

11. Коваленко В. Н., Долженко М. Н., Несукай Е. Г. [и др.]. Сравнительная характеристика профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в Украине и Европе по данным исследования EUROASPIRE IV: госпитальная линия // Український кардіологічний журнал – 2015. – № 4. – С. 17 – 24.

12. Сиренко Ю. Н. Гипертоническая болезнь и артериальные гипертензии. – Донецк: Издатель Заславский А. Ю., 2011. – 288 с.

13. Joseph L. Hypertension primer. The essentials of high blood pressure. Basic science, population science, and clinical management / L. Joseph, Jr. Izzo. – [S.1], 2012. – 593 p.



УДК: 616-001:616.714,159.9; 616-036.86

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ ТА ІНВАЛІДІВ УНАСЛІДОК СПОЛУЧНОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

Д. Д. Богуславський, К. О. Суганяк, О. М. Мороз

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

Резюме

В статье представлены психологические особенности больных и инвалидов вследствие сочетанной черепно-мозговой травмы, изучение мнестических и когнитивных нарушений, а также их влияние на формирование ограничения жизнедеятельности. Даны наиболее информативные методики оценки психологических нарушений. Рассмотрены вопросы оценки психологических критериев при проведении медико-социальной экспертизы и реабилитации при последствиях черепно-мозговых травм.

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, психологические особенности, мнестические и когнитивные нарушения.

Summary

In the article psychological features of patients and invalids due to combined craniocerebral trauma, studying of mnestic and cognitive impairments, as well as their influence on the formation of the limitation of vital activity are presented. The most informative methods for assessing psychological disorders are given. The questions of evaluation of psychological criteria during medical and social examination and rehabilitation with the consequences of craniocerebral injuries are considered.

Key words: craniocerebral injury, psychological features, mnestic and cognitive impairments.

Вступ

Черепно-мозкова травма (ЧМТ) є складною і, на жаль, дуже поширеною медико-соціальною проблемою. Поширеність ЧМТ, особливо більш легких її варіантів – струсу та забою головного мозку легкого ступеня, були влучно названі «епідемією». Так, за даними ВООЗ, частота ЧМТ складає 1,8–5,4 випадку на 100 000 населення і щороку відзначається приріст на 2 %. В Україні щорічно отримують ЧМТ близько 100-200 тис. осіб, з них 11,5–13,5 тис. – це діти до 15 років; ці цифри, на жаль, також мають стійку тенденцію до зрос-

тання. Ситуація ускладнюється ще і тому, що переважно травмуються особи молодого та середнього віку, тобто найактивніша в соціальному та трудовому відношенні категорія населення.

За даними зарубіжних авторів, серед усієї неврологічної патології ЧМТ є причиною 12,1 % госпіталізації та 22,4 % смертей. Навіть легка ЧМТ впливає на зниження мозкового резерву та «стійкість» мозку до різної патології з відстроченим розвитком. Частота ЧМТ, за даними ВООЗ, зростає в середньому на 2 % за рік. Якщо механічні ушкодження

посідають провідне місце серед травм мирного часу, то черепно-мозкова травма становить серед них найбільшу частку. Вона відрізняється розмаїтістю морфології й клінічних форм, протікає важко й нерідко закінчується летальним результатом. Ці обставини викликають постійний інтерес патологів і клініцистів до вивчення травми черепа й головного мозку.

Наслідки черепно-мозкових травм потребують тривалого спостереження та нагляду за хворими. Крім серйозного навантаження на медицину та соціальну допомогу, потребують значних відшкодувань у випадку наслідків травм, що пов'язані із виробництвом та виконанням службових обов'язків.

Нині, у зв'язку з експоненціальним збільшенням кількості постраждалих унаслідок військового конфлікту на сході України та принциповою відмінністю характеру травматичного ураження (комбіновані черепно-мозкові травми від дії факторів декількох механізмів, сполучні ураження центральної нервової системи із травмами кінцівок) спектр обмежень життєдіяльності, що спостерігається у постраждалих, принципово інший, ніж у мирний час та після військового конфлікту у 80-х роках.

У 50 % хворих з наслідками ЧМТ спостерігається прогресування означених наслідків або поява нових синдромів. Перебіг травматичної хвороби головного мозку значно залежить від ефективності реабілітаційних заходів, що призводять до тих чи інших наслідків ЧМТ.

Для хворих із ЧМТ разом з неврологічною симптоматикою дуже часто діагностуються нейропсихологічні порушення, а також психічні розлади, різні за характером проявів. Найпоширеніші серед них: порушення когнітивних функцій у вигляді погіршення короткотривалої вербальної, семантичної і зорової пам'яті, зниження активної уваги і швидкості сенсомоторних реакцій, труднощі концептуального мислення, загальне зниження когнітивних функцій, мовні розлади.

Серед особливостей особового статусу хворих найчастіше проявляються тривожні та депресивні реакції і розлади, зниження стресостійкості, синдром хронічної втоми, напруженість психологічних захисних механізмів. Психологічні порушення у цих хворих зачіпають різні сторони психічної діяльності, часто надто сильно впливають на усю картину розвитку захворювання, але вони не завжди розглядаються при діагностиці та лікуванні, не занесені до списку офіційних крите-

ріїв постановки діагнозу, не враховуються в організації реабілітаційного процесу, психологічної корекції порушень психічної діяльності, що обумовлює актуальність їх вивчення з метою повноцінної медичної, соціально-трудової і психологічної реабілітації пацієнтів.

Мета дослідження: вивчити особливості особистості хворих та інвалідів унаслідок сполучної черепно-мозкової травми, мнестичних і когнітивних функцій унаслідок ЧМТ та вплив на характер і домінуючий спектр відповідних порушень життєдіяльності.

Матеріали та методи дослідження

Початковим моментом надання психологічної допомоги особам з наслідками ЧМТ є діагностика виду та рівня психологічних наслідків. На сьогодні розроблена значна кількість діагностичних методик, за допомогою яких можна виявляти й оцінювати психологічні порушення. Ми використали найбільш поширені методи в психодіагностичній роботі з пацієнтами з ЧМТ, які проходили обстеження в клініці інституту. До них можна віднести: дослідження пам'яті та динаміки мнестичної діяльності – методика «запам'ятовування 10 слів» О. Р. Лурія; дослідження уваги – коректурна проба (таблиці Шульте), дослідження мислення – методика скороченого дослідження психічного стану (Mini-Mental State Examination, MMSE), прогресивні матриці Равена (Raven Progressive Matrices); визначення особистісних особливостей та розладів (Міннесотський багатофакторний особистісний опитувальник, скорочений варіант «міні-мульт»), визначення особливостей «внутрішньої картини хвороби» (особистісний опитувальник Бехтеревського інституту (ООБІ); дослідження якості життя хворого (методика ВООЗ ЯЖ-100).

Результати дослідження та їх обговорення

Згідно з планом науково-дослідної роботи в рамках психологічного дослідження були обстежені пацієнти, які проходили обстеження на базі відділу медико-соціальної експертизи та реабілітації при внутрішніх нервових хворобах та психосоматичних розладах групи неврології та пограничних станів ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності Міністерства охорони здоров'я України».

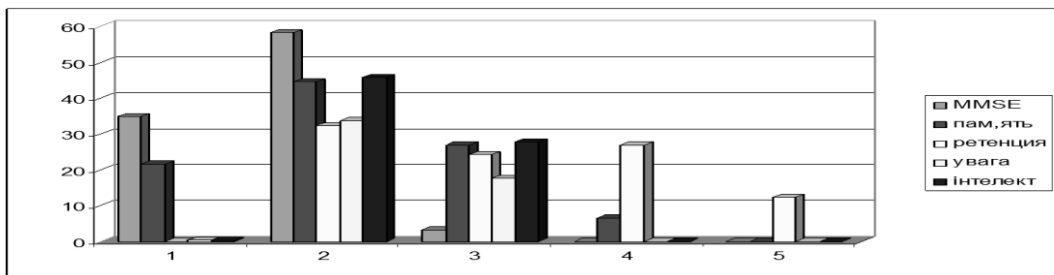
Основним завданням було дослідити ступінь порушень психічних функцій та особистісних особливостей пацієнтів із сполучними черепно-мозковими травмами та їх наслідками за отриманими результатами обстеження.

За даними методики експрес-оцінки шкали психічного статусу (MMSE) 57,14 % пацієнтів не мали когнітивних порушень, у 34,29 % пацієнтів діагностувалися переддементні когнітивні порушення, та 8,57 % пацієнтів мали деменцію легкого ступеня.

Короткострокова слухова механічна пам'ять була значно знижена лише у 8,58 % пацієнтів, 25,71 % мали середнє зниження, та 65,71 % пацієнтів мали нормальні показники чи незначне зниження пам'яті. У 37,14 % пацієнтів ретенція була у межах норми чи спостерігалася незначне її зниження. Також 22,86 % обстежених мали помірне зниження, та у 28,57 % – значне зниження і 11,43 % мали порушення ретенції.

Порушення уваги спостерігалось тільки у 8,57 % пацієнтів, помірне зниження – у 17,14 %. У 40 % пацієнтів концентрація, стійкість та об'єм уваги були в межах норми, та 34,29 % пацієнтів мали незначне зниження об'єму уваги. 34,29 % – мали нестійку увагу. Гіпостенічна астения була тільки у 8,57 % пацієнтів. Узагалі, у 57,14 % пацієнтів спостерігалися порушення уваги різного ступеня – від легкого до порушень.

Щодо інтелекту, то вище середнього рівня він був у 25,71 %, середній рівень мали 45,71 %, та його зниження спостерігалось у 28,58 %, значного зниження та порушення не помічено.



Примітка. 1 – норма, 2 – легке зниження, 3 – помірне зниження, 4 – значне зниження, 5 – порушення.

Рис 1. Когнітивно-мнестичні та інтелектуальні порушення у пацієнтів із віддаленими наслідками ЧМТ (у відсотковому співвідношенні)

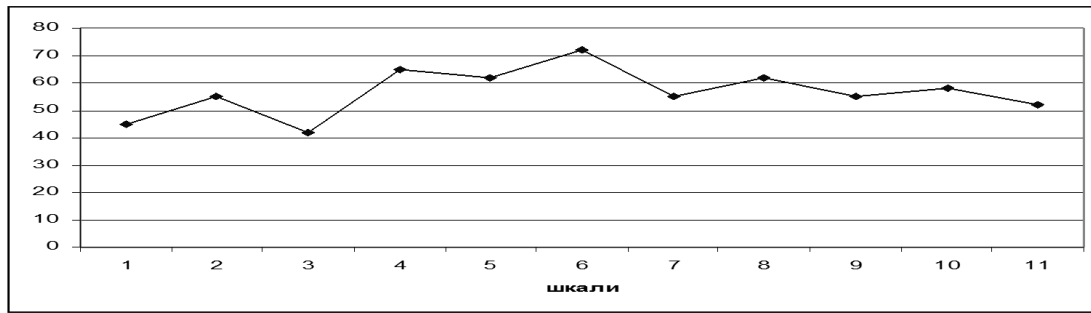
У 76,7 % пацієнтів спостерігалися особистісні зміни різного ступеня порушень. Невротичні порушення становили 66,6 %. Для 40 % пацієнтів були притаманні невротичні психологічні захисні механізми конверсійного типу, які характеризуються наявністю психопатологічної не-психотичної симптоматики у вигляді зниження пам'яті та концентрації уваги, слабкості та ін. Виражений стрес мали 1,7 % хворих. Підвищення профілю за шкалами невротичної тріади свідчить про недостатність у хворих фізичних і психічних ресурсів на тлі особистісних особливостей для задоволення актуальних потреб, зниження рівня інтрапсихічної адаптації.

У 33,3 % пацієнтів спостерігалась психопатизація різного ступеня вираження, та 45 % мали ригідний стереотип реагування на життєві ситуації; 25 % пацієнтів у структурі особистості

мали підвищену агресивність та підозрілість, що викликало труднощі щодо правильної орієнтації особистості серед близького оточення. Ці пацієнти для тиску на тих, хто їх оточують використовували нечисленні, але наполегливі соматичні скарги.

Посилення аутизації мали 31,7 % пацієнтів, що призводило до недостатності зв'язку з оточуючими, невдоволення потребою у контактах, та проявлялося як зростання тривоги та подавленого настрою. Стійкий стереотип поведінки, що відхиляється, було сформовано у 28,3 % пацієнтів.

Для середнього профілю особистості найпритаманніші такі особистісні властивості, як егоцентричність, висока лабільність. Висока тривожність соматизується та проявляється формуванням демонстративної поведінки.



Примітка. Шкали: 1 – правдивості, 2 – достовірності, 3 – корекції, 4 – іпохондрії, 5 – депресії, 6 – істерії, 7 – психопатії, 8 – паранойяльності, 9 – психастенії, 10 – шизоїдії, 11 – гіпоманії.

Рис 2. Профіль особистості пацієнтів із віддаленими наслідками, які перенесли ЧМТ (середні значення) за даними опитувальника MMPI

Під час вивчення особистості в умовах соматичного захворювання слід враховувати й зміни об'єктивної ситуації, конкретні життєві обставини, в яких хворий виявляється через захворювання. Хвороба набуває особливого особистісного змісту для людини, формується внутрішня картина хвороби – цілісне відображення ситуації захворювання в психіці індивіда, що містить масу відчуттів, переживань, уявлень і знань, пов'язаних із захворюванням і його наслідками. Усе перераховане вище формує внутрішню картину хвороби.

Як засвідчили результати нашого дослідження, у більшості хворих діагностуються дезадаптивні типи психічного реагування на хворобу. Співвідношення між блоками дезадаптивних типів реагування на хворобу розподілилося так: типи реагування з інтрапсихічною спрямованістю виявлені в 14,29 % загальної кількості хворих, з інтерпсихічною спрямованістю – у 80 % хворих, та у 5,71 % хворих був змішаний тип.

Вивчення основного ставлення до захворювання у хворих в разі сполучних черепно-мозкових травм свідчить, що серед загального розподілу за типами ставлення до захворювання у хворих переважали змішані типи реагування (51,8 %). Більшу частину даної підструктури склали типи відношення, які характеризуються особистісною дезадаптацією до захворювання: іпохондричний (18,5 %), сенситивний (24,05 %), тривожний (20,35 %) та неврастенічний (14,8 %). Більш адаптивний ергопатичний тип реєструвався у 14,8 % випадках. Чисті типи відношення до свого захворювання (27,7 % усіх випадків) у хворих в разі сполучних черепно-мозкових травм були представлені гармонійним (7,4 %), ергопатичним (18,5 %) і сенситивним (1,85 %)

варіантами. Варіанти дифузного розподілу (діагностується більше 3 типів ставлення до свого захворювання) були зазначені в 11,1 % випадків. Основними структурно утворювальними варіантами дифузного типу відношення до хвороби були тривожний (20,4 %), сенситивний (18,5 %), іпохондричний (18,5 %) та егоцентричний (12,95 %) варіанти.

Аналіз основного відношення до захворювання у хворих у разі сполучних черепно-мозкових травм загалом по структурі засвідчив переважання сенситивного (46,25 %) і ергопатичного (37 %) варіантів (визначені в чистому вигляді і у складі змішаних). Меншою мірою реєструвалися іпохондричний (37 %), тривожний (33,3 %), неврастенічний (18,5 %), егоцентричний (14,8 %) і меланхолійний (11,1 %) варіанти. Структура найадаптивнішого блоку реагування представлена ергопатичним (37 %) і гармонійним (7,4 %) типами ставлення до захворювання. Анозогностичне ставлення до хвороби у хворих не діагностувалося в жодному з випадків. Також структура основного відношення до захворювання у хворих в разі сполучних черепно-мозкових травм на 48,1 % була представлена змішаними типами реагування (здебільшого іпохондричним – 18,5 %, сенситивним – 24,05 %, тривожним – 20,35 % та неврастенічним і ергопатичним – по 14,8 %). Чисті типи відношення до свого захворювання (27,7 % усіх випадків) у хворих в разі сполучних черепно-мозкових травм були представлені гармонійним, ергопатичним і сенситивним варіантами. І, нарешті, варіанти дифузного розподілу (діагностується кількість типів ставлення до свого захворювання більше 3) були відзначені в 11,1 % випадків. Основними структурно утворювальними варіантами були

тривожний, сенситивний, іпохондричний та егоцентричний.

Отже, у хворих в разі сполучних черепно-мозкових травм ставлення до захворювання в основному проявляється дезадаптивними механізмами з переважанням сенситивного та іпохондричного варіантів (визначаються у чистому вигляді та у складі змішаних). Меншою мірою спостерігаються тривожний, неврастенічний, егоцентричний і меланхолійний варіанти. Ці дані дають змогу свідчити, що для хворих в разі сполучних черепно-мозкових травм більш характерні постійне занепокоєння, недовірливість і пригніченість щодо свого захворювання і стану в цілому. Водночас, у хворих в разі сполучних черепно-мозкових травм виявляється підвищена чут-

ливість і вразливість щодо неблагополучного враження, виражені побоювання, що вони можуть стати тягарем для близьких, у випадку різних емоційно-афективних реакцій на хворобу проявляють дезадаптивну поведінку, яка призводить до порушення їхнього соціального функціонування.

За даними обстеження, показники якості життя у таких хворих нижчі по всіх основних досліджуваних показниках. Із виділених для дослідження показників якості життя для наших хворих найпроблемнішими виявляються сфера навколишнього середовища, фізична сфера й сфера рівня незалежності. Ці дані можуть допомогти найбільш точно організувати реабілітаційну роботу й визначити шляхи ресоціалізації хворих.

Таблиця 1

Результати дослідження показника якості життя у хворих в разі сполучних черепно-мозкових травм, $M \pm m$

Структура сфер і субсфер показника якості життя	Хворі в разі сполучних ЧМТ
1. Фізична сфера	14,9 ± 1,74
1.1. Біль і дискомфорт	13,6 ± 1,42
1.2. Життєва активність, енергія і стомлення	16,5 ± 1,67
1.3. Сон і відпочинок	13,2 ± 1,84
2. Психологічна сфера	15,7 ± 1,36
2.1. Позитивні відчуття	15,2 ± 1,56
2.2. Пізнавальні функції	16,4 ± 1,90
2.3. Самооцінка	14,7 ± 1,73
2.4. Образ тіла і зовнішність	14,6 ± 1,51
2.5. Негативні відчуття	12,1 ± 1,12
3. Рівень незалежності	15,7 ± 1,64
3.1. Мобільність	16,2 ± 1,34
3.2. Здатність виконувати повсякденні справи	15,8 ± 1,94
3.3. Залежність від медикаментів і лікування	13,3 ± 1,49
3.4. Здатність працювати	16,5 ± 1,31
4. Соціальні відносини	15,3 ± 1,68
4.1. Особисті взаєностосунки	14,1 ± 1,64
4.2. Соціальна підтримка	15,1 ± 1,47
4.3. Сексуальна активність	14,7 ± 1,73
5. Навколишнє середовище	15,9 ± 1,63
5.1. Фізична безпека і захищеність	14,7 ± 1,43
5.2. Домашнє оточення	16,3 ± 1,79
5.3. Фінансові ресурси	13,3 ± 1,51
5.4. Доступність і якість медичної і соціальної допомоги	14,2 ± 1,47
5.5. Можливість отримання нової інформації і навиків	16,0 ± 1,74
5.6. Можливість відпочинку / вільного часу і їх використання	13,8 ± 1,64
5.7. Навколишнє фізичне середовище	14,3 ± 1,57
5.8. Транспорт	1,6 ± 1,31
6. Духовна сфера	18,1 ± 1,48
6.1. Духовність / релігія / особисті переконання	17,1 ± 1,48
Загальний показник якості життя і стану здоров'я	15,5 ± 1,42

Проведене обстеження свідчить про наявність патопсихологічних і психопатологічних феноменів у структурі особистості хворих, які можуть бути визначені як неспецифічні фактори ризику розвитку та посилення соматичної патології. Таким чином, у результаті нашого обстеження ми можемо виділити додаткові критерії щодо встановлення й диференціації діагнозу, визначити можливості оптимізації лікувального процесу з урахуванням супутних неспсихотичних психічних порушень, визначити напрямки можливої психотерапевтичної й психокорекційної роботи, краще організувати реабілітаційну роботу з урахуванням суб'єктивного розуміння своїх проблем хворим.

Із вищевикладеного випливає, що вивчення психофізіологічних показників – обов'язкова умова досягнення найбільшої ефективності корекції психічного стану хворих, а також усього терапевтичного процесу, організації медико-соціальної експертизи.

Література

1. Эпидемиология инвалидности вследствие черепно-мозговых травм в Украине / Н. К. Хобзей, Е. Г. Педаченко, В. А. Голик, А. П. Гук, Н. А. Гондуленко // Україна. Здо-

ров'я нації. – 2011. – № 3 (19). – С. 30–34.

2. Kiraly M. A. Traumatic Brain Injury and Delayed sequelae: A Review – Traumatic Brain Injury and Mild Traumatic Brain Injury (Concussion) are Precursors to Later-Onset Brain Disorders, Including Early-Onset Dementia / M. A. Kiraly, S. J. Kiraly // The Scientific World Journal. – 2007. – № 7. – P. 1768–1776.

3. Neurologic disorders, in-hospital deaths, and years of potential life lost in the USA, 1988–2011 [Електронний ресурс] / В. Р. Rosenbaum, М. L. Kelly, V. R. Kshetry, R. J. Weil // Journal of Clinical Neuroscience, 2014. – Режим доступу до статті: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25012487>.

4. Cognitive decline in older adults with a history of traumatic brain injury / L. Moretti, I. Cristofori, S. M. Weaver, A. Chau, J. N. Portelli, J. Grafman // Lancet Neurology. – 2012. – № 11. – P. 1103–1112.

5. Christensen J. Traumatic brain injury: Risks of epilepsy and implications for medicolegal assessment // Epilepsia, 2012. – № 53. – P. 43–47.

6. Потапов О. О. Травматична хвороба головного мозку: діагностика, перебіг та прогнозування / О. О. Потапов, О. П. Кмита // Вісник СумДУ. Серія «Медицина». – 2012. – № 2. – С. 59–67.

