

за 2012 рік (Аналітико-інформаційний довідник): [С. І. Черняк, А. В. Іпатов, О. М. Мороз та ін.] / за ред. М. К. Хобзея. – Дніпропетровськ: Пороги, 2013. – 150 с.

4. Основные показатели состояния здоровья населения, использования ресурсов здравоохране-

ния и деятельности лечебно-профилактических учреждений г. Севастополя за 2010 год (информационно-аналитический справочник): [Л. В. Баштанова, Ю. Е. Писанко, В. С. Гегель и др.]. – Севастополь, 2011 .



УДК 616-082

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ИХ РОЛЬ В ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

И. В. Дроздова, М. В. Демченко

Государственное учреждение «Украинский государственный НИИ медико-социальных проблем инвалидности МЗО Украины», г. Днепропетровск

Резюме

У хворих із оперованими вродженими вадами серця вивчено психологічні особливості та якість життя за допомогою опитувальника «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья – SF-36». Встановлено значне погіршення показників якості життя хворих із вродженими вадами серця при виконанні діяльності, пов'язаної з емоційним та фізичним навантаженням, що значно обмежувало їхню життєдіяльність. Вивчення якості життя, виявлення причин обмеження життєдіяльності, оцінка клініко-функціональних, психологічних та когнітивних порушень – мають бути покладені в основу програм реабілітації цих хворих у віддаленій після хірургічної корекції термін.

Ключові слова: якість життя, оперовані вроджені вади серця, психологічні особливості, реабілітація.

Summary

In patients from congenital heart diseases (CHD) in the remote period after surgery were studied psychological features and quality of life by means of questionnaire of «36-Item Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey: SF-36». A significant reduction in quality of life of patients with CHD performed activities associated with both emotional and physical load that substantially limited their viability. The study of quality of life, identify the causes of disability, assessment of clinical and functional, psychological and cognitive disorders – would be the basis for rehabilitation programs for these patients in the long term after surgical correction.

Keywords: quality of life, the operated congenital heart disease, psychological features, rehabilitation.

Личность – это понятие, охватывающее в целом психологическую и социальную активность человека в его неповторимой индивидуальности. Термин индивидуальность имеет общий корень с термином индивид, но по своей сути они не тождественны. Индивид – это человек, обладающий биологическими, данными от природы свойствами как представитель вида. Индивидуальность – это те особенности, которые придают своеобразие и определенный стиль психологическому паттерну конкретного человека в противовес некоему усредненному образу личности, представленному в номотетическом направлении общей психологии, как теоретическая модель социально желательного образа личности. На базе этих особенностей развиваются темперамент, характер и личность человека. Формирование индивидуально-личностных свойств

происходит в процессе постижения конкретным человеком информации о себе и об окружающем мире посредством присущего ему индивидуального стиля, окрашивающего определенным образом его эмоциональные, мотивационные, когнитивные и коммуникативные характеристики [1].

Личность постоянно находится в тисках необходимости выбора: реализоваться, осуществляя свои намерения, удовлетворяя собственные влечения, решая проблему – остаться самим собой, вступив в конфликт с окружением и моралью социума, или поддаться давлению общепринятых нормативов, принуждающих человека соответствовать социально желательной модели. Считается, что социализация личности – это непременно благо, но, по мнению Л. Н. Собчик, воздействие среды не всегда является безоговорочно позитивным,

а его влияние, имеющее в своей основе цель облагородить мотивы поведения, возвысить человека над примитивно-потребностными аспектами бытия, таковым может и не является. В понимании процесса формирования личности следует учитывать социальный фактор не как однозначно позитивный аспект, а подходить к этой проблеме дифференцированно, опосредуя оценку социума через призму культурно-исторических, этико-моральных и философских позиций [1, 2].

В. И. Слободчиков и Е. И. Исаев не согласны с тем, что индивидуально-личностные особенности человека имеют генетический базис и конституциональную predisposition. Индивидуальность многие склонны приписывать лишь уникальной, самобытной личности, реализующей себя в творческой деятельности, при этом личностью является лишь человек как представитель общества, определяющий свободно и ответственно свою позицию среди других [цит. по 1].

В своих работах А. Н. Леонтьев не включал в структуру личности ни характер, ни эмоционально-динамические особенности человека, ни конституцию, ни темперамент. Он был категорически против биологизаторских тенденций в психологии и расценивал личность как образование, сформировавшееся в результате усвоения человеком социально-исторического опыта и морально-этических традиций своего окружения. Личность есть системное «сверхчувственное» качество, хотя носителем этого качества является вполне чувственный индивид со всеми его природными и приобретенными свойствами. Эмоционально-динамические особенности и характер, по его мнению, у сформировавшейся личности должны подавляться и полностью контролироваться социальными установками самой личности, сформированными в процессе деятельности и воспитывающего влияния социума [3].

Номотетическое направление в отечественной психологии относилось к изучению общих закономерностей психической деятельности человека. С позиций этого направления Л. С. Выготский рассматривал обобщенную «вершину личности, которая имеет культурно-историческую основу» и не включает в себя глубинно-влеченческие и эмоционально-динамические характеристики [4].

Дальнейшее развитие идей А. Н. Леонтьева в работах его последователей все больше сближало полярные точки зрения: биологизаторские тенденции, выводящие личностные особенности из органического (материального) субстрата и утверждающие, что психическая деятельность есть результат жизнедеятельности мозга и идеалистический подход, полностью отрывающий личность от физиологического базиса [1, 3].

Теоретические разработки В. Н. Мясищева свидетельствовали, что личность есть то субъективное и объективное, которое, реализуясь в действиях, характеризует подлинное лицо человека, представленное как система социальных отношений, подчеркивая, что при изучении личности необходимо учитывать биологические и конституционально-индивидуальные свойства [5].

Обрисовывая личность как структурное целое, К. К. Платонов определял иерархию личностных структур следующим образом: 4-й и самой второй ступенной структурной единицей он считал биологические обусловленные темперамент, возрастные и половые особенности; 3-й структурный компонент – свойства личности как особенности психических процессов; 2-й компонент – знания, навыки, умение; 1-й компонент личности – это социальная направленность, обусловленная системой сложившихся отношений [6].

Все авторы сходились в мысли о том, что личность и социум надо изучать одновременно, но только с появлением понятия качество жизни это стало возможным. Исследование качества жизни в медицине – уникальный подход, позволивший принципиально изменить традиционный взгляд на проблему социума и личности. Исследование качества жизни, связанного со здоровьем, позволяет изучить влияние заболевания и лечения на показатели качества жизни больного человека, оценивая все составляющие здоровья – физическое, психологическое и социальное функционирование [7, 8, 9].

Сегодня выделяются три основные составляющие концепции качества жизни: многомерность, изменяемость во времени, участие больного в оценке своего состояния. Качество жизни включает в себя информацию об основных сферах жизнедеятельности человека – физической, психологической, духовной, социальной, экономической. Качество жизни, связанное со здоровьем, оценивает компоненты, не связанные и связанные с заболеванием, и позволяет дифференцированно определить влияние болезни и лечения на состояние больного [7, 8, 9].

Участие больного в оценке своего состояния, как составляющего данной концепции, особенно важно. Оценка качества жизни самим больным является ценным и надежным показателем его общего состояния. Оценивать качество жизни должен пациент, так как в многочисленных исследованиях показано, что оценка качества жизни, выполненная больным и врачом, часто не совпадает. Данные о качестве жизни вместе с традиционным медицинским заключением, сделанным врачом, позволяют составить полную и объективную картину болезни пациента [7, 8, 9].

Качество жизни, связанное со здоровьем – интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования здорового или больного человека, основанная на его субъективном восприятии. Его изучение основано на оценке человеком своего благополучия в физическом, психическом (интеллектуальном, эмоциональном), социальном (профессиональная, домашняя активность, взаимоотношения в работе, семье, обществе) и экономическом отношении; учитывают также способность концентрировать внимание и принимать решения; память, мышление, восприятие; визуальномоторную координацию, сексуальную функцию, душевный комфорт, эмоциональную стабильность, чувство удовлетворенности жизнью [7].

Существует огромное количество определений качества жизни [7, 8, 9]. В некоторых исследованиях используются определения, предложенные социологами. В других работах при определении понятия качества жизни детальнее рассматривают каждую из трех ее составляющих: физические аспекты (улучшение или ухудшение функциональных способностей, симптомов или боли, возникших в результате заболевания или лечения); психические аспекты (эмоциональные состояния или познавательные способности); социальные аспекты (социальная изоляция или коммуникабельность, роль хронических заболеваний в социализации больных [7, 8]. Некоторые ученые считают, что для оценки качества жизни в клинических и популяционных исследованиях необходимо выделять три основных компонента: функциональные способности человека, чувства, симптомы заболевания и их последствия [8, 9].

Всемирная организация здравоохранения рекомендует определять качество жизни как индивидуальное соотношение своего состояния в жизни общества в контексте культуры и систем ценностей этого общества, с целями (желаниями) данного индивидуума, его планами, возможностями и степенью общего неблагополучия [8]. Дана характеристика ряда критериев качества жизни и их составляющих, которые в основном и изучаются: физические (сила, энергия, утомляемость, боль, дискомфорт, сон, отдых); психологические (положительные эмоции, мышление, память, концентрация внимания, самооценка, негативные переживания); уровень самостоятельности (ежедневная активность, работоспособность, зависимость от лечения и медикаментов); общественная жизнь (взаимоотношения, общественная ценность объекта, сексуальная активность); окружающая среда (благополучие, безопасность, быт, обеспеченность, качество и доступность медицинского и социального обслуживания, возможность получения образования и повышения квалификации, отдых, экология); духовность (религия, личностные убеждения) [8, 9].

Имеется несколько классификаций инструментов исследования качества жизни. В зависимости от области применения опросники делятся на общие и специальные: по областям медицины, по нозологии, опросники, специфические для определенного состояния. В зависимости от структуры имеются: профильные опросники (несколько цифровых значений, которые представляют собой профиль, сформированный значениями нескольких шкал; индексы (единое цифровое значение). Наиболее распространенные такие тесты: опросник оценки качества жизни Европейской группы качества жизни (Euro QoL EQ-5D), общий опросник здоровья (Medical Outcomes Study-Short Form-MOS SF-36), индекс благополучия (Quality of Well-Being Index), профиль влияния заболевания (Sickness Impact Profile-SIP), Ноттингемский профиль здоровья (Nottingham Health Profile – NHP), индекс качества жизни (Quality of Life Index), опросник здоровья ребенка (Child Health Questionnaire – CHQ) [7].

Среди общих опросников оценки качества жизни при сердечно-сосудистых заболеваниях наиболее распространены в клинической практике: профиль влияния заболевания (Sickness Impact Profile – SIP), Ноттингемский профиль здоровья (Nottingham Health Profile – NHP), шкала благополучия (Quality of Well-Being Scale), индекс психологического благополучия (Psychological Well-Being Schedule), шкала беспокойства и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale), опросник здоровья Мак Мастера (Mc Master Health Index Questionnaire), общий опросник здоровья (MOS SF-36), шкала депрессии (Cardiac Depression Scale), профиль здоровья в кардиологии (Cardiac Health Profile), индекс активности Дьюка (Duke Activity Status Index), многомерный индекс качества жизни (Multidimensional Index of Life Quality), индекс качества жизни (Ferrans and Quality of Life Index), опросники качества жизни при аритмии (10-item Implantable Cardioverter Defibrillator Quality of Life Questionnaire, 8-item Implantable Cardioverter Defibrillator – specific Quality of Life Questionnaire), Эдинбургский опросник оценки качества жизни (Edinburgh Claudication Questionnaire), опросник оценки качества жизни при заболеваниях периферических артерий (Prairie Vascular Disease Questionnaire), опросник оценки качества жизни при нарушениях ходьбы (Walking Impairment Questionnaire), опросник оценки качества жизни при стенокардии (Angina Pectoris Quality of Life Questionnaire), опросник качества жизни при кардиологических заболеваниях (Mac New Heart Disease Health related Quality of Life Questionnaire), Сиэтлский опросник при ишемической болезни сердца (Seattle Angina Questionnaire), опросник при хронической сердечной недостаточности (Chronic Heart Failure Questionnaire), Канзасский опросник при кардиомиопатиях (Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire), Миннесотский опросник при сердечной недостаточности (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire) [7].

Однако до настоящего времени еще не существует специальных опросников для больных с врожденными пороками сердца (ВПС), которые бы давали возможность оценить влияние побочных эффектов или осложнений оперативных вмешательств, симптомов, коморбидных основной патологии; наличие или выраженность резидуальных состояний; способность выполнять ежедневные обязанности; общую объективную оценку здоровья; оценку физического либо психического самочувствия; влияние медикаментозной терапии на способ и стиль жизни; физическую работоспособность, личностные и характерологические особенности; социальную самореализацию, сексуальные способности.

Цель исследования – изучить личностные особенности и их роль в оценке качества жизни больных с врожденными пороками сердца.

Ретроспективно у 170 больных с ВПС и проспективно у 40 пациентов, находившихся на лечении в Государственном учреждении «Украинский государственный НИИ медико-социальных про-

блем инвалидности МЗО України», после получения информированного согласия, были изучены личностные и кардиологические особенности, типы отношения к болезни и качество жизни. Было обследовано по 13 больных с открытым артериальным протоком (Q 25.0) и стенозом легочной артерии (Q 25.6), 40 пациентов с врожденными пороками развития сердечной перегородки (Q 21.0), 43 человека с тетрадой Фалло (Q 21.3), 51 больной с дефектом межпредсердной перегородки (Q 21.1) и 50 особ с коарктацией аорты (Q 25.1). Диагноз ВПС устанавливали в соответствии с рекомендациями Украинского и Европейского обществ кардиологов [10, 11]. 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 – $31,3 \pm 10,4$; время после хирургической коррекции – $14,9 \pm 10,0$; возраст, в котором им была проведена операция – $14,4 \pm 11,6$ года соответственно. Среди пациентов было 110 мужчин и 100 женщин. Группы были сопоставимы между собой и достоверно не отличались возрастом по полу. Детальный анализ обследованного контингента, полная клиническая, социальная и медико-экспертная характеристики приведены в предыдущих наших работах [13]. Все обследованные пациенты до наступления совершеннолетия имели статус ребенка инвалида, а после этого возраста группа инвалидности устанавливалась по медицинским и социальным показаниям. Из всех обследованных было 130 инвалидов, у остальных 80 человек группа инвалидности не была определена.

Для определения акцентуаций характера больных использовали опросник Г. Шмишека, личностных особенностей – методику многостороннего исследования личности; особенности характера – опросник Р. Кеттелла, типов реагирования на болезнь – личностный опросник оценки типов психического реагирования на соматическое заболевание [14, 15, 16]. Качество жизни изучали по общему опроснику здоровья (Medical Outcomes Study-Short Form – MO SSF-36) [17]. Для обработки результатов исследования применяли первичный статистический и корреляционный анализы. В ходе проведенного нами исследования оценивали качество жизни больных с ВПС в сравнении с инвалидами вследствие данной патологии и по отдельным видам пороков. Как легкие проблемы рассматривали оценку качества жизни в 95–76 баллов, умеренные – в 75–51, тяжелые – в 50–5, абсолютные – в 4 и менее баллов [13].

У лиц с ВПС, как у больных, так и инвалидов, установлено значительное снижение всех показате-

лей качества жизни, в сравнении с популяционными, в выполнении деятельности, связанной с физическими нагрузками; их физическое состояние ограничивало повседневную активность и препятствовало профессиональной деятельности. У таких лиц значительной интенсивности достигали кардиалгия и одышка, была снижена активность и повышена утомляемость. Снижение физической активности этих пациентов существенно ограничивало социальное функционирование, что соответствовало данным литературы о ведущих причинах ухудшения качества жизни у этих лиц. К ним относятся снижение физического и эмоционального благополучия, отсутствие общественной и служебной поддержки; необходимость избегать ситуаций, которые приводят к психоэмоциональным перегрузкам; необходимость ограничения физических усилий и постоянного лечения; существенные нарушения восприятия боли и жизнедеятельности [20].

Умеренными проблемами для этих пациентов были жизнедеятельность, социальная активность и психический статус; тяжелыми – роль физических и эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, боль, сравнение самочувствия, социальная активность, физический и общий статус.

Физический статус лиц с оперированными ВПС характеризовался их физической активностью, ролью физических проблем в ограничении жизнедеятельности и болью [8, 9]. Физическая активность – это показатель физического функционирования больных, который отображает степень ограничений за счет изменений здоровья при выполнении физических нагрузок, таких как самообслуживание, ходьба, подъем вверх, перенос тяжестей, толерантность к значительным физическим нагрузкам. Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности определяла влияние физического состояния пациента на обыденную деятельность; показатель боли характеризовал интенсивность болевых ощущений при выполнении повседневной деятельности на протяжении последних 4 недель.

У больных с оперированными ВПС, в сравнении с инвалидами, значительно снижались физическая активность и боль, возрастала роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности. Уменьшение показателей физической активности и боли у больных с данной патологией было свидетельством снижения выполнения ними значительных физических нагрузок и активности в повседневной жизни, значительного влияния болевых ощущений на их жизнедеятельность; вместе с тем, у этих лиц возрастали роль и значимость физических проблем в ограничении жизнедеятельности.

Показатели качества жизни у этих пациентов ассоциированы между собой. Физическая активность этих лиц коррелировала с ролью физических и эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, болью, социальной активностью и жизнедеятельностью. Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности сопряжена как с ролью эмоциональных проблем, социальной ак-

тивністю и жизнедеятельностью, так и с физической активностью, болью и общим здоровьем. Боль – с физической активностью и ролью физических проблем, так и с жизнедеятельностью, социальной активностью и сравнением самочувствия. Отличиями являются связи роли физических проблем в ограничении жизнедеятельности с общим здоровьем и боли – со сравнением самочувствия. Таким образом, у данной категории пациентов физический статус непосредственно связан как с психическим, так и общим статусом, что необходимо учесть при разработке индивидуальных реабилитационных программ.

Психический статус пациентов оценивали по трем параметрам: социальная активность, психическое здоровье и ограничения жизнедеятельности вследствие эмоциональных проблем [8, 9]. Социальная активность – это уровень взаимоотношений с друзьями, коллегами по работе, родственниками. Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности – оценка степени ограничений в повседневной жизни, связанная с эмоциональными проблемами. Психическое здоровье – субъективная оценка своего настроения (счастья, покоя) за последние 4 недели.

У больных с ВПС, в отдаленные после хирургического вмешательства сроки, в сравнении с инвалидами, были характерны выраженное снижение социальной активности и психического здоровья, что свидетельствовало об ограничении социального взаимодействия, ухудшении настроения и нарастании беспокойства этих лиц за 4 недели перед обследованием. Возрастание у них роли эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности подтверждало значимость эмоционального состояния в обыденной деятельности.

Аналогичные корреляционные связи выявлены и для показателей психического статуса. Социальная активность лиц с ВПС ассоциирована с физической активностью, ролью физических проблем, жизнедеятельностью, психическим здоровьем и сравнением самочувствия. Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности сопряжена с физической активностью, ролью физических проблем, социальной активностью, жизнедеятельностью, психическим здоровьем и сравнением самочувствия. Психическое здоровье – с ролью эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, социальной активностью и жизнедеятельностью.

Общий статус этих лиц характеризовали при помощи двух показателей: жизнедеятельности и общего здоровья [8, 9]. Нами изучался еще один показатель – сравнение самочувствия (здоровье в сравнении с тем, что было год назад), который характеризовал субъективную оценку пациентами своего здоровья и изменений, которые произошли в течение года. Общее здоровье – это собственная оценка здоровья в настоящее время и необходимость лечения; жизнедеятельность – оценка пациентами своего жизненного тонуса (энергии, эмоциональности) за последние 4 недели.

Больные с ВПС, в отдаленные после хирургиче-

ческого вмешательства сроки, в сравнении с инвалидами, достоверно ниже оценивали свое общее здоровье, отмечали выраженное ухудшение жизнедеятельности и самочувствия в сравнении с тем, что было год назад.

Таким образом, тяжелыми проблемами для больных и инвалидов с оперированными ВПС были роль физических и эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, боль, сравнение самочувствия, социальная активность, физический и общий статус.

Особенностью больных, в сравнении с инвалидами, были достоверное ухудшение субъективной оценки общего здоровья; выраженные отличия физической активности и психического здоровья.

Показатели как общего статуса у лиц с ВПС, так и физического и психического были сопряжены между собой. Уровень их жизнедеятельности коррелировал с физической активностью, болью, ролью физических и эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, социальной активностью, общим здоровьем и сравнением самочувствия. Общее здоровье ассоциировано с ролью физических проблем и жизнедеятельностью; сравнение самочувствия – с физической активностью, болью, ролью физических и эмоциональных проблем, социальной активностью и жизнедеятельностью. Выявленные связи свидетельствовали о нарушениях во всех сферах качества жизни и необходимости комплексного влияния на них при проведении реабилитационных мероприятий.

Оценка качества жизни больными и инвалидами с различными врожденными пороками сердца в отдаленные после оперативных вмешательств сроки имела свои особенности.

У больных, оперированных с врожденными пороками развития сердечной перегородки (ВПСРП), в сравнении с инвалидами, значительно снижались физическая активность и боль, возрастала роль физических проблем; ухудшались социальная активность и психическое здоровье, достоверно повышалась роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности; ухудшалось общее здоровье, жизнедеятельность и самочувствие в сравнении с тем, что было год назад. Тяжелыми проблемами для больных и инвалидов с оперированными ВПСРП были физическая активность и боль, роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности, общее здоровье, сравнение самочувствия, физический и общий статус. Особенностью больных с ВПСРП, в сравнении с инвалидами, выступали достоверное возрастание роли эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, выраженные различия в оценке жизнедеятельности и психического статуса.

У больных с тетрадой Фалло, в сравнении с инвалидами, существенно снижались физическая активность и боль, возрастала роль физических проблем; уменьшалась социальная активность и усиливалась роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, однако психическое здоровье практически не нарушалось; ухудшалось общее здоровье, жизнедеятельность

и самочувствие в сравнении с тем, что было год назад. Тяжелыми проблемами для больных и инвалидов с тетрадой Фалло в отдаленные после оперативной коррекции сроки были роль физических и эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, общее здоровье, физический и общий статус. Особенностью больных с тетрадой Фалло, в сравнении с инвалидами, были существенное снижение физической активности, боли, нарушения жизнедеятельности и сравнения самочувствия.

У больных с врожденными пороками развития больших артерий (ВПРБА), в сравнении с инвалидами, снижались физическая активность и боль, не отличались роль физических проблем; уменьшалась социальная активность, роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, психическое здоровье; ухудшалось общее здоровье, самочувствие в сравнении с тем, что было год назад, однако жизнедеятельность их почти не отличалась. Тяжелыми проблемами у этих пациентов в отдаленные после оперативной коррекции сроки были роль физических и эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, общее здоровье, сравнение самочувствия, физический и общий статус. Особенностью больных с ВПРБА, в сравнении с инвалидами, выступали значительное снижение физической активности, боли и ухудшение психического здоровья.

У больных с врожденными пороками развития аортального и митрального клапанов и другими пороками развития сердца (ВПРА и МК), в сравнении с инвалидами, снижались физическая активность, роль физических проблем и боль; улучшалась социальная активность, психическое здоровье, возрастала роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности; ухудшалось самочувствие в сравнении с тем, что было год назад, однако их жизнедеятельность и общее здоровье почти не отличались. Тяжелыми проблемами у этих пациентов в отдаленные после оперативной коррекции сроки были роль физических и эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, боль, ухудшение психического и общего здоровья, физический, психический и общий статус. Отличительной особенностью больных с ВПРА и МК, в сравнении с инвалидами, было значительное уменьшение физической активности и ухудшение здоровья в сравнении с тем, что было год назад; при этом их социальная активность даже несколько повышалась.

Наряду с определением обобщающих показателей (физического, психического и социального статуса), в исследованиях многих авторов используется качественная оценка причин, влияющих на качество жизни [7, 13]. Определение их у лиц с ВПС будет адекватно отражать само понятие качества жизни, выявлять причины и ограничения, возникающие перед пациентами, характеризовать отношение больных к факторам, ухудшающим качество жизни, указывать, по каким параметрам и в какой степени оно ухудшается. В работах А. Дадаева указывается на существенное снижение

качества жизни больных с коарктацией аорты в отдаленных, после хирургической коррекции сроках, но такие работы единичны, что не позволяет дать объективную характеристику физическим, психическим и социальным факторам адаптации пациентов с ВПС к современным условиям существования [20].

Проведенное нами исследование выявило ухудшение качества жизни у лиц с ВПС в отдаленные после оперативной коррекции сроки за счет ограничений физических, психических и социальных аспектов, что согласуется с литературными данными [7, 13]. Полученные результаты свидетельствовали о внутренней напряженности, стойком беспокойстве о своей жизни и судьбе, постоянном анализе вегетативных проявлений заболевания, что в значительной степени отображалось на оценке качества жизни и психологических особенностях. Личностный фактор пациента играл ведущую роль в оценке качества жизни, так как удовлетворенность жизнью и счастье зависели от того, что пациент считал ведущим в своей собственной системе оценок [13].

Как было показано ранее, у пациентов с ВПС наблюдалось заострение демонстративной, эмотивной и циклотимической черт характера. Демонстративная акцентуация характера коррелировала с оценкой жизнедеятельности, социальной активности, ролью эмоций в ограничении жизнедеятельности, общим здоровьем, сравнением самочувствия, психическим и общим статусом; гипертимная акцентуация – с жизнедеятельностью и общим здоровьем, физическим и общим статусом; эмотивная акцентуация – с ролью физических проблем в ограничении жизнедеятельности; циклотимическая – с болью, физической активностью и статусом.

У пациентов с оперированными ВПС наиболее выраженными были такие черты характера, как независимость-подчиненность, подозрительность-доверчивость, высокий-низкий самоконтроль, тревожность-спокойствие, эмоциональная устойчивость, озабоченность-беспечность, смелость-робость, податливость-жесткость, радикализм-консерватизм, напряженность-релаксация. Желание представить себя «в лучшем свете» у этих лиц коррелирует с психическим здоровьем; эмоциональная устойчивость – с жизнеспособностью; независимость-подчиненность – с ролью физических проблем в ограничении жизнедеятельности. Озабоченность-беспечность пациентов с ВПС ассоциирована с оценкой жизнеспособности; податливость-жесткость – с ролью физических проблем, жизнеспособностью и сравнением самочувствия; подозрительность-доверчивость – с физической и социальной активностью, болью, физическим статусом. Гибкость-прямолинейность этих лиц сопряжена с физической активностью и статусом, ролью физических проблем в ограничении жизнедеятельности, радикализм-консерватизм – с психическим здоровьем; самостоятельность-внушаемость – с жизнеспособностью и общим здоровьем; высокий-низкий самоконтроль – с болью.

Больные и инвалиды с ВПС, как указывалось ранее, характеризовались ипохондрической фиксацией, зажатостью, сверхконтролем, повышенной ориентацией на нормативность в качестве устойчивого свойства личности, проявляющегося избыточным вниманием к нарушениям физического здоровья (Нс–ипохондрия), 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 (Mt–мужественность–женственность). Им были присущи аффективная ригидность, склонность к педантизму, соперничеству и застреванию на негативных переживаниях (Ра–паранойя), осмотрительность, осторожность, враждебно-подозрительное отношение, боязливость, конституционально обусловленная тревожность, неуверенность, конформность (Pt–психастения), индивидуализм, своеобразие интересов, непредсказуемость поступков, иррациональный подход к решению проблем, отрыв от реальности (Sc–шизоидность), затруднения в осуществлении межличностных контактов, обращенность преимущественно в мир субъективных переживаний (Si–интроверсия).

Желание представить себя «в лучшем свете» у этих лиц коррелирует с оценкой роли физических и эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности; Mt–мужественность–женственность – с ролью физических проблем, общим здоровьем и статусом; Si–интроверсия – с ролью эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности.

Во внутренней картине болезни у лиц с ВПС в отдаленные после хирургической коррекции сроки были выражены гармоничный, эйфоричный и эргопатический типы отношения к болезни (ТОБ). В структуре чистых типов реагирования на заболевание наиболее распространенными были чувствительный, эйфорический и гармоничный типы; в структуре всех диагностированных ТОБ – эйфорический, неврастенический, чувствительный и паранойяльный виды. Обсессивно-фобический, чувствительный и эгоцентрический ТОБ коррелировали с субъективной оценкой общего здоровья, эйфорический – с физической активностью, болью и жизнедеятельностью; анозогнозический – с физической активностью и статусом, болью, жизнедеятельностью, ролью эмоциональных проблем, психическим здоровьем и статусом.

Полученные результаты свидетельствуют о наличии у больных и инвалидов с ВПС в отдаленные после хирургической коррекции сроки характерных для данной патологии причин социальной дезадаптации. Определение причин социальной дезадаптации этих пациентов, которые существенно ухудшают их качество жизни, дает возможность разработать целенаправленные мероприятия по улучшению адаптации данной категории больных к условиям социального окружения.

Литература

1. Собчик Л. Н. Психология индивидуальности. Теория и практика психодиагностики / Л. Н. Собчик. – СПб.: Речь, 2008. – 624 с.
2. Гиппенрейтер Ю. Б. Психология личности / Ю. Б. Гиппенрейтер, А. А. Пузырев, В. В. Архангельский. – М.: Астрель, 2009. – 624 с.
3. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность / А. Н. Леонтьев. – М.: Политиздат, 1975. – 364 с.
4. Выготский Л. С. Развитие высших психических функций: Собр. В 6 т. / Л. С. Выготский. – М., 1960. – Т. 1. – 214 с.
5. Мясичев В. Н. Личность и неврозы / В. Н. Мясичев. – Л.: ЛГУ, 1960. – 284 с.
6. Платонов К. К. Психология / К. К. Платонов, Г. Г. Голубев. – М.: Высшая школа, 1977. – 263 с.
7. Новик А. А. Исследование качества жизни в медицине: [учеб. пособие] / А. А. Новик, Т. И. Ионова. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 304 с.
8. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organization // Soc. Sci. Med. – 1995. – Vol. 41. – P. 1403–1409.
9. Staque M. J. Quality of Life assessment in clinical trials: [monography] / M. J. Staque. – Oxford, N.Y., Tokyo: Oxford University Press, 1998. – 360 p.
10. 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 / H. Baumgartner, Ph. Bonhoeffer, N. Groot [et al.] // Eur. Heart. J., 2010. – Vol. 31 (23). – P. 2915–2957.
11. Рекомендації Європейського товариства кардіологів 2010 року щодо ведення дорослих з природженою вадою серця (Частина II) // Серце і судини. – 2012. - № 4 (40). – С. 21–32.
12. Міжнародна статистична класифікація хвороб (МКХ-10): короткий адаптований варіант для використання в Україні (в трьох розділах). – К., 2001 – 307 с.
13. Обмеження життєдіяльності при вроджених вадах серця у дорослих / А. В. Іпатов, О. М. Лисунець, І. Я. Ханюкова [та ін.]. – Дніпропетровськ: Пороги, 2012. – 208 с.
14. Елисеєв О. П. Практикум по психології особистості / О. П. Елисеєв – [2-изд.]. – СПб.: Питер, 2005. – 509 с.
15. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методы и тесты: [уч. пособие] / Д. Я. Райгородский. – Самара: БАХРАХ, Москва, 2002. – 172 с.
16. 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.
17. Методика оцінки якості життя всесвітньої організації охорони здоров'я: українська версія. Рекомендації по використанню / за науковою редакцією С. В. Пхіденко. – Дніпропетровськ: Пороги, 2001. – 58 с.

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

19. Аффифи А. Статистический анализ. Подход с использованием ЭВМ: [монография] /А. Аффифи,

С. Эйзен. – М.: Мир, 1982. – 488 с.

20 Дадаев А. Я. Качество жизни пациентов, оперированных по поводу коарктации аорты: дисс. ... кандидата мед. наук: 14.00.44 / Дадаев Адлан Ярасханович. – М., 2005. – 206 с.



УДК 616.233-002:616-036.86

КРИТЕРІЇ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ТА ОБМЕЖЕННЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ІНВАЛІДІВ УНАСЛІДОК ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У СПОЛУЧЕННІ З СЕРЦЕВО-СУДИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

С. С. Паніна, Н. А. Саніна, Н. О. Гондуленко, В. М. Концур, Т. С. Ігумнова

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

Резюме

В статье описаны современные критерии медико-социальной экспертизы и определения уровня ограничения жизнедеятельности у инвалидов вследствие хронического обструктивного заболевания легких. Комплексная оценка клинико-функциональных, психологических и социальных факторов позволяет сделать должный вывод о наличии и степени ограничения отдельных категорий жизнедеятельности у лица, проходящего освидетельствование.

Ключевые слова: хроническое обструктивное заболевание легких, ограничение жизнедеятельности, медико-социальная экспертиза.

Summary

The article describes the modern criteria of medical and social expertise and determination of the level of life activity limitation in persons disabled due to chronic obstructive pulmonary disease. Comprehensive assessment of clinical, functional, psychological and social factors can make a proper conclusion about the presence and degree of limitation of certain categories of life activity of a person undergoing the expertise.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease, life activity limitation, medical and social expertise.

Захворювання органів дихання, зокрема хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), сьогодні залишаються одним із найвагоміших чинників захворюваності та інвалідизації населення України. Виділення ХОЗЛ в окрему форму статистичної звітності Міністерством охорони здоров'я України наприкінці 2009 року дозволило отримати дані щодо рівня захворюваності на ХОЗЛ у країні. Так, у 2011 р. захворюваність на ХОЗЛ в Україні становила 207,8 на 100 тисяч дорослого населення, а поширеність ХОЗЛ в абсолютних значеннях склала 1116237 випадків [1]. Середні по Україні інтенсивні показники первинної інвалідності внаслідок ХОЗЛ за 2011–2012 рр. склали для дорослого населення 0,3 на 10 тис. та відповідно 0,4 та 0,5 на 10 тис. працездатного населення, із перевищенням середніх показників у промислово розвинених регіонах [2]. У деяких областях зафіксовано великий відсоток тяжкої інвалідності внаслідок

ХОЗЛ; це свідчить про різницю підходів лікарів-експертів до оцінки ступеня обмеження життєдіяльності хворих та недостатнє використання у лікарській практиці сучасних підходів до лікування цього захворювання. Найбільш розповсюдженими коморбідними станами при легневих захворюваннях є захворювання серцево-судинної системи, які сприяють зростанню тяжкості основного захворювання [3, 4]. Недооцінювання супутньої патології – одна з причин, які визначають неможливість досягнення контролю перебігу захворювання легень та обтяжують його перебіг, а отже, призводять і до зростання рівня інвалідизації хворих [5, 6].

Таким чином, виникає потреба у впровадженні та дотриманні сучасних підходів до проведення медико-соціальної експертизи та визначення ступеня обмеження життєдіяльності у хворих на ХОЗЛ у сполученні з серцево-судинною патологією.