
А.В. ФОМИН

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И АДАПТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

УО «Витебский государственный медицинский университет»,
Республика Беларусь

В обеспечении благоприятного исхода лечения больных важная роль принадлежит коррекции нарушений процессов адаптации до операции и ранней диагностике патологических проявлений адаптационного синдрома в послеоперационном периоде. Наряду с центральной нервной системой, иммунной, нейроэндокринной и другими системами, определённая роль в обеспечении адаптации организма принадлежит психоэмоциональному состоянию. Роль и значение психологических особенностей пациентов в различных исследованиях трактуются по-разному и требуют дальнейшего анализа. Для улучшения результатов лечения больных хирургическими заболеваниями и разработки мероприятий повышения качества их жизни показатели психологического состояния должны учитываться на всех этапах реабилитации.

Ключевые слова: психоэмоциональное состояние, тест MMPI, адаптация, хирургические заболевания, качество жизни.

The impairment correction of the adaptation processes before surgeries and early diagnostics of pathological manifestations of adaptation syndrome in the post-operative period plays an important role in favorable outcome of patients' treatment. Psycho-emotional state also has certain significance in the adaptation security of the organism together with the central nervous system, immune, neuroendocrinal and other systems. The role and importance of psychological peculiarities of patients in various investigations are interpreted differently and demand further analysis. Indexes of psychological state should be taken into consideration to improve the results of treatment of the patients with surgical diseases and to work out actions directed to improvement of life quality.

Keywords: psychoemotional state, MMPI-test, adaptation, surgical diseases, quality of life.

Важная роль в реализации ответной реакции пациентов, перенесших тяжёлые стрессовые нарушения различного генеза, принадлежит их психоэмоциональному состоянию. Установлено, что проблемы ухудшения соматического состояния переселенцев из зоны аварии на ЧАЭС и её ликвидаторов в первую очередь отражали интенсификацию дезадаптационных процессов. Результатом этих процессов являлось снижение энергетического потенциала организма с системными и структурными изменениями [12, 22].

Больные с хирургическими заболеваниями находятся под влиянием стрессовой ситуации, обусловленной как патологическим процессом, так и операцией. Для оценки психоэмоциональных особенностей нами представлен анализ литературных данных и результаты собственных исследований 549 больных.

Связь показателей психоэмоционального состояния с системами, обеспечивающими гомеостаз, имеет сложный характер [25, 48]. Так, психосоциальные конфликты как вариант хронического психоэмоци-

онального стресса ведут к перевозбуждению гипоталамуса и лимбической системы, что вызывает повышение тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы, способствует массивному выбросу в кровь катехоламинов и гормонов коры надпочечников [1]. Известно о существовании зависимости секреторной активности симпатико-адреналовой системы от личностных характеристик субъекта и его актуального психического состояния. Повышение содержания адреналина в моче и крови отмечено при психоэмоциональном стрессе ожидания, избегания и тревоги, что имеет корреляционную связь с частотой поражения сердечно-сосудистой системы и другими нарушениями [23, 41]. У пациентов абдоминального хирургического отделения выявлена прямая корреляционная зависимость между уровнем тревожности и содержанием норадреналина в плазме крови. Выявлена и обратная корреляционная связь уровня тревоги с содержанием кортизола и адреналина [44]. Ряд исследователей отмечают, что для больных с высоким уровнем тревоги и депрессии характерно увеличение содержания кортизола, уменьшение концентрации трийодтиронина в сыворотке крови по сравнению с контрольными показателями [45]. Однако, по данным других авторов, связи между уровнем тревожности и содержанием кортизола в плазме крови не обнаружено. Также нет единого мнения о зависимости между уровнем тиреоидных гормонов, тревогой и депрессивным синдромом [22, 28, 34, 43].

Между нервной и иммунной системами связь двусторонняя [29]. Ответная реакция вследствие воздействия повреждающего фактора на организм в целом и на иммунную систему в частности зависит не только от силы и продолжительности этого воздействия, но и от общего состояния больного, уровня его метаболизма и исходной иммунореактивности. У лиц молодого

возраста на фоне длительно существующей неразрешимой психогении возникают нарушения вегетативного гомеостаза, характерные для хронического психоэмоционального стресса с истощением адаптационных возможностей организма, последующим снижением иммунной защиты и развитием опухоли [22, 29]. Установлено, что стрессовые воздействия вызывают множественные изменения в виде повреждений клеток головного мозга, особенно нейронов лимбической системы. При длительной и выраженной стресс-реакции происходит устойчивая и значительная деполяризация нейронов лимбико-ретикулярного комплекса с образованием генератора патологически усиленного возбуждения. Формирование этого генератора имеет значение в реализации универсального механизма развития патологического процесса и проявляется разнообразными психовегетативными нарушениями [22]. Исследование биоэлектрической активности головного мозга у лиц с посттравматическими расстройствами позволило выявить признаки дезинтеграции неспецифических структур центральной нервной системы. Эти изменения являются одной из причин дезорганизации функционирования ряда висцеральных систем [22].

Психологическая адаптация как составляющая гомеостатической регуляции может быть реализована на двух уровнях – бессознательном и осознанном [6]. Психологические механизмы обеспечивают необходимый уровень регулирования, осуществляемого физиологическими реакциями, и поддерживают или изменяют структуру гомеостаза. Выраженность, форма реакции, набор вовлеченных в неё механизмов отражают взаимодействие двух глобальных механизмов – физиологических, обеспечивающих постоянство внутренней среды, и психологических, направленных на минимизацию физиологических реакций при действии неблагоприятного фактора [4, 9,

21]. Актуальность проблемы психологической адаптации подчёркивается и ростом тревожных нарушений, они выявлены у 6,8% населения земного шара [20]. Различными вариантами тревожных состояний, высоким уровнем невротозов и депрессии, требующими коррекции страдают около 70% лиц с патологией желудочно-кишечного тракта [13, 51]. Доля пациентов с психогенно обусловленными невротическими расстройствами в общемедицинской практике составляет от 10% до 50% [33]. До 55% больных, обратившихся к врачам общей практики, имели психические расстройства с преобладанием депрессии, астении и нарушения адаптации с тревожным синдромом [52]. В США затраты на лечение депрессий равны затратам на лечение лиц, страдающих всеми сердечно-сосудистыми заболеваниями, и оцениваются на уровне 44 млрд. долларов в год [20].

Одной из частых причин пограничных нервно-психических расстройств, психосоматических заболеваний и депрессии является хронический стресс [7, 12, 22]. По окончании воздействия травмирующих факторов депрессия у человека не только сохраняется, но дополняется повышенной тревожностью и психомоторной заторможенностью [12]. При постоянно действующих стрессогенных факторах психологические нарушения могут продолжаться всю жизнь. Описано новое состояние – синдром хронической усталости, который характеризуется сильным утомлением в течение 6 месяцев и более, обычно следующим после инфекции, травмы или сильного стресса. В основе синдрома хронической усталости у большинства больных лежат иммунная дисрегуляция и нейровегетативные отклонения [31, 50]. Для пациентов с тревожным и депрессивным синдромом характерна высокая резистентность к лечебным воздействиям в целом. Отсутствие своевременной квалифицированной помощи при

тревожных и депрессивных расстройствах приводит к хронизации и усугублению тяжести состояния больных [45, 49].

Адаптационные возможности индивида обусловлены структурой его личности. Отсутствие приспособления хотя бы одной из сфер позволяет говорить о напряжении адаптации. Критерием эффективной или успешной адаптации надо считать наличие глубоких личностных контактов, широкий круг общения, соматическое благополучие, самостоятельность, социальную активность и относительную активность эмоциональной сферы [6, 16]. Критерием психологической дезадаптации является эмоциональный дискомфорт, высокий уровень ситуационной и личностной тревожности, выраженная невротизация и депрессия. Клиническая картина психической дезадаптации представлена в основном астенической симптоматикой различной степени выраженности [16]. Астенические нарушения сопровождаются физическими симптомами (головная боль, бессонница, усталость). Снижается социальный контроль с одиночеством и злоупотреблениями. Проявляются депрессивные настроения, аффективная подавленность, безысходность, разочарование, страх и безнадёжность. Оптимальность психической адаптации обусловлена благополучием всех без исключения систем организма, включая и биологический, и социально-психологический уровни функционирования [26].

Влияние психоэмоционального состояния на течение болезни описано со времён Гиппократата. Одним из первых заболеваний, в генезе которого выявлена важная роль психических факторов и стрессовых ситуаций следует назвать язвенную болезнь. Несмотря на разработанные стандарты, лечение больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки и в наше время представляет определённые трудности. Поскольку каждый человек «болеет по-

разному», для достижения хорошего эффекта важен учёт всего комплекса переживаний и ощущений больного, эмоциональных и интеллектуальных реакций на болезнь и лечение [33]. В результате патологического процесса у больных формируется так называемая внутренняя картина болезни, проявления которой зависят не только от внешних, но и от внутренних, субъективных моментов, от личности больного, от его эмоциональных переживаний. Внутренняя картина болезни у лиц с онкологическими заболеваниями проявляется увеличением частоты расстройств пищеварения, нарушениями функции сердечно-сосудистой системы, невротическими и психовегетативными изменениями во всех возрастных группах [10].

В абсолютном большинстве наблюдений у лиц с длительно протекающими болезнями, такими, как хронические рецидивирующие абсцессы, незаживающие раны и лихорадки неясного генеза, выявлены пограничные нервно-психические расстройства [30, 47]. Выявлена зависимость между индивидуальными физиологическими характеристиками и комплексом специфических личностных свойств. При эффективной психической адаптации у больных наблюдалась согласованность связей порога фрустрации с вегетативными и гуморальными коррелятами эмоционального напряжения. При нарушениях психической адаптации эта согласованность исчезала, а психосоматическая зависимость у пациентов усиливалась [3, 6].

Психотравмирующим действием обладает сам патологический процесс, длительность заболевания, дефицит информации о своём состоянии, недостаточно индивидуализированный подход к пациенту, отсутствие адаптивной эмоциональной поддержки [16, 19, 48]. Мощным психоэмоциональным фактором является оперативное вмешательство. Эмоциональным проявле-

ниям и психологическим нарушениям принадлежит важная роль и в симптомокомплексе боли [22]. Личность испытывает психическую нагрузку до тех пор, пока травма не будет успешно интегрирована. Причина в недостаточности «ЭГО» – защитных, адаптационных механизмов перед новым стрессором, что ведет к неспособности обработать, пережить появившийся опыт. Если человек находится в благоприятных условиях, вероятность справиться с травмой возрастает [22, 54]. Высокий уровень беспокойства и фрустрации до операции ухудшает процессы послеоперационного восстановления [53]. Неблагоприятное влияние на психоэмоциональное состояние оказывает длительный наркоз, он способствует угнетению когнитивных процессов, обладает психоповреждающим действием разной степени интенсивности, ведёт к росту числа осложнений [14]. У больных с постгипоксической энцефалопатией, независимо от причин ее возникновения, наблюдается накопление продуктов свободнорадикального перекисного окисления липидов, снижение активности супероксиддисмутазы, выраженные в разной степени нарушения свертывающей системы и реологических свойств крови [15, 22].

Успех лечения зависит не только от сложности манипуляций, но и от психоэмоционального состояния пациента, от квалификации врача и его умения индивидуально подойти к больному и от положительного воздействия на психоэмоциональную сферу пациента в процессе лечения [16, 36, 37, 42]. Как критерий оценки эффективности и качества медицинской помощи, то есть как «адекватность лечения», ВОЗ рекомендует использовать достижение приемлемого для больного уровня качества жизни. Качество жизни является интегральной оценкой хирургического лечения и вместе с тем позволяет оценить эффективность лечения по параметрам, которые на-

ходятся на стыке научного подхода хирургов и субъективной точки зрения пациентов [5, 8, 17, 24, 35, 39].

По результатам тестового психологического обследования после операций на сердце в раннем послеоперационном периоде отмечено снижение высших психических функций на 20–40% [2]. Астенический синдром можно считать наиболее распространенным симптомокомплексом, определяющим психопатологическую картину периода реконвалесценции у больных при большинстве соматических заболеваний [22]. Астения определяется сложным взаимным влиянием психогенных, личностных и соматогенных факторов и сопровождается нарушением нейроэндокринной и вегетативной регуляции физиологических функций с быстрым истощением функциональных и метаболических резервов, что существенно снижает устойчивость человека в экстремальных условиях [22]. Показано, что отрицательные эмоции и индуцируемые ими стресс-реакции при прочих равных условиях могут привести к фибрилляции сердца и внезапной смерти [23]. У 47% кардиохирургических больных до операции выявлена депрессия, а накануне выписки из стационара депрессия выявлена в 61% случаев, отмечен высокий уровень тревоги. Сохраняющиеся в течение длительного времени выраженные психологические нарушения являются одной из причин высокой смертности [46].

Эффективность результатов хирургического лечения снижают и так называемые поздние абдоминальные осложнения, диагностируемые после выписки из стационара [11,27]. Около 40% поздних осложнений – это гнойно-воспалительные процессы. Другая группа поздних осложнений – это болезни оперированных органов. По данным разных авторов, у 5 – 40% больных спустя несколько месяцев или лет после операции по поводу желчнокаменной

болезни развивается так называемый постхолецистэктомический синдром, патогенез которого сложен [39, 40]. Частота рецидивов язвы в отдаленном периоде после органосохраняющих операций составляет 8–20%, после резекции желудка 35 – 47%. Причиной рецидива язвенной болезни в 12,5% случаев является психоэмоциональный фактор [18, 26, 33].

У 62% воинов-интернационалистов после периода боевых действий выявлены признаки посттравматических стрессовых расстройств, которые сочетались с депрессивной симптоматикой, с другими психическими нарушениями и соматическими изменениями. Отмечена достоверная связь клинических проявлений и избыточных эрготропных сдвигов вегетативных показателей с уровнем психоэмоционального напряжения и степенью дисфункции неспецифических структур головного мозга. Важной частью клинической симптоматики ветеранов войны являлась высокая тревожность и депрессия [22]. Для определения состояния пациентов в отдаленные сроки после повреждений, полученных в период боевых действий, введено понятие «раневая болезнь». Вследствие патологической перестройки нервной системы и следующих за этим изменений запускается механизм угнетения иммунной системы. Так, инфекционные осложнения явились причиной 75% поздних летальных исходов раневой болезни, не обусловленных первичным поражением ЦНС [22].

Для объективной оценки характерологических особенностей личности мы применили адаптированный вариант Миннесотского многопрофильного личностного теста ММРІ. Тест ММРІ создан в 1941 – 1947 годах американскими психологами J. Mackinley и S. Hathaway [32]. На территории бывшего Советского Союза тест стандартизирован и валидизирован в конце 60-х годов [6, 32]. В тесте ММРІ представ-

лены 566 утверждений. Фактически смоделировано 566 ситуаций, и испытуемым предлагается выбрать тот или иной вариант реагирования на них. Результаты ответов оценивают по 10 основным шкалам, трём оценочным и отдельным дополнительным шкалам. Проверочные шкалы – L – (лжи), F – (достоверности) и K – (коррекции) – позволяют оценить надёжность полученных результатов. Десять основных шкал содержат информацию, отражённую в их названиях. Клинические названия базовых шкал следующие: 1 (Hs) – шкала ипохондрии, 2 (D) – депрессии, 3 (Hy) – истерии, 4 (Pd) – психопатии, 5 (Mf) – мужественности-женственности, 6 (Pa) – паранойи, 7 (Pt) – психастении, 8 (Sc) – шизофрении, 9 (Ma) – гипомании, 0 (Si) – социальной интроверсии. Психологическая интерпретация базисных шкал представлена следующим образом: 1 (Hs) – шкала невротического сверхконтроля, 2 (D) – пессимистичности, 3 (Hy) – эмоциональной лабильности, 4 (Pd) – импульсивности, 5 (Mf) – мужественности-женственности, 6 (Pa) – ригидности, 7 (Pt) – тревожности, 8 (Sc) – индивидуалистичности, 9 (Ma) – оптимистичности, 0 (Si) – социальной интроверсии. Показатели теста ММРІ в контрольной группе не превышают 56Т баллов [32].

Выполненное нами обследование 549 больных хирургического стационара показали, что у 92,9 % пациентов, страдающих желчнокаменной болезнью, обнаружены различной степени изменения психоэмоциональной сферы с высоким уровнем ипохондрии тревоги, негативизма, иррационализма, депрессии. Психоэмоциональные нарушения имеют место у 90,4% лиц, страдающих язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки [35, 36, 38].

Изменения связаны с характером патологического процесса, продолжительностью заболевания, наличием осложнений, сопутствующих болезней, возрастом боль-

ного. Высокая степень психологических нарушений является одним из факторов неустойчивости организма. После оперативных вмешательств на брюшной полости при развитии гнойно - воспалительных осложнений у пациентов выявлено повышение профиля ММРІ по шкале депрессии 2 (D) $67,42 \pm 9,72T$ ($p \leq 0,05$). При нарушениях со стороны сердечно-сосудистой системы у больных выявлены: высокий уровень ипохондрии 1 (Hs) $65,32 \pm 11,15T$ ($p \leq 0,05$); невротизация 3 (Hy) $58,41 \pm 9,75T$ ($p \leq 0,05$); ригидность установок 6 (Pa) $69,86 \pm 13,34T$; высокий уровень тревоги 7 (Pt) $66,86 \pm 9,36T$ ($p \leq 0,05$); ориентация на внутренние ощущения, а не на объективную оценку ситуации 8 (Sc) $72,55 \pm 12,49T$ ($p \leq 0,05$) и 0 (Si) $62,86 \pm 7,05T$ ($p \leq 0,05$). При осложнениях, обусловленных кровотечением, перитонитом, у пациентов отмечаются аффективная лабильность, вспыльчивость, усиление требовательности и агрессивность, направленные на преодоление возникшей ситуации с повышением профиля по шкалам 4 (Pd) $73,33 \pm 9,73T$ ($p \leq 0,05$); 6 (Pa) $71,33 \pm 8,59T$ ($p \leq 0,05$) и 9 (Ma) $70,17 \pm 11,69T$ ($p \leq 0,05$). По степени повышения профиля ММРІ в условиях психоэмоционального и операционного стресса нами выделены три варианта психологической адаптации: состояние дезадаптации, напряжение психологической адаптации и конструктивная психологическая адаптация. Установлено, что число осложнений после холецистэктомии у лиц с напряжением психологической адаптации (28,6%) и дезадаптацией (30,4%) выше, чем у пациентов с конструктивной психологической адаптацией (5%) $p \leq 0,05$. Больные с дезадаптацией и напряжением психологической адаптации составляют группу риска по развитию осложнений послеоперационного периода. При отсутствии реабилитационных мероприятий, по завершению стационарного лечения в 80,5% случаев диагностируется напряжение процес-

сов психологической адаптации. Астенические нарушения сохраняются у 96,1% пациентов после холецистэктомии и у 96,4% после резекции желудка [36, 37, 38].

Достижение высокого уровня качества жизни и реабилитация больных возможны при реализации системного подхода в лечении пациентов с оптимизацией процессов адаптации и их психоэмоционального состояния.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александр, Ф. Психосоматическая медицина: пер. с англ. / Ф. Александр. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. – 352 с.
2. Анализ психических функций у пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование / Н. Н. Малиновский [и др.] // Хирургия. – 2000. – № 7. – С. 17-22.
3. Ардашев, В. Н. Некоторые психовегетативные соотношения у больных ишемической болезнью сердца после аортокоронарного шунтирования / В. Н. Ардашев, Ю. В. Мандрикин, Ю. Н. Замотаев // Российские медицинские вести. – 1998. – № 3. – С. 87-89.
4. Бейтсон, Г. Экология разума / Г. Бейтсон. – М.: Смысл, 2000. – 476 с.
5. Белов, Ю. В. Качество жизни пациентов после хирургического лечения аневризм восходящей аорты / Ю. В. Белов, А. А. Караева // Хирургия. – 2005. – № 5. – С. 4-8.
6. Березин, Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф. Б. Березин. – Л.: Наука, 1988. – 270 с.
7. Борохова, И. А. Депрессии в общетерапевтической практике: новый взгляд на проблему / И. А. Борохова // Вестник Смоленской медицинской академии. – 2004. – № 5. – С. 88-91.
8. Ветшев, П. С. Изучение качества жизни пациентов после хирургического лечения / П. С. Ветшев, Н. Н. Крылов, Ф. А. Шпаченко // Хирургия. – 2000. – № 1. – С. 64-67.
9. Влияние активизации поведения в постреанимационном периоде на функциональные и морфологические характеристики мозга / А. М. Гурвич [и др.] // Анестезиология и реаниматология. – 1999. – № 1. – С. 37-40.
10. Внутренняя картина болезни онкологических больных / В. Ф. Березин [и др.] // Тез. докл. 1 съезда онкологов. – М., 1996. – С. 663.
11. Гарелик, П. В. Постхолецистэктомический синдром: теория и практика / П. В. Гарелик, И. Т. Цилиндзь // Тез. докл. 12 съезда хирургов Республики Беларусь. – Минск, 2002. – С. 90-91.
12. Динамика психической дезадаптации в условиях хронического стресса у жителей районов, пострадавших после Чернобыльской АЭС / Ю. А. Александровский [и др.] // Журнал неврол. и психиатр. им. Корсакова. – 1991. – Т. 91, № 12. – С. 3-6.
13. Дроздова, М. С. Психосоматическая ориентация и психотерапевтический подход в общей врачебной практике / М. С. Дроздова // Медицинские новости. – 2004. – № 1. – С. 11-16.
14. Егоров, В. М. Сравнительная характеристика психоповреждающего действия общей анестезии на основе фторэтана и кетамина после операций на лице у детей с врожденными расщелинами лица и нёба / В. М. Егоров, А. М. Вербук, В. М. Вербук // Анестезиология и реаниматология. – 1996. – № 6. – С. 31-33.
15. Интенсивная терапия постгипоксической энцефалопатии / В. В. Щуковский [и др.] // Анестезиология и реаниматология. – 1996. – № 3. – С. 40-43.
16. Кабанов, М. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / М. М. Кабанов, А. Е. Личко, В. М. Смирнов. – М.: Медицина, 1983. – 312 с.
17. Крылов, Н. Н. К методике оценки результатов операций на желудке / Н. Н. Крылов, М. И. Кузин // Хирургия. – 2000. – № 2. – С. 17-20.
18. Курбанов, Ф. С. Селективная проксимальная ваготомия в сочетании с дренирующими операциями при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / Ф. С. Курбанов, С. А. Асадов, Р. Р. Микаилов // Хирургия. – 2000. – № 7. – С. 37-40.
19. Маньков, Ю. У. Экспериментальная оценка адаптивных реакций человека в предоперационном периоде // Физиология человека. – 1989. – № 3. – С. 51-157.
20. Масштаб неврологических и психиатрических проблем в последнем десятилетии XX века и тенденции их будущего развития в свете статистическо-эпидемиологических данных ВОЗ // Журнал неврол. и психиатр. им. Корсакова. – 1999. – Т. 99, № 9. – С. 46-47.
21. Медведев, В. И. Взаимодействие физиологических и психологических механизмов в процессе адаптации / В. И. Медведев // Физиология человека. – 1998. – Т. 24, № 4. – С. 7-13.
22. Медицинская реабилитация раненых и больных / под ред. Ю. Н. Шанина. – СПб.: СпецЛит, 1997. – 960 с.
23. Меерсон, Ф. З. Адаптация к стрессорным ситуациям и физическим нагрузкам / Ф. З. Меерсон, М. Г. Пшенникова. – М.: Медицина, 1988. – 256 с.
24. Новик, А. А. Концепция и стратегия исследования качества жизни в гастроэнтерологии (обзор) / А. А. Новик, Т. И. Ионова, Н. Л. Денисов // Терапевтический архив. – 2003. – № 10. – С. 42-46.
25. Новиков, В. С. Коррекция функциональных состояний при экстремальных воздействиях / В. С. Новиков, Е. Б. Шустов, В. В. Горанчук. – СПб.: Наука, 1998. – 542 с.

26. Панцырев, Ю. М. Значение нарушений дуоденальной проходимости в хирургии пилородуоденальных язв / Ю. М. Панцырев, С. А. Чернякевич, М. В. Никитина // Хирургия. – 1985. – № 2. – С. 10-14.
27. Проблемы острого живота / А. Е. Борисов [и др.]. – СПб.: Полиграфическое искусство, 2003. – 174 с.
28. Радюк, О. М. Динамика содержания в крови кортизола, тироксина, трийодтиронина у пациентов с повышенными уровнями тревожности и депрессии в процессе комплексного лечения / О. М. Радюк // Здравоохранение. – 2000. – № 2. – С. 21-22.
29. Роль периферической нервной системы в реализации связи иммунной системы с мозгом / А. Д. Ноздрачев [и др.] // Российский физиологический журнал. – 2000. – Т. 86, № 6. – С. 728-742.
30. Светухин, А. М. Искусственно вызванные гнойные заболевания / А. М. Светухин, А. О. Жуков, Т. В. Бурилова // Хирургия. – 1996. – № 6. – С. 69-72.
31. Синдром хронической усталости: диагностика и лечение / под ред. Ю. В. Лобзина. – СПб.: СпецЛит, 2005. – 79 с.
32. Собчик, Л. Н. Стандартизованный многофакторный метод исследования личности СМИЛ / Л. Н. Собчик. – СПб.: Речь, 2001. – 218 с.
33. Тополянский, В. Д. Психосоматические расстройства / В. Д. Тополянский, М. В. Струковская. – М.: Медицина, 1996. – 384 с.
34. Фомин, А. В. Взаимосвязь показателей гормонального гомеостаза и психологического состояния больных при хирургических заболеваниях брюшной полости / А. В. Фомин // Вестник Санкт Петербургской Медицинской академии им. И. И. Мечникова. – 2006. – № 2. – С. 174-177.
35. Фомин, А. В. Психоэмоциональное состояние женщин при желчнокаменной болезни / А. В. Фомин // Журнал прикладной психологии. – 2006. – № 5. – С. 11-13.
36. Фомин, А. В. Анализ психоэмоционального состояния при хирургических заболеваниях брюшной полости / А. В. Фомин, Т. Е. Косарева, А. Ф. Вишневская // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2007. – № 1. – Прил. – Ч. 2. – С. 753.
37. Фомин, А. В. Динамика показателей функции сердечно-сосудистой системы и гемокоагуляции у женщин после холецистэктомии при нарушениях психологической адаптации / А. В. Фомин, А. Н. Косинец, О. П. Дорожкина // Казанский медицинский журнал. – 2007. – Т. 88, № 3. – С. 220-224.
38. Фомин, А. В. Психологические особенности и внутренняя картина болезни при хроническом холецистите / А. В. Фомин, А. Н. Косинец // Медицинская помощь. – 2006. – № 6. – С. 22-24.
39. Хирургический стресс при различных вариантах холецистэктомии / [и др.] // Хирургия. – № 3. – 2002. – С. 4-10.
40. Чернов, В. Н. Постхолецистэктомический синдром и его профилактика / В. Н. Чернов, В. Г. Химичев, Ш. А. Темчурин // Хирургия. – 1996. – № 6. – С. 57-60.
41. Шапкин, Я. В. Полиорганный недостаток в послеоперационном периоде / Я. В. Шапкин // Хирургия. – 1999. – № 12. – С. 46-49.
42. Экспресс диагностика психологического статуса больного в клинике терапевтической стоматологии / Ю. М. Максимовский [и др.] // Стоматология. – 1988. – № 1. – С. 24-26.
43. Anxiety and the dexamethasone suppression test monitored with saliva / B. Harris [et al.] // Biological Psychiatry. – 1989. – Vol. 27, N 7. – P. 698-704.
44. Anxiety, type A personality and endocrine responses to surgery / P. Salmon [et al.] // British Journal of Clinical Psychology. – 1989. – Vol. 28, N 3. – P. 279-280.
45. Clarke, D. M. Illness behaviour as a determinant of referral to a psychiatric consultation/liaison service / D. M. Clarke, I. H. Minas, D. P. McKensie // Australian & New Zealand J. of Psychiatry. – 1991. – Vol. 25, N 3. – P. 330-337.
46. Depression in male and female patients undergoing cardiac surgery / E. J. Burker [et al.] // British J. of Clinical Psychology. – 1995. – Vol. 34, N 1. – P. 119-128.
47. Derevenco, P. Stress assessment by means of questionnaires / P. Derevenco, G. Popescu, N. Delni // Rom. J. Physiol. – 2000. – Vol. 37, N 1-4. – P. 39-49.
48. Eberhart, L. H. Strategien zur Prophylaxe und Therapie der katabolen Stressantwort / L. H. Eberhart, Th. P. Schrickler // Anesthesiol. und Intensivmed. – 2006. – Т. 47, N 2. – S. 68-75.
49. Impact of chronic psychosocial stress on autonomic cardiovascular regulation in otherwise healthy subjects / D. Lucini [et al.] // Hypertension. – 2005. – Vol. 46, N 5. – P. 1201-1206.
50. Gonzalez, M. B. Neurobiology of chronic fatigue syndrome / M. B. Gonzalez, J. C. Cousins, P. M. Doraiswamy // Progr. Neuro-Psychopharmacol. and Biol. Psychiat. – 1996. – Vol. 20, N 5. – P. 749-759.
51. Quality of life in patients with upper gastrointestinal symptoms – as improved evaluation of treatment regimens? / E. Dimenas [et al.] // Scand. J. Gastroenterol. – 1993. – Vol. 28. – P. 681-687.
52. Ruiz, A. Prevalencia de trastornos psiquiatricos en un consultorio externo de medicina general / A. Ruiz, H. Silva // Revista Medica de Chile. – 1990. – Vol. 118, N 3. – P. 339-345.
53. Salmon, P. The reduction of anxiety in surgical patients: an important nursing task or the medicalization of preoperative worry? / P. Salmon // Int. J. Nurs. Stud. – 1993. – Vol. 30, N 4. – P. 323-330.
54. Wilson, J. P. Predicting post-traumatic stress disorders among Vietnam veterans / J. P. Wilson, G. E. Krauss // Post. Traumatic. stress disorder and the war veteran patient. – New York, 1985. – P. 102-147.

Поступила 13.11.2007г.