

ЛФК. Амплітуда руху в суглобах кінцівок до кінця курсу лікування збільшилася на 40–50 %.

6. При формуванні індивідуальних програм реабілітації для хворих і інвалідів травматологічного профілю цілеспрямовано диференційовано застосовувати фізкультуру в залежності від етапу лікування.

Література

1. Епифанов В. А. Лікарська фізкультура. Справочник / В. А. Епифанов. – Москва: Медицина, 1987 – 528 с.

2. Васильєва В. Е. Лікарська фізична культура / В. Е. Васильєва. – Москва: Фізкультура і спорт, 1970 – 367 с.

3. Дубровський В. І. Лікарська фізична культура / В. І. Дубровський. – Москва: ВЛАДОС, 2001 – 523 с.

4. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2012 рік: аналітико-інформаційний довідник / С. І. Черняк, А. В. Іпатів, О. М. Мороз та ін.; за редакцією директора Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги МОЗ України М. К. Хобзєя. – Дніпропетровськ: Пороги, 2012 – 150 с.



УДК 616-082

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

И. В. Дроздова, К. А. Суганяк, М. В. Демченко

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

Резюме

Вивчені особливості формування внутрішньої картини хвороби і її роль в оцінці обмежень життєдіяльності у хворих та інвалідів із різними видами вроджених вад серця у віддалені після оперативних втручань терміни. Виділені найбільш значущі типи ставлення до хвороби для оцінки стану таких пацієнтів. Показано, що специфіка становлення хворих і інвалідів з вродженими вадами серця до свого захворювання призводить до появи дезадаптивних змін у структурі особистості та організації життєдіяльності цих осіб. Порушення адаптації, що сформувалося в дитинстві при отриманні статусу дитини-інваліда, істотно навіть при збереженні інвалідності, проте тоді воно ще має інтрапсихічну спрямованість, тоді як за відсутності групи інвалідності у осіб із вродженими вадами серця, порушення адаптації посилюються, переважно внаслідок інтерпсихічної спрямованості реакції на захворювання. Зроблено висновок щодо дезадаптивного характеру формування внутрішньої картини хвороби у таких пацієнтів, що значною мірою перешкоджає реалізації програм реабілітації цього контингенту хворих.

Ключові слова: оперовані вроджені вади серця, внутрішня картина хвороби, обмеження життєдіяльності, адаптація.

Summary

The features of forming of internal picture of illness and her role are studied in the estimation of limitations of vital functions for patients and invalids with the different types of congenital heart diseases in remote after operative interventions terms. The most meaningful types of attitude are distinguished toward illness for the estimation of the state of such patients. It is shown that the specific of relation of patients and invalids with congenital heart diseases to the disease results in appearance of dezadaptive changes in the structure of personality and organization of vital functions of these persons. Violation of adaptation, formed in childhood at the receipt of status of child of invalid, substantially even at maintenance of disability, however then it has an intrapsychical orientation yet, while in default of group of disability at persons with congenital heart diseases, violation of adaptation aggravated, mainly because of an interpsychical orientation of reaction on illness. Drawn conclusion about dezadaptive character of forming of internal picture of illness for such patients, that largely will prevent to realization of the programs of rehabilitation of this contingent of patients.

Keywords: the operated congenital heart diseases, internal picture of illness, limitation of vital functions, adaptation.

Большое значение в процессе социальной и психологической реабилитации больных и инвалидов с врожденными пороками сердца (ВПС), несомненно, имеет феномен внутренней картины болезни. Согласно Р. А. Лурия, под внутренней картиной болезни понимается «весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятий и ощущений, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм» [8, 15].

Врожденные пороки сердца встречаются примерно в 7–10 случаях на 1000 родившихся живыми [17]. Ежегодно в Украине рождаются до 3,5–4 тысяч детей с ВПС, одной трети из которых проводятся неотложные оперативные вмешательства [3, 5]. Данная патология характеризуется нарушениями функционирования клапанов, отверстий или перегородок между камерами сердца и сосудов, которые изменяют внутрисердечную и системную гемодинамику, что в дальнейшем приводит к развитию острой или хронической сердечной недостаточности [4, 6, 7].

Тяжесть заболевания, снижение функциональных способностей пациента, необходимость постоянного приема лекарственных препаратов приводит больных с ВПС к потере способности осуществлять важные для пациента виды деятельности, утрате профессиональной независимости, снижению качества жизни [13].

Многочисленные исследования показывают, что одно из определяющих влияний на возникновение дезадаптации и патологического формирования личности оказывают преморбидные специфические особенности пациентов с ВПС [10, 11, 12, 16]. Эти исследования позволяют глубже понять, как изменяется личность больного вследствие прямого воздействия симптомов болезни, какие особенности психологического переживания больным своего состояния, и как факт болезни отражается в снижении самооценки и уверенности в себе, неудовлетворенности своим образом жизни, развитии беспоконья, враждебности, гнева и депрессии.

А. С. Султанова выделила наиболее значимые проблемы у больных с ВПС: астенические состояния, невротические и невротические расстройства, патологическое развитие личности и состояние интеллектуальной недостаточности, нарушения кинетической и динамической организации двигательных процессов, незрелость эмоционально-волевой сферы [16]. Исходя из вышперечисленного, нельзя не отметить важность изучения феномена внутренней картины болезни (ВКБ) у данной категории лиц. Так как длительно протекающее заболевание способно приводить к различным перестройкам ВКБ, связанным не только с особенностями течения болезни, но и со сложными процессами адаптации и дезадаптации пациентов с ВПС.

Наличие неадекватно сформированной ВКБ опосредовано отрицательно влияет на течение и исход заболевания, а также способствует деструктивному изменению личности больного, развитию внутренних конфликтов различного плана и даже тяжелой невротизации и психопатизации.

Внутренние конфликты, невротические типы реакций усугубляют картину органического страдания, его течение и, как правило, резистентность к проводимой терапии [16].

Однако большая часть исследований касалась в основном детей или подростков, в то время как психологические особенности больных ВПС трудоспособного возраста в отдаленный период после оперативных вмешательств, их влияние на ограничение жизнедеятельности изучены еще недостаточно.

Цель работы – изучение особенностей формирования внутренней картины болезни у больных и инвалидов с врожденными пороками сердца в отдаленные сроки после оперативной коррекции.

Материалы и методы исследования

Открытое контролируемое исследование, проводившееся на базе Государственного учреждения «Украинский Государственный НИИ медико-социальных проблем инвалидности МЗО Украины», после получения информированного согласия, охватывало 132 пациента с ВПС. В эту группу были включены пациенты с открытым артериальным протоком (Q 25.0) 18 человек, со стенозом легочной артерии (Q 25.6) – 24 человека, 17 пациентов были включены с врожденными пороками развития сердечной перегородки (Q 21.0), 28 – с тетрадой Фалло (Q 21.3), с дефектом межпредсердной перегородки (Q 21.1) – 21 человек и с коарктацией аорты (Q 25.1) – 24 пациента. Диагноз ВПС устанавливали в соответствии с рекомендациями Украинского и Европейского обществ кардиологов [6]. Кодирование заболевания проводилось в соответствии с Международной статистической классификацией болезней, травм и причин смерти (МКБ-Х) [9].

Дизайн исследования: критериями включения в исследование было наличие у пациентов ВПС после хирургической коррекции, возраст от 18 до 50 лет; критериями исключения – присутствие тяжелых резидуальных состояний или осложнений хирургической коррекции, необходимость повторного оперативного вмешательства, коморбидность с тяжелой сопутствующей патологией. Средними величинами у обследованных лиц ВПС были: возраст пациентов – $31,7 \pm 11,22$; время после хирургической коррекции – $15,9 \pm 10,04$; возраст, в котором им была проведена операция – $14,4 \pm 11,94$ года соответственно. Среди пациентов было 59 мужчин и 73 женщины. Группы были сопоставимы между собой и достоверно не отличались по возрасту и полу. Детальный анализ обследованного контингента, полная клиническая, социальная и медико-экспертная характеристики приведены в предыдущих наших работах [11]. 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 78 инвалидов, у остальных 54 человек группа инвалидности не была определена.

Изучение типов отношения к болезни (ТОБ) проведено по личностному опроснику Бехтеревского института (ЛОБИ), который предназначен для

диагностики видов реагирования на заболевание. В основу разработки ЛОБИ была положена типология, предложенная А. Е. Личко и И. Я. Ивановым [1].

Статистическая оценка выборки включала первичный статистический анализ: оценку среднего арифметического, среднего квадратического отклонения, ошибку средней арифметической. Для оценки различий между выборками использовали критерии однородности. Уровень доверительной вероятности (p) считали $> 0,95$. Проводили корреляционный анализ [14]. Статистическая обработка результатов исследования производилась с использованием программного обеспечения VerMed. Для получения более полной картины об отличиях видов реагирования на заболевание у больных и инвалидов с ВПС были найдены диапазоны изменения значений и доверительные интервалы реализации шкал методики ЛОБИ в этих двух группах. Диапазон изменения значений шкалы x представлял собой интервал $[x_{\min}; x_{\max}]$, где x_{\min} – минимальное наблюдаемое значение по шкале; x_{\max} – максимальное наблюдаемое значение.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди всех обследованных нами пациентов с ВПС в структуре чистых ТОБ наиболее распространенными были сенситивный, эйфорический и гармоничный типы. Чистые ТОБ определялись у 39,4 % лиц, смешанные – в 31,1 %, не были выявлены акценты в ТОБ в 29,5 % случая.

У инвалидов с ВПС в отдаленном периоде после хирургической коррекции наиболее выражены были сенситивный, эйфорический, гармоничный и паранойяльный ТОБ. Сенситивный ТОБ у этих лиц определялся в 31,8 % случая, эйфорический – в 18,2 %, гармоничный – в 15,9 %, паранойяльный – в 11,4 %, неврастенический – в 9,1 %, эгоцентрический, эргопатический и апатический типы реагирования – по 4,6 % случая.

У лиц, которые не имели группы инвалидности, отмечалась несколько иная картина. Чаще всего среди чистых типов реагирования на заболевание у них встречались неврастенический ТОБ – в 37,5 % случая, гармоничный, обсессивно-фобический, сенситивный, эгоцентрический и эргопатический – наблюдались по 12,5 % случая.

Система отношений, связанных с болезнью, не всегда укладывалась в чистые ТОБ, и у лиц с ВПС диагностированы смешанные ТОБ. Тревожный ТОБ у лиц с ВПС сочетался с неврастеническим; эгоцентрический был связан с апатическим и сенситивным; эйфорический – с анозонозическим. Эйфорический ТОБ у лиц с ВПС отмечался в 14,3 % случая, сенситивный – в 13,3 %, паранойяльный – в 12,4 %, неврастенический – в 11,4 %, эгоцентрический – в 8,6 %, обсессивно-фобический – в 6,7 %, эргопатический – в 5,7 %, ипохондрический – в 4,8 %, гармоничный и анозонозический – по 3,8 %, тревожный – в 2,9 %, апатический – в 1,9 % соответственно.

У инвалидов с данной патологией среди всех диагностированных ТОБ распространенными были неврастенический и обсессивно-фобический виды,

что отмечалось в 14,8 %; гармоничный, сенситивный, эйфорический, эргопатический – по 7,4 %; тревожный и паранойяльный – по 3,7 % случая.

Типы отношения к болезни объединялись в блоки с адекватной адаптацией и с психологической дезадаптацией в связи с наличием заболевания. При этом адаптация существенно не нарушалась у лиц с гармоничным, эргопатическим и анозонозическим ТОБ.

Среди всех реакций на заболевание эргопатический тип определялся у 5,8 % пациента с ВПС. Для этих лиц был характерный «уход от болезни в работу», они пытались продолжать работу с еще большим рвением, чем до болезни, отдавали проблемам все время, даже обследоваться и лечиться пытались так, чтобы это оставляло возможность для продолжения работы.

Гармоничный ТОБ был выявлен у 15,4 % обследованных лиц. Этим пациентам была присуща адекватная оценка своего состояния, без преувеличения и без недооценки тяжести болезни. Они не были склонны видеть все в темном свете, стремились во всем активно способствовать успеху лечения и пытались не отягощать других тяготами ухода за собой.

С нарушением социальной адаптации у пациентов преобладали преимущественно ТОБ с интрапсихической (тревожный, обсессивно-фобический, ипохондрический, неврастенический, меланхолический и апатический) и интерпсихической направленностью (сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный и эйфорический).

Неврастенический ТОБ диагностировали у 13,5 % обследованных. Их поведение характеризовалось «раздражительной слабостью», что свидетельствовало о значительной эмоциональной вовлеченности в болезнь и приводило к большей частоте вспышек раздражения, сменяющихся раскаянием и виной. Такая эмоциональная неустойчивость способствовала существенному снижению социальной адаптации. Вспышки раздражения возникали, особенно при болях в сердце, неприятных ощущениях, неудачах в лечении. Раздражение нередко отражалось в межличностных отношениях с ближайшим окружением, что способствовало развитию коммуникативных трудностей.

Апатический ТОБ (в 3,8 %) характеризовался безразличным отношением обследованных к своей судьбе, к исходам заболевания, к результатам лечения; они потеряли интерес ко всему, что ранее их волновало, и пассивно подчинялись процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны.

У пациентов с обсессивно-фобическим ТОБ (в 1,9 %), наблюдалась тревожная рассудительность, которая заключалась в опасении не реальных опасностей, а маловероятных осложнений болезни, возможных (но малообоснованных) неудач в жизни и работе. Мнимые опасности волновали этих больных больше, чем реальные, они искали приметы и ритуалы, которые могли бы защитить их и избавиться от наличия тревоги.

Лица с сенситивным ТООБ (в 28,8 %) были обеспокоены возможным неблагоприятным впечатлением, которое могли произвести на окружающих сведения об их заболевании. Они побаивались, что окружающие станут их избегать, считать неполноценными, пренебрежительно или с опасением к ним относиться, сплетничать или распространять неблагоприятные сведения о причинах и природе их болезни. Такие пациенты боялись стать грузом для близких из-за своей болезни, вызывать их неблагоприятное отношение к себе в связи с заболеванием.

Больные с паранойяльным ТООБ (в 9,6 %) были уверены в том, что их заболевание – результат чьего-то злого намерения, они крайне подозрительно относились к назначенным лекарствам и процедурам, приписывали возможные осложнения лечения или косвенные действия лекарств небрежности или злостному умыслу врачей, обвиняя их, требуя их наказания.

Для пациентов с эйфорическим ТООБ (в 15,4 %) были характерны необоснованно повышенное настроение, нередко наигранное, пренебрежение, легкомысленное отношение к своему заболеванию, надежда на то, что «все обойдется». Они стремились получать от жизни все удовольствия, невзирая ни на что, и легко нарушали режим, хотя эти нарушения могли неприятно отражаться на течении болезни.

Основной характеристикой лиц с эгоцентрическим ТООБ (в 5,8 %) был «уход в болезнь». Эти пациенты выставляли напоказ близким и окружающим свои страдания и переживания, стремились полностью завладеть их вниманием, требовали исключительного беспокойства о себе, любой разговор окружающих переводили на себя. Они постоянно подчеркивали свое особенное положение, исключительность своей болезни, а в других людях, которые также требовали внимания и беспокойства, видели только «конкурентов» и относились к ним неприязненно.

Таким образом, полученные нами результаты показали, что у лиц с ВПС в отдаленные после хирургической коррекции сроки преобладали смешанные виды реагирования на заболевание. Это подтверждает формирование патологической внутренней картины болезни у лиц с ВПС: на фоне размытости смысловой сферы и трансформации личностных структур, внутреннее восприятие телесных процессов становится неоднозначным и дестабилизирующим их жизнедеятельность. При этом, у пациентов с ВПС в отдаленном после оперативной коррекции периоде в структуре чистых типов реагирования на болезнь наиболее распространенными были сенситивный, эйфорический и гармоничный виды; в структуре всех диагностированных ТООБ – эйфорический, неврастенический, сенситивный и паранойяльный типы, а наиболее частыми комбинациями были сочетания ипохондрического, апатичного, неврастенического, эгоцентрического и эйфорического ТООБ. Неадекватное отношение к болезни, что наблюдалось у 91,7 % пациентов с ВПС, обуславливало их дезадаптацию и в значительной степени осложняло процесс реабилитации.

У больных с данной патологией в структуре чистых ТООБ преобладал неврастенический; в структуре всех диагностированных ТООБ – неврастенический и обсессивно-фобический типы. ТООБ с дезадаптивной направленностью встречались в 90,4 % случаев у таких лиц.

У инвалидов наблюдалась несколько иная картина. Среди чистых типов реагирования на заболевание преобладали сенситивный, эйфорический и гармоничный; среди всех диагностированных ТООБ – сенситивный, эйфорический и паранойяльный типы. Неадекватное реагирование на заболевание наблюдалось у 93,0 % обследованных.

В диапазонах изменения значений показателей внутренней картины болезни у больных и инвалидов с ВПС наблюдались незначительные отличия (табл. 1).

Таблица 1

Диапазоны изменения значений показателей внутренней картины болезни у больных и инвалидов с врожденными пороками сердца

Тип отношения к болезни	Диапазон изменения	
	больные	инвалиды
Гармоничный	3 – 7	1 – 8
Тревожный	0 – 5	0 – 5
Ипохондрический	0 – 2	0 – 4
Меланхолический	0 – 2	0 – 2
Апатический	0 – 4	0 – 5
Невротический	0 – 4	0 – 6
Обсессивно-фобический	0 – 5	0 – 5
Сенситивный	1 – 4	0 – 7
Эгоцентрический	0 – 3	0 – 4
Эйфорический	1 – 5	0 – 6
Анозогнозический	0 – 4	0 – 6
Эргопатический	0 – 5	0 – 7
Паранойяльный	0 – 3	0 – 4

У больных с ВПС не было зафиксировано ипохондрического отношения к болезни, в то время как среди инвалидов данный ТОБ встречался. Все остальные ТОБ были выражены в обеих группах пациентов. При этом неврастенический, сенситивный и эргопатический типы сильнее проявлялись у инвалидов с ВПС, о чем свидетельствовали более высокие максимальные значения диапазонов изменения их показателей.

Определенный интерес вызывало изучение формирования «внутренней картины болезни» при различных видах пороков.

Среди лиц с врожденными пороками развития сердечной перегородки (ВПРСП) в структуре чистых типов реагирования на заболевание наиболее распространенными были сенситивный, эйфорический и паранойяльный. Сенситивный ТОБ у этих пациентов определялся в 30,4 % случаев, эйфорический и паранойяльный – по 17,4 %, неврастенический и эгоцентрический – в 8,7 %, апатичный – в 4,3 % случая.

У инвалидов наблюдалась несколько иная картина. Чаще всего среди чистых типов реагирования на заболевание у них встречались гармоничный, неврастенический и эгоцентрический типы реагирования на болезнь, что выявлено по 4,3 % случая.

Система отношений, связанных с заболеванием, не всегда укладывалась в чистые виды, и у лиц с ВПРСП диагностированы смешанные ТОБ. В структуре всех диагностированных ТОБ у инвалидов самыми распространенными были эйфорический, неврастенический, сенситивный, паранойяльный и обсессивно-фобический типы. Эйфорический ТОБ у лиц с ВПРСП отмечался в 19,4 % случаев, неврастенический – в 16,7 %, сенситивный, паранойяльный – по 13,9 %, обсессивно-фобический – в 11,1 %, гармоничный и эргопатический – по 8,3 %, ипохондрический, тревожный, апатичный, эгоцентрический и анозонозический – по 5,6 % случая.

У больных с данной патологией среди всех диагностированных ТОБ распространенными были гармоничный, эргопатический и обсессивно-фобический виды, которые встречались по 7,7 % случая.

Таким образом, у лиц с ВПРСП в отдаленные после хирургической коррекции сроки преобладали смешанные ТОБ. В структуре чистых типов реагирования на болезнь наиболее часто встречались сенситивный, эйфорический и паранойяльный; в структуре всех диагностированных ТОБ – эйфорический, неврастенический, сенситивный, обсессивно-фобический и паранойяльный виды. Неадекватное отношение к болезни, наблюдавшееся в 95,7 % случаев у пациентов с ВПРСП, приводило к нарушению их адаптационных возможностей и значительно снижало эффективность реабилитации.

У больных с данной патологией в структуре чистых ТОБ встречались гармоничный, неврастенический и эгоцентрический; в структуре всех диагностированных ТОБ – гармонический, обсессивно-фобический и эргопатический виды. Неадекват-

ное реагирование на заболевание наблюдалось у 66,7 % таких лиц.

У инвалидов с ВПРСП среди чистых типов реагирования на заболевание преобладали сенситивный, эйфорический и паранойяльный; среди всех диагностированных ТОБ – эйфорический, неврастенический, сенситивный и паранойяльный виды. Неадекватное реагирование на заболевание встречалось у 100,0 % обследованных.

Одной из разновидностей врожденных пороков развития сердечной перегородки является тетрада Фалло. Среди лиц с тетрадой Фалло в структуре чистых типов реагирования на заболевание наиболее распространенными были анозонозический, тревожный, эгоцентрический. Анозонозический ТОБ у этих лиц определялся в 3,0 %, тревожный и эгоцентрический – по 1,5 %, неврастенический, обсессивно-фобический, сенситивный и паранойяльный – в 0,8 % случая.

У больных с тетрадой Фалло среди чистых видов преобладал эйфорический (в 16,7 %) и обсессивно-фобический ТОБ (в 8,3 % случая).

Среди инвалидов с тетрадой Фалло в структуре чистых типов реагирования на заболевание наиболее распространенными были гармоничный, сенситивный и эйфорический виды – по 16,7 %; апатический, неврастенический и эргопатический ТОБ встречались по 8,3 % случая.

В структуре всех диагностированных ТОБ у этих пациентов наиболее распространенными были эгоцентрический, сенситивный, эйфорический и паранойяльный виды. Эгоцентрический ТОБ у лиц с тетрадой Фалло отмечался в 3,0 %, сенситивный, эйфорический и паранойяльный – в 2,3 %, неврастенический, эргопатический – по 1,5 %, обсессивно-фобический, ипохондрический, анозонозический – в 0,8 % случая.

В структуре всех диагностированных ТОБ у инвалидов самыми распространенными были эгоцентрический, эйфорический и паранойяльный виды. Эгоцентрический ТОБ у лиц с тетрадой Фалло отмечался в 20,0 %, эйфорический и паранойяльный – в 15,0 %, сенситивный – в 10,0 %, ипохондрический, анозонозический и эргопатический – по 5,0 % случаев.

В структуре всех диагностированных ТОБ у больных с тетрадой Фалло наиболее распространенными были неврастенический – в 50,0 % случая, обсессивно-фобический, сенситивный, эргопатический виды встречались по 25,0 % соответственно.

Таким образом, у лиц с тетрадой Фалло в отдаленные после хирургической коррекции сроки преобладали смешанные ТОБ. В структуре чистых типов реагирования на болезнь наиболее часто встречались анозонозический, тревожный, эгоцентрический; в структуре всех диагностированных ТОБ – эгоцентрический, сенситивный, эйфорический и паранойяльный виды. Неадекватное отношение к болезни, что наблюдалось у 98,5 % пациента с тетрадой Фалло, предопределяло их дезадаптацию и значительно ограничивало возможности реабилитации.

У больных с данной патологией в структуре чистых ТОБ встречался анозонозический; в структуре всех диагностированных ТОБ – неврастенический, обсессивно-фобический, сенситивный, эргопатический виды. Неадекватное реагирование на заболевание наблюдалось у 97,0 % таких лиц.

У инвалидов с тетрадой Фалло среди чистых типов реагирования на заболевание преобладали тревожный, эгоцентрический и анозонозический; среди всех диагностированных ТОБ – эгоцентрический, эйфорический и паранойяльный виды. Неадекватное реагирование на заболевание наблюдалось у 100,0 % обследованных.

Врожденные пороки развития больших артерий (ВПРБА) достаточно часто встречались среди всех ВПС. Среди лиц с ВПРБА в структуре чистых типов реагирования на заболевание наиболее распространенными были гармоничный, сенситивный и неврастенический. Гармоничный ТОБ у этих пациентов определялся в 3,8 %, сенситивный – в 3,0 %, неврастенический – в 2,3 %, эргопатический – в 1,5 %, паранойяльный – в 0,8 % случая.

У больных с ВПРБА среди чистых видов неврастенический тип определялся в 13,3 %, эргопатический – в 6,7 % случая.

У инвалидов отмечалась несколько иная картина. Чаще всего среди чистых типов реагирования на заболевание у них встречались гармоничный, сенситивный ТОБ. Гармоничный вид наблюдался в 33,3 %, сенситивный – в 26,7 %, эргопатический, неврастенический и паранойяльный – по 6,7 % случая.

Система отношений, связанных с заболеванием, не всегда укладывалась в чистые виды, и у лиц с ВПРБА диагностировали смешанные ТОБ. В структуре всех диагностированных ТОБ у инвалидов самыми распространенными были неврастенический, сенситивный, паранойяльный, эйфорический и обсессивно-фобический виды. Сенситивный ТОБ у инвалидов с ВПРБА отмечался в 20,6 %, неврастенический и паранойяльный – по 14,7 %, эйфорический – в 11,8 %, обсессивно-фобический – в 8,8 %, ипохондрический и эргопатический – по 5,9 %, тревожный, гармоничный и анозонозический – по 2,9 % случая.

В структуре всех диагностированных ТОБ у больных с ВПРБА наиболее распространенными были неврастенический, обсессивно-фобический – по 28,6 %, тревожный, эйфорический – по 14,3 % случая.

Таким образом, у лиц с ВПРБА в отдаленные после хирургической коррекции сроки преобладали смешанные ТОБ. В структуре чистых типов реагирования на болезнь наиболее часто встречались гармоничный, сенситивный и неврастенический; в структуре всех диагностированных ТОБ – неврастенический, сенситивный, паранойяльный, эйфорический и обсессивно-фобический виды. Неадекватное отношение к болезни, что наблюдалось у 90,0 % пациентов с ВПРБА, предопределяло их дезадаптацию и значительно ограничивало возможности реабилитации.

У больных с данной патологией в структуре чистых ТОБ встречались неврастенический; в структуре всех диагностированных ТОБ – неврастенический, обсессивно-фобический виды. Неадекватное реагирование на заболевание наблюдалось у 82,0 % таких лиц.

У инвалидов с ВПРБА среди чистых типов реагирования на заболевание преобладали гармоничный, сенситивный; среди всех диагностированных ТОБ – сенситивный, неврастенический и паранойяльный виды. Неадекватное реагирование на заболевание наблюдалось у 98,0 % обследованных.

Особую группу среди лиц с ВПС составляют пациенты с врожденными пороками развития аортального и митрального клапанов и другими изъянами развития сердца (ВПРАиМК). Среди таких пациентов в структуре чистых типов реагирования на заболевание встречался лишь сенситивный вид – в 50,0 % случаев, распределившись поровну среди больных и инвалидов с данной патологией. Система отношений, связанных с заболеванием, не всегда укладывалась в чистые виды, и у лиц с данной патологией диагностировали смешанные ТОБ.

В структуре всех диагностированных ТОБ у инвалидов самыми распространенными были неврастенический, сенситивный, эгоцентрический и эйфорический виды, которые отмечались по 6,7 % случая.

В структуре всех диагностированных ТОБ у больных с данной патологией распространены были гармоничный, сенситивный, эйфорический и паранойяльный – по 33,3 % случая.

Таким образом, у лиц с ВПРАиМК в отдаленные после хирургической коррекции сроки преобладали смешанные ТОБ. В структуре чистых типов реагирования на болезнь наиболее часто встречался лишь сенситивный, в структуре всех диагностированных ТОБ – сенситивный и эйфорический виды. Неадекватное отношение к болезни, что наблюдалось у 95,0% пациента с ВПРАиМК, предопределяло их дезадаптацию и значительно ограничивало возможности реабилитации.

У больных с данной патологией в структуре чистых ТОБ встречались сенситивный; в структуре всех диагностированных ТОБ – гармоничный, сенситивный, эйфорический и паранойяльный виды. Неадекватное реагирование на заболевание наблюдалось у 91,0 % таких лиц.

У инвалидов из ВПРАиМК среди чистых типов реагирования на заболевание обнаружен лишь сенситивный; среди всех диагностированных ТОБ – сенситивный, неврастенический, эгоцентрический и эйфорический виды. Неадекватное реагирование на заболевание наблюдалось у 99,0 % обследованных.

Анализ полученных данных позволяет констатировать, что специфика отношения больных и инвалидов с ВПС к своему заболеванию приводит к появлению дезадаптивных изменений в структуре личности и организации жизнедеятельности больного. У всех лиц с ВПС в отдаленном после оперативной коррекции периоде в структуре чистых ти-

пов реагирования на болезнь наиболее распространенными были чувствительный, эйфорический и гармоничный виды; в структуре всех диагностированных ТОБ – эйфорический, неврастенический, чувствительный и паранойяльный типы, а наиболее частыми комбинациями были сочетания ипохондрического, апатического, неврастенического, эгоцентрического и эйфорического ТОБ. Неадекватное отношение к болезни наблюдалось у 91,7 % пациента с ВПС.

Формирование внутренней картины болезни при различных видах пороков имело свои особенности.

У лиц с врожденными пороками развития сердечной перегородки в отдаленные после хирургической коррекции сроки в структуре чистых видов реагирования на болезнь наиболее часто встречались чувствительный, эйфорический и паранойяльный; в структуре всех диагностированных ТОБ – эйфорический, неврастенический, чувствительный, обсессивно-фобический и паранойяльный виды. Деадаптивный характер формирования внутренней картины болезни наблюдался у 95,7 % лиц с ВПРСП.

В отдаленные после оперативных вмешательств сроки у лиц с тетрадой Фалло в структуре чистых видов реагирования на болезнь часто встречались анозонозический, тревожный, эгоцентрический; в структуре всех диагностированных ТОБ – эгоцентрический, чувствительный, эйфорический и паранойяльный виды. Неадекватное отношение к болезни встречалось у 98,5 % пациента с тетрадой Фалло.

У лиц с врожденными пороками развития больших артерий, в отдаленном периоде после операций, в структуре чистых ТОБ чаще всего встречались гармоничный, чувствительный и неврастенический; в структуре всех диагностированных типов реагирования на заболевание – неврастенический, чувствительный, паранойяльный, эйфорический и обсессивно-фобический виды. Патологическое формирование внутренней картины болезни наблюдалось у 90,0 % пациента с ВПРБА.

У лиц с врожденными пороками развития аортального и митрального клапанов в отдаленные после хирургической коррекции сроки в структуре чистых типов реагирования на болезнь часто встречался лишь чувствительный, в структуре всех диагностированных ТОБ – чувствительный и эйфорический виды. Неадекватное отношение к болезни встречалось у 95,0 % пациента с ВПРАиМК.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что процесс деадаптации у лиц с ВПС необходимо рассматривать в рамках патологического поведения в болезни, когда нарушения подразделяются на возникающие по сознательным и подсознательным механизмам и дифференциация проводится по двум категориям – поведение, утверждающее болезнь, и поведение, отрицающее болезнь. Первое включает два типа симптомокомплексов – с осознанной мотивацией поступков и с неосознаваемым поведением; второе включает три симптомокомплекса – с осознанной мотивацией поступков,

неосознаваемым поведением и с недостаточным осознанием болезни.

Очень велико значение формирования нарушений соматопсихической сферы лиц с ВПС, которые разделяют на соматотонию, сопряженную с гипнозогнозическими реакциями, соматопатию и невропатию, сопряженную с гипернозогнозическими реакциями. Внутренняя картина болезни включает четыре уровня психического отражения болезни в психике больного: чувственный, эмоциональный, интеллектуальный, мотивационный; адекватное либо неадекватное отношение больного к своему заболеванию, обусловленное личностными и характерологическими особенностями.

Нарушение адаптации, сформировавшееся в детстве при получении статуса ребенка-инвалида, существенно даже при сохранении инвалидности, однако тогда оно еще имеет интрапсихическую направленность, тогда как при снятии группы инвалидности у лиц с ВПС, нарушения адаптации усугубляются, преимущественно вследствие интерпсихической направленности реакции на болезнь.

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 к оценке адаптационных возможностей, к изучению роли психологических особенностей и когнитивных функций в формировании ограничений жизнедеятельности, препятствующих полноценному функционированию таких лиц в обществе.

Литература

1. Бурлачук Л. Ф. Словарь-справочник по психодиагностике / Л. Ф. Бурлачук. – СПб.: Питер, 2007. – 688 с.
2. Вассерман Л. И. Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных с соматической патологией / Л. И. Вассерман, Е. А. Трифонова, В. Л. Федорова // Сибирский психологический журнал. – 2008. – № 27. – С. 67–71.
3. Досвід лікування критичних вроджених вад серця транскатетерним методом / Ю. В. Панічкін, Ш. О. Дітківський, Б. В. Черпак та ін. // Серце і судини. – 2008. – № 4. – С. 18–21.
4. Зиньковский М. Принципы лечения детей с врожденными пороками сердца / М. Зиньковский, В. Лазоришинец, Н. Руденко // Доктор. – 2003. – № 2. – С. 23–25.
5. Клініко-гемодинамічні особливості серцевої недостатності у дорослих із дефектом міжпередсердної перегородки / К. М. Амосова, Л. Ф. Конопльова, Ю. В. Руденко, О. О. Гонза // Укр. кард. журнал. – 2006. – № 6. – С. 34–38.
6. Кнышов Г. В. Кардиохирургия в Украине: прошлое, настоящее, будущее / Г. В. Кнышов // Серце і судини. – 2003. – № 1. – С. 8–14.
7. Коваленко В. Н. Некоронарогенные болезни сердца / В. Н. Коваленко, Е. Г. Несукай. – К.: Морион, 2001. – 480 с.
8. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезни

и ятрогенные заболевания / Р. А. Лурия. – М.: Медгиз, 1994. – 126 с.

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

10. Николаева В. В. Динамика ВКБ как показатель кризиса развития личности в условиях болезни / В. В. Николаева // Психосоматика: телесность и культура: Учеб. пособие для вузов / Под ред. В. В. Николаевой. – М.: Академический Проект, 2009. – С. 96–129.

11. Обмеження життєдіяльності при вроджених вадах серця у дорослих: [монографія для лікарів медико-експертних установ та лікувально-профілактичних закладів, наукових співробітників, студентів старших медичних курсів] / А. В. Іпатов, О. М. Лисунець, І. Я. Ханюкова [та ін.]. – Дніпропетровськ: Пороги, 2012. – 208 с.

12. Сердюк А. И. Непсихотические нарушения психической сферы у больных хроническими соматическими заболеваниями и система их психотера-

пии: методические рекомендации / А. И. Сердюк, Б. В. Михайлов. – Харьков, 2000. – 30 с.

13. Сирота Н. А. Внутренняя картина болезни в контексте субъективной реальности болеющего индивидуума. [Электронный ресурс] / Н. А. Сирота, М. Я. Ярославская // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. N 2. URL: <http://medpsy.ru>

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

15. Стукалина О. П. Прогностическое значение субъективного представления о болезни [Электронный ресурс]. / О. П. Стукалина // Журнал «Медицина и образование в Сибири» электронное научное издание НГМУ. 2008. – № 4. URL: <http://www.ngmu.ru>

16. 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.



УДК 616.248:616.1

КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ІНВАЛІДІВ УНАСЛІДОК БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У СПОЛУЧЕННІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

С. С. Паніна, Н. О. Гондуленко, Н. А. Саніна, Т. С. Ігумнова

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

Резюме

Показаны клинико-функциональные особенности течения заболевания у инвалидов вследствие бронхиальной астмы в сочетании с артериальной гипертензией. Показано негативное влияние сопутствующей артериальной гипертензии на тяжесть течения заболевания, функцию внешнего дыхания, развитие структурно-функциональных изменений сердечно-сосудистой системы, трудности достижения контроля заболевания и прогрессирующий характер развития осложнений, что необходимо учитывать при оценке состояния жизнедеятельности и проведении медико-социальной экспертизы и реабилитации таких больных.

Ключевые слова: бронхиальная астма, артериальная гипертензия, клинико-функциональные особенности.

Summary

Was shown the clinical and functional characteristics of disabled persons with asthma in combination with arterial hypertension. Was shown the negative impact of concomitant arterial hypertension on the severity of the disease, lung function, development of structural and functional changes in the cardiovascular system, the difficulties of achieving asthma control and the progressive nature of complications that should be considered in the assessment of the state of life and conduct of medical and social expertise and rehabilitation of these patients.

Keywords: asthma, hypertension, clinical and functional characteristics.