

УДК 616.716 + 617.52]-089.168-084

© Л. І. Волошина, М. Г. Скікевич, В. М. Гаврильєв, Н. А. Соколова, І. В. Бойко
ДВНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Про необхідність урахування рівня тривожності пацієнтів для профілактики післяопераційних ускладнень в клініці щелепно-лицевої хірургії

У своїй роботі щелепно-лицевому хірургу часто припадає спілкуватися з пацієнтами, у яких крім значного больового синдрому визначається психоемоційне напруження, що підкріплене страхом перед хірургічними втручаннями на обличчі. Відомо, що певний відбиток на виникнення, перебіг та вихід захворювання накладає особистість пацієнта. Так, вважають, що ускладнення частіше виникають в осіб з лабільною психікою, для яких характерна наявність певних емоцій, зокрема тривожності. Певний рівень тривожності – природна та обов'язкова особливість діяльності особистості. Вирізняють особистісну

тривожність (стійка індивідуальна характеристика, котра виражає здатність людини до тривоги) та ситуативну, або реактивну тривожність (стан, що характеризується суб'єктивно переживаними емоціями). Вимірювання тривожності, як властивості особистості, ми вважаємо за доцільне, тому що вона визначає поведінку суб'єкта. Методика, запропонована Ч. Д. Спилбергером (Е. И. Рогов, 1996), дозволяє диференційовано вимірювати тривожність і як особистісну якість, і як стан. Шкала «прояву тривожності» (Manifest Anxiety Scale, MAS), запропонована Дж. Тейлор в 1953 р., дозволяє розрізнити осіб

з хронічними реакціями тривоги (J. A. Taylor, 1953). Люди з тривожністю, як рисою характеру, зазнають більшого впливу емоційного стресу, ніж ті, у кого тривожність виникає лише у небезпечних ситуаціях.

Ми обстежили 100 чоловіків у віці від 25 до 55 років з переломами кісток лицевого скелета (40 осіб), доброякісними пухлинами щелепно-лицевої локалізації (30 осіб) та сіалоаденітами різного генезу (30 осіб). Серед обстежених 15 (15 %) мали вищу освіту, 17 (17 %) – неповну вищу, 40 (40 %) – середню спеціальну освіту та 28 (28 %) середню освіту. Безробітні склали 32 % (32 особи).

Рівні тривожності за Ч. Д. Спілбергером та Дж. Тейлор вимірювали відразу після госпіталізації у відділення щелепно-лицевої хірургії Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М. В. Скліфосовського, а ситуативної – до операції та за 2 доби після операційного втручання.

Встановлено, що особистісна тривожність мала високий рівень у 27 осіб (27 %), середній – у 55 (55 %), низький – у 18 (18 %). До проведення операційного втручання в усіх хворих визначався високий рівень ситуативної тривожності $55,3 \pm 0,1$. На другу добу спостереження показник ситуаційної тривожності залишався дещо підвищеним ($47,1 \pm 0,2$). При обстеженні встановлено, що у хворих з високим рівнем особистісної тривожності та у 35 хворих з середнім рівнем особистісної три-

вожності (63,6 %) має місце коливання артеріального тиску в межах 10 – 15 мм рт. ст., пітливість або сухість долонь, зміна частоти пульсу, розлади сну та відсутність апетиту, періодичні кишково-шлункові розлади (пронос або закреп), що спонукало провести консультації у лікаря-невролога, який констатував наявність вегетативного неврозу. Ці ж пацієнти (62 особи) мали високий рівень тривожності ($37,50 \pm 0,5$) бала за шкалою Дж. Тейлор (41 особа – 66,1 %) та середній – ($16,87 \pm 0,5$) бала (21 особа – 33,9 %).

Ми не виявили кореляції між рівнем освіти та рівнем тривожності, а серед соціально дезадаптованих 18 осіб мали високий рівень особистісної тривожності та 24 – високий рівень тривожності за шкалою Дж. Тейлор.

Усі пацієнти отримували фармакотерапію згідно зі стандартами надання медичної допомоги. Однак в осіб з високим та середнім рівнем особистісної тривожності частіше виникали гнійно-запальні ускладнення (у 26 % випадків).

Таким чином, пацієнти з високим рівнем особистісної тривожності мали більший відсоток ускладнень, ніж з низьким. Наші спостереження переконливо доводять, що зазначеному контингенту пацієнтів слід проводити корекцію стану особистісної тривожності для профілактики запальних ускладнень у післяопераційному періоді.