

24. Peseschkian N. Psychosomatik und Positive Psychotherapie: Monography / N. Peseschkian. – Berlin Heidelberg: Springer-verland, 1991. – S. 500.
25. Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практические применение / Ф. Александр; пер. с англ. С. Могилевского. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. – 352 с.
26. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний: руководство ESC (2012) // Medicine Review. – 2012. – № 3 (21). – С. 10–16.
27. Роль структурно-функциональных изменений головного мозга в формировании психопатологических расстройств у больных инсультом / [Шкловский В. М., Лукашевич И. П., Орлов И. Ю., Малин Д. И.] // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – № 1. – С. 34–39.
28. Кутлубаев М. А. Постинсультная апатия / М. А. Кутлубаев, Л. Р. Ахмадеева // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2012. – № 4. – С. 99–102.
29. Клинические особенности постинсультных тревожных расстройств / [Петрова Е. А., Савина М. А., Концевой В. А., Скворцова В. И.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2012. – № 9. – С. 12–16.
30. Постинсультные аффективные расстройства / Е. А. Петрова, М. А. Савина, Н. А. Георгиевская [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2011. – № 10. – С. 12–17.
31. Jorge R. Apathy following stroke / R. Jorge, S. Starkstein, R. Robinson // Can. J. Psychiatry. – 2010. – Vol. 55. – P. 350–354.
32. A longitudinal view of apathy and its impact after stroke / Mayo N., Fellows L., Scotts. S. [et al.] // Stroke. – 2009. – Vol. 40. – P. 3299–3307.
33. Marin R. Apathy: a neuropsychiatric syndrome / R. Marin // J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci. – 1991. – Vol. 3. – P. 343–354.
34. Levy R. Apathy and the functional anatomy of the prefrontal cortex-bazal ganglia circuits / R. Levy, B. Dubois // Cereb. Cortex. – 2006. – Vol. 16. – P. 916–928.
35. Kraepelin E. Ein Lehrbuch fuer Studierende und Arzte (achte.vollstandich umgearbeitete Aufgabe): [Psychiatrie] / E. Kraepelin. – Leipzig: Verlag von Johann Ambrosius Barth, 1913. – 234 p.
36. Generalized anxiety disorder following stroke / [C. S. Castillo, S. E. Strakstein, J. P. Fedoroff et al.]. – J. Nerv. Ment. Dis. – 1993. – Vol. 81. – P. 100–106.
37. Astrom M. Generalized Anxiety Disorder in Stroke Patients. A 3-year longitudinal study / M. Astrom // Stroke. – 1993. – Vol. 27. – P. 270–275.
38. Shimoda K. Effect of anxiety disorder in impairment and recovery from stroke / K. Shimoda, R. Robinson // J. Neuropsychiatr. Clin. Neurosci. – 1998. – Vol. 10. – P. 34–40.
39. Astrom M. Different linkage of depression to hypercortisolism early vs. late after stroke: a 3-year longitudinal study / M. Astrom, T. Olsson, K. Asplund // Stroke. – 1993. – Vol. 24. – P. 52–57.
40. Besdo T. The crucial role of frontostriatal circulation for depressive in the postacute stage after stroke. Neuropsychiatry / T. Besdo, C. Wllesch, M. Herrmann // Neuropsychology and Behavioral Neurology. – 1999. – Vol. 12. (4). – P. 236–246.
41. Astrom M. Major depression in stroke patients: a 3-year longitudinal study / M. Astrom, M. Adolfsson, K. Asplund // Stroke – 1993. – Vol. 24. – P. 976–982.



УДК 616-036.86:616.12-089

ПАТОФІЗІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ РОЗЛАДІВ ВИЩИХ ПСИХІЧНИХ ФУНКЦІЙ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ КАРДІОХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ

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

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

Резюме

В статье изложены некоторые механизмы появления расстройств высших психических функций у больных после кардиохирургических операций (аортокоронарное шунтирование, хирургическая коррекция врожденных пороков сердца). Очерчен круг нерешенных задач по вопросам защиты головного мозга и патоморфологических механизмов данных нарушений после кардиохирургических вмешательств.

Ключевые слова: кардиохирургическое вмешательство, расстройство высших психических функций.

Summary

The article describes some mechanisms of the appearance disorders higher mental functions in patients after cardiac surgery (coronary artery bypass grafting, surgical correction of congenital heart disease). Has been set the circle of the unsolved problems in the protection the brain and the pathological mechanisms of these disorders after cardiac surgery.

Keywords: *cardiosurgical intervention, disorder of higher mental functions.*

Незважаючи на вдосконалення методів забезпечення операцій на відкритому серці, в післяопераційному періоді зберігається високий ризик розвитку церебральних ускладнень. В Україні, як і в усьому світі, кількість пацієнтів, прооперованих з приводу вад серця та ішемічної хвороби серця, зростає щороку, але за відносно невисокого ризику абсолютна кількість хворих з післяопераційними церебральними ускладненнями різного ступеня важкості досить велика. Крім розладів мозкового кровообігу, що клінічно проявляються в передопераційному періоді, застосування додаткових методів обстеження дозволяє виявити ішемічне ураження мозку приблизно в 20% пацієнтів з невиявленою під час клінічного огляду наявністю осередкового неврологічного дефіциту. Нині на перший план виходять менш виражені церебральні порушення, що проявляються, в першу чергу, змінами вищих психічних (когнітивних) функцій. Частота виникнення даних порушень в післяопераційному періоді сягає до 40–90%, які часто й є головною причиною інвалідизації хворого. Саме з розвитком когнітивного дефіциту пов'язують величезні соціально-економічні втрати, які несе суспільство. Поширення когнітивних розладів україні високе, і останнім часом відзначається тенденція до її неухильного росту. При цьому, питання патогенезу вказаних змін залишаються відкритими. Наявна також недооцінка ролі чинників ризику в розвитку когнітивних порушень. Несвоєчасна діагностика когнітивного розладу і, відповідно, відсутність адекватної терапії призводять до їх подальшого прогресу. Клінічна практика демонструє різноманітність варіантів церебральної дисфункції після кардіохірургічних втручань. Очевидний також танDEM етіологічних чинників церебральних ускладнень у подальшому житті цих пацієнтів. Особлива увага в цьому відношенні має бути приділена популяції хворих працездатного віку з вродженою чи набутою серцево-судинною патологією, яка щорічно зростає [1, 2].

За останні десятиріччя зазнали значних змін теоретичні і практичні питання, що належать до розуміння здоров'я, благополуччя, хвороби і наслідків захворювання. Впровадження принципів доказової медицини вимагає чітких критеріїв оцінки ефективності лікування, які для хворих містять у собі критерії відповіді на лікування, досягнення фази плато та її тривалість. Важливим є те, що серед критеріїв доказової медицини з'явилося нове поняття – якість життя (ЯЖ). Після накопичення даних про ЯЖ, які відображають міру благополуччя, викликаного хворобою, виникли нові проблеми, що пов'язані з відсутністю практичного досвіду використання нової теоретичної концепції здоров'я [3,4]. Існуючі моделі виникнення наслідків

захворювань, що засновані на суб'єктивних аспектах ЯЖ, індивідуальних установках і самооцінці, не отримали свого розвитку [5, 6]. Відношення між «об'єктивними» і «суб'єктивними» критеріями здоров'я стало розумітися тільки як проблема методології, що зміщує акценти в науковій розробці проблеми здоров'я [7–10].

В Україні концепція здоров'я і обмеження життєдіяльності існує близько 10 років, проте процес її становлення відразу ж привів до перегляду принципів визначення груп інвалідності і появи положення про індивідуальну програму реабілітації інваліда. В основі цих змін лежить виділення характеру і міри порушення функцій, обмежень життєдіяльності, а також визначення прогнозу їхнього розвитку, що припускає індивідуальний підхід до соціального захисту і розробки індивідуальної програми реабілітації. Порушення функцій і структур у хворих кардіохірургічного профілю є частиною клінічної картини захворювання. З клінічних позицій вони детально вивчені і описані кардіологами, кардіохірургами, патофізіологами, морфологами. Проте дані про патофізіологічні механізми розвитку порушень з обмеженнями в доменах життєдіяльності, що належать до індивідуального і соціального рівнів функціонування індивіда (наприклад, навчання, побутового життя і головних сфер життя) після кардіохірургічного втручання у віддаленому періоді в доступній літературі відсутні [11–13].

Однак відомо, що незважаючи на значні успіхи, які досягнуті в кардіохірургії під час операцій на відкритому серці, зберігається високий ризик виникнення обмежень життєдіяльності. Успіх операції більше не може бути оцінений тільки за результатами виживання. Операція, внаслідок якої був усунений дефіцит кровотоку через стеноз коронарної артерії або заміни ураженого клапана серця, не може нині характеризуватися як успішна, якщо хворий під час неї переносить, наприклад, церебральне ушкодження, що викликає зміну його власних особливостей або інтелектуальних (когнітивних) здібностей [14–16]. Основними ранніми ускладненнями в післяопераційному періоді в кардіохірургічних хворих унаслідок недостатнього захисту головного мозку продовжують залишатися нейропсихологічні (когнітивні) порушення (короткострокова і тривала пам'ять, концентрація уваги, розумова здатність). За даними Р. J. Shaw (1989 р.) і низки інших авторів, когнітивні порушення зустрічаються в більшості випадків у пацієнтів, що перенесли операцію на серці з використанням екстракорпорального кровообігу. Питання патогенезу вказаних змін залишаються відкритими. Розвиток ультразвукової доплерівської діагностики привів до широкого її експериментального і клініч-

ного використання в області кардіохірургії, при цьому виявилось, що емболії спостерігаються під час операцій в умовах ШК у 100% випадках. У зв'язку з цим емболію вважають одним з основних етіологічних чинників ушкодження ЦНС [17–19]. Водночас, розробка і використання комплексу заходів, спрямованих на профілактику тромбоемболії, призвела передусім до зниження частоти грибних неврологічних ускладнень (до 0,3%), частота ж когнітивної дисфункції залишається високою (до 79%). Сьогодні питання про міру впливу емболії на когнітивну дисфункцію залишається відкритим і вимагає подальшого вивчення.

У низці робіт обговорюється питання про ступінь ураження ЦНС у разі використання різних методів аортокоронарного шунтування (АКШ). Одними з найважливіших чинників ризику розвитку серцево-судинної патології після операції вважаються гострі короточасні і частіше тривалі емоційно-стресові дії, що перевищують можливості адаптаційних механізмів і провокують глибокі, напружені й тривалі переживання психотравмуючих ситуацій. Порушення перфузії головного мозку і погіршення нейрокогнітивних показників у обстежених пацієнтів після АКШ із ШК, як свідчать численні дослідження, можуть бути обумовлені низкою чинників, серед яких особливу увагу приділяють мікроемболії церебральних судин різної міри вираженості, а також розвиток транзитної церебральної ішемії внаслідок зниження перфузійного тиску під час використання ШК. Вважається, що уникнення мікро- і макро-емболізацій з контура апарата ШК і маніпуляцій у разі канюлізації і передавленні атеросклеротично зміненої аорти під час проведення коронарного шунтування без апарата ШК сприяє меншому ушкодженню нейроінтелектуальних функцій. У проспективному рандомізованому дослідженні Diegeler et al. продемонстрував значно нижчий рівень маркера мозкового ушкодження протеїну S100 і нижче число транзитних сигналів високої інтенсивності в середній мозковій артерії під час транскраніальної доплеросонографії у разі коронарного шунтування без насоса апарата ШК з клінічною кореляцією з 8% післяопераційних нейроінтелектуальних порушень, на притовагу до 90% у разі АКШ із ШК. Zambar et al. відтворив схожі клінічні результати в іншому рандомізованому клінічному дослідженні. Хоча повідомлялося, що ризик інсульту нижче у разі коронарного шунтування без апарата ШК, але це не було підтверджено в рандомізованому дослідженні. Повторне або багатократне бічне віджимання аорти за нормального системного тиску з метою накладання проксимальних анастомозів у разі коронарного шунтування без апарата ШК відтворює один із механізмів, який під час виконання АКШ в умовах ШК викликає емболічний інсульт. Повна відсутність маніпуляцій на висхідній аорті може бути прогресивним моментом у цьому плані [20–24].

Широко відомо, що знання власних особливостей соматичних пацієнтів дає змогу ефективніше проводити лікувальні та реабілітаційні заходи. Особливо це стосується категорії кардіохірургічних

хворих з набутими вадами серця, в яких значні зміни психічної сфери утруднюють успішну післяопераційну реабілітацію, знижують соціальну активність. Складний комплекс патогенних біопсихосоціальних чинників, що впливають у процесі оперативного лікування на психічну сферу хворих, визначає специфічність змін власних особливостей і сфери самосвідомості, що відбуваються. Незважаючи на наявні в цій області наукові роботи, відзначається дефіцит, власне, аналізу патофізіологічних механізмів даних розладів у таких пацієнтів на різних етапах хірургічного лікування. Неухильне зростання операцій, що виконуються на відкритому серці, обумовлює необхідність розробки і впровадження стандартних програм післяопераційної реабілітації.

Потреба в післяопераційній кардіологічній реабілітації зберігається в більшості хворих. При цьому не лише профільні кардіохірургічні центри, але й кардіологічна служба загалом відчувають нестачу в оптимальних програмах відновного лікування пацієнтів після кардіохірургічних операцій [25, 26].

ВООЗ визначає реабілітацію хворих, які перенесли кардіохірургічну операцію, як комплекс медико-соціальних заходів, спрямованих на найбільш швидке і якісне відновлення здоров'я, трудового і психологічного статусу. Вдосконалення реабілітації після кардіохірургічного втручання має не лише суто медичне, але й важливе прикладне значення. Доведено, що участь у реабілітаційних програмах істотно скорочує економічні витрати громадської охорони здоров'я, передусім за рахунок зменшення тривалості госпітального післяопераційного періоду і зниження потреби пацієнтів у повторних госпіталізаціях. У зв'язку з цим актуальною проблемою кардіоанестезіології і перфузіології є з'ясування механізмів ушкодження головного мозку і розробка способів церебропротекції і профілактики неврологічних порушень.

Проблема психічних змін після операцій на серці з приводу набутих вад серця (НВС) рідко обговорюється в сучасній науковій літературі і залишається через це недостатньо вивченою. З одного боку, це породжує масу дискусій на тему про психологічні механізми змін особи таких хворих. З іншого боку, пацієнти з такими захворюваннями не отримують адекватної психологічної і фармакологічної підтримки в реабілітаційний період, що істотно ускладнює адаптацію індивідуума до нових умов і реалій їх життя, а отже, знижує якість життя. Складність вивчення проблеми психічної трансформації особи і особливостей реагування на хворобу в пацієнтів, які перенесли протезування серцевих клапанів, пояснюється багатофакторністю самого процесу хірургічного втручання. Як до оперативно-го втручання, так і після хірургічної корекції вади серця величезне значення для розуміння змін, що відбуваються, мають чинники, пов'язані з ревматичною етіологією вад серця, наслідками недостатності кровообігу і порушень у системі гомеостазу.

Специфічний вплив кардіохірургічного втручання на особу й усвідомлення хворим свого ново-

го стану реалізується на тлі індивідуальних особливостей людини, що визначаються багатьма біопсихосоціальними чинниками (спадкові детермінанти, особливості протікання перинатального періоду, характеріологічні особливості особи, інтелекту, стану його емоційної, когнітивної і мотиваційно-поведінкової сфери, специфіка його самосвідомості, включаючи «Я-концепція», гетерогенні й гетерохронні чинники мікрокліматичного, мікро- і макросоціального оточення хворого, обумовлені його способом життя, рівнем освіти, характером соціально-психологічної адаптації і спрямованості особи і тому подібне [27].

Вивчення психічної сфери хворих з набутими вадами серця, які перенесли реконструктивні клапанні операції, проводиться давно. Виявлено чимало фактів, що свідчать про закономірні глобальні зміни їхніх особистих особистостей. Хронічне захворювання життєво важливого органу, його хірургічне лікування, що несе загрозу життю, ризик інвалідизації викликають нервово-психічні (астенічні, неврозоподібні і невротичні) розлади, знижують фізичну й психічну активність, змінюють психологічний стан особи, призводять до звуження кола інтересів, до розвитку тривожних, іпохондричних, егоцентричних рис особи, змінюють соціально-трудова активність хворих.

Проте в сучасній літературі наявний дефіцит міждисциплінарних досліджень системного характеру, що відображає психологічні і клініко-психологічні співвідношення в системі «хвороба – організм – особистість» у хворих з набутими вадами серця в динаміці реконструкції серцевих клапанів. Психологічні дослідження, що присвячені цій проблематиці, часто мають переважно описово-констатуючий характер і не до кінця розкривають природу змін особистості і соціального статусу таких хворих.

Ревматичні вади серця виникають переважно в молодому працездатному віці. У разі ревматизму частіше, ніж інші (приблизно у 2/3 випадку), формуються вади мітрального клапана. Ізольовані вади мітрального клапана виникають у 45,7 % випадків, ізольовані вади аортального клапана – в 13,6 % випадків. Є дані про гендерні особливості клінічних форм вад. Так, ізольований стеноз гирла аорти в 2,4 рази частіше зустрічається в чоловіків, ніж у жінок. Стенози мітрального клапана в 4 рази частіше зустрічаються в жінок. Недостатність аортального клапана в 10 разів частіше зустрічається у чоловіків, ніж у жінок. Комбінована мітрально-аортальна вада серця з переважанням мітрального стенозу і недостатністю аортального клапана однаково часто зустрічається як у чоловіків, так і в жінок, і складає 30 % усіх комбінованих вад. Є істотні відмінності в розвитку захворювань у разі вад різних клапанів. У разі мітральних вад серцева недостатність наростає поступово, послідовно, від 1-ї до 3-ї стадії. Такі хворі періодично лікуються в стаціонарі. При цьому тимчасові періоди станів компенсації поступово стають все коротше, а явища недостатності прогресують, набуваючи характеру самостійних важких поразок, що обмежують усі лікувальні

заходи. Водночас, аортальні вади залишаються тривало компенсованими, створюючи враження оманливого благополуччя, яке зазвичай закінчується декомпенсацією і раптовою смертю. Вдосконалення кардіохірургічної техніки і поліпшення якості штучних клапанів серця привели до того, що операції з приводу вад серця значно покращують функціональний стан пацієнтів і якість життя, створюючи сприятливі умови для відновлення їхньої працездатності. У зв'язку із створенням апаратів штучного кровообігу і розвитком кріохірургії з'явилась можливість проведення операцій по реконструкції серцевих клапанів на «відкритому», «охолодженому» серці. Статистика свідчить, що десятирічна виживаємість за одноклапанного протезування досягає 80 %, за багатоклапанних корекцій – до 50–60 %. У разі природного (без операції) перебігу багатоклапанних вад за цей період часу живими залишаються всього 8–15 % хворих. Проте трудова активність хворих у віддалені післяопераційні терміни різко знижується, порівняно з доопераційною. За даними Е. Ю. Коржової (1994), до 66,96 % хворих перед операцією займалися трудовою діяльністю, а після оперативного лікування збираються продовжувати роботу 41,96 %. Враховуючи, що в преморбідному стані хворі з набутими вадами за своїми соціально-демографічними характеристиками (соціальної адаптації в сімейній, виробничій сфері) не відрізняються від хворих з іншими нозологіями і від здорових, можна припустити, що особливу роль у процесі відновлення трудової активності в післяопераційному періоді починають відігравати зміни в психічній сфері хворих.

Основні симптоми змін психічної сфери хворого до і після операції з приводу набутих вад серця є малоспецифічними і вимагають ретельної диференціальної діагностики. В той же час, відповідних діагностичних технологій і досліджень у цій області в сучасній літературі представлено недостатньо.

Ураження мозку у разі вроджених вад серця давно привертають увагу дослідників. Якщо в період до хірургічного лікування вад серця вони вивчалися в основному морфологами і мали чисто описовий характер, то з початком оперативного лікування з'явилися роботи невропатологів і психіатрів, присвячені неврологічній симптоматиці у разі вроджених вад серця.

Вважають, що однією з важливих причин нейропсихологічних змін, на яку можна впливати, є дифузна гіпоксія мозку внаслідок інтраопераційної гіпоперфузії. Актуальність цього положення особливо значуща у хворих літнього віку, в яких мультифокальне атеросклеротичне ураження судин мозку призводить до зниження можливостей ауторегуляції мозкового кровотоку. Одним із механізмів зриву адаптаційних реакцій судин і розвитку гіпоксії внаслідок зміни мозкового кровотоку (перфузії головного мозку), може бути, дія загальних анестетиків [28].

Чимало дослідників вважають не менш важливим вплив інших механізмів розвитку описаних ускладнень. Серед них розглядають системну запа-

льну відповідь (СЗВ) і його окремих прояв у вигляді локальної запальної реакції в ЦНС у процесі штучного кровообігу. Стресова реакція за участю гуморальних і клітинних компонентів запалення спочатку є адаптаційною, компенсаторною, і лише надалі може ставати дистресорною. Тому усунути негативні наслідки СЗВ у разі операцій на зупиненому серці є важко здійсненим завданням.

У сучасній літературі також представлені дані про негативний вплив на ЦНС навіть середньотерапевтичних доз анестетиків і наркотичних анальгетиків, у тому числі: морфіну, фентанілу, галотану, оксибутирату натрію, гексенала, кетаміну, пропофолу. Оскільки анестезіологічний посібник кардіохірургічного хворого, оперованого з використанням ШК, супроводжується збільшенням доз препаратів в умовах гемодилуції, зміною фармакокінетики і фармакодинаміки лікарських засобів в умовах припинення вентиляції, стає очевидним, що вибір методу анестезії, що має мінімальний вплив на мозковий кровотік, зниження доз наркотичних анальгетиків і ранню постнаркозну адаптацію хворого, є одним із шляхів профілактики порушень вищих психічних функцій.

Таким чином, різноманіття підходів до вибору способу профілактики ушкодження головного мозку під час кардіохірургічних втручань в умовах ШК свідчить про відсутність оптимального методу і підтверджує необхідність подальшого вивчення питань захисту головного мозку і патофізіологічних механізмів даних порушень після втручання, що визначає науково-практичну актуальність справжнього дослідження, його мету і завдання.

Література

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

2. Амосова Е. Н. Клиническая кардиология / Е. Н. Амосова. – К.: Здоров'я, 1998. – Т. 1. – 704 с.

3. Сенаторова А. С. Современное состояние вопроса диагностики и лечения детей раннего возраста с сердечной недостаточностью / А. С. Сенаторова, И. М. Галдина // Современная педиатрия. – 2004. – № 2. – С. 41–46.

4. Моисеенко Р. А. Современные проблемы и задачи детской кардиоревматологической службы Украины / Р. А. Моисеенко, А. П. Волосовец // Мат-лы конференции «Актуальные вопросы детской кардиоревматологии», 27 – 28 апреля, Евпатория. – 2006. – С. 94–98.

5. 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. – 83 с.

6. Белоконь Н. А. Болезни сердца и сосудов у детей: Руководство для врачей / Н. А. Белоконь, М. Б. Кубергер. – М.: Медицина, 1987. – Т. 2. – 480 с.

7. Зиньковский М. Ф. Комплексы сложных врожденных пороков сердца, сопровождающие предсердный изомеризм и гетеротаксию внутрен-

них органов / М. Ф. Зиньковский, А. М. Довгань, Р. Р. Сейдаметов // Таврический медико-биологический вестник. – 2007. – Т. 10, № 2. – С. 87–94.

8. Бокерия Л. А. Итоги исследования в области сердечно-сосудистой хирургии в 2003-2004 гг. по сведениям, поступившим в научный совет по сердечно-сосудистой хирургии РАМН и МЗ РФ / Л. А. Бокерия, Р. Г. Гудкова // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2005. – № 3. – С. 4–25.

9. Зиньковский М. Ф. Ранняя диагностика врожденных пороков сердца / М. Ф. Зиньковский // Журнал практического врача. – 2002. – № 5. – С. 19–26.

10. Лікувальна тактика у дітей з природженими вадами серця / Н. М. Руденко, Є. О. Малишева, В. А. Ханєнова [та ін.] // Нова медицина. – 2004. – № 4. – С. 62–63.

11. Зиньковский М. Ф. Врожденные пороки сердца / М. Ф. Зиньковский, под ред. А. Ф. Возианова. – К.: Книга плюс, 2010. – 1198 с.

12. Сухарева Г. Э. Наследственные болезни сердца у детей / Г. Э. Сухарева, Н. А. Афанасьева // Таврический медико-биологический вестник. – 2001. – Т. 4, № 3. – С. 61–69.

13. Розендорфф К. Основы кардиологии. Принципы и практика / К. Розендорфф. – Л.: Медицина світу, 2007. – 1037 с.

14. Бураковский В. И. Сердечно-сосудистая хирургия / В. И. Бураковский, Л. А. Бокерия. – М.: «Медицина», 1989. – 752 с.

15. Клинико-анамнестические особенности у детей раннего возраста с врожденными пороками сердца / А. М. Чередищенко, Е. С. Козлова, С. В. Татарова [и др.] // Вестник аритмологии. – 2000. – № 18. – С. 128.

16. Зиньковский М. Ф. Косвенная оценка вероятности предсердного изомеризма при различных видах врожденных пороков сердца и врожденных внесердечных аномалиях / М. Ф. Зиньковский, А. М. Довгань, Р. Р. Сейдаметов // Серце і судини. – 2007. – № 4. – С. 60–64.

17. Попов В. В. Тромбоэмболические осложнения после двуклапанного протезирования у больных с сочетанным митрально-аортальным пороком сердца / В. В. Попов // Украинский кардиологический журнал. – 2003. – № 1. – С. 93–95.

18. Бокерия Л. А. Отечественная сердечно-сосудистая хирургия на рубеже веков (1995–2004 гг.) / Л. А. Бокерия, Р. Г. Гудкова // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2005. – № 6. – С. 4–12.

19. Шиллер Н. Клиническая эхокардиография / Н. Шиллер, М. Осипов – М.: Практика, 2005. – 344 с.

20. Амосова Е. Н. Клиническая кардиология / Е. Н. Амосова. – К.: Здоров'я, 1998. – Т. 1. – 704 с.

21. Hoffman J. Prevalence of congenital heart disease / J. Hoffman, S. Kaplan, R. Liberthson // Amer. Heart. J. – 2004. – Vol. 147. – P. 425–429.

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

23. Зиньковский М. Ф. Хирургия врожденных пороков сердца. Достижения и нерешенные проблемы / М. Ф. Зиньковский // Лечение и диагностика. – 1997. – № 2. – С. 54–57.

24. Досвід лікування критичних вроджених вад серця транскатетерним методом / Ю. В. Панічкін, І. О. Дітківський, Б. В. Черпак [та ін.] // Серце і судини. – 2008. – № 4. – С. 18–21.

25. Іпатов А. В. Сучасні принципи організації, структури та функціонування служби медико-соціальної експертизи України / А. В. Іпатов, О. В. Сергієні, Т. Г. Войтчак. – Дніпропетровськ: Пороги, 2005. – 400 с.

26. Основні принципи стандартизації в охороні здоров'я та медико-соціальної експертизі / В. В. Маруніч, А. В. Іпатов, О. В. Сергієні [та ін.] // Науково обґрунтовані рекомендації по обстеженню та відновному лікуванню хворих і інвалідів у практиці медико-соціальної експертизи. – Дніпропетровськ: Пороги, 2006. – 284 с.

27. Малов Ю. С. Адаптація и здоровье / Ю. С. Малов // Клиническая медицина. – 2001. – № 12. – С. 61–63.

28. Зиньковский М. Ф. Особенности морфологии и морфометрии миокарда при тетраде Фалло / М. Ф. Зиньковский, В. П. Захарова, Н. Ю. Загайнов // Серце і судини. – 2004. – № 1. – С. 71–75.



УДК 616.12-008.315; 616.12-008.46

СЕМЬЯ И РЕБЕНОК С ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА: СОЦИАЛЬНОЕ ПРОСТРАНСТВО ДЛЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

И. В. Дроздова, Ю. А. Гончар, В. В. Храмцова, Л. Г. Степанова,
Л. В. Омельницкая, Н. А. Яковенко, М. Н. Емец

ГУ «Украинский государственный научно-исследовательский институт
медико-социальных проблем инвалидности МЗО Украины»

Резюме

Розглянуто основні форми взаємодії між юнаками та дівчатами з вродженим пороком серця та їхніми батьками. Використання опитувальника «Поведінка батьків і ставлення підлітків до них» показало такі особливості дитячо-батьківських відносин. Дочки відзначали у матерів позитивний інтерес і автономність, меншою мірою – непослідовність, ворожість і директивність, а у батьків – ворожість, автономність, директивність, меншою мірою – позитивний інтерес і непослідовність. Сини відзначали у матерів вираженість автономності та позитивного інтересу, меншою мірою – директивності, ворожості і непослідовності. Трохи інакше юнаки оцінювали своїх батьків: вони відзначали у батьків вираженість автономності, директивності і ворожості, меншою мірою – непослідовності та позитивного інтересу. Показано, що першою турботою психологів і педагогів, які покликані надавати допомогу дітям з важкими і складними вадами розвитку, є допомога їхнім батькам. Організація ранньої допомоги дітям зі складними порушеннями повинна починатися з психологічного консультування їхніх батьків.

Ключові слова: соціальна взаємодія, діти-батьки, хворі діти, вроджені пороки серця, психологічне консультування.

Summary

The basic forms of interaction between boys and girls with congenital heart disease and their parents were overviewed. Using the questionnaire «Parents' behavior and adolescent attitude to them» revealed the following features of parent-child relationships. Daughters mainly marked mothers' positive interest and autonomy, to a lesser extent – their inconsistency, hostility and directiveness, and as for fathers – their hostility, autonomy and directiveness were mentioned at first and to a lesser extent – a positive interest and inconsistency. Sons noticed mothers' autonomy and positive interest, to a lesser extent – directiveness, hostility and inconsistency. In a little bit different way boys evaluated their fathers: they noted fathers' autonomy, directiveness and hostility, to a lesser extent – inconsistency and positive interest. It was illustrated that the first concern of psychologists and teachers which were aimed to assist the children with severe and complex disabilities was to help their parents. Organization of early intervention for children with complex disorders should begin with the psychological counseling of their parents.

Keywords: social interaction, children/parents, diseased children, congenital heart disease, psychological counseling.