

УДК 616.126-008.331.1:159.923-039.76

РАССТРОЙСТВА ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА У БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

ГУ «Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности МЗО Украины», г. Днепропетровск

И. В. Дроздова, И. П. Куш, К. А. Суганяк

Резюме

Поширеність розладів депресивного спектру вивчена на 256 хворих із вродженими вадами серця у віддалений після оперативної корекції термін. При скринінгу легкий, помірний, виражений і важкий ступінь депресивних розладів виявлені серед цих пацієнтів відповідно в 17,2; 5,1; 9,0 і 3,1 % випадках. Психопатологічна діагностика показала, що у 86,3 % хворих з даною патологією були виявлені психічні та поведінкові розлади, і лише у 13,7 % вони не були виявлені. Афективні розлади зустрічалися в 25,0 %; невротичні, пов'язані зі стресом і соматоформні розлади – у 58,2 %; розлади зрілої особистості і поведінки у дорослих – в 3,1 % випадках. Зроблено висновок щодо необхідності вивчення психічних і поведінкових розладів у цих осіб, психотерапевтична корекція яких у значній мірі буде покращувати реалізацію програм реабілітації даного контингенту хворих.

Ключові слова: оперовані вроджені пороки серця, психопатологічна діагностика, розлади депресивного спектру.

Summary

The prevalence of depressive disorders spectrum was studied in 256 patients with congenital heart disease in the late period after surgery. When screening for mild, moderate, severe and severe depressive disorders identified in these patients, respectively, 17,2; 5,1; 9,0 and 3,1 % of cases. Psychiatric diagnosis showed that 86,3 % of patients with this disorder have been diagnosed with mental and behavioral disorders, and only 13,7 % were not identified. Affective disorders occurred in 25,0 %, neurotic, stress-related and somatoform disorders – in 58,2 %, disorders of adult personality and behavior in adults – in 3,1 % of cases. The conclusion about the necessity of studying mental and behavioral disorders in these individuals, psychotherapeutic correction which will greatly improve the implementation of rehabilitation programs for this group of patients.

Keywords: operated congenital heart disease, psychiatric diagnosis, depressive disorder spectrum.

В последние годы во всем мире неизмеримо возрос интерес к проблеме врожденных пороков сердца (ВПС), поскольку во многих странах они стали занимать одно из ведущих ранговых мест как в детской, так и во взрослой заболеваемости, инвалидности и смертности. По данным ряда авторов, распространенность ВПС в Украине достаточно высока и составляет 16,8–34,2%, по данным Европейского регистра распространенность ВПС достигает 15,4–45,8% [2,7–9,20]. ВПС – одна из наиболее распространенных патологий у детей, приводящая к формированию пси-

хологических проблем и, как следствие, ограниченной жизнедеятельности. Нарушения функционирования и ограничения жизнедеятельности у этих лиц возникают в результате нарушения трудоспособности, функций ориентации, физической независимости, мобильности, профессиональной подготовки, экономической самостоятельности; а также отражают степень адаптации индивида к условиям внешней среды.

Наличие ВПС является психологически сложной проблемой, которая препятствует нормальной адаптации ребенка и взрослого с данной патологией в обще-

стве. Чаще всего медики и психологи обращают внимание на интеллектуальное развитие, нарушения формирования высших психических функций у пациентов с ВПС [4, 5]. Однако изменения эмоционально-волевой, мотивационной и других сфер личности являются не менее значимыми в вопросах адаптации этой категории больных [11, 14, 15]. Эти нарушения приводят к формированию различных компенсаторных образований в структуре личности пациентов, которые в сочетании с поведением опекающих взрослых членов семьи позволяют организовать адекватное существование в социальной среде, однако не дают возможности эффективно реализовывать свой потенциал, осложняют или полностью препятствуют самостоятельной и полноценной деятельности.

Расстройства депрессивного спектра (РДС) являются одним из факторов риска у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы [11, 14, 15, 21, 24]. Депрессии ухудшают течение соматического заболевания, усложняют клиническую картину, ведут к повышению частоты обращений за медицинской помощью и существенно снижают приверженность к лечению [13, 14, 21, 24]. Между депрессивными расстройствами и заболеваниями сердечно-сосудистой системы существует определенная взаимосвязь. Выделяют четыре формы взаимодействия депрессии и соматических заболеваний: депрессия может проявляться в виде соматических расстройств (маскированные, соматизированные депрессии); депрессия как следствие соматического заболевания, например, инфаркта миокарда или инсульта; существование депрессии и соматического заболевания; некоторые лечебные средства (например, антигипертензивные препараты, кортикостероиды) могут способствовать развитию депрессии [3, 19]. Несмотря на то, что только клинически очерченные, типичные формы депрессии выявляются не менее чем у 12–25 % пациентов, обратившихся за помощью учреждения общесоматической сети, всего лишь у 10–55 % из них устанавливается правильный диагноз, но даже в этом случае лишь 13 % назначаются антидепрессанты [13, 14, 17,

21, 24]. Сложность диагностики депрессии можно объяснить существованием разных диагностических критериев и использованием большого количества методик, схожестью соматических заболеваний с депрессивными реакциями, которые бывают и в норме, а также другими причинами. В литературе широко освещена проблема депрессий при артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, инфаркте миокарда, однако распространенность и характер депрессивных расстройств у больных с ВПС изучены недостаточно [11, 13, 14, 121, 24].

Цель исследования: изучить распространенность и выраженность расстройств депрессивного спектра у больных с врожденными пороками сердца в отдаленные сроки после хирургических вмешательств.

Методы и объект исследования

Открытое контролируемое исследование, проводившееся на базе Государственного учреждения «Украинский Государственный НИИ медико-социальных проблем инвалидности МЗО Украины», после получения информированного согласия, охватывало 256 больных с ВПС; из них по 15 больных с открытым артериальным протоком (Q 25,0) и стенозом легочной артерии (Q 25,6), 49 пациентов с врожденными пороками развития сердечной перегородки (Q 21,0), 53 человека с тетрадой Фалло (Q 21,3), 61 больной с дефектом межпредсердной перегородки (Q 21,1) и 63 особы с коарктацией аорты (Q 25,1).

Диагноз ВПС устанавливали в соответствии с рекомендациями Украинского и Европейского обществ кардиологов [20, 23]. Кодирование заболевания проводилось в соответствии с Международной статистической классификацией болезней, травм и причин смерти (МКБ-Х) [12]. Дизайн исследования: критериями включения в исследование было наличие ВПС после хирургической коррекции, возраст от 18 до 50 лет; критериями исключения – наличие тяжелых резидуальных состояний или осложнений хирургической коррекции, необходимость повторного хирургического вмешательства, коморбидность с тяжелой сопутствующей патологией. Средними величинами у обследованных больных

ВПС были: возраст пациентов – $31,7 \pm 11,22$; время после хирургической коррекции – $15,9 \pm 10,04$; возраст, в котором им была проведена операция – $14,4 \pm 11,94$ года соответственно. Среди пациентов было 130 мужчин и 126 женщин. Группы были сопоставимы между собой и достоверно не отличались по возрасту по полу. Детальный анализ обследованного контингента, полная клиническая, социальная и медико-экспертная характеристики приведены в предыдущих наших работах [16].

Психопатологическая диагностика, согласно Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти (МКБ–10), базировалась на принципе соответствия выявляемых психических расстройств критериям объективности, репрезентативности и верифицированности, на субстратном и структурном анализе, диахронической структуре психических расстройств [1, 12].

Для изучения распространенности РДС использовали опросник депрессии Бека (Beck Depression Inventory) [6, 18]. Он состоит из 21 категории симптомов и жалоб, отобранных автором из числа наиболее значимых для клинической картины депрессивного состояния, и дает оценку настроению, пессимизму, чувству несостоятельности и вины, неудовлетворенности, ощущению, неизбежности наказания, отращению к самому себе, идеям самообвинения, суицидальным мыслям, слезливости, раздражительности, нарушениям социальных связей и сна, нерешительности, образу жизни, утрате работоспособности, утомляемости, утрате аппетита и либидо, потере веса, охваченности телесными ощущениями.

Интерпретация результатов производилась в соответствии с установленными значениями; наличие 0–9 баллов оценивалось как отсутствие депрессивных симптомов, 10–15 баллов – легкая депрессия (субдепрессия), 16–19 баллов – умеренная, 20–29 баллов – выраженная (средней тяжести), 30–63 баллов – тяжелая депрессия. Первая половина теста выделена как когнитивно-аффективная субшкала, вторая половина теста – как субшкала соматических проявлений депрессии. Анализ по до-

полнительным шкалам теста проводился только для пациентов с наличием расстройств депрессивного спектра.

Статистическую обработку проводили после создания компьютерной базы данных в Microsoft Excel и Access при помощи персональной ЭВМ с вычислением t-критерия Стьюдента для сравнения средних величин и критерия χ^2 для сравнения относительных величин [22].

Результаты и их обсуждение

Результаты анализа опросника депрессии Бека свидетельствовали о том, что у 34,4 % обследованных пациентов были выявлены РДС; у 17,2 % больных с ВПС выявлена легкая, у 5,1 % – умеренная, у 9,0 % – выраженная (средней тяжести), у 3,1 % – тяжелая депрессия. При этом, у 12,1 % больных с ВПС РДС существенно были выражены и требовали медикаментозной и психологической коррекции. Средний балл уровня депрессии по шкале Бека у больных с ВПС с РДС составлял $24,8 \pm 0,8$ балла, что соответствовало средней степени выраженности депрессивных симптомов.

Интерпретация вспомогательных шкал теста свидетельствовала о существенно более низком уровне оценки по когнитивно-аффективной субшкале ($1,5 \pm 0,1$) при выраженности симптомов по субшкале соматических проявлений депрессии ($1,9 \pm 0,1$ баллов соответственно), что могло быть свидетельством сильно развитых психологических защитных механизмов у данной категории больных. Их действие приводило к тому, что депрессивная симптоматика проявлялась через соматические симптомы, зачастую носила маскированный характер, а это в свою очередь препятствовало ее своевременному выявлению и коррекции.

Детальный анализ полученных результатов позволял проанализировать жалобы больных, составляющих симптомокомплекс выявленных РДС. Значительное число пациентов с ВПС, в отдаленные после оперативной коррекции сроки, предъявляли жалобы на нарушение сна и аппетита, потерю веса, раздражительность, утомляемость, головную боль, дискомфорт в области груди, снижение самооценки

и неуверенность, постоянную неудовлетворенность собой и происходящим в жизни.

О снижении настроения говорили 34,8 % обследованных, 28,5 % жаловались на периодически возникающие подавленность и тоску, тогда как 6,3 % – на постоянное чувство депрессии. Более половины больных (51,3 %) отмечали у себя пессимистичное настроение, 27,0% – испытывали растерянность по поводу будущего, 18,8 % – говорили о невозможности преодоления жизненных трудностей, 5,5 % – видели в будущем полную безнадежность. Практически такое же число пациентов с ВПС (49,6 %) жаловались на чувство несостоятельности, 28,5 % – говорили об огромном числе неудач в жизни, 17,2 и 3,9 % – отмечали незначимость жизненных достижений и полную несостоятельность в самореализации.

Неудовлетворенность собой и своим местом в социуме были у 14,9 % обследованных, большую часть времени чувство неудовлетворенности присутствовало у 10,9 %, отсутствие удовлетворенности вообще наблюдалось у 3,9 % больных с ВПС. Чувство вины испытывали 18,7 % лиц, периодически подавленность и тоска возникали у 12,1 %, постоянное чувство вины и ощущение никчемности – у 3,1 и 3,5 % пациентов. Страх неотвратимости наказания преследовал 32,3 % лиц с ВПС, страх происшествия чего-либо – 16,0 %, ощущение неотвратимости и необходимости наказания – 7,0 и 9,3 % больных. Отвращение к самому себе испытывали 5,9 % обследованных. Идеи самообвинения высказывали 14,5 %, критически воспринимали свои слабости и ошибки 5,5 %, обвиняли себя в большом количестве недостатков и во всем плохом, что могло произойти в жизни 5,9 и 3,1 % больных. Суицидальные мысли высказывали 11,4 %, отмечали наличие таких мыслей, но не желали это делать 5,5 %, а 5,9 % пациентов испытывали ощущение, что лучше умереть.

На возможность легко заплакать жаловались 29,2 %, склонность к слезливости была у 11,3 %, постоянную слезливость отмечали 7,4 %, но о ее отсутствии, даже когда хочется плакать, говорили 10,5 %

обследованных. Раздражительность была присуща 42,6%, частая – 30,5 %, постоянная – 6,6 %, апатия – 5,5% лиц с данной патологией. О нарушении социальных связей говорили 13,6%, уменьшении интереса и его полной утрате к людям – 4,3 % и 2,7% больных. Нерешительность, как черта характера, была характерной для 23,9 %, частая нерешительность отмечалась у 14,1 %, сложность принять решение без посторонней помощи – 9,8 % пациентов. Обеспокоенность своим внешним видом была присуща 8,2 % больным, страх непривлекательности – 9,0 % соответственно.

Снижение работоспособности отмечали 45,4 %, о необходимости затраты дополнительных или даже значительных усилий при выполнении работы говорили 31,3 и 14,1 % обследованных. Жалобы на нарушение сна предъявляли 66,2%, непривычную усталость по утрам отмечали 16,4 %, сон был нарушен в течение 2-х и более 3-х часов у 18,8 и 31,0 % больных с ВПС. На утомляемость жаловались 56,2 %, более быстрое ее наступление было характерно для 40,2 %, а утомляемость от любого дела – у 16,0 % пациентов. Утрата аппетита была присуща 76,5%, снижение аппетита отмечали 49,2%, частичную и полную его утрату – 27,0 и 6,6 % опрошенных; 14,0 % отмечали потерю веса: 7,0 % – 2-х кг, 3,9 % – 4-х кг, 3,1 % – 6 кг веса соответственно.

Охваченность телесными ощущениями отмечали 23,0 %, обеспокоенность ими – 13,3 %, концентрацию на них – 6,6 %, полную охваченность ими – 3,1 % больных. Об утрате либидо говорили 12,1 % обследованных, 7,0 % отмечали частичное, 3,1 % – значительное, 2,0 % – полную утрату половой активности.

Анализ полученных результатов позволил констатировать, что РДС у больных ВПС развивались в двух направлениях: по типу реакции отказа и реакции капитуляции, с явным преобладанием последних. А. Б. Смулевич в своих работах показывал, что депрессии протекающие по типу реакции отказа, являются одним из проявлений защитного пассивно-оборонительного (избегающего) поведения с отказом от притя-

заний, проявляються потерей инициативы с принятием позиции стороннего наблюдателя и уклонением от деятельности [21]. При этом больные ощущают беспомощность, несостоятельность и стремятся уклониться от жизненных невзгод. В качестве предрасполагающего фактора рассматриваются признаки расстройства личности по типу «зависимых». Черты зависимости могут представлять собой выражение не только конституционально-личностного склада, но и быть приобретенными, являясь одним из проявлений соматической патологии. В любом случае личность больных характеризуется пассивностью, подчиняемостью, беспомощностью, непереносимостью ситуаций увеличения ответственности, необходимости проявления инициативы.

Депрессии по типу реакции капитуляции формируются, как правило, в ответ на увеличение психоэмоциональной нагрузки, связанной с выполнением новых, непривычных видов деятельности, возрастанием требований, нарушением отношений созависимости [21]. В картине болезни в таком случае преобладают идеи самообвинения, чувство несостоятельности, собственной беспомощности, неблагоприятного разрешения предстоящих событий, неизбежности грядущего краха, к которым присоединяются нарушения сна и аппетита, тоска, раздражительность, чувство слабости, повышенная утомляемость.

Клинически у больных с ВПС в отдаленные после хирургической коррекции сроки выявлялись психические и поведенческие расстройства, которые существенно ограничивали жизнедеятельность и ухудшали их качество жизни [10].

Психопатологическая диагностика свидетельствовала, что у 86,3 % больных с ВПС определялись психические и поведенческие расстройства: аффективные расстройства (расстройства настроения) – в 25,0 % (легкий депрессивный эпизод (F32.0) – в 10,9 %, дистимия (F34.1) – в 89,1 %); невротические расстройства, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства – в 58,2 % (смешанное тревожно-депрессивное расстройство, F41.2 – в 14,1 %, неврастения (F48.0) – в 61,7 %,

ипохондрическое расстройство (F45.2) – в 24,2 %); расстройства зрелой личности и поведения у взрослых – в 3,1 % (тревожное (уклоняющееся) расстройство личности (F60.6) – в 100,0 % случаев. И только у 13,7 % пациентов не выявлялись психические и поведенческие расстройства.

Дистимия была выявлена у 14,4 % больных ВПС. У этих лиц заболевание возникло вслед за аффективным эпизодом, и в течение нескольких лет наблюдалось хроническое субдепрессивное настроение. Соотношение между отдельными фазами легкой депрессии и периодами нормального состояния варьировало в широких пределах, существенным было наличие периодов постоянного или рецидивирующего депрессивного настроения длительностью не менее двух лет. Промежуточные периоды нормального настроения обычно длились несколько недель; эпизодов гипомании не было. В течение этих двух лет периодически возникали эпизоды выраженной депрессии, когда у больных отмечались снижение энергии и активности; бессонница, утрата уверенности в себе или чувство неполноценности; затруднение концентрации внимания; слезливость; утрата интереса к сексу или способности получать от него наслаждение, снижение приверженности к обычным видам деятельности, чувство безнадежности или отчаяния, неспособность справляться со своими повседневными обязанностями, пессимистический взгляд на будущее или мрачные размышления о прошлом, социальная отгороженность, снижение разговорной активности.

Смешанное тревожно-депрессивное расстройство было диагностировано у 8,2 % пациентов с данной патологией. У этих больных тревога вызывалась только определенными ситуациями или объектами, которые не представляли опасности, в связи с чем, они избегали таких ситуаций или переживали при них страх. Иногда внимание больных концентрировалось на соматических симптомах (сердцебиении, ощущении дурноты, головокружении), беспокойство часто сопровождалось страхом смерти, и даже мысль о возможности осложнений вызывала тревогу пред-

восхищения. В клинической картине у этих больных присутствовали симптомы тревоги и депрессии, но отчетливо доминирующими не были ни те, ни другие.

Легкий депрессивный эпизод встречался у 10,5 % обследованных больных. У этих лиц наблюдались постоянно сниженное настроение, падение энергетического потенциала и ослабление активности, была утрачена способность испытывать чувство радости. Характерны были раннее пробуждение и усиление депрессии по утрам, выраженная психомоторная заторможенность, потеря аппетита, массы тела, сексуального влечения. Больные, несмотря на постоянно сниженное настроение, продолжали свою обычную деятельность и справлялись со всеми обязанностями. Патологически выраженное депрессивное настроение не зависело от обстоятельств, сохранялось на протяжении большей части суток и продолжалось не менее двух недель.

Основными симптомами данного расстройства, помимо плохого настроения, были снижение интереса к профессиональной или повседневной деятельности, утрата способности получать от нее удовольствие, снижение энергии и повышение утомляемости при умственных и физических усилиях, заниженная самооценка и потеря уверенности в себе, беспричинное самопорицание и неадекватное чувство вины, повторяющиеся мысли о смерти либо суицидное поведение, ухудшение способности к концентрации внимания, нерешительность и колебания.

Неврастенией страдали 35,9 % больных ВПС. Это расстройство проявлялось у обследованных пациентов в двух формах. У одних больных ведущими были жалобы на повышенную утомляемость при умственных нагрузках, которая снижала их профессиональную продуктивность или ухудшала способность справляться с повседневными задачами. Проявления умственного утомления обычно связывались с неприятными вмешательствами, отвлекающими ассоциациями или воспоминаниями, затруднением сосредоточения и общей неэффективностью мышления. Других больных в большей степени беспо-

коили физическая слабость, истощение при малейшем усилии, мышечная боль; невозможность расслабиться. Все больные неврастенией жаловались на головокружение, головные боли, напряжения и чувство общей неустойчивости, озабоченность в связи с умственным и соматическим неблагополучием, раздражительность, ангедонию, подавленное настроение и тревогу, нарушения сна. Сильную умственную либо физическую усталость им не удавалось облегчить посредством отдыха или развлечений.

Осмотр и результаты функциональных исследований не показали наличия у больных неврастенией клинически значимых признаков органического поражения центральной нервной системы.

Ипохондрическое расстройство было выявлено у 14,1 % больных ВПС. Эти лица были уверены в наличии у них тяжелого соматического заболевания с прогрессирующим течением, постоянно предъявляли множество соматических жалоб. Нормальные или совершенно заурядные ощущения и явления они часто истолковывали как патологические и неприятные, причем обычно фокусировали внимание на нескольких больных органах. Упорная убежденность в своих соматических заболеваниях и поиск соответствующих симптомов, постоянная озабоченность возможным уродством или деформацией вызывали постоянный дискомфорт или препятствовали нормальной жизнедеятельности, вынуждали больных обращаться за медицинской помощью к различным врачам или добиваться проведения дополнительных обследований.

Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности диагностировано у 3,1 % наших больных. Эти пациенты постоянно ощущали напряженность, их преследовали тяжелые предчувствия, они не были уверены в своей безопасности и в своем положении, чувствовали себя неполноценными. При этом ощущали острую потребность нравиться другим людям, очень хотели быть принятыми ими, болезненно переживали отверженность и критику. Они ограничивали количество личных привязанностей и избегали определенных видов

деятельности из-за того, что считали опасными заурядные повседневные ситуации. Для этих больных были характерны постоянные внутренние переживания и их поведение существенно отклонялось от «нормального» в данной социальной среде. Это проявлялось в характере восприятия и интерпретации различных явлений, людей и событий, в формировании отношения к самому себе и к окружающим, а также образа своего «Я» и образов других людей, в эмоциональном контроле над импульсивностью и стремлением к удовлетворению потребностей, в манере установления связей с другими людьми и способах регулирования межличностных отношений.

Отклонения в поведении заключались в том, что оно было дезадаптивным, негибким в широком диапазоне личностных и социальных ситуаций, и оставалось таким, начиная с молодости. Эти больные постоянно ощущали напряженность и испытывали тяжелые предчувствия, были убеждены в своей неприспособленности к жизни, социальной неадекватности, непривлекательности или неполноценности по сравнению с другими, постоянно озабочены возможностью стать объектом критики или оказаться отвергнутым в социальных ситуациях. Они старались не вступать в контакт с людьми, если были не уверены в их позитивном отношении, ставили себе определенные ограничения в жизни, чтобы, как они считали, обеспечить физическую безопасность, избегание социальной или профессиональной активности.

Полученные результаты свидетельствовали о том, что при скрининговом исследовании с использованием опросника депрессии Бека РДС встречались у 34,4 % больных с ВПС. Легкая, умеренная, выраженная и тяжелая степени депрессивных расстройств выявлены среди пациентов ВПС соответственно в 17,2; 5,1; 9,0 и 3,1 % случаев.

Углубленная психопатологическая диагностика показала, что у 86,3 % больных с данной патологией были диагностированы психические и поведенческие расстройства, и только у 13,7 % такая патология не выявлена. В отдаленные после хи-

рургической коррекции сроки у больных с ВПС аффективные расстройства встречались в 25,0 % (легкий депрессивный эпизод – в 10,5 %, дистимия – в 14,4 %); невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства – в 58,2 % (смешанное тревожно-депрессивное расстройство – в 8,2 %, неврастения – в 35,9 %, ипохондрическое расстройство – в 14,1 %); расстройства зрелой личности и поведения у взрослых – в 3,1 %, тревожное (уклоняющееся) расстройство личности – в 3,1 % случаев. И только у 13,7 % обследованных не были выявлены психические и поведенческие расстройства. Наиболее распространенным из них была неврастения, которой страдали 35,9 % больных; наименее редко встречалось тревожное (уклоняющееся) расстройство личности – у 3,1 % пациентов.

Дальнейшие клиничко-психопатологические исследования у больных с ВПС должны ориентироваться на разработку клинических, психопатологических и психологических маркеров прогноза, нозологическую и типологическую дифференциацию психических и поведенческих расстройств, поиски дальнейших путей адекватной организации лечебно-диагностического процесса.

Литература

1. Березин Ф. Б. Методика многостороннего исследования личности (в клинической медицине и психогигиене) / Ф. Б. Березин, М. П. Мирошников, Р. В. Рожанец. – М.: Медицина, 1976. – 175 с.
2. Бокерия Л. А. Сердечно-сосудистая хирургия (2001). Болезни и врожденные аномалии системы кровообращения / Л. А. Бокерия, Р. Г. Гудкова. – М.: Изд-во НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, 2002. – 245 с.
3. Десятников В. Ф., Сорокина Т. Т. Скрытая депрессия в практике врачей. – Минск: Вышэйш. шк., 1981. – 240 с.
4. Дроздова И. В. Психологические особенности больных с оперированными врожденными аномалиями сердца / И. В. Дроздова, Е. М. Лысунец // Межд. мед. журнал. – 2010. – № 3. – С. 6–11.
5. Дроздова И. В. Личностные особенности больных с оперированными врожденными пороками сердца / И. В. Дроздова, Е. М. Лысунец, С. М. Мороз // Межд. мед. журнал. – 2010. – № 4. – С. 8–10.
6. Елисеев О. П. Практикум по психологии личности / О. П. Елисеев. – СПб.: Питер, 2005. – 509 с.
7. Зиньковский М. Принципы лечения детей с врожденными пороками сердца / М. Зиньковский,

В. Лазоришинец, Н. Руденко // Доктор. – 2003. – № 2. – С. 23–25.

8. Коваленко В. Н. Некоронарогенные болезни сердца / В. Н. Коваленко, Е. Г. Несукай. – К.: Морион, 2001. – 480 с.

9. Кнышов Г. В. Сердечная хирургия: задачи и перспективы / Г. В. Кнышов // Доктор. – 2003. – № 2. – С. 9–11.

10. Лисунець О. М. Оцінка якості життя хворих із вродженими вадами розвитку системи кровообігу у віддалений після хірургічної корекції термін / О. М. Лисунець, І. В. Дроздова, І. Я. Ханюкова // Запор. мед. журнал. – 2011. – № 4. – С. 32–35.

11. Марута Н. А., Мороз В. В. Невротические депрессии (клиника, патогенез, диагностика и лечение). – Харьков: Арис, 2002. – 144 с.

12. Міжнародна статистична класифікація хвороб (МКХ-10): короткий адаптований варіант для використання в Україні (в трьох розділах). – К., 2007. – С. 307.

13. Михайлов Б. В. Проблема депрессий в общесоматической практике / Б. В. Михайлов // Межд. медицин. журн. – 2003. – № 3. – С. 22–27.

14. Мішиєв В. Д. Сучасні депресивні розлади / В. Д. Мішиєв. – Львів: МС, 2004. – 208 с.

15. Подкорытов В. С. Депрессии. Современная терапия / В. С. Подкорытов, Ю. Ю. Чайка. – Х.: Торнадо, 2003. – 350 с.

16. Проблемні питання медико-експертної та реабілітаційної допомоги хворим з уродженими вадами серця / О. М. Лисунець, І. Я. Ханюкова, І. В. Дроздова [та ін.] // Укр. вісник медико-соціальної експертизи. – 2012. – № 2 (4). – С. 26–31.

17. Психотерапия / [Б. В. Михайлов, С. И. Табачников, И. С. Витенко и др.]. – Х.: Око, 2002. – 768 с.

18. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методы и тесты: [уч. пособие] / Д. Я. Райгородский. – Самара: БАХРАХ, Москва, 2002. – 172 с.

19. Роль и место медицинской психологии в системе медицинской помощи населению / В. В. Кришталь, Б. В. Михайлов, Н. А. Марута [и др.] // Мед. психология. – 2006. – Т. 1, № 1. – С. 3–9.

20. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування кардіологічних хворих / За ред. В. М. Коваленка, М. І. Лутая, Ю. М. Сіренка. – К.: Морион, 2011. – С. 407.

21. Смулевич А. Б. Депрессии в общей медицине. / А. Б. Смулевич. – М.: МИА, 2001. – 253 с.

22. Статистична обробка даних / В. П. Бабак, А. Я. Білецький, О. П. Приставка, П. О. Приставка. – К.: МІВВЦ, 2001. – 388 с.

23. ESC Guidelines for the management of grown-up congenital heart disease (new version 2010). The Task Force on the Management of Grown-up Congenital Heart Disease of the European Society of Cardiology (ESC) / H. Baumgartner, P. Bonhoeffer, N. De Groot [et al.] // Eur. Heart J. – 2010. – Vol. 31 (23) – P. 2915 – 2957.

24. Zellweger M., Osterwolder R., Langewitz W., Pfisterer M. Coronary artery disease and depression // Europ. Heart. Journal. – 2004. – Vol. 25(1). – P. 3–9.



УДК 616.126-008.331.1:159.923-039.76

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАЩИТНЫЕ МЕХАНИЗМЫ И ИХ ЗНАЧИМОСТЬ В ФОРМИРОВАНИИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ

И. В. Дроздова, В. В. Храмова, К. А. Суганяк

ГУ «Украинский Государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности МЗО Украины», г. Днепропетровск

Резюме

Вивчено психологічні механізми захисту та види реагування на захворювання у хворих із вродженими вадами серця у віддалений після оперативних втручань термін. Виділені значущі психологічні показники для оцінки стану цих пацієнтів. Неадекватне ставлення до хвороби у виді сенситивного, егоцентричного, неврастенічного, паранояльного та ейфоричного типів реагування, які спостерігались у 85,5 % хворих; «заперечення» та «регресія», як провідні механізми психологічного захисту, що притаманні 78,9 % пацієнтам, були значимими чинниками їх психологічної дезадаптації. Зроблено висновки щодо