

УДК: 616.126-008.331.1:159.923-039.76

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ АНОМАЛИЯМИ СЕРДЕЧНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ В ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ СРОКИ

И. В. Дроздова, Е. М. Лысунец, И. Я. Ханюкова, Ю. В. Ткаченко,
А. В. Танцура, И. Н. Зубко, А. В. Фурса, И. П. Куш, К. А. Суганяк

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

Резюме

Вивчено особистісні особливості хворих із вродженими вадами серця у віддалений після оперативних втручань термін. Виділено найбільш значущі психологічні показники для оцінки стану цих пацієнтів. Зроблено висновок стосовно дезадаптивного характеру формування структури особистості, що значною мірою буде заважати реалізації програм реабілітації цього контингенту хворих.

Ключові слова: *вроджені вади серця, особистісні особливості, обмеження життєдіяльності.*

Summary

The personal characteristics of patients with congenital heart disease in remote period after surgery were studied. Most significant psychological markers to assess these patients highlighted. Conclusion about the desadaptive nature of the formation of personality structure that will greatly hinder the implementation of rehabilitation programs for these patients done.

Keywords: *congenital heart diseases, personality features, disability.*

Врожденные пороки сердца (ВПС) – это аномалии клапанов, отверстий или перегородок между камерами сердца и сосудов, которые нарушают внутрисердечную и системную гемодинамику, что в дальнейшем приводит к развитию острой или хронической сердечной недостаточности [4, 5, 6]. В Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти (МКБ-Х) выделены: врожденные пороки развития клапанов сердца, сердечной перегородки, легочного, трехстворчатого, аортального и митрального клапанов, больших артерий и вен, другие врожденные пороки развития сердца [7]. Если состояния гемодинамических и сосудистых нарушений у данной категории больных изучены достаточно хорошо, то психологическим проблемам, которые возникают перед этими лицами в разные возрастные периоды, внимание уделяется значительно меньше [2, 6].

В наших предыдущих работах показано, что больные с оперированными ВПС в

отдаленные сроки после хирургической коррекции характеризовались ипохондрической фиксацией, избыточным вниманием к нарушениям физического здоровья; эмоциональной лабильностью, демонстративным поведением.

Им были присущи аффективная ригидность, склонность к застреванию на негативных переживаниях, тревожность, неуверенность; индивидуализм, своеобразие интересов, непредсказуемость поступков; затруднения в осуществлении межличностных контактов, обращенность преимущественно в мир субъективных переживаний [3].

Недостатком было то, что описаны личностные особенности у пациентов без дифференциации различных видов пороков.

Цель работы – изучить личностные особенности больных с врожденными аномалиями (пороками развития) сердечной перегородки в отдаленные после хирургических вмешательств сроки.

Материал и методы исследований

Открытое контролируемое исследование, проводившееся на базе ГУ «Украинский государственный НИИ медико-социальных проблем инвалидности МЗО Украины», после получения информированного согласия, охватывало 110 больных с врожденными аномалиями (пороками развития) сердечной перегородки (ВАСП, Q 21) после хирургической коррекции; из них у 49 человек диагностирован дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП; Q 21.0) и у 61 пациента – дефект межпредсердной перегородки (ДМПП; Q 21.1). Диагноз ВПС устанавливали в соответствии с рекомендациями Украинского и Европейского обществ кардиологов [5]. Кодирование заболевания проводилось в соответствии с Международной статистической классификацией болезней, травм и причин смерти (МКБ-Х) [7]. 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.

Средние возраста на момент обследования и проведения операции составили у больных с ДМЖП – $34,8 \pm 9,7$ и $16,3 \pm 10,6$, у пациентов с ДМПП – $33,9 \pm 12,7$ и $21,5 \pm 5,2$ года. После операции у больных с ДМЖП прошло $16,4 \pm 11,6$; с ДМПП – $13,2 \pm 10,2$ лет. Среди больных с ДМЖП и ДМПП было 52,4 и 41,7% мужчин, 47,6 и 58,3% женщин соответственно. Группы были сопоставимы между собой и достоверно не отличались по возрасту и по полу. Для изучения личностных особенностей больных использовали методику многостороннего исследования личности [1]; для обработки результатов исследования применяли первичный статистический анализ [9].

Результаты исследования и их обсуждение

Усредненный личностный профиль больных с ВАСП характеризовался подъемом на шкалах Нs-ипохондрии,

Ну-истерии, Ра-паранойи, Sc-шизоидности, Si-интроверсии, а также снижением на шкалах D-депрессии, Mt-мужественности-женственности и Pt-психастении.

Результаты интерпретации оценочных шкал показали, что обследуемые старались представить себя в выгодном свете, демонстрируя строгое соблюдение социальных норм, однако были внутренне напряжены и недовольны ситуацией. Тип профиля этих больных сглаженный, высокорасположенный, наклон негативный, что отражает склонность застревать на негативных переживаниях и подчеркивает сочетание тревожности с инфантилизмом либо с выраженной замкнутостью.

У этих лиц болезнь выступала в роли ширмы, маскирующей стремление переложить ответственность за существующие проблемы на окружающих, как единственный социально приемлемый способ оправдания своей пассивности. Такие пациенты постоянно просили о помощи, но редко оставались довольными, продолжая поиски чудесного целителя. Переходя от одного врача к другому, они тщательно сохраняли старые рецепты и схемы лечения, носили с собой подробный список всех своих недугов, изучали доступную медицинскую литературу.

Пациентам с ВАСП было присуще пассивное отношение к конфликту, уход от решения проблем, эгоцентричность, маскируемая декларацией гиперсоциальных установок. Как правило, это лица, страдавшие в детстве от недостатка эмоционального тепла со стороны близких и лишь в периоды, связанные с какой-либо болезнью, их окружали вниманием, что способствовало закреплению механизма защиты от проблем «уходом в болезнь». Наличие такого механизма защиты свидетельствовало об эмоциональной незрелости, что особенно явно в структуре переживаний невротической личности, когда компенсирующая роль защитного механизма перерастала в устойчивый неконструктивный стиль переживания, снижающий уровень свободноплавающей тревоги, но оставляющий достаточно выраженной эмоциональную напряженность.

В поведении лиц данного типа борьба с болезнью трансформировалась, по сути дела, в борьбу за право считаться больным и инвалидом, так как статус инвалида для них (как правило – неосознанно) представлял нечто вроде алиби по отношению к чувству вины за недостаточную социальную активность. Отсюда нередко возникало «рентное» отношение к своему заболеванию, стремление быть более социально защищенным и поддерживаемым «в качестве инвалида» со стороны различных общественных институтов (лечебных, профсоюзных, социального обеспечения) или членов семьи.

Идентификация с традиционной культурой и социальной ролью мужчины и женщины у таких лиц выражалась в характере жизненного опыта, эстетических и культурных интересах, профессиональных устремлениях. Мужчины избирательно ограничивали круг своих интересов, были предприимчивы, стремились к преодолению препятствий, доминировали и были склонны к соперничеству в межличностных отношениях. Они нарочито пропагандировали мужественный стиль жизни, демонстрировали силу, выносливость, пренебрежение к мелочам. Женщины были чувствительны к оттенкам эмоций и отношений, капризны, сентиментальны. Они отличались мягкостью, сердечностью, стремлением к защищенности, пассивностью, склонностью подчиняться руководству, сдержанным поведением, но это не исключало высокой самооценки.

Больным с ВАСП были свойственны аффективная ригидность, подозрительность, настороженное обдумывание действий других людей, более или менее выраженные межличностные конфликты. Поведение этих лиц являлось ответом на действия окружающих, воспринимаемые аффективно как ущемляющие личность, и сопровождалось склонностью относить собственные трудности за счет чужих недостатков, некомпетентного или недоброжелательного отношения к себе.

В результате сочетания этих тенденций такие лица подавляли свою подозрительность и агрессивность при осуществлении социальных контактов, декларируя

свое положительное отношение к окружающим и ситуации. Однако агрессивность проявлялась в степени обратно пропорциональной социальной дистанции, причем враждебность к близким (или кому-либо из близких) либо не осознавалась, либо получала рациональное объяснение. В любом случае агрессивность и эгоцентричность подобных индивидуумов затрудняла правильную ориентацию таких личностей в ближайшем окружении. При блокировании указанных тенденций у пациентов возникала тревога и напряженность, обычно умеренно выраженная. Иногда для давления на окружающих использовались немногочисленные, но упорные соматические жалобы.

Демонстративное поведение, присущее больным с ВАСП, обусловленное высоким уровнем вытеснения и проявляющееся в виде чувства отчуждения, непонятности для окружающих и изоляции от социальной среды, свидетельствовало о глубокой дисгармоничности, поскольку отражало парадоксальное сочетание ориентировки на актуальное поведение, на внешнюю оценку, на одобрение окружающих со склонностью строить свое поведение, исходя из внутренних критериев и трудностей межличностной коммуникации. Такое сочетание почти всегда свидетельствовало о болезненном состоянии той или иной природы, или, по крайней мере, о легкости возникновения декомпенсации.

Таким образом, пациентам с ВАСП присущи подавление враждебности и педантизм, догматический стиль мышления, повышенная раздражительность, дистанцированность, требовательность как к себе, так и к другим в вопросах морали, долга, ответственности. При высокой исполнительности, принципиальности и честности в работе, они проявляли мелочный деспотизм в контактах узкого круга, были скрытными, неловкими и скованными в общении, внешняя жесткость сочеталась с внутренне ощущаемым напряжением и ранимостью по отношению к средовым воздействиям, что существенно усиливало их ограничения жизнедеятельности.

Успешность социальной адаптации – это хорошо сбалансированное соотношение

ние между эгоцентрическими потребностями человека и требованиями социальной среды. Абсолютно уравновешенная, гармоничная личность отличается полной сбалансированностью умеренно выраженной тенденции к самореализации с хорошим самоконтролем, обеспечивающим полное соблюдение нормативных требований среды. Чем больше выражен характер и индивидуальность человека, тем большая нагрузка выпадает на функцию контролирующих систем, сохраняющих баланс. Это основное отличие между конкордантной и дискордантной личностью: у последней внешние атрибуты нормативного поведения скрывают внутреннюю напряженность [8, 10].

Больным ВПС было свойственно беспокойство о состоянии своего соматического здоровья, фиксирование всех проявлений физических расстройств, склонность к диссоциативным реакциям и формированию ригидных концепций, в частности, относительно состояния своего здоровья. У них наблюдались дистанцированность, отчуждение с ригидностью и стремлением возложить вину за нарушение межличностных отношений, жизненные трудности, эмоциональные конфликты на окружающих. Агрессивные тенденции и подозрительность подавлялись, в противовес чему декларировалось положительное отношение ко всему внешнему. Чувство недостаточной связи с окружающими, неудовлетворенной потребности в контактах выражались в нарастании тревоги или подавленности, ощущении усталости, слабости, астенизации.

Таким образом, больные ВАСП характеризовались ипохондрической фиксацией, зажатостью, сверхконтролем, повышенной ориентацией на нормативность в качестве устойчивого свойства личности, проявляющегося избыточным вниманием к нарушениям физического здоровья (повышение на шкале Hs-ипохондри), вытеснением тревоги, эмоциональной лабильностью, высокой чувствительностью к средовым воздействиям, демонстративным поведением (конверсионный V), стремлением к преодолению препятствий. Мужчины отличались доминированием и склонностью

к соперничеству в межличностных отношениях, женщины – мягкостью, сердечностью, пассивностью и сдержанностью поведения (снижение на шкале Mt-мужественности-женственности), аффективной ригидностью, склонностью к педантизму, соперничеству и застреванию на негативных переживаниях (повышение на шкале Pa-паранойи), осмотрительностью, осторожностью, враждебно-подозрительным отношением, боязливостью, конституционально обусловленной тревожностью, неуверенностью, конформностью (понижение на шкале Pt-психастении), индивидуалистичность, своеобразие интересов, непредсказуемость поступков, иррациональный подход к решению проблем, отрыв от реальности (повышение на шкале Sc-шизоидности), затруднения в осуществлении межличностных контактов, обращенность преимущественно в мир субъективных переживаний (повышение на шкале Si-интроверсии).

Перспективой дальнейших исследований является изучение личностных особенностей больных с различными видами врожденных пороков сердца, в зависимости от давности оперативных вмешательств и наличия осложнений либо резидуальных дефектов; влияния личностных особенностей на ограничения жизнедеятельности и компенсаторно-адаптационный потенциал таких пациентов.

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. 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.
4. Зиньковский М. Принципы лечения детей с врожденными пороками сердца / М. Зиньковский, В. Лазоришинец, Н. Руденко // Доктор. – 2003. – № 2. – С. 23–25.
5. Коваленко В. Н. Некоронарогенные болезни сердца / В. Н. Коваленко, Е. Г. Несукай. – К.: Морисон, 2001. – 480 с.

6. Кнышов Г. В. Кардиохирургия в Украине: прошлое, настоящее, будущее / Г. В. Кнышов // Серце і судини. – 2003. – № 1. – С. 8–14.

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

8. Султанова А. С. Внутренняя картина болезни подростков, перенесших операцию при врожденном пороке сердца: автореф. дис. на соиск. научн. степени канд. психол. наук: спец 19.00.04

«Психология» / А. С. Султанова. – Москва, 2000. – 22 с.

9. Статистична обробка даних / [В. П. Бабак, А. Я. Білецький, О. П. Приставка та ін.]. – К.: МІВ-ВЦ, 2001. – 388 с.

10. Туманян М. Р. Нейропсихологический статус пациентов в отдаленном периоде после радикальной коррекции тетрады Фалло, выполненной в раннем возрасте / М. Р. Туманян, Т. Г. Горячева, Т. И. Мусатова // Кардиология. – 2001. – № 9. – С. 26–28.



УДК 616-036.86:616.12-089

ОСВОЄННЯ МЕТОДОЛОГІЧНИХ ПІДХОДІВ ЩОДО ОЦІНКИ СТАНУ ХВОРИХ НА ІХС ПІСЛЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЇ МІОКАРДА З ПОЗИЦІЙ МІЖНАРОДНОЇ КЛАСИФІКАЦІЇ ФУНКЦІОНУВАННЯ, ОБМЕЖЕННЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ І ЗДОРОВ'Я

О. М. Лисунець, І. Я. Ханюкова, О. В. Танцура, Ю. В. Ткаченко, О. С. Маландій

ДУ «Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпропетровськ

Резюме

В статье приведены результаты апробации использования МКФ по разработке критериев оценки и анализа ограниченной жизнедеятельности у больных ишемической ИБС после реваскуляризации миокарда. Сделан вывод, что используя возможности МКФ для кодирования ОЖД отдельного индивида и сравнивая их с общим профилем, возможно на доказательной основе планировать и требовать выполнения конкретных мер медицинской и социальной реабилитации.

Ключевые слова: реваскуляризация миокарда, медицинская и социальная реабилитация.

Summary

The results of approbation of the ICF to develop criteria for evaluating and analyzing the disability in patients with CAD after myocardial revascularization. It is concluded that the possibility of using the ICF to encode disability of patients comparing them with the general profile, possibly evidence-based planning and implementation of specific measures to require medical and social rehabilitation.

Keywords: myocardial revascularization, medical and social rehabilitation.

У нашій країні медико-соціальна експертиза і побудована на її основі реабілітація хворих й інвалідів зазнають науково-методологічного і технологічного становлення. Особливе значення в цьому має адекватне сприйняття, освоєння нових наукових, теоретичних сторін цієї надзви-

чайно складної сфери державної діяльності. Для розуміння суті науково-теоретичних, методологічних основ медико-соціальної експертизи і реабілітації важливо об'єднання двох концептуальних поглядів на здоров'я і його порушення. Це відображено в науковій полеміці «медичної