечностях аппаратов внешней фиксации приводит к ограничению возможности передвижения, утомляемости, иногда и боли. Но ухудшение по данным показателям незначительно отразилось на общем показателе качества жизни пациентов.

Проведенные исследования реактивной и личностной тревожности до и после коррекции формы ног выявили снижение среднего уровня реактивной тревожности с высокого до умеренного (табл. 2).

ТАБЛИЦА 2

Средний уровень реактивной и личностной тревожности в динамике ( $n = 84$ )

Параметры тревожности	До операции	После окончания коррекции
Реактивная	49,15 ± 3,9	37,1 ± 3,47*
Личностная	52,9 ± 4,0	48,92 ± 4,37

\*Значимые различия ( $p \leq 0,05$ ).

Личностная тревожность — более инерционная психологическая характеристика, она изменилась в меньшей степени; несмотря на то, что ее среднее значение несколько уменьшилось, уровень остался высоким.

В зависимости от исходного уровня реактивной тревожности все пациенты были разделены на 3 подгруппы: с низким, средним и высоким уровнем. Изменения в этих подгруппах представлены в табл. 3, 4.

Исходно большинство пациентов (63,1 %) имели высокий и, в меньшей степени (36,9 %), умеренный уровень реактивной тревожности. Пос-

ле оперативной коррекции формы ног ситуация изменилась: наиболее многочисленной (71,4 %) стала подгруппа пациентов с умеренным, а следующая по числу (20,2 %) — с низким уровнями по данному показателю.

ТАБЛИЦА 3

**Динамика средних показателей реактивной тревожности в подгруппах**

Исходный уровень реактивной тревожности	Средний показатель в баллах	
	до операции	после окончания коррекции
Низкий	-	-
Умеренный (n = 31)	40,50 ± 2,77	32,60 ± 3,38 *
Высокий (n = 53)	54,20 ± 5,02	39,70 ± 3,53 *

\*Значимые различия (p ≤ 0,05).

ТАБЛИЦА 4

**Распределение пациентов в группах по уровню реактивной тревожности до и после коррекции**

Уровень реактивной тревожности	До операции		После окончания коррекции	
	количество пациентов	средний показатель в баллах	количество пациентов	средний показатель в баллах
Низкий	-	-	17	28,00 ± 0,79
Умеренный	31	40,50 ± 2,77	60	38,40 ± 1,59
Высокий	53	54,20 ± 5,02	7	48,00 ± 0,82

При изучении динамики среднего уровня депрессии получены результаты, приведенные в табл. 5.

ТАБЛИЦА 5

**Средний уровень депрессии в динамике (n = 84), p > 0,05**

Параметры депрессии	До операции	После окончания коррекции
Средний показатель	14,15 ± 7,86	8,68 ± 8,20

В зависимости от полученных результатов были выделены 4 подгруппы: с отсутствием депрессии, с легкой депрессией, со средним и высоким ее уровнем. Изменения в этих подгруппах представлены в табл. 6, 7.

ТАБЛИЦА 6

**Динамика средних показателей депрессии в подгруппах**

Исходный уровень депрессии	Средний показатель в баллах	
	до операции	после окончания коррекции
Депрессия отсутствует (n = 8)	1,00 ± 0,75	6,00 ± 0,76 *
Легкая депрессия (n = 17)	6,00 ± 0,61	4,00 ± 0,61 *
Средний (n = 23)	12,78 ± 1,35	3,13 ± 2,38*
Высокий (n = 36)	21,80 ± 3,46	15,03 ± 4,15 *

\*Значимые различия (p ≤ 0,05).

ТАБЛИЦА 7

**Распределение пациентов в подгруппах по уровню депрессии до операции и после окончания коррекции**

Уровень депрессии	До операции		После окончания коррекции	
	количество пациентов	средний показатель в баллах	количество пациентов	средний показатель в баллах
Депрессия отсутствует	8	1,00 ± 0,75	34	2,00 ± 1,23
Легкая депрессия	17	6,00 ± 0,61	12	6,00 ± 0,73
Средний	23	12,78 ± 1,35	31	12,00 ± 1,15
Высокий	36	21,80 ± 3,46	7	31,00 ± 0,58

Анализ динамики уровня депрессии в подгруппах продемонстрировал устойчивое и отчетливое его снижение после улучшения формы ног.

Однако была выявлена категория пациентов (7 человек, 8,3 %) с особо высоким уровнем исходной депрессии, 27 баллов и выше [среднее значение (28 ± 0,58) баллов], у которых после коррекции формы ног (анатомопараметрически успешной) этот показатель возрос до (31 ± 0,58) балла. Показатель качества жизни у них исходно был самый низкий, а улучшение его минимально: общий показатель не изменился, оставшись на уровне (11 ± 0,82) баллов, в психологической сфере оценка повысилась с (8 ± 0,82) до (12,6 ± 0,58) баллов. Уровни тревожности были самыми высокими: личностной — (60,1 ± 0,69) балла, без динамики, реактивной — снизился с (56,86 ± 0,69) до (48,10 ± 0,69) баллов, оставаясь тем не менее высоким.

Взаимосвязь уровня депрессии и качества жизни в динамике представлена в табл. 8.

Изучение качества жизни пациентов во взаимосвязи с уровнем депрессии до и после оперативной коррекции формы ног выявило наибольшее его улучшение в психологической сфере у пациентов с исходно высоким, средним и низким уровнями депрессии. Общее качество жизни в меньшей степени повысилось в подгруппе со средним уровнем. У части пациентов, исходно имевших высокие показатели качества жизни и отсутствие депрессии, после устранения имевшихся деформаций определено некоторое снижение качества жизни и появление легкой депрессии, связанных, по-видимому, с временным выпадением из привычного окружения и вынужденным изменением образа жизни. У другой части пациентов, имевших исходно особо высокий уровень депрессии, после коррекции формы ног улучшения психологического статуса не наступило, что говорит, скорее всего, о психологической неготовности данной части пациентов к оперативному изменению внешности.

ТАБЛИЦА 8

## Изменения показателей качества жизни в зависимости от исходного уровня депрессии

Исходный уровень депрессии	Отсутствует (n = 8)	Низкий (n = 17)	Средний (n = 23)	Высокий (n = 36)
Качество жизни до операции:				
- общее	17,00 ± 0,79	17,02 ± 0,33	14,22 ± 1,35	13,60 ± 2,06
- психологическая сфера	15,40 ± 0,24	11,20 ± 0,27	12,20 ± 0,34	10,21 ± 1,11
Качество жизни после окончания коррекции:				
- общее	15,00 ± 0,61 *	17,04 ± 0,33	16,0 ± 0,3 *	14,69 ± 2,07
- психологическая сфера	14,60 ± 0,32 **	15,40 ± 0,41 **	15,20 ± 0,36 **	14,70 ± 1,12 **

\*Значимые различия ( $p \leq 0,05$ ) общего качества жизни до операции и после коррекции;

\*\*значимые различия ( $p \leq 0,05$ ) психологической сферы качества жизни до операции и после коррекции.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, установлено, что подходить к реабилитации пациентов с болезнью «кривых ног» следует как к проблеме психосоматической.

Оперативная коррекция осевых деформаций нижних конечностей улучшает качество жизни большинства пациентов в ближайшем послеоперационном периоде в большей степени за счет психологической сферы.

При обращении пациента необходимо изучать его психологический статус (реактивную и личностную тревожность, уровень депрессии), определяя пороговые их значения, ниже которых, вероятно, косметологическая коррекция формы ног нецелесообразна.

Необходимо дальнейшее изучение личностных, психоэмоциональных и социальных особенностей пациентов с малыми деформациями нижних конечностей для формирования комплексного подхода к их реабилитации.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Артемьев А. А.* Эстетическая и реконструктивная хирургия нижних конечностей. — М.: ГЭОТАР — Медиа, 2008. — 248 с.
2. *Батаршев А. В.* Базовые психологические свойства и самоопределение личности: Практическое руководство по психологической диагностике. — СПб.: Речь, 2005. — С. 44—49
3. *Воробьев В. П.* Анатомия человека. — М.: Медгиз, 1932. — Т 1. — 702 с.
4. *Диагностики эмоционально-нравственного развития / Ред. и сост. И. Б. Дерманова.* — СПб.: Издательство «Речь», 2002. — С. 124—126.
5. *Егоров М. Ф.* Ортопедическая косметология. — М.: Издательский центр «Федоров», 2000. — 192 с.
6. *Ильин Е. П.* Эмоции и чувства. — СПб., 2001. — С. 505—507.
7. *Новик А. А., Матвеев С. А., Ионова Т. И.* // Клиническая медицина. — 2000. — № 2. — С. 10—13.
8. *Практикум по психологии состояний: Учебное пособие / Под ред. проф. О. А. Прохорова.* — СПб.: Речь, 2004. — С. 121—122.
9. *Aaronson N. K.* // Oncology. — 1988. — Vol. 69. — P. 76.