

УДК: 616.126-008.331.1:159.923-039.76

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ С ОПЕРИРОВАННЫМИ ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

И. В. Дроздова¹, О. Н. Мацуга², К. А. Суганяк¹

¹ГУ «Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности МЗО Украины», г. Днепропетровск

²Днепропетровский национальный университет им. Олесь Гончара

Резюме

Вивчено особистісні особливості хворих із вродженими вадами серця у віддаленій після оперативних втручань термін. Виділено найбільш значущі психологічні показники для оцінки стану цих пацієнтів. Зроблено висновок щодо 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 personality features of patients are studied with congenital heart diseases in remote period after operative interventions. The most meaningful psychological indexes are distinguished for the estimation of the state of such patients. Drawn conclusion about desadaptive character of forming of structure of personality at these persons, that largely will hinder to realization of the programs of rehabilitation of this contingent of patients.

Key words: the operated congenital heart diseases, personality features, limitations of vital functions, remote periode, desadaptive character.

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].

А. С. Султанова выделила наиболее значимые проблемы у больных с ВПС: астенические состояния, невротоподобные и невротические расстройства, патологическое развитие личности и состояние интеллектуальной недостаточности, нарушения кинетической и динамической организации двигательных процессов, незрелость эмоционально-волевой сферы [12]. Однако эти исследования касались в основном детей или подростков, в то время как психологические особенности больных трудоспособного возраста в отдаленный период после оперативных вмешательств, их влияние на ограничение жизнедеятельности изучены еще недостаточно.

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, demonstra-

тивним поведінням. Им были присущи афективна ригідність, схильність до застрівання на негативних переживаннях, тривожність, неуверенність; індивідуалізм, своєобразие інтересів, непередсказуємость поступків; затруднення в здійсненні міжличностних контактів, зверненість переважно в мир суб'єктивних переживань [3]. Недостатком було те, що описані особливості особистості у пацієнтів без диференціації різних видів пороків.

М. Р. Туманян при характеристиці хворих з тетрадой Фалло показав, що їм властиві песимізм, незадоволеність, схильність до волнень, гіпостенічний тип реагування, лабільність і нестійкість емоціонального стану, афективна ригідність, тенденція до педантизму, суперництва і застрівання на негативних переживаннях, індивідуалізм, ірраціональний підхід до рішення проблем, отримання від реальності, зниження життєлюбивих тенденцій і загальної активності, затруднення в здійсненні міжличностних контактів [12]. Однак ці роботи дуже рідкі і не розглядають особливості особистості в зв'язі з наявністю або відсутністю інвалідності.

Матеріал і методи досліджень

Відкрите контролює дослідження, проведене на базі Державного закладу «Український Державний науковий центр медико-соціальних проблем інвалідності МЗО України», після отримання інформованого згоди, охоплювало 256 хворих з ВПС; з них 15 хворих з відкритим артеріальним протоком (Q 25.0) і стенозом легочної артерії (Q 25.6), 49 пацієнтів з вродженими пороками розвитку серцевої перегородки (Q 21.0), 53 людини з тетрадой Фалло (Q 21.3), 61 хворий з дефектом міжпередсердної перегородки (Q 21.1) і 63 особи з коарктацією аорти (Q 25.1.). Діагноз ВПС встановлювали відповідно до рекомендацій Українського і Європейського товариств кардіологів [20, 23]. Кодування захворювання проводилося відповідно до Міжнародної статистичної класифікації захворювань, травм і причин смерті (МКБ-Х) [12]. Дизайн ис-

слідження: критеріями включення в дослідження було наявність ВПС після хірургічної корекції, вік від 18 до 50 років; критеріями виключення – наявність важких резидуальних станів або ускладнень хірургічної корекції, необхідність повторного хірургічного втручання, коморбідність з важкою супутуючою патологією. Середніми величинами у досліджуваних хворих з ВПС були: вік пацієнтів – $31,7 \pm 11,22$; час після хірургічної корекції – $15,9 \pm 10,04$; вік, в якому їм була проведена операція – $14,4 \pm 11,94$ років відповідно. Серед пацієнтів було 130 чоловіків і 126 жінок. Групи були порівнювані між собою і достовірно не відрізнялися за віком і статтю. Детальний аналіз дослідженого контингенту, повна клінічна, соціальна і медико-експертна характеристика наведені в наших попередніх роботах [16].

Для вивчення особливостей особистості хворих і інвалідів використовували методику багатобічного дослідження особистості. В методиці виділяють 3 допоміжні і 10 основних шкал: L–лжи, F–достовірності, K–корекції, Hs–іпохондрії, D–депресії, Nu–истерії, Pd–психопатії, Mt–мужественності-женственності, Pa–параної, Pt–психастенії, Sc–шизоїдності, Ma–гіпоманії, Si–інтроверсії. По результатах дослідження будується профіль особистості. Високими оцінками по всіх шкалах вважаються результати вище 70 T-баллів, низкими – нижче 40 або 50 T-баллів [1]. Раніше нами запропоновано оцінювати наявність легких проблем у пацієнтів при 41,9–50,9, середніх – при 51,0–60,9, важких – при 70,0–78,9, абсолютних – при 79,0 T-баллах і вище відповідно [13].

Для отримання більш повної картини відмінностей в особливостях особистості хворих і інвалідів з ВПС були знайдені діапазони зміни значень і довірительні інтервали реалізації шкал методики багатобічного дослідження особистості в цих двох групах.

Діапазон зміни значень шкали x представляв собою інтервал $[x_{\min}; x_{\max}]$, де x_{\min} – мінімальне спостережуване значення

по шкале; x_{\max} – максимальное наблюдаемое значение.

Учитывая, что значения шкал теста многостороннего исследования личности можно рассматривать как реализации случайных величин, целесообразно было построить также доверительные интервалы реализации этих случайных величин. Для построения доверительного интервала реализации шкалы x было восстановлено распределение вероятностей шкалы $F(x)$. Проводилось восстановление нормального, сплайн-нормального с одним и двумя узлами, а также смеси двух нормальных распределений [8, 9, 11], из которых выбиралось наиболее достоверное по уточненному критерию Колмогорова [11]. По результатам восстановления функции распределения $F(x)$ был получен 95%-й доверительный интервал реализации шкалы

$[x_n; x_v]$, нижняя и верхняя границы которого определялись как:

$$x_n = F^{-1}(0,025);$$

$$x_v = F^{-1}(0,975),$$

где $F^{-1}(\alpha)$ – обратная к функции распределения.

Усредненные личностные профили больных и инвалидов с оперированными ВПС характеризовались подъемом на шкалах Нs–ипохондрии, Нy–истерии, Ра–паранойи, Sc–шизоидности, Si–интроверсии, а также снижением на шкалах D–депрессии, Mt–мужественности-женственности и Pt–психастении, однако это повышение было до уровня умеренных проблем (51,0–69,9 T-баллов) [13] (рис. 1). Особенностью больных, в сравнении с инвалидами, было выраженное повышение профиля по шкалам Нy–истерии, Mt–мужественности-женственности и достоверное снижение по шкале Pt–психастении.

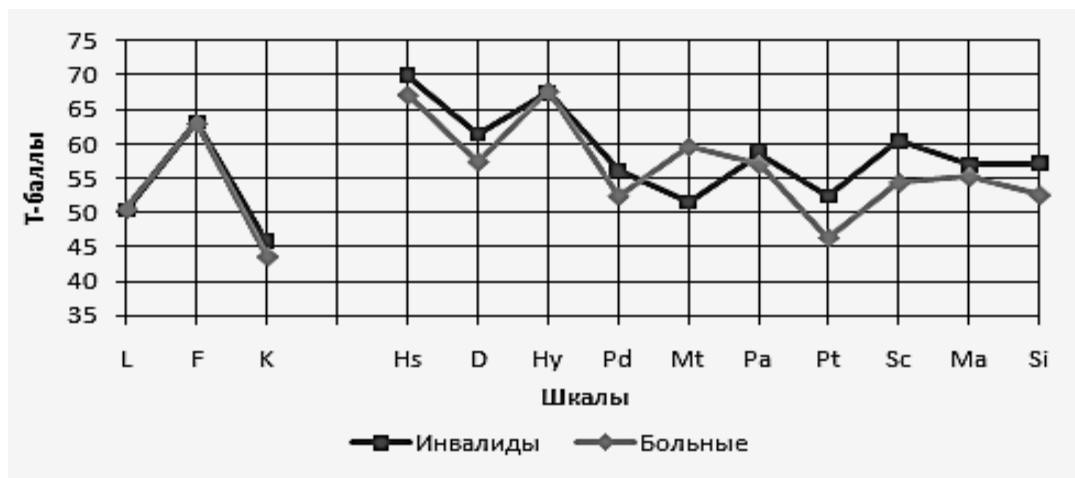


Рис. 1. – Личностные особенности больных и инвалидов с врожденными пороками сердца

Конфигурация профиля свидетельствовала об открытости таких лиц в раскрытии своих характера и проблем. Они старались представить себя в выгодном свете, демонстрируя строгое соблюдение социальных норм, однако были внутренне напряжены и недовольны ситуацией. Тип профиля этих больных был сглаженный, высокорасположенный, наклон негативный, отражал склонность застревать на негативных переживаниях и подчеркивал сочетание тревожности с инфантилизмом либо с выраженной замкнутостью.

Невротические реакции этих пациентов были связаны с недостаточностью их физических и психических ресурсов для реализации мотивированного поведения. Тревога у них относилась к состоянию здоровья и отражала выраженность ипохондрической тенденции. Беспокойство за состояние своего физического здоровья базировалось на ощущениях сердцебиения, боли в области сердца, одышке. Исходно повышенное внимание к себе сочеталось с недостаточной способностью контролировать собственные эмоции. Они предъявляли большое количество жалоб, были

озабочены своим физическим состоянием, проявляли пессимизм и неверие в успех медицинской помощи.

Поглощенность внимания лиц с ВПС соматическими проявлениями заболевания приводила к высокой резистентности поведения по отношению к внешним воздействиям, которую окружающие воспринимали как несговорчивость и упрямство. Эти качества и наличие собственной концепции заболевания, а также скептицизм в отношении эффективности врачебных мероприятий весьма затрудняли достижение приверженности к лечению. Колебания настроения, представления о благоприятном и неблагоприятном исходе ситуации приводили то к уверенности пациентов в возможность опасных осложнений заболевания, то к надежде на полное благополучие. В этих случаях усиление ипохондрической тенденции порождало новые ощущения, которые, усиливая исходную тревогу, служили объектом анализа и основанием для дальнейшего нарастания опасений, связанных с возможностью осложнений заболевания. Снижению настроения, затруднениям в социальных контактах сопутствовали раздражительность и тревога за состояние своего здоровья. В соматических жалобах сочетались страх перед угрозой осложнений и недостаток внимания со стороны окружающих, неудовлетворенные симбиотические тенденции. Жалобы были связаны с функционированием жизненно важных органов и систем (кардиальные ощущения, нехватка воздуха, одышка, головная боль, потеря аппетита, нарушения сна). В клинической картине больных доминировало беспокойство о физическом здоровье; они были озабочены как состоянием здоровья, так и организацией поведения, ориентированного на заботу о нем (специальный режим труда и отдыха, диеты, «модные» лекарства и нетрадиционные методы лечения).

Высокая способность к вытеснению лиц с оперированными ВПС позволяла им эффективно устранять тревогу, но, в то же время, затрудняла формирование устойчивого поведения для успешного взаимодействия с окружающими. Они не обладали достаточно развитым внутрен-

ним миром, их переживания были ориентированы на внешнего наблюдателя, эти лица утратили способность к формированию устойчивых установок и построению поведения на основе предшествующего опыта. Пациенты игнорировали отрицательные сигналы со стороны окружающих, были недостаточно самокритичны. Они сохраняли высокую самооценку и стремились «играть себя» в соответствии с принятой в данный момент ролью.

Устранение тревоги у таких лиц происходило за счет соматизации и вытеснения ее формированием демонстративного поведения. Они истолковывали жизненные трудности, неспособность оправдывать ожидания окружающих, несоответствие собственному уровню притязаний с точки зрения социально приемлемой и представляющейся им рациональной. Соматические жалобы, отличавшиеся большим постоянством и резистентностью к терапевтическим воздействиям, использовались этими лицами для давления на врачей, родственников, сотрудников с целью получения преимуществ и рационального объяснения недовольства своим местом в группе. В большинстве случаев пациенты с оперированными ВПС были эмоционально незрелыми личностями, демонстративность которых и стремление ориентироваться на внешнюю оценку препятствовали прямому ассоциальному поведению. Враждебность, протест, неспособность и нежелание считаться с интересами окружающих проявлялись обратно пропорционально социальной дистанции, обнаруживаясь главным образом в отношениях с близкими людьми.

Для больных с оперированными ВПС, не получивших группу инвалидности после 18 лет, характерным было стремление находиться в центре внимания, найти признание и поддержку врачей и социальных работников, добиться установления группы инвалидности хотя и косвенными, но настойчивыми действиями. Они были склонны к фантазированию, которое иногда неузнаваемо преобразовало для них реальную ситуацию. При склонности к фантазированию и утрате чувства реальной ситуации у них никогда не утрачива-

лись ощущения реальности собственных чувств и желаний, которыми определялось их поведение. При всей пестроте ролей эгоцентрическая ориентация всегда сохранялась, что, в конечном итоге приводило к незрелости и бедности поведения – «однообразная пестрота».

Групповая деятельность, требующая планирования и длительного проведения единой линии (как реабилитация инвалида с детства, выполнение индивидуальной программы реабилитации, приобретение образования или новой профессии и интеграция в общество), у больных с ВПС была затруднена. Невозможность длительных и упорядоченных усилий в ряде случаев оправдывалась различного рода декларативными заявлениями. В то же время деятельность, требующая широких, разнообразных и относительно кратковременных контактов, умения приспособиться к различным людям, благоприятно выглядеть в их глазах, способности вживаться в роль «инвалида» и «больного» им хорошо удавалась.

Соматические симптомы использовались ими как средство разрешения конфликтных ситуаций, уменьшения напряженности, как способ избегания ответственности или ее уменьшения, как средство давления на окружающих. Эта тенденция проявлялась, главным образом, в состоянии стресса (переосвидетельствование во МСЭК или нахождение в клинике), тогда как в обычных обстоятельствах внешнее наблюдение могло не диагностировать никакой личностной неадекватности. В этих ситуациях изредка возникала грубая конверсионная симптоматика, которая объяснялась вытеснением соответствующих функций (истерическая афония, атаксия). Однако чаще наблюдались более тонкие нарушения, выразившиеся в изменении вегетативной регуляции, затем они аффективно «раскрашивались» и драматизировались. Вне зависимости от характера симптоматики ее возникновение было связано с удовлетворением потребности во внимании и поддержке, в любовании своими страданиями и стойкостью, со стремлением к разрешению конфликтной ситуации социально приемлемым путем.

Идентификация с традиционной культурой и социальной ролью мужчины и женщины у лиц с оперированными ВПС 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, сдержанным поведением, но это не исключало высокой самооценки.

Больные с ВПС, не получившие группу инвалидности после 18 лет, имели повышение усредненного личностного профиля по шкале Мт–мужественности-женственности. Мужчинам с оперированными ВПС было присуще увеличение внимания к эмоциональным нюансам и оттенкам отношений, сентиментальность, широта интересов, уменьшение доминантности и грубости, сензитивность и низкий уровень гетероагрессии. У женщин, наоборот, повышались непринужденность и уверенность в себе, предприимчивость и последовательность внутреннего мотивированного поведения, доминантность и гетероагрессивные тенденции, решительность и низкая сензитивность.

Всем лицам с оперированными ВПС были свойственны аффективная ригидность, подозрительность, настороженное обдумывание действий других людей, более или менее выраженные межличностные конфликты. Их поведение 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.

Инвалидам, в большей степени, чем больным с ВПС, были присущи аффективная ригидность, склонность к подозрительности, тенденция к настороженному обдумыванию действий других людей, вероятность более или менее выраженных межличностных конфликтов. Их поведение в значительной мере являлось ответом на действия окружающих, воспринимаемые аффективно, как ущемляющие личность, и сопровождалось склонностью относить собственные трудности за счет чужих недостатков, некомпетентного, недобросовестного или недоброжелательного отношения. Они часто переносили на окружающих в процессе проекции собственные отрицательные качества или тенденции, несовместимые с концепцией своего «Я», что могло обуславливать злопамятность и легкое возникновение враждебных реакций.

По выражению К. Леонгарда, декомпенсация состояния личностей такого типа часто связана с «раскачиванием», когда типичная для них ситуация борьбы приводит к частичному успеху, вновь уничтожаемому усиливающимся противодействием. В таких ситуациях неуспевающий гаснуть ригидный аффект у лиц с ВПС подкреплялся новыми переживаниями; достижение цели связывалось с переживанием чрезвычайно интенсивных эмоций, цель приобретала характер сверхценности или даже паранойи.

При осуществлении социальных контактов больные подавляли свою подозрительность и агрессивность, декларируя положительное отношение к окружающим и ситуациям. Однако при тесных контактах агрессивность все же проявлялась, причем степень ее проявления была обратно пропорциональной социальной дистанции. Агрессивность и эгоцентричность таких лиц затрудняла правильную ориентацию в ближайшем окружении и часто они использовали для влияния на него немногочисленные, но упорные соматические жалобы.

Тревожные опасения за состояние своего физического здоровья сочетались у пациентов с ВПС с неопределенными физическими ощущениями, страхом перед кон-

кретным заболеванием или его осложнениями. С постоянной напряженностью, тревогой и страхом сочетались у них заниженная самооценка, пессимистическая оценка перспективы, интрапунитивность. Им были свойственны такие черты, как сочетание высокой тревожности и ригидности, мрачная окраска ситуации и перспективы, ощущение собственной недостаточности сочеталось со снижением продуктивности, инициативы, подавленностью, чувством вины и реакциями самоупреков. Характерными были наличие затруднений при осуществлении межличностных контактов, замкнутость, необщительность, стремление к деятельности, не связанной с общением, и возникновение реакций тревоги в случаях, когда вынужденные контакты осуществлялись помимо их воли.

У лиц с оперированными ВПС индивидуалистические личностные особенности сочетались с неприятными физическими ощущениями и идеями, связанными с состоянием здоровья, формировались аффективно насыщенные и трудно корригируемые концепции, связанные с заболеванием, сверхценные и даже бредовые идеи. Чувства недостаточной связи с окружением и неудовлетворенной потребности в контактах у этих лиц выражались в нарастании тревоги и подавленности. Им было свойственно парадоксальное сочетание ориентации на актуальное поведение, внешнюю оценку, одобрение окружающих со склонностью строить свое поведение, исходя из внутренних критериев и трудностей межличностной коммуникации. Если повышенная активность, высокое честолюбие и самооценка таких больных сочетались с отсутствием возможности добиться желаемого положения и реализовать актуальные стремления, то возникающая тревога относилась за счет соматического состояния. Они считали себя тяжело больными и отвергали попытки врачей трактовать увеличение числа их жалоб, как результат ситуационных или эмоциональных затруднений. Эти пациенты пессимистично оценивали свою перспективу и испытывали потребность общаться об этом широкому кругу лиц.

Стремление ликвидировать свою отгороженность и неспособность преодолеть коммуникативные затруднения порождали у лиц с ВПС амбивалентность в отношениях с людьми, связанную с ожиданием внимания со стороны окружающих и боязнью холодности с их стороны. Им были присущи затруднения при осуществлении межличностных контактов, замкнутость, необщительность, стремление к деятельности, не связанной с общением, и реакции тревоги в тех случаях, если вынужденные контакты осуществлялись независимо от их воли.

Таким образом, больные и инвалиды с оперированными ВПС характеризовались ипохондрической фиксацией, зажатостью, сверхконтролем, повышенной ориентацией на нормативность в качестве устойчивого свойства личности, проявляющегося избыточным вниманием к нарушениям физического здоровья (повышение на шкале Нs–ипохондрии), 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 Мt–мужественности-женственности). Им были присущи аффективная ригидность, склонность к педантизму, соперничеству и застреванию на негативных переживаниях (повышение на шкале Ра–паранойи), осмотрительность, осторожность, враж-

дебно-подозрительное отношение, боязливость, конституционально обусловленная тревожность, неуверенность, конформность (понижение на шкале Рt–психастении), индивидуализм, 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).

Особенностью больных, в сравнении с инвалидами, было выраженное заострение личностных особенностей, таких как стремление привлечь к себе внимание, решение проблем путем «углубления в болезнь», использование соматических симптомов как способа уклонения от ответственности (Ну–истерия); усиление внимания к эмоциональным оттенкам, уменьшение доминантности и грубости, сензитивность и низкий уровень гетероагрессии у мужчин, непринужденность и уверенность в себе, доминантность и гетероагрессивные тенденции, решительность и низкая сензитивность – у женщин (Мt–мужественность-женственность); враждебно-подозрительное отношение, боязливость, неуверенность, конформность (Рt–психастении).

Отличия в личностных особенностях больных и инвалидов с оперированными ВПС также подтвердили найденные диапазоны изменения значений и доверительные интервалы реализации шкал ММРІ в этих двух группах (табл. 1).

Таблица 1

Диапазоны изменения значений и интервалы реализации шкал ММРІ у больных и инвалидов с врожденными пороками сердца

Шкалы	Диапазон изменения значений		95 %-й интервал реализации	
	больные	инвалиды	больные	инвалиды
L	35–74	31–82	34–73	33–74
F	35–120	38–102	31–106	39–100
K	27–66	24–74	25–65	27–64
Нs–ипохондриа	44–107	8–122	43–94	32–113
D–депрессия	32–76	35–108	29–76	31–90

Н _у -истерия	45-93	38-110	42-93	43-99
Pd-психопатия	22-93	33-95	21-84	34-81
Mt- мужественность- женственность	29-131	21-87	22-84	23-84
Pa-паранойя	38-110	24-126	30-85	30-94
Pt-психастения	26-64	30-83	24-61	33-76
Sc-шизоидность	5-112	29-121	34-98	31-95
Ma-гипомания	30-84	29-91	29-74	36-83
Si-интроверсия	38-68	29-88	38-71	32-79

Анализ полученных диапазонов изменения значений свидетельствует, что значения шкал Pt-психастении, Si-интроверсии у больных находились в допустимых пределах, в то время как у инвалидов наблюдалось превышение нормы в 70 Т-баллов. По всем остальным шкалам превышение нормы было зафиксировано в обеих группах, однако у инвалидов максимальные значения показателей были выше. Исключение составляет шкала Mt-мужественности-женственности, по которой максимальные значения были выше у больных с ВПС. Очень низкие минимальные значения наблюдались по шкале Hs-ипохондриии у инвалидов и по шкале Sc-шизоидности у больных с ВПС.

Анализ доверительных интервалов свидетельствует, что почти по всем шкалам и у больных, и у инвалидов с ВПС наблюдалось превышение нормы в 70 Т-баллов, при этом в большинстве случаев верхняя граница выше у инвалидов. В допустимых пределах находились значения только шкал Pt-психастении и Si-интроверсии у больных. Чрезмерно низкой минимальной границы интервалов, как в случае с диапазонами изменения, не наблюдалось, что объясняется очень низкой вероятностью появления таких значений.

Личностные особенности существенно влияли на функционирование лиц с ВПС; ограничивающими факторами жизнедеятельности являлись такие личностные особенности, как Hs-ипохондриия, Pa-паранойя и Si-интроверсия.

Перспективами дальнейших исследований является необходимость разработки этиопатогенетического подхода к определению личностных и характерологических

особенностей у больных с ВПС, к особенностям формирования их внутренней картины болезни и адаптационных возможностей, к изучению роли психологических особенностей и когнитивных функций в формировании ограничений жизнедеятельности, препятствующих полноценному функционированию таких лиц в обществе.

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.: Морион, 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). – 307 с.
8. Приставка А. Ф. Смеси и сплайн-распределения на неоднородных нормальных пространствах // Днепропетровский гос. университет / А. Ф. Приставка, О. В. Райко. – Д., 1987. – 233 с. Деп. В ВИНТИ 11.01.88, № 33-В88.
9. Приставка А. Ф. Сплайн-распределения в статистическом анализе: Монография / А. Ф. Приставка. – Д.: Изд-во ДДУ, 1995. – 152 с.
10. 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.

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

12. Туманян М. Р. Нейропсихологический статус пациентов в отдаленном периоде после ради-

кальной коррекции тетрады Фалло, выполненной в раннем возрасте / М. Р. Туманян, Т. Г. Горячева, Т. И. Мусатова // Кардиология. – 2001. – № 9. – С. 26–28.

13. Роль особистісних факторів в обмеженні життєдіяльності у хворих із вродженими вадами серця після хірургічної корекції / А. В. Іпатов, І. В. Дроздова, О. М. Лисунець [та ін.]. – Д.: Пороги, 2011. – 30 с.



УДК: 616.118:616.1-001.8.003.12

КАРДІОВАСКУЛЯРНИЙ РИЗИК ПРИ АРТЕРІАЛЬНІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА НОЗОГЕНІЯХ

І. В. Дроздова¹, Г. Б. Чумак², А. О. Власенко³

¹ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпропетровськ

²Санаторій «Зорі України», ³санаторій «Дюльбер», м. Ялта

Резюме

У 427 больных артериальной гипертензией (АГ) 1-й и 2-й стадий изучались распространенность нозогений, факторов риска (с учетом стрессов и психологических особенностей), стратификация общего сердечно-сосудистого риска. У 81,9 % больных АГ выявлены нозогении и комбинации 4–7 факторов риска, что привело к высокому риску возникновения сердечно-сосудистых осложнений при АГ у 86,5–95,2 % больных с дистимией, у 100,0 % больных с другими стойкими изменениями личности, у 74,6 – 94,3 % больных с неврастенией, у 94,1–100,0 % больных со смешанным тревожно-депрессивным расстройством, у 81,8–88,9 % больных с ипохондрическим расстройством, у 94,3–95,0 % у больных с легким депрессивным эпизодом, у 89,6–89,7 % больных без нозогений. Сделан вывод о значимости нозогений при АГ в стратификации общего сердечно-сосудистого риска, которые даже при нормальном артериальном давлении требуют коррекции.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, нозогении, стратификация, сердечно-сосудистый риск.

Summary

Prevalence of nosogenies, risk factors (with regard for stresses and psychological features), stratification of common cardiovascular risk was studied in 427 patients with the 1st and the 2d stages of arterial hypertension (AH). Nosogeny and combination of 4–7 risk factors were revealed in 81,9 % patients, what have led to high and very high risk of cardiovascular complications in 86,5–95,2 % AH patients with dysthymia, in 100,0 % patients with another personal disorders, in 74,6–94,3 % patients with neurasthenia, in 94,1–100,0 % patients with mixed anxious-depressive disorder, in 81,8–88,9 % AH patients with mild depressive episode, in 89,6–89,7 % patients without nosogenies. The conclusion of nosogenies significance for common cardiovascular risk stratification in AH, which require correction even in normal arterial pressure, was drawn.

Key words: arterial hypertension, nosogenies, stratification, cardiovascular risk.