



Технологии восстановительной медицины и реабилитации в клинике

ОСОБЕННОСТИ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ЭТАПЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

УДК 616-08-035

**З.А.Афанасьева,
И.Ф.Сибгатуллина,
М.В.Федоренко**

Работа посвящена проблеме стрессоустойчивости больных раком щитовидной железы на этапе восстановительного лечения в отдаленный послеоперационный период. С помощью корреляционного анализа дается количественная и качественная сравнительная характеристика жизненных событий больных и здоровых людей.

Work is devoted to a problem stress – stability the sick and healthy person, its social adaptation. By means of the correlation analysis the quantitative and qualitative comparative characteristic of vital events of sick and healthy people is given.

Ключевые слова: стресс, социальная адаптация, стрессоустойчивость, корреляционный анализ, психологический тренинг.

У онкологических больных формируется и затем длительно поддерживается состояние хронического стресса [6,7]. Психологическая оценка личности больного может не только дать надежный прогноз эффективности применяемого лечения, но и позволяет предупредить формирование у больного неблагоприятных вариантов течения болезни, раннюю инвалидизацию [3].

Целью настоящего исследования, явилось изучение стрессоустойчивости больных раком щитовидной железы, находящихся на отдаленных сроках после радикального противоопухолевого лечения.

Основную группу составили 120 больных раком щитовидной железы на отдаленных сроках (2-4 года) после радикального лечения в Республиканском клиническом онкологическом диспансере МЗ Республики Татарстан, получающих терапию L-тироксином и не имеющих на момент исследования рецидива заболевания. Средний возраст пациентов составил $42,5 \pm 0,9$ лет. Контрольную группу (здоровые) составили 55 доноров Городской станции переливания крови. Средний возраст доноров составил $41,2 \pm 1,4$ лет. В основной группе 86% пациентов имели высшее или средне-специальное образование, в контрольной группе с высшим или средне-специальным образованием были 82% испытуемых.

Все испытуемые изучались с помощью психодиагностических опросников: СМОЛ (Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности) [4, 5], теста Ч.Д. Спилберга – Ю.Л. Ханина (шкалы личностной и реактивной тревожности) [5], опросника САН (самочувствие, активность, настроение), методики определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге [2]. Оценка взаимосвязи качественных признаков, наблюдаемых у пациентов и здоровых, проведена с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

Результаты исследования.

Корреляционный анализ показал, что у здоровых наблюдается одна обратная связь ($p < 0,016792$, $r = -0,324149$) показателя «стресс» методики определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге со шкалой истерии теста СМОЛ. Чем выше показатели стресса, тем ниже показатели шкалы истерии или эмоциональной лабильности, которая выявляет лиц, склонных к невротическим защитным реакциям конверсионного типа. Таким образом, здоровые адаптируются к стрессу адекватно.

У больных «стресс» методики определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге находится в обратной связи ($p < 0,0043$; $r = -0,380733$) со

шкалой настроения теста САН и коэффициентом К теста СМОЛ ($p < 0,011671$; $r = -0,478028$). Нами были найдены прямые связи: с «Личной тревожностью» Шкалы реактивной и личностной тревожности Спилберга – Ханина ($p < 0,007139$; $r = 0,505593$), со шкалой депрессии теста СМОЛ ($p < 0,00311$; $r = 0,547614$), со шкалой психопатии теста СМОЛ ($p < 0,013071$; $r = 0,471330$), со шкалой психастении теста СМОЛ ($p < 0,000722$; $r = 0,610386$), со шкалой шизоидности теста СМОЛ ($p < 0,000458$; $r = 0,627620$).

Выявленные взаимосвязи показывают, что чем хуже настроение у больного, тем выше показатель стресса. Прямая связь стресса и шкалы депрессии или пессимистичности показывает, что больные не способны принять решение самостоятельно, у них нет уверенности в себе, при малейших неудачах они впадают в отчаяние. Прямая связь стресса со шкалой психопатии или импульсивности свидетельствует о социальной дезадаптации в стрессовой ситуации. Прямые связи со шкалой психостаении и личностной тревожностью говорят о том, что больным свойственны тревожность, боязливость, нерешительность, постоянные сомнения в стрессовых ситуациях. Прямая связь стресса со шкалой шизоидности или индивидуалистичности показывает, что больные реагируют на стрессовые межличностные отношения повышенной чувствительностью с эмоциональной холодностью и отчужденностью.

Две независимые выборки больных и здоровых, сравниваемые критериями Стьюдента и Фишера по методике определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге, имеют достоверные отличия ($p = 0,047780$).

В группе здоровых средние значения стрессоустойчивости в пределах нормы, у них высокая сопротивляемость стрессу. В группе больных эти значения определяются как пороговые.

Количество выборов различных жизненных ситуаций у группы больных и группы здоровых были приведены к коэффициентам и построен график. На графике (рисунок 1) видно, что значения стрессоустойчивости отличаются не только количественно, но и качественно. Здоровые, в своем большинстве, выбирают такие события, как: встреча Нового года, отпуск (на графике у здоровых пик приходится на эти события), увольнение с работы, изменение финансового положения, смена работы и другие. У группы больных пики приходятся на такие события, как: смерть близкого члена семьи, травма или болезнь, женитьба детей, появление нового члена семьи, усиление конфликтных отношений с супругом, проблемы с родственниками мужа и другие. Можно сделать вывод, что у больных выбор попадает на хронические, затяжные, связанные с особенностями личности, жизненные события, в отличие от здоровых, чей выбор носит ситуативный характер.

К.П. Балицкий (1978) считает, что стресс нарушает функционирование эндокринной системы организма, вызывая устойчивое повышение концентрации гормонов, что может стимулировать рост опухолевых клеток. Им же отмечается, что размах физиологических реакций на психосоциальные стрессоры зависит от субъективной оценки значения события и структуры личности. Проведенный анализ взаимоотношений нейро- и психоэндокринных систем в организме человека позволяет предположить возможность контролировать стрессовое воздействие для гормонально-зависимых форм рака [1].

Больные раком щитовидной железы на отдаленных сроках после радикального противоопухолевого лечения, как показало исследование, сензитивны к ситуациям жизнедеятельности, вызывающим повышенное напряжение. У здоровых повышение стрессонаполненности жизни не сопровождается какими-либо деструктивными изменениями. У них увеличение количества напряженных жизненных ситуаций способствует снижению истеричности в поведении, что говорит об адекватном реагировании на стресс без «ухода в болезнь».

Как показало исследование, больным, излеченным от рака щитовидной железы, необходима психологическая

реабилитация. Согласно с мнением Р.В. Овчаровой и А.Н. Великолуга [6] о целесообразности психологического тренинга как одного из этапов социально-психологического сопровождения онкологического больного.

Таким образом, у больных, излеченных от рака щитовидной железы и находящихся в периоде стойкой ремиссии, снижена стрессоустойчивость, поэтому для возврата к активной, полноценной жизни, больные нуждаются в психокоррекционной помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балицкий К.П., Винницкий В.Б., Воронцова А.Л., Сопочинская Е.Б., Шуба Е.П. Механизмы противоопухолевой резистентности. 1978, 208 с.
2. Бурлачук Л.Ф. Словарь-справочник по психодиагностике/ Л.Ф.Бурлачук, С.М. Морозов // – СПб.: Питер Ком., 1999. – С.297,
3. Гульдан В.В., Назаренко Ю.В. Психологическая служба в системе здравоохранения: состояния и перспективы// Вопросы психологии. – 1991. - №3., С.5-9.
4. Зайцев В.П. Вариант психологического теста Mini-Mult. // Психол. журн. -1981. –№ 3. -С.118-123.
5. Кудряшов А.Ф. Лучшие психологические тесты для профотбора и профориентации (описание и руководство к использованию. – Петрозаводск: Петроком, 1992. – С.41-45, 75-82.
6. Овчарова Р.В., Великолуг А.Н. Психологический статус онкологических больных и проблемы их реабилитации // Паллиативная медицина и реабилитация. – 1997. - № 1. – С.26-30.
7. Stoll B.A. Is hope a factor in survival?-In: Mind and Cancer Prognosis/Ed. B.A. Stoll.-London: John Wiley. 1979.P.199

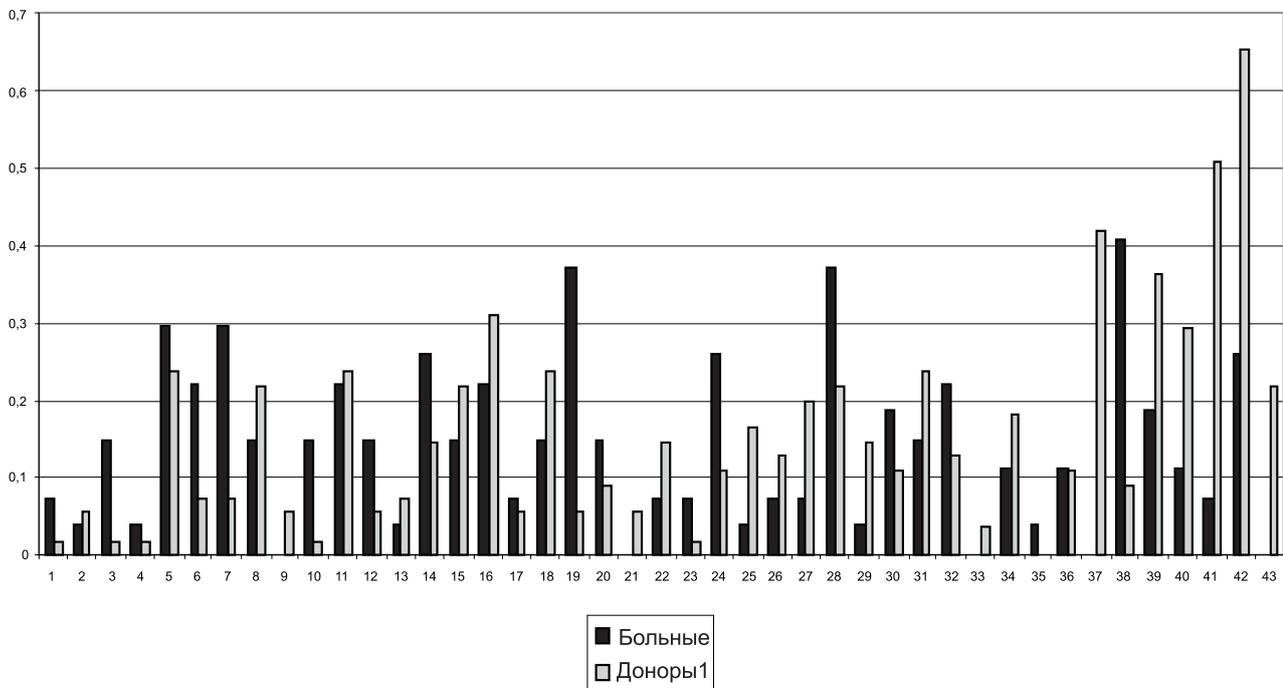


Рисунок 1. График различий в выборе произошедших жизненных событий больных и здоровых (доноров)

Примечание:

1. Смерть супруга, 2. Развод, 3. Разъезд супругов (без оформления развода), разрыв с партнером, 4. Тюремное заключение, 5. Смерть близкого члена семьи, 6. Травма или болезнь, 7. Женитьба, свадьба (собственная, детей или родителей), 8. Увольнение с работы, 9. Примирение супругов, 10. Уход на пенсию, 11. Изменение в состоянии здоровья членов семьи, 12. Беременность, 13. Сексуальные проблемы, 14. Появление нового члена семьи, рождение ребенка, 15. Реорганизация на работе, 16. Изменение финансового положения, 17. Смерть близкого друга, 18. Изменение профессиональной ориентации, смена места работы, 19. Усиление конфликтности отношений с супругом, 20. Ссуда или заем на крупную покупку (например, дома), 21. Окончание срока выплаты ссуды или займа, растущие долги, 22. Изменение должности, повышение служебной ответственности, 23. Сын или дочь покидают дом, 24. Проблемы с родственниками мужа, 25. Выдающееся личное достижение, успех, 26. Супруг бросает работу (или приступает к работе), 27. Начало или окончание обучения в учебном заведении, 28. Изменение условий жизни, 29. Отказ от каких-то индивидуальных привычек, изменение стереотипов поведения, 30. Проблемы с начальством, конфликты, 31. Изменение условий или часов работы, 32. Перемена места жительства, 33. Смена места обучения, 34. Изменение привычек, связанных с питанием с проведением досуга или отпуска, 35. Изменение привычек, связанных с вероисповеданием, 36. Изменение социальной активности, 37. Ссуда или заем для покупки менее крупных вещей (машины, телевизора), 38. Изменение индивидуальных привычек, связанных со сном, нарушение сна, 39. Изменение числа живущих вместе членов семьи, изменение характера и частоты встреч с другими членами семьи, 40. Изменение привычек, связанных с питанием (количество потребляемой пищи, диета, отсутствие аппетита и т. п.), 41. Отпуск, 42. Рождество, встреча Нового года, день рождения, 43. Незначительное нарушение правопорядка (штраф за нарушение правил уличного движения).

РЕЗЮМЕ

У больных, излеченных от рака щитовидной железы и находящихся в периоде стойкой ремиссии, снижена стрессоустойчивость, поэтому для возврата к активной, полноценной жизни, эти больные нуждаются в психокоррекционной помощи.

АБСТРАКТ

At the patients who are cured of a cancer of a thyroid gland and being in the period of proof remission, stability to stress, therefore for return to an active, high-grade life is lowered, these patients require the psychocorrectional help.

Keywords: stress, social adaptation, stability to stress, the correlation analysis, psychological training.

Контакты

Афанасьева Зинаида Александровна, д.м.н., доцент, ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию (ректор профессор К.Ш.Зыятдинов), г. Казань, ул. Муштари, д.11, тел. 8(843)238-54-13, z-afanasieva@mail.ru;

Сибгатуллина Ирина Фагимовна, д.п.н., профессор, Институт развития образования Республики Татарстан (ректор профессор Р.Ф.Шайхилесламов), г. Казань, ул. Б.Красная, д.68, оф.212, 8(843)236-67-88, dr-irena@yandex.ru;

Федоренко Марина Владимировна, старший преподаватель кафедры психологии, Татарский государственный гуманитарно-педагогический университет (ректор профессор Р.Р.Замалетдинов), г. Казань, ул.Татарстан, д.2, 8(843)292-08-02, fedorenko60@mail.ru. Gulic tam ternum vem quidit, vit, nontess ilistraecre teme es publius,

ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНЫХ ВОЛН КОНЦЕНТРИРОВАННОГО ИМПУЛЬСНОГО СВЕТА НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

УДК 616-08-035

Хамидова З. Н., к.м.н., доцент кафедры факультетской и госпитальной терапии

Тухтаев К. Т., ординатор аллергологического отделения.

Жабборова З. Б., старший преподаватель, ординатор пульмонологического отдела.

Бухарский государственный медицинский институт.

Бухарская областная клиническая больница №1. Узбекистан.

Введение.

Частота распространения бронхиальной астмы (БА) в последние десятилетия прогрессивно увеличивается во всех странах мира. Бурная эволюция этой патологии широко исследуется, но причины роста заболеваемости до сих пор окончательно не изучены и нуждаются в уточнении [3]. О тяжести процесса можно судить не только по симптоматике, но и по объективным показателям, отражающим легочную функцию. Исследования легочной функции имеют решающее значение для диагностики и оценки тяжести астмы. Также они позволяют произвести непрямую оценку гиперреактивности дыхательных путей [2,3]. Среди методов немедикаментозной терапии воздействующих на патогенетические звенья БА и механику дыхания особое место занимает фототерапия, а именно: применение электромагнитных волн импульсного концентрированного солнечного света (ИКСС) от аппарата «ГТУ-1». Учитывая, что ИКСС проводится только в ясные солнечные дни, разработана новая светолечебная установка «СЛУ-2» физикотехническим институтом АН РУз, позволяющая в любое время года и суток использовать электромагнитные волны концентрированного импульсного света (КИС) для лечения БА. Доказано противовоспалительное, противоотечное, спазмолитическое, обезболивающее действия ИКСС [1].

Целью данной работы явилась оценка динамики функциональных показателей дыхания после применения электромагнитных волн КИС у больных БА.

Материалы и методы исследования.

На базе БухГосМИ и НИИ УР и ФТ 1С РУз в отделении аллергологии было проведено обследование и лечение 40 больных с диагнозом БА I-II степени активности. Диагноз больных верифицирован современными методами исследования. Возраст больных варьировал от 20 до 65 лет. Все больные были разделены на 2 группы. I группу составили 20 больных, получавшие КИС на фоне базисной терапии, а II группу (контрольную) составили 20 больных, не получавшие КИС. Электромагнитные волны КИС с длиной волны видимых и инфракрасных лучей равной 600-2000 нм отпускали от аппарата «СЛУ-2» с частотой импульсов от 30

до 40 в минуту, воздействию лучей подвергалась область спины, проекция корней легких. Начинали с 6 минут, прибавляя по 2 минуты ежедневно, 1 раз в день, довели до 20 минут и затем уменьшали по 2 минуты, доводя до исходных 6 минут, на курс 14-16 процедур. Степень бронхиальной обструкции исследовалась методом спирометрии на приборе «Медикор» фирмы «Электромедика», а также измеряли пиковую скорость выдоха ежедневно утром и вечером индивидуальным пикфлоуметром. Изучали следующие показатели функции внешнего дыхания (ФВД): форсированную жизненную емкость легких (ФЖЕЛ), максимальную объемную скорость в бронхах крупного калибра (МОС 25), максимальную объемную скорость в бронхах среднего калибра (МОС 50), максимальную объемную скорость в бронхах мелкого калибра (МОС 75).

Результаты и обсуждение.

Уже к 3-4 дню лечения у пациентов, получавших КИС, отмечали положительную динамику: уменьшались кашель, одышка, улучшалось отхождение мокроты с дальнейшим прекращением их к концу курса лечения по сравнению с контрольной группой. Исходные показатели бронхиальной проходимости по данным пикфлоуметрии (табл.1) у больных БА в обеих группах были снижены по сравнению с должными величинами.

Таблица 1. Показатели пикфлоуметрии у больных БА в динамике лечения

Показатель	1 группа n-20		Должные величины	2 группа n-20		Должные величины
	До лечения	После лечения		До лечения	После лечения	
Пикфлоуметрии л/мин	348,0±5,6	428,4±3,3	434,4±2,2	330,4±6,2	370,0±3,3	424±1,8

Как видно из таблицы 1, динамические сдвиги показателей пикфлоуметрии наблюдались начиная со второй процедуры КИС достоверно улучшились, а в конце курса лечения приближались к должным величинам. Это сви-