

<http://www.rg.ru>.

4. Стенограмма выступления Первого заместителя Председателя Правительства России Дмитрия Медведева на совещании руководства МВД России 29 февраля 2008 года [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.rost.ru>.

5. Штофф, В.А. Современные проблемы идеологии научного познания / В.А. Штофф. – М. : Знание, 1975. – 68 с.

6. Юридическая педагогика / под ред. В.Я. Кикотя, А.М. Столяренко. – М. : ЮНИТИ-ДАНА, 2004. – 526 с.

Контактная информация: gybakov_evgenii@mail.ru

УДК 159.9:61

ЭМОЦИОНАЛЬНО-НЕГАТИВНОЕ СОСТОЯНИЕ ТРЕВОГИ У БОЛЬНЫХ ГЕМОРРОЕМ В ПРОЦЕССЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Валентина Станиславовна Сачук, ассистент,

Санкт-Петербургская Государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова

Аннотация

В статье представлены результаты исследования эмоционально-негативного состояния тревоги у больных геморроем в ходе хирургического лечения.

Ключевые слова: геморрой, предоперационный период, послеоперационный период, тревога, ситуативная (реактивная) тревожность, состояние.

EMOTIONALLY - NEGATIVE CONDITION OF ANXIETY AMONG THE HAEMORRHOIDS PATIENTS DURING THE SURGICAL TREATMENT

Valentina Stanislavovna Sachuk, the assistant,

Saint-Petersburg State Medicine Academy named after I.I. Mechnikov

Annotation

The article presents the research results of the study of emotionally negative condition of anxiety among the patients with haemorrhoids during the surgical treatment.

Keywords: haemorrhoids, preoperative period, post operational period, anxiety, situational (reactive) anxiety, condition.

ВВЕДЕНИЕ

По данным литературы, геморроем страдает более 14% взрослого населения, а его удельный вес среди болезней прямой кишки составляет около 40%. При этом большинство пациентов являются людьми трудоспособного возраста [2]. Среди оперативных колопроктологических операций, геморроидэктомия прочно занимает первое место, составляя 29-33% от общего числа. Так как геморрой является хирургическим заболеванием, как правило, требующим оперативного вмешательства, его лечение сопряжено с травматическим воздействием предоперационного и послеоперационного эмоционального стресса. Основными проявлениями операционного стресса выступают эмоционально-негативные феномены, чаще всего тревога.

Изучению состояния тревоги в клинике внутренних болезней традиционно уделяется значительное внимание как зарубежными, так и отечественными исследователями. Ч.Д.Спилбергер использует термин «тревога» для описания субъективно неприятного эмоционального состояния, которое характеризуется субъективными ощущениями напряжения и ожидания неблагоприятного развития событий. Это состояние, по мнению автора, возникает в ситуации неопределенной опасности, угрозы и содержит в себе ожидание негативной оценки, восприятия отрицательного к себе отношения или угрозы своему самоуважению. В отечественной литературе тревога определяется как отрицательное эмоциональное состояние, направленное в будущее и возникающее в ситуациях неопределенности и ожидания с дефицитом информации и непро-

гнозируемым исходом, которое проявляется в «ожидании неблагоприятного развития событий» [4].

Состояние тревоги облегчает формирование целого ряда других негативных эмоций и обеспечивает, по мнению авторов, яркое проявление этих отрицательных эмоций, их значительную интенсивность в ответ на незначительные эмоциогенные раздражители. Центральный элемент тревоги представляет собой ощущение угрозы. «Состояние тревоги возникает, когда индивид воспринимает определенный раздражитель или ситуацию как несущие в себе актуально или потенциально элементы опасности, угрозы, вреда» [4].

Вопрос об операционном стрессе в частности, как предоперационном, так и послеоперационном, рассматривается во многих литературных источниках, но о проявлении одной из составляющей данного феномена – тревоги, у больных геморроем, находящихся в процессе хирургического лечения в отечественной литературе данных практически не встречается.

ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследовании принимали участие 40 больных (19 мужчин и 21 женщина) колопроктологического отделения г. Сестрорецка в возрасте от 28 до 69 лет. Обследование проводилось по следующей схеме:

1. Клинико-психологический метод, направленный на сбор психологического анамнеза, в виде беседы с пациентами и проведением структурированного интервью, направленного на оценку актуального эмоционального состояния [1].

2. Методика Ч.Д. Спилбергера, адаптированная Ю.Л. Ханиным, которая позволяет дифференцированно измерить тревожность как состояние, ситуативную (реактивную) тревожность (опросник А) и тревожность (опросник Б) как личностное свойство. В зависимости от задач исследования каждый из опросников можно применять самостоятельно либо оба вместе [3].

3. Тест цветовых выборов М. Люшера для оценки структуры эмоционального состояния в психическом статусе пациента на момент обследования [5].

Выбор методик исследования был обусловлен тяжестью соматического состояния пациентов, которое диктовало предпочтение наиболее простых для восприятия пациентов тестов с ориентацией на экспресс-диагностику. Вследствие простоты проведения и интерпретации методик они могли бы в дальнейшем быть рекомендованы врачам для оценки психического статуса пациентов. Данное исследование проводилось дважды: до операции, и на четвертые сутки после операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Метод клинической беседы позволил изучить особенности эмоционального реагирования на болезнь и предстоящее оперативное вмешательство. В ходе данного метода выяснилось, что больными преимущественно предъявляются жалобы на наличие тревоги и страха (95% случаев), навязчивых сомнений и опасений (84% случаев), вялость, слабость, раздражительность и расстройства сна в контексте астенических нарушений (79% случаев), а также чувство стыда перед медицинским персоналом и окружающими людьми (фактор «социальной непрестижности»), чувство вины за несвоевременное обращение за медицинской помощью (58% случаев). Большинство больных свои переживания связывают: с прогнозированием вероятности неопределенного исхода лечения (52% случаев), со страхом перед физической болью (94% случаев), со страхом смерти во время введения наркоза (12%).

Полученные с помощью клинической беседы результаты подтверждаются анализом данных экспериментально-психологического исследования с применением методики Ч.Д. Спилбергера, которые позволяют представить степень выраженности ситуативной (реактивной) тревожности у больных геморроем в предоперационном и послеоперационном периоде хирургического лечения, табл. 1.

Таблица 1

Уровень выраженности ситуативной (реактивной) тревожности в хирургическом лечении у больных геморроем по методике Ч.Д. Спилбергера

Период хирургического лечения	Низкая тревожность	Умеренная тревожность	Высокая тревожность
Предоперационный	7,5±0,2	40,0±0,2	52,5±0,3
Послеоперационный	15,0±0,2	55,0±0,4	30,0±0,3

Анализ данных, полученных при применении теста цветовых выборов М. Люшера в ходе исследования эмоционального состояния больных геморроем в процессе хирургического лечения, показал, что средние значения уровня тревоги по выборке составляли в предоперационном периоде 5,2±0,11 и послеоперационном периоде 3,2±0,16 (различия статистически достоверны; $p < 0,05$).

В предоперационном периоде выбор коричневого цвета на первой позиции свидетельствовал о переживании пациентами выраженного эмоционального напряжения, страха, которое оказывало астенизирующее воздействие на психику пациентов, проявляясь в разнообразных нарушениях вегетативной регуляции. На последней позиции наиболее часто оказывались черный и серый цвета (25% и 27,5%), что соответствовало нормативному выбору в ситуации отсутствия грубой аффективной патологии психического уровня. Кроме этого, на последней позиции оказались и основные цвета: желтый цвет (15%), красный цвет (12,5%), зеленый цвет (10%), синий цвет (5%), что означало дезактуализацию наиболее значимых в повседневных отношениях жизненных ценностей и целей, доминировании в момент исследования фиксированности на актуальной ситуации, которая приобретала, таким образом, все параметры психотравмирующей. В послеоперационном периоде при выборе цветов чаще всего на первой позиции оказывались желтый и коричневый цвета, предпочтение которых интерпретировалось как психологическая ориентированность на дальнейшую жизненную перспективу, а также указывало на выраженные признаки астении. Таким образом, анализ результатов, полученных по цветовому тесту М. Люшера, позволяет говорить о высоком уровне тревоги в предоперационном периоде хирургического лечения, требующем коррекции, и об умеренном уровне тревожной и астенической симптоматики в послеоперационном периоде хирургического лечения. Следует отметить, что результаты экспериментально-психологического исследования, проведенного с помощью методики Ч.Д. Спилбергера и цветового теста М. Люшера, подтверждались данными метода наблюдения и структурированного интервью, проведенного при работе с пациентами. Полученные в исследовании результаты позволяют высказать положение о значимости применения возможностей психологической коррекции в системе комплексной терапии и реабилитации пациентов с геморроем в процессе хирургического лечения, в частности, коррекции тревожных проявлений в предоперационном периоде и астенической симптоматики – в послеоперационном.

ВЫВОДЫ

1. Результаты исследования показали, что тревога, переживаемая пациентами до операции, характеризуется интенсивностью и широким диапазоном вовлеченности в целостную психическую деятельность больных, что, в частности, может приводить к эмоциональной дезорганизации психической деятельности и к астенизации, снижая адаптивные и компенсаторные возможности больных; после операции переживание ими тревоги приобретает конструктивный, мобилизующий, адаптивный характер.

2. Изучение личности больного и ее психоэмоционального состояния в процессе хирургического лечения возможно как в процессе прямого контакта врача и больного, так и с помощью экспериментально-психологических методов исследования. Знание психологических особенностей больных, в частности, одной из составляющих операционного стресса - тревоги, позиции больных по отношению к своему заболеванию и процессу лечения, является существенным фактором повышения эф-

фективности лечебного и реабилитационного процессов.

3. Психологическое сопровождение больных в процессе хирургического лечения в колопроктологической хирургии предполагает разработку дифференцированных лечебно-реабилитационных программ, учитывающих индивидуальное переживание пациентами широкого диапазона эмоций в процессе лечения, что обеспечивает научно обоснованную подготовку больных к оперативному вмешательству, позволяет прогнозировать течение заболевания в каждом конкретном случае.

ЛИТЕРАТУРА

1. Менделевич, В.Д. Клиническая и медицинская психология : практическое руководство / В.Д. Менделевич. – М. : Медпресс, 2001. – 592 с.
2. Морозов, В. Советы проктолога. Геморрой и запоры / В. Морозов, В. Савранский. – СПб. : Питер, 2001. – 224 с.
3. Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии / под ред. А.А. Крылова, С.А. Маничева. – СПб. : Питер, 2003. – 560 с.
4. Психотерапия : новейший справочник практического психолога / сост. С.Л. Соловьева. – М. : АСТ ; СПб. : Сова, 2009. – 704 с.
5. Собчик, Л.Н. Модифицированный восьмицветовой тест Люшера : МИВ – метод цветowych выборов / Л.Н. Собчик. – СПб. : Речь, 2002. – 112 с.

Контактная информация: vsachuk@yandex.ru

УДК 796.01:612

ВОЗМОЖНОСТИ СЦИНТИГРАФИИ МИОКАРДА В ОЦЕНКЕ АКТИВНОСТИ СИМПАТИЧЕСКИХ НЕРВНЫХ ОКОНЧАНИЙ В СЕРДЦЕ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

*Александр Сергеевич Свистов, доктор медицинских наук, профессор,
ФГУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ,*

*Алексей Сергеевич Солодков, доктор медицинских наук, профессор,
Национальный государственный университет физической культуры,
спорта и здоровья имени П.Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург,
(НГУ им. П.Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург),*

Константин Сергеевич Шуленин, кандидат медицинских наук, докторант,

Вячеслав Юрьевич Сухов, кандидат медицинских наук, доцент,

Константин Николаевич Ткаченко, адъюнкт,

*ФГУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ,
Санкт-Петербург*

Аннотация

Повышение активности симпатического отдела вегетативной нервной системы встречается при большинстве сердечно-сосудистых заболеваний. Для оценки патологических изменений в симпатических нервных окончаниях сердца может быть использована сцинтиграфия миокарда с ^{123}I – метайодобензилгуанидином. Захват и скорость вымывания ^{123}I – метайодобензилгуанидина ассоциированы с повышенной активностью симпатических нервных окончаний в сердце.

Ключевые слова: сцинтиграфия миокарда, ^{123}I – метайодобензилгуанидин, симпатическая нервная система, сердечно-сосудистые заболевания.