

4. Мошкова Т. А., Олейник В. В. Способ пластики паховых грыж: пат. на изобретение РФ № 2300322 // Бюлл. — 2007. — № 16. — С. 23.

5. Славин Л. Е., Федоров И. В., Сигал Е. И. Осложнения хирургии грыж живота. — М., 2005. — 175 с.

6. Тимошин А. Д., Юрасов А. В., Шестаков А. П. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки. — М., 2003. — 143 с.

## РЕЗЮМЕ

С. В. Васильев, Т. А. Мошкова

**Модификация принципов протезирования брюшной стенки**

Опыт совершенствования хирургических приемов размещения и фиксации полипропиленовых сетчатых протезов оценен у 152 грыженосителей. Применение разрабо-

танных авторами способов позволило существенно снизить частоту послеоперационных осложнений и избежать рецидивов заболевания.

**Ключевые слова:** грыжи, полипропиленовые сетчатые протезы.

## SUMMARY

S. V. Vasiliev, T. A. Moshkova

**Modification of the principles of the ventral wall alloplasty**

The experience in modification of the surgical methods in implantation and fixation of the prostheses was estimated in 152 patients. Application of the author's methods significantly reduces postoperative complications and prevents hernia relapses.

**Key words:** hernia, polypropylene mesh prostheses.

© Коллектив авторов, 2014 г.  
УДК 616.34-002-003

**В. Л. Федорова, А. Ю. Барановский,  
О. Б. Щукина, Д. П. Петров,  
А. М. Сегаль**

## РОЛЬ ЗАЩИТНО-ПРИСПОСОБИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В МЕХАНИЗМАХ АДАПТАЦИИ К БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова, Санкт-Петербург

### ВВЕДЕНИЕ

Психосоматические аспекты изучения воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК), в частности, язвенного колита (ЯК) и болезни Крона (БК), остаются актуальными, несмотря на признание ведущей роли биологических факторов в происхождении этих заболеваний [1, 4]. Значение психологических переменных в этиологии ВЗК до сих пор остается спорным и рассматривается в основном как триггерное звено, однако их роль в возникновении рецидивов, резистентности к лечению и влияние в целом на процесс адаптации к заболеванию и его компенсации вполне очевидна [5, 6].

Сложность патогенеза, многообразие причин и взаимосвязанных факторов, действующих на разных уровнях, предъявляют к адаптационным ресурсам больного человека повышенные требования. Сам факт заболевания является мощным стрессором, подвергающим серьезному испытанию адап-

тационные ресурсы организма [5, 7]. В условиях хронического рецидивирующего заболевания особенно актуальной становится проблема адаптации к условиям личностно-средового взаимодействия и болезни в частности. Коморбидные нарушения могут оказывать негативное влияние на приспособительные реакции, что, в свою очередь, может отражаться на течении заболевания [2, 3]. В этой связи принципиальную значимость, помимо биологических составляющих, приобретают предпочитаемые пациентом способы совладания (копинг) со стрессом, механизмы психологической защиты (МПЗ), личностные особенности. Между тем типы защитно-приспособительного поведения, механизмы его формирования и влияния на характер течения ВЗК и адаптацию к болезни изучены недостаточно [1, 3].

**Цель исследования:** изучение структуры защитно-приспособительного поведения и адаптационных процессов во взаимосвязи с клиническими и индивидуально-личностными составляющими у больных с ВЗК.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Были обследованы 100 пациентов с ВЗК (48 мужчин, средний возраст — 41, 2±1,1 года; 52 женщины, средний возраст — 38,0±1,0 года) наблюдающихся в Городском центре диагностики и лечения воспалительных заболеваний кишечника на базе городской клинической больницы № 31 Санкт-Петербурга. ЯК и БК рассматривались согласно МКБ-10 как группа неинфекционных энтеритов и колитов. Основными критериями отбора больных были клинические характеристики: тяжесть течения, осложнения, частота рецидивов.

Обследование включало клиничко-лабораторное исследование, клиничко-психологическое интервью. Экспериментально-психологическая часть

проводилась с использованием следующих методик: «Невротические черты личности» (НЧЛ); «Уровень субъективного контроля (УСК)», «Индекс жизненного стиля» (ИЖС); «Способы копинга Лазарус (СКЛ)». Полученные в процессе исследования результаты обрабатывались с помощью программы «Statistica».

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Исследование индивидуально-личностных характеристик, приспособительного поведения и психической адаптации в группах больных, находящихся в стадии ремиссии, с легким, средним, тяжелым течением, больных с наличием/отсутствием осложнений, непрерывным, средним (1 – 2 раза в год) и редким (1 раз в 2 года и реже) рецидивированием показало умеренную степень невротических изменений личности у больных с ВЗК: «Неуверенность в себе» (НВС) ( $M = 38,0 \pm 1,2$ ); «Познавательная и социальная активность» (ПСА) ( $M = 55,2 \pm 0,1$ ); «Невротический сверхконтроль» (НС) ( $M = 24,8 \pm 1,2$ ); «Аффективная неустойчивость» (АН) ( $M = 24,9 \pm 1,2$ ); «Интровертированная направленность» (ИН) ( $M = 7,0 \pm 0,5$ ); «Ипохондричность» (И) ( $M = 27,7 \pm 0,2$ ); «Социальная неадаптивность» (СН) ( $M = 9,7 \pm 0,2$ ). Достоверные различия между группами не выявлены. При сравнении показателей невротических изменений личности в группах больных с непрерывным и редким рецидивированием отмечаются различия по шкалам: НВС ( $M = 48,3 \pm 1,4$ ;  $M = 34,1 \pm 1,3$  соответственно  $p < 0,05$ ); НС ( $M = 29,1 \pm 2,2$ ;  $M = 18,3 \pm 2,4$   $p < 0,05$ ); АН ( $M = 39,8 \pm 1,3$ ;  $M = 10,1 \pm 1,1$   $p < 0,001$ ); СН ( $M = 15,9 \pm 0,1$ ;  $9,7 \pm 0,2$   $p < 0,01$ ).

Обобщенной личностной характеристикой, оказывающей регулирующее влияние на аспекты поведения человека, является характеристика субъективного контроля над значимыми событиями, определяемая как локус контроля. В структуре локуса контроля у больных вне зависимости от тяжести заболевания был выявлен повышенный уровень интернальности по шкале «Интернальность в области неудач» (Ии) ( $M = 7,3 \pm 2,2$ ) и пониженный уровень

по шкалам «Интернальность в области достижений» (Ид) ( $M = 4,4 \pm 1,4$ ) и «Интернальность в области здоровья и болезни» (Из) ( $M = 4,3 \pm 1,2$ ). Достоверных различий между группами не выявлено.

У больных ВЗК с высокими значениями по шкалам НВС ( $M = 53,3 \pm 1,5$ ); НС ( $M = 51,1 \pm 2,2$ ); АН ( $M = 41,1 \pm 1,3$ ); СН ( $M = 25,9 \pm 0,1$ ), показатели интернальности имели пониженное значение по шкалам Ид ( $M = 4,8 \pm 1,2$ ); Ии ( $M = 4,3 \pm 2,2$ ); Из ( $M = 4,1 \pm 1,2$ ).

Корреляционный анализ локуса контроля и психопатологических изменений выявил умеренные высокие прямые корреляционные связи по многим межгестовым показателям. Сводная корреляционная матрица приведена в таблице.

Ослабление психического дискомфорта в рамках неосознаваемой деятельности психики происходит при помощи механизмов психологической защиты (МПЗ). У больных с различной клинической картиной выявлен широкий спектр напряженных психологических защит (ПЗ): «Регрессия» ( $M = 65,8 \pm 3,2$ ); «Реактивное образование» ( $M = 61,4 \pm 3,2$ ); «Отрицание» ( $M = 58,4 \pm 3,6$ ), «Вытеснение» ( $M = 51,5 \pm 3,3$ ). Выявлены различия напряженности ПЗ «Интеллектуализация» у больных с отсутствием/наличием осложнений ( $M = 57,5 \pm 2,9$ ;  $M = 47,1 \pm 3,3$   $p < 0,01$ ); у больных с непрерывным и умеренным рецидивированием ( $M = 46,6 \pm 3,7$ ;  $M = 52,2 \pm 3,1$   $p < 0,01$ ). Напряженность МПЗ, за исключением механизмов «Вытеснение» ( $r = 0,31$   $p < 0,01$ ) и «Проекция» ( $r = 0,30$   $p < 0,01$ ), отрицательно коррелирует с активностью патологического процесса, т. е. чем активнее процесс, тем в большей степени сужаются возможности использования МПЗ. Это сочетается с изменениями лабораторных и клинических показателей. При низкой степени активности/ремиссии болезни отсутствуют ПЗ «Отрицание», «Вытеснение», «Замещение», а в качестве основного механизма выступает «Проекция» 83,1%. Выявлена положительная взаимосвязь между выраженностью показателей черт личности и ПЗ «Регрессия» ( $r = 0,41$   $p < 0,001$ ), «Проекция» ( $r = 0,46$   $p < 0,001$ ). Пониженные показатели Ии ( $M = 3,3 \pm 1,1$ ) у больных с невротическими изменениями личности, прямо коррелировали с ПЗ «Замещение» ( $r = 0,36$   $p < 0,001$ ), «Проекция» ( $r = 0,38$   $p < 0,001$ ), «Вытеснение» ( $r = 0,35$   $p < 0,001$ ).

МПЗ тесно связаны с копинг-механизмами – стратегиями действий, предпринимаемых сознательно для преодоления негативных переживаний и решения проблем, связанных с ними.

Анализ результатов показал, что больные с ВЗК, вне зависимости от тяжести течения заболевания, ис-

Корреляционные показатели (r) шкал методики УС и НЧЛ

Шкалы УСК	Шкалы НЧЛ							
		НС	ПСА	НСВ	АН	ИН	ИП	СН
Ио	r	0,34	0,28	0,43	0,22	0,48	0,31	0,34
Ид	r	0,46	0,34	0,48	0,39	0,51	0,35	0,39
Ии	r	0,41	0,27	0,40	0,33	0,43	0,17	0,40
Ис	r	0,28	0,33	0,33	0,40	0,30	0,25	0,33
Ип	r	0,41	0,22	0,37	0,17	0,51	0,31	0,51
Им	r	0,36	0,38	0,32	0,24	0,34	0,31	0,34
Из	r	0,57	0,51	0,54	0,53	0,49	0,54	0,57

Коэффициенты корреляции определены на уровне статистической значимости:  $p < 0,05$ ;  $p < 0,001$ .

пользуют стратегии «Поиск социальной поддержки» (ПСП) — 53%; «Планирование решения проблемы» (ПРП) — 28%; «Самоконтроль» (СК) — 15%. В структуре стресспреодолевающего поведения больных, вне зависимости от тяжести течения и частоты рецидивирования заболевания, наибольшую выраженность имеют стратегии ПСП ( $M = 63,8 \pm 1,6$ ); ПРП ( $M = 62,5 \pm 1,6$ ); СК ( $M = 61,9 \pm 1,5$ ); «Дистанцирование» (Д) ( $M = 58,8 \pm 1,7$ ). У больных с тяжелым течением в структуре стресспреодолевающего поведения показатели стратегии ПСП ( $M = 59,4 \pm 5,1$ ) достоверно ниже ( $p < 0,001$ ), чем у больных в стадии ремиссии ( $M = 67,8 \pm 2,9$ ). Больные с наличием /отсутствием психопатологических изменений личности достоверно различаются в выраженности стратегий: «Бегство — избегание» (БИ) ( $M = 51,74 \pm 2,67$ ;  $M = 34,76 \pm 2,62$ ,  $p < 0,001$ , соответственно); «Конфронтация» (К) ( $M = 47,61 \pm 2,38$ ;  $M = 35,73 \pm 2,97$ ,  $p < 0,01$ , соответственно). Первая ранговая позиция определялась в стратегии ПСП ( $M = 67,19 \pm 2,8$ ), в то время как у больных с отсутствием невротических изменений в структуре копинг-поведения доминировала стратегия ПРП ( $M = 64,52 \pm 3,14$ ).

Полученные результаты характеризуют больных ВЗК как относительно самостоятельных, независимых, эмоционально стабильных людей. Утяжеление клинического течения заболевания у них ассоциируется с высокой аффективностью, низкой фрустрационной толерантностью и дезадаптивным поведением.

Экстернальность в отношении здоровья и болезни в группах больных ВЗК свидетельствует о наибольшей напряженности адаптационных механизмов именно в этой сфере. Эмоциональная неустойчивость, склонность к негативным переживаниям, социальная неуверенность как проявления повышенной невротизации личности оказываются более информативными предикторами выраженности экстернальности в отношении здоровья и болезни, чем объективная картина заболевания.

Повышенная напряженность большинства МПЗ у больных с ВЗК свидетельствует о наличии актуальной психотравмирующей ситуации и ее связи с заболеванием. Для больных характерно отрицание и вытеснение существующих проблем, что говорит о недостаточном осознании, принятии проблем и активном исключении из их сознания определенных событий и фактов. Если психотравмирующая ситуация осознается, то ее локализация приписывается вовне. Предпочитается интеллектуальный, лишенный эмоциональности способ преодоления фрустрирующей ситуации без ее анализа и переживания. Контроль эмоций и импульсов, зависимость от рациональной интерпретации приводит к тому, что больные «защищают» себя путем снижения значимости причин, вызвавших дискомфорт.

При утяжелении соматического состояния происходит снижение интеллектуального способа разрешения конфликта, тревога полностью не ассимилируется. Наличие психопатологических изменений снижает способность интеллектуального способа разрешения конфликта. Дезадаптированность характеризуется не столько отсутствием высокой напряженности «интеллектуализации», сколько сверхнапряженным использованием других МПЗ. Неприемлемые, вызывающие тревогу чувства, мысли, желания вытесняются в бессознательную сферу и, не находя разрешения в поведении, сохраняют свои эмоциональные и психовегетативные компоненты, воспринимаемые как внешне немотивированная тревога. Именно поэтому вытесненные влечения могут проявляться в невротических и психофизиологических реакциях.

Неуверенность в собственных силах формирует у больных зависимость от окружающих, потребность в безусловной опеке и поддержке, отказ от ответственности за преодоление трудностей, что выражается в доминировании стратегии «Поиск социальной поддержки». Копинг-стратегия «Конфронтация», определяющая усилия индивида по изменению ситуации, иногда принимающая агрессивные формы, мало типична для больных с ВЗК.

Наличие психопатологических изменений определяет формирование дезадаптивного поведения и соотносится у больных ВЗК с тенденцией к защитному уходу от трудностей, вызывающих эмоциональное напряжение и чувство беспомощности. Переживание собственной несостоятельности в преодолении проблемы, дефицит копинг-ресурсов способствуют использованию защитных механизмов, направленных на снижение тревоги.

Больные склонны принимать на себя вину за возникновение болезни либо иных трудностей, нуждаются в постоянной поддержке и одновременно склонны к импульсивным, агрессивным поступкам.

Редкое использование стратегии поиска социальной поддержки у больных с тяжелым течением заболевания ассоциировано с мотивационно-личностными изменениями на фоне хронической болезни, снижением уровня активности, инициативности.

В ходе исследования выявлены связи между общим состоянием здоровья (ремиссия или обострение), индивидуально-личностными особенностями и стратегией «Дистанцирование». Данная стратегия позволяет снижать субъективную значимость болезни и предотвращать интенсивность эмоциональных реакций на фрустрацию болезнью. Отрицательным влиянием в данном случае будет вероятность обесценивания собственных переживаний, недооценка значимости и возможностей действенного преодоления проблемной ситуации болезни.

Исследование механизмов защитно-приспособительного поведения у больных с ВЗК свидетель-

ствует об их системной взаимосвязи с клиническими, психосоциальными и индивидуально-личностными характеристиками и носит в основном проблемно-фокусированный характер. Невротические особенности личности у пациентов с ВЗК выступают единым комплексом, отражающим как нарушение психической адаптации, так и недостаточность адаптивно-компенсаторных механизмов и, в частности, совладающего со стрессом эмоционально-фокусированного поведения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Абабков В. А., Перре М. Адаптация к стрессу: основы теории, диагностики, терапии. — СПб.: Речь, 2004. — 166 с.
2. Аглер Г. Болезнь Крона и язвенный колит. — М., 2001. — 527 с.
3. Вассерман Л. И., Щелкова О. Ю. Медицинская психодиагностика: теория, практика и обучение. — СПб.: М., 2003.
4. Кабанов М. М. Реабилитация психически больных. — Л., 1985.
5. Семченко Е. В., Якубенко О. В., Семченко Л. Ю. и др. Особенность проявления психосоматического фактора у больных язвенным колитом // Актуальные вопросы внутренней патологии. — 2000. — № 5. — С. 113–115.
6. Maunder R. G. Evidence that stress contributes to inflammatory bowel disease: evaluation, synthesis, and future directions // *Inflamm. Bowel Dis.* — 2005. — № 11 (6). — P. 600–608.
7. Wasserman L. I., Trifonova E. A. Diabetes mellitus as a model of Psychosomatic and Somatopsychic interrelationships // *The Spanish Journal of Psychology.* — 2006. — № 9 (1). — С. 75–85.

## РЕЗЮМЕ

В. Л. Федорова, А. Ю. Барановский,  
О. Б. Щукина, Д. П. Петров, А. М. Сегаль

## Роль защитно-приспособительного поведения в механизмах адаптации к болезни у больных с воспалительными заболеваниями кишечника

У 48 мужчин и 52 женщин с воспалительными заболеваниями кишечника определены соотношения защитно-приспособительного поведения и уровня адаптационной активности, подтверждена необходимость их исследования с системных позиций адаптации человека. Выявлены взаимосвязи совладающих механизмов и механизмов психологической защиты с клиническими характеристиками заболевания. Выявлены отчетливые доминанты в структуре защитно-приспособительного поведения, свидетельствующие о напряженности механизмов адаптации при тяжелом течении заболевания и аффективной коморбидности, с тенденцией к истощению адаптивно-компенсаторных ресурсов.

**Ключевые слова:** психосоматические аспекты, воспалительные заболевания кишечника, способы совладания со стрессом, личностные особенности, адаптация к болезни.

## SUMMARY

V. L. Fedorova, A. U. Baranovsky, O. B. Shukina,  
D. P. Petrov, A. M. Segal

## The role of protective-adaptive behavior in mechanisms of adaptation to the disease in patients with inflammatory bowel diseases

Correlations of protective-adaptive behavior and the level of adaptation activity were determined in 48 men and 52 women with inflammatory bowel disease (IBD) and the necessity of this investigation from systemic positions of human adaptation was confirmed. Intercommunications of coping mechanisms and psychological protection ones with clinical characteristics of the disease were revealed. Distinct dominants in protective-adaptive behavior structure showing adaptation mechanisms tension in severe course of the disease and affective comorbidity with the tendency to the exhaustion of adaptive-compensatory resources were detected.

**Key words:** psychosomatic aspects, inflammatory bowel diseases, stress coping methods, personality, disease adaptation.

© А. К. Дулаев, А. Н. Цед, И. Г. Джусоев, 2014 г.  
УДК [616.718.4+616.718.56]-001.5

## А. К. Дулаев, А. Н. Цед, И. Г. Джусоев ПРИМЕНЕНИЕ ДАБИГАТРАНА ЭТЕКСИЛАТА (ПРАДАКСА®) У ПАЦИЕНТОВ С ЗАКРЫТЫМИ ДИАФИЗАРНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ БЕДРА И ГОЛЕНИ

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова; Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи имени И. И. Джанелидзе

В современной травматологии и ортопедии венозная тромбоземболия — одно из основных потенциально смертельных осложнений, в особенности

при операциях на длинных трубчатых костях конечностей. По данным Европейского консенсуса по профилактике венозных тромбоземболий, частота тромбоза глубоких вен (ТГВ) в популяции составляет 160/100 000 населения в год, при этом фатальная тромбоземболия легочной артерии (ТЭЛА) встречается в соотношении 60 на 100 000 населения в год [4, 5]. Среди пациентов травматолого-ортопедического профиля отмечается до 50 % венозных тромбоземболических осложнений [1]. Это связано с увеличением количества оперативных вмешательств, продолжительностью операций, их травматичностью и увеличением возраста оперируемых больных [2, 7]. Большинство флеботромбозов развивается в первые трое суток после травмы или операции. Осложнения, связанные с тромбозом проксимальных вен голени и бедра, могут приводить не только к летальному исходу (до 20 % случаев после хирургического лечения), но и, что не менее важно, к стой-