

ких слоев населения. В качестве помощи для родственников пациентов организовываются “школы здоровья”, оказывается благотворительная помощь, акции «Скажи инсульту нет – протяни руку здоровью!».

В Москве 28 октября 2012 г. участники акции Всемирной организации по борьбе с инсультом соединили между собой десятки синих ленточек, символизируя тем самым бесконечную линию надежды и давая понять каждому пострадавшему: он нужен своей семье, нужен друзьям, он снова может стать здоровым.

ЛИТЕРАТУРА

1. Путилина М. В. Факторы риска, особенности клинического течения и подходы к терапии у пациентов пожилого возраста с церебральным инсультом: обзор. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2011; 5: 90–5.
2. Скворцова В.И., Шамалов Н.А., Бодышов М.К. Лечение ишемического инсульта. *Трудный пациент*. 2007; 6–7: 13–8.
3. Фоныкин А.В., Гераскина Л.А. Современные стратегии вторичной профилактики ишемического инсульта. *Consilium Medicum*. Неврология. 2011; 2: 17–21.
4. Шавловская О.А. Опыт применения препарата Церетон (холин альфосцерат) в клинической практике. *Русский медицинский журнал*. 2011; 9: 557–61.
5. Чучалина А.Г., Яснецова В.В., ред. *Федеральное руководство по использованию лекарственных средств*. М.: ЗАО РИЦ «Человек и лекарство»; 2013; вып. XIV: 308–16.
6. Федин А.И. *Избранные лекции по амбулаторной неврологии*. М., 2013.
7. Ladurner G., Kalvach P., Moessler H. Cerebrolysin Study Group. Neuroprotective treatment with cerebrolysin in patients with acute stroke: a randomised controlled trial. *J. Neural Transm.* 2005; 112(3): 415–28.
8. Камчатнов П.Р., Зайцев К.А., Денисов Д.Б. Хронические расстройства мозгового кровообращения: возможности нейротрофической терапии. *Consilium Medicum*. 2011; 9: 11–4.
9. Чердак М.А., Парфенов В.А. Когнитивные расстройства у пациентов, перенесших ишемический инсульт. *Неврологический журнал*. 2011; 6: 37–44.
10. Ляшенко Е.А. Аспекты терапии тревожных расстройств у постинсультных больных. *Русский медицинский журнал*. 2011; 9: 584–7.
11. Гусев А.О. Семейное положение пациентов отделений восстановительного лечения неврологического и кардиологического профилей как важная часть их социально-гигиенической характеристики. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2011; 2: 49–50.

REFERENCES

1. Putilina M.V. Risk factors, peculiarities of clinical course and approaches to therapy in elderly patients with cerebral stroke: a review. *Journal of neurology and psychiatry named S. S. Korsakov*. 2011; 5: 90–5. (in Russian)
2. Skvortsov V.I., Shamalov N.A., Bodyshov M.K. Ischemic stroke treatment. *The difficult patient*. 2007; 6–7: 13–8. (in Russian)
3. Fonyakin A.V., Geraskina L. A. Modern strategies for secondary prevention of ischemic stroke. *Neurology. Consilium medicum*. 2011; 2: 17–21. (in Russian)
4. Shavlovskaya O. A. Experience in application of Cereton (choline alfoscerate) in clinical practice *Russian journal of medicine*. 2011; 9: 557–61. (in Russian)
5. Chuchalin A.G., Yasnecov V.V., eds. *Federal guidelines for the use of medicines. [Federal'noe rukovodstvo po ispol'zovaniyu lekarstvennykh sredstv.]* M.: «Man and medicine». 2013; Issue XIV: 308–16. (in Russian)
6. Fedin A. I. *Selected lectures on outpatient neurology: [Izbrannye lektsii po ambulatornoy nevrologii.]* Moscow, 2013. (in Russian)
7. Ladurner G., Kalvach P., Moessler H. Cerebrolysin Study Group. Neuroprotective treatment with cerebrolysin in patients with acute stroke: a randomised controlled trial. *J. Neural Transm.* 2005; 112(3): 415–28.
8. Kamchatnov P. R., Zaitsev K. A., Denisov, D. B. Chronic disorders of cerebral circulation: opportunities of neurotrophic therapy. *Consilium medicum*. 2011; 9: 11–4. (in Russian)
9. Cherdak M. A., Parfenov V. A. Cognitive disorders in patients with ischemic stroke. *Neurology journal*. 2011; 6: 37–44. (in Russian)
10. Lyashenko E. A. Aspects of treatment of anxiety disorders in post-stroke patients. *Russian journal of medicine*. 2011; 9: 584–7. (in Russian)
11. Gusev A. O. Family status of the patients of neurologic and cardiological medical rehabilitation departments as an important part of their socio-hygienic characteristic. *Mediko-Sotsyal'naya Ekspertiza i Reabilitatsiya*. 2011; 2: 49–50. (in Russian)

Поступила 17.06.13
Received 17.06.13

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014

УДК 616.12-007.2-053.1-089.168]:159.923.3

¹Дроздова И. В., ²Мацуга О. Н., ¹Суганяк К. А., ¹Демченко М. В.

ОСОБЕННОСТИ ХАРАКТЕРА ЛИЦ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА И ИХ РОЛЬ В ОЦЕНКЕ ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

¹ГУ «Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности МЗ Украины», 49027, г. Днепрпетровск, Украина; ²Днепрпетровский национальный университет имени О. Гончара, 49010, г. Днепрпетровск, Украина

Изучены особенности характера больных с врожденными пороками сердца в отдаленном периоде после оперативных вмешательств. Выделены наиболее значимые психологические показатели для оценки состояния таких пациентов. Сделан вывод о дезадаптивном процессе формирования черт характера у этих лиц, что в значительной степени ограничивает их жизнедеятельность и будет препятствовать реализации программ реабилитации данного контингента больных.

Ключевые слова: оперированные врожденные пороки сердца; характерологические особенности; ограничения жизнедеятельности.

Для корреспонденции:

Дроздова Ирина Владимировна – д-р мед. наук, гл. науч. сотр. отд. кардиологии; 40027, Украина, г. Днепрпетровск, пер. Советский, д. 1а; e-mail: drozdova@ua.fm.

CHARACTER FEATURES OF PATIENTS WITH CONGENITAL HEART DISEASES AND ITS ROLE IN ESTIMATION OF LIMITATIONS OF VITAL FUNCTIONS

¹Drozдова I.V., ²Matsuga O.N., ³Suganyak K. A., ⁴Demchenko M. V.

¹Ukrainian State Institute of Medical and Social Problems of Disability Ministry of Public Health of Ukraine, 49027, Dnipropetrovsk, Ukraine; ²O.Honchar Dnipropetrovsk National University, 49010, Dnipropetrovsk, Ukraine

Character features of patients with congenital heart diseases in a remote period after operative interventions were studied. The most significant psychological indicators for the assessment of patients' conditions were distinguished. The conclusion has been made about maladaptive personality formation in these individuals, which greatly limits their ability to live and will prevent the implementation of rehabilitation programs for this group of patients.

Key words: *operated congenital heart diseases; character features; limitations of vital functions.*

Нарушения психического развития детей и подростков, оперированных вследствие врожденных аномалий сердца (ВАС), являются предметом изучения большого числа исследователей. В. В. Ковалев выделил у больных такие нарушения, как астенические состояния, невротоподобные и невротические расстройства; нарушения развития личности (состояние психического инфантилизма, патологическое формирование личности); состояние интеллектуальной недостаточности [1]. В. В. Лебединский отмечал у них наличие хронической физической и психической астении, социальной депривации, что приводило к развитию таких черт личности, как робость, боязливость, неуверенность в своих силах, инфантилизм [1]. Т. Г. Горячева показала, что лица с оперированными ВАС отличались изменениями внимания и памяти, трудностями переключения, эмоциональной незрелостью, инфантильностью, несамостоятельностью, и это было обусловлено влиянием трех факторов: вида порока сердца, операции и искаженной ситуации развития [1]. А. С. Султанова выделила наиболее значимые проблемы у больных с врожденными пороками сердца (ВПС): астенические состояния, невротоподобные и невротические расстройства, патологическое развитие личности и состояние интеллектуальной недостаточности, нарушения кинетической и динамической организации двигательных процессов, незрелость эмоционально-волевой сферы [2].

В наших ранних работах было показано, что наиболее информативными для оценки особенностей характера больных с оперированными ВПС являются следующие факторы: практичность–непрактичность, ограниченное мышление–сообразительность, гибкость–прямолинейность, независимость–подчиненность, радикализм–консерватизм, высокий–низкий самоконтроль, эмоциональная устойчивость, податливость–жесткость, напряженность–релаксация, смелость–робость. Ведущими характерологическими особенностями больных с оперированными ВПС были: независимость, подозрительность, тревожность, неуверенность, озабоченность, робость, недостаточная мотивация, самоуверенность, консерватизм, дисциплинированность [3]. Однако работы, в которых изучались бы особенности характера больных и инвалидов с ВПС и их значение в оценке ограничений жизнедеятельности, единичны и разрозненны [4, 5].

Цель работы – изучить особенности характера у лиц с ВПС и их роль в оценке ограничений жизнедеятельности в отдаленные после оперативной коррекции сроки.

Материал и методы

Открытое контролируемое исследование, проводившееся на базе государственного учреждения «Украинский государственный НИИ медико-социальных проблем инвалидности МЗО Украины», после получения информированного согласия, охватывало 256 больных с ВПС, из них по 15 больных с открытым артериальным протоком (Q 25.0) и стенозом легочной артерии (Q 25.6), 49 пациентов с врожденными пороками развития сердечной перегородки (Q 21.0), 53 – с тетрадой Фалло (Q 21.3), 61 – с дефектом межпредсердной перегородки (Q 21.1) и 63 – с коарктацией аорты (Q 25.1.). Диагноз ВПС устанавливали в соответствии с рекомендациями Украинского и Европейского обществ кардиологов [6, 7]. Кодирование заболевания проводилось в соответствии с Международной статистической классификацией болезней, травм и причин смерти (МКБ-10) [8]. 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 с ВПС были: возраст пациентов $31,7 \pm 11,22$ года; время после хирургической коррекции $15,9 \pm 10,04$ года; возраст, в котором им была проведена операция, $14,4 \pm 11,94$ года. Среди пациентов было 130 мужчин и 126 женщин. Группы были сопоставимы между собой и достоверно не различались по возрасту и полу. Детальный анализ обследованного контингента, полная клиническая, социальная и медико-экспертная характеристики приведены в предыдущих наших работах [4, 9]. 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 158 инвалидов, у остальных 98 человек группа инвалидности не была определена.

Особенности характера лиц с ВПС в отдаленные после хирургической коррекции сроки охарактеризованы по методике Р. Кеттелла [10].

Ограничения жизнедеятельности изучались у пациентов методом интервьюирования с использованием Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) [8]. Все составляющие, классифицируемые в

МКФ (функции и структуры организма, активность и участие, факторы окружающей среды) измеряются при помощи единой шкалы. В зависимости от составляющей наличие проблемы может означать нарушение, ограничение или ограничение возможности, препятствие: нет проблем (никаких, отсутствуют, ничтожные) 0 – 4%; легкие проблемы (незначительные, слабые) 5 – 24%; умеренные проблемы (средние, значимые) 25 – 49%; тяжелые проблемы (высокие, интенсивные) 50 – 95%; абсолютные проблемы (полные) 96 – 100% [8].

Нами предложено для оценки степени нарушений, ограничения возможностей или преград использовать единую шкалу оценок как для личностных и характерологических факторов, так и для когнитивно-мнестических функций, активности и участия в общественной жизни [4, 5]. Для достижения заданного уровня точности и адекватности результатов классификации предварительно осуществили отбор информативных переменных и сжали их исходного набора [11].

Результаты и обсуждение

Усредненные характерологические профили больных и инвалидов с ВПС укладывались в пределы нормы и практически не имели ни низких, ни высоких оценок.

У пациентов с оперированными ВПС самыми высокими были показатели: + E (независимость–подчиненность), + L (подозрительность–доверчивость), + Q3 (высокий–низкий самоконтроль), + O (тревожность–спокойствие), и самыми низкими: – C (эмоциональная устойчивость), – F (озабоченность–беспечность), – H (смелость–робость), – J (податливость–жесткость), – Q1 (радикализм–консерватизм), – Q4 (напряженность–релаксация).

У больных наблюдались излишнее самомнение, подозрительность, направленность интересов преимущественно на самих себя, поиск недостатков у других, ревность, завистливость; неуверенность, тревожность, депрессивность, ранимость, впечатлительность; дисциплинированность, точность в выполнении социальных требований, хороший контроль за своими эмоциями, забота о своей общественной репутации; оптимальное отношение к авторитетам; расслабленность, вялость, спокойствие, низкая мотивация, лень, излишняя удовлетворенность и невозмутимость; консерватизм, устойчивость по отношению к традиционным трудностям, сомнения относительно новых идей, склонность к морализации и нравоучениям; низкая толерантность к стрессовым факторам, подверженность эмоциям, переменчивость интересов, лабильность настроения, раздражительность, утомляемость, невротические симптомы, ипохондрия; благоразумие, осторожность, рассудительность, молчаливость, склонность все усложнять, некоторая озабоченность, пессимистичность в восприятии действительности, беспокойство о будущем, ожидание неудач; предпочтение пребывания в тени, узкого круга общения, повышенная чувствительность к угрозе.

Наиболее информативными для оценки особенностей характера больных с оперированными

ВПС являлись такие факторы, как практичность–непрактичность, ограниченное мышление–сообразительность, гибкость–прямолинейность, независимость–подчиненность, радикализм–консерватизм, высокий–низкий самоконтроль, эмоциональная устойчивость, податливость–жесткость, напряженность–релаксация, смелость–робость.

Тяжелыми проблемами для этих лиц были консерватизм, сомнения относительно новых идей (скептицизм, цинизм, прагматизм); у пациентов с врожденными пороками развития сердечной перегородки – еще и неприспособленность в отношениях с другими; с тетрадой Фалло – расчетливость, пронизательность, прагматичный подход к проблемам, сдержанность, пессимизм и желание представить себя «в выгодном свете» [5].

У больных и инвалидов с оперированными ВПС были некоторые различия характерологических черт.

У больных с данной патологией самыми высокими были показатели: + F (озабоченность–беспечность), + L (подозрительность–доверчивость), + C (эмоциональная устойчивость), + E (независимость–подчиненность), + Q3 (высокий–низкий самоконтроль); и самыми низкими: – J (податливость–жесткость), – Q1 (радикализм–консерватизм), – Q4 (напряженность–релаксация), – A (общительность–замкнутость), – B (ограниченное мышление–сообразительность).

У них наблюдались импульсивность, беспечность, разговорчивость; экспансивность, эмоциональность, динамичность общения; ревность, зависть, подозрительность, высокое самомнение, обращенность интересов на самих себя, осторожность в поступках, эгоцентричность; эмоциональная зрелость, выдержка, реалистичность настроения, постоянность интересов, определенная бесчувственность; самоуверенность, упрямство, граничащее с агрессивностью, независимость в суждениях и поведении, конфликтность, своенравность; развитый самоконтроль, точность выполнения социальных требований; самоуверенность, практичность, некоторая жесткость, суровость, черствость по отношению к окружающим; консерватизм, сомнительное отношение к новым идеям, склонность к морализации и нравоучениям; вялость, низкая мотивация, лень, излишняя удовлетворенность и невозмутимость; излишняя строгость в оценке людей, скептическая настроенность, любовь к одиночеству; конкретность и ригидность, а изредка и эмоциональная дезорганизация мышления.

Тяжелыми проблемами для этих лиц были консерватизм, сомнения относительно новых идей, скептицизм, цинизм, прагматизм; умеренными – замкнутость, недоверие, ограниченное мышление, сложности в освоении нового материала; низкая мотивация, лень, невозмутимость, склонность к осознанному соблюдению норм; желание представить себя «в выгодном свете» [5].

Инвалидам с оперированными ВПС были присущи: + L (подозрительность–доверчивость), + E (независимость–подчиненность), + Q3 (высокий–низкий самоконтроль), + O (тревожность–спокойствие), + G (выраженная сила «Я»–беспринципность), – Q1 (радикализм–консерватизм), – C

(эмоциональная устойчивость), – J (податливость–жесткость), – F (озабоченность–беспечность).

Они отличались ревностью, завистью, подозрительностью, высоким самомнением, обращенностью интересов на самих себя, осторожностью в поступках, эгоцентризмом; самоуверенностью, упрямством, граничащим с агрессивностью, независимостью суждений и поведения, конфликтностью, своенравностью; развитым самоконтролем, точностью выполнения социальных требований; осознанным соблюдением норм и правил, точностью, ответственностью; консерватизмом, сомнительным отношением к новым идеям, склонностью к морализации и нравоучениям; самоуверенностью, практичностью, некоторой жесткостью, суровостью, черствостью по отношению к окружающим; тревожностью, депрессивностью, ранимостью, впечатлительностью; переменчивостью чувств и интересов, склонностью к лабильности настроения, раздражительностью, утомляемостью, невротическими симптомами, ипохондрией; озабоченностью, пессимизмом, ожиданием неудач.

Тяжелыми проблемами для этих лиц были консерватизм, сомнения относительно новых идей; умеренными – замкнутость, недоверие; ограниченное мышление, сложности в освоении нового материала; низкая толерантность к эмоциогенным факторам, неуверенность в себе, раздражительность, частое проявление волнения; повышенная осторожность, рассудительность, сдержанность, иногда пессимизм, суровость; выраженная застенчивость, робость, осторожность, стремление находиться в тени, предпочтение узкого круга близких друзей; излишняя самоуверенность, субъективизм, гипертрофированное стремление к независимости, чопорность, скептицизм, иногда циничность, прагматизм; низкая мотивация, лень, невозмутимость.

Таким образом, отличительными характерологическими особенностями больных с оперированными ВПС по сравнению с инвалидами были: беспечность, постоянность интересов, напряженность, замкнутость, ригидность мышления; инвалидов с этой патологией – тревожность, ответственность, неуверенность и пессимизм.

Эти характерологические черты влияли на ограничения жизнедеятельности больных и инвалидов с ВПС в отдаленные после оперативной коррекции сроки.

МКФ при изучении активности и участия выделяет несколько разделов: обучение и применение знаний, общие задачи и требования, общение, мобильность, самообслуживание, бытовая жизнь, межличностные взаимодействия и отношения, главные сферы жизни [8]. Методом отбора информативных признаков были выделены наиболее значимые для лиц с ВПС сферы жизнедеятельности: главные сферы жизни (96,5), обучение и применение знаний (94,6), мобильность (93,7), бытовая жизнь (92,4), межличностные взаимодействия и отношения (90,2), самообслуживание (84,7) [12].

МКФ для оценки главных сфер жизни рекомендует изучать: образование (неформальное, дошкольное, школьное, профессиональное и высшее); работу и занятость (подготовку к профессиональной деятель-

ности, получение работы, выполнение и прекращение трудовых отношений, оплачиваемую и неоплачиваемую работу); экономическую жизнь (базисные и сложные экономические отношения, экономическую самостоятельность и жизнь) [8]. Методом отбора информативных признаков в домене главных сфер жизни у лиц с ВПС в отдаленном послеоперационном периоде нами были выделены наиболее значимые: возможность получения высшего образования (99,9), сложные экономические взаимоотношения (98,6) и возможность влияния на использование общественных экономических фондов (96,5), поиск работы (95,5), выполнение неоплачиваемой работы волонтером (93,8), возможность самостоятельно распоряжаться собственными финансовыми ресурсами (87,6), частичная трудовая занятость (86,6), завершение трудовых отношений (81,7), подготовка к профессиональной деятельности (ученичество) (80,3), выполнение производственных обязанностей (79,4) [12].

Наиболее значительными проблемами для лиц с ВПС были возможность получения высшего образования и влияния на использование общественных экономических фондов, сложные экономические отношения и поиск работы.

Самые большие трудности у инвалидов с ВПС были в период получения школьного образования, тогда как у больных эти ограничения выражены при получении высшего образования. Для больных с ВПС в отдаленные после хирургической коррекции сроки как работа и занятость, так и экономическая жизнь были тяжелыми проблемами. Анализ работы и занятости этих лиц показал, что период ученичества, получение работы, выполнение и прекращение трудовых отношений, оплачиваемая и неоплачиваемая работа для больных были куда большими проблемами, чем для инвалидов. Проблемы в экономической жизни были большими также у больных с ВПС, в частности базисные экономические отношения, общественные экономические фонды и экономическая самостоятельность.

Заострение таких характерологических особенностей, как L – подозрительность–доверчивость, C – эмоциональная устойчивость, N – гибкость–прямолинейность существенно ограничивало возможность получения высшего образования лицами с ВПС. Вовлеченность в сложные экономические отношения у пациентов с данной патологией обусловлена такими чертами характера, как MD – желание представить себя «в лучшем свете», C – эмоциональная устойчивость, G – выраженная сила «Я»–беспринципность, L – подозрительность–доверчивость, O – тревожность–спокойствие. Выраженность черты N – гибкость–прямолинейность у этих лиц в значительной степени обуславливала возможности влияния на использование общественных экономических фондов.

Проблема поиска работы у лиц с ВПС в отдаленные после оперативного вмешательства сроки ассоциирована с такими чертами личности, как B – ограниченное мышление–сообразительность и N – гибкость–прямолинейность. Возможность выполнения производственных обязанностей пациентами с ВПС ограничена нарушениями характерологических

особенностей: С – эмоциональной стойкости и N – гибкости–прямолинейности.

Можно считать, что основные проблемы в домене главные сферы жизни у лиц с ВПС обусловлены заострением таких характеристик, как С – эмоциональная устойчивость, N – гибкость–прямолинейность, Q4 – напряженность–релаксация.

МКФ в домене обучение и применение знаний выделяет: целенаправленное использование органов чувств (использование зрения, слуха и других органов чувств); базисные навыки при обучении (копирование, повторение, усвоение навыков чтения, письма и счета); применение знаний (концентрация внимания, мышление, чтение, письмо, вычисление, решение проблем и принятие решений) [8]. В домене обучение и применение знаний у больных с ВПС в отдаленные после хирургических вмешательств сроки наиболее значимыми были: повторение (96,8), решение сложных проблем (94,0), мышление (93,9), концентрация внимания (93,9), приобретение практических навыков (92,3), умение читать и писать (по 90,1), считать (90,0), возможность овладения навыками письма (86,2), счета (84,5), чтения (80,1), копирования (73,6) [12].

Как было показано нами ранее, наиболее значительными проблемами для лиц с ВПС были возможность решения сложных проблем, концентрация внимания, умение проводить расчеты и писать, мышление и повторение. Наиболее выраженными ограничения жизнедеятельности у инвалидов с ВПС были при использовании зрения, концентрации внимания и в процессе вычислений; у больных – при решении сложных проблем, принятии решений, копировании и приобретении навыков письма.

Заострение таких характеристик, как С – эмоциональная стойкость, L – подозрительность–доверчивость, N – гибкость–прямолинейность, существенно влияет на возможность решения сложных проблем пациентами с ВПС. Процесс мышления у больных с ВПС в отдаленном периоде после хирургических вмешательств ассоциирован с чертами характера: E – независимостью–подчиненностью, N – гибкостью–прямолинейностью, L – желанием представить себя «в лучшем свете». Особенности личности пациентов с ВПС, такие как С – эмоциональная стойкость, E – независимость–подчиненность, N – гибкость–прямолинейность, в значительной степени ограничивали возможность концентрации внимания у таких лиц. Способность приобретения практических навыков лицами с ВПС ассоциирована с L – желанием представить себя «в лучшем свете». Толерантность к стрессам и другим психологическим нагрузкам у этих лиц коррелирует с E – независимостью–подчиненностью, N – смелостью–робостью, N – гибкостью–прямолинейностью.

Полученные нами результаты свидетельствуют о том, что основные проблемы в домене обучения и приобретения знаний у пациентов с ВПС в отдаленные после хирургической коррекции сроки связаны с заострением личностных характеристик: E – независимости–подчиненности, N – гибкости–прямолинейности.

МКФ в домене мобильность выделяет изменение и поддержание положения тела (изменение позы тела, поддержание положения и перемещение тела); перенос перемещение и манипулирование объектами (поднятие и перенос объектов, перемещение объектов ногами, использование точных движение кисти, использование кисти и руки); ходьба и передвижение (ходьба, передвижение, отличающееся от ходьбы, передвижение в различных местах и с использованием технических средств); передвижение с использованием транспорта (использование пассажирского транспорта, управление транспортом, езда верхом) [8]. Наиболее информативными для лиц с ВПС в домене мобильность были: способность прыгать (96,2), переносить тяжести на голове (95,1) и бегать (94,8), перемещение на корточках (94,5), езда верхом (93,3), плавание (90,3), ходьба по пересеченной местности (88,4) и на далекие расстояния (85,9), перенос значительных грузов (85,2) и управление моторизованным транспортом (84,5) [12].

Наиболее существенными проблемами для лиц с ВПС в отдаленные послеоперационные сроки были возможность ездить верхом, управлять моторизованным транспортом, перенос значительных грузов, в том числе и на голове, бег, плавание. Особенности инвалидов с ВПС были ограничения жизнедеятельности при переносе значительных грузов, во время бега и прыжков, при передвижении с использованием технических средств, при езде верхом и управлении гужевым транспортом; а особенностями больных с данной патологией – при перемещении значительных грузов, плавание, управлении моторизованным и гужевым транспортом, езде верхом.

Возможность бега и быстрого передвижения у лиц с ВПС ассоциирована с такими чертами характера, как С – эмоциональная стойкость, N – гибкость–прямолинейность. Такие качества, как L – подозрительность–доверчивость, N – гибкость–прямолинейность, в значительной степени коррелируют с оценкой возможности этими пациентами выполнять прыжки. Способность передвигаться на корточках лицами с ВПС сопряжена с С – эмоциональной стойкостью, N – смелостью–робостью, Q1 – радикализмом–консерватизмом, Q2 – высоким–низким самоконтролем. Характерологические черты С – эмоциональной стойкости, N – смелости–робости, Q1 – радикализма–консерватизма, Q2 – самостоятельности–внушаемости лиц с ВПС в значительной степени обуславливают способность плавать.

Оценка возможности ходьбы по различным поверхностям у лиц с ВПС ассоциирована с С – эмоциональной стойкостью, N – гибкостью–прямолинейностью. Черты характера, такие как С – эмоциональная стойкость, N – гибкость–прямолинейность, L – желание представить себя в «выгодном свете», препятствуют собственной оценке больными с ВПС способности переносить значительные грузы. Субъективная оценка способности управления моторизованным транспортом лицами с ВПС сопряжена с С – эмоциональной стойкостью, N – гибкостью–прямолинейностью, Mт – мужественностью–женственностью.

Можно считать, что основные проблемы в до-

мене мобильность у лиц с ВПС ассоциированы с С – эмоциональной стойкостью, N – гибкостью–прямолинейностью, L – желанием представить себя в «выгодном свете». Таким образом, к факторам, влияющим на оценку ограничений в домене мобильность у лиц с ВПС в отдаленные сроки после хирургических вмешательств, можно отнести лишь L – желание представить себя в «выгодном свете».

МКФ в домене бытовая жизнь выделяет: приобретение предметов первой необходимости (жилья, товаров и услуг); ведение домашнего хозяйства (приготовление пищи, выполнение работы по дому); забота о домашнем имуществе и помощь другим [8]. Отбор информативных признаков показал, что у лиц с ВПС в домене бытовая жизнь наиболее значимыми были такие ограничения: аренда жилья (99,9), ремонт бытовой техники (91,1) и моторизованного транспорта (87,8), стирка белья вручную (90,6), мытье посуды (85,0), уборка (84,3) и благоустройство жилья (82,9), приготовление сложных блюд (80,4), ремонт одежды (77,6), уход за старениями (75,8).

Наиболее существенными проблемами как у больных, так и инвалидов с ВПС в отдаленный после хирургических вмешательств сроки были: покупка и аренда жилья, ремонт моторизованного транспорта, стирка белья вручную, благоустройство жилья и ремонт одежды.

Возможность аренды жилья у лиц с ВПС коррелирует с L – желанием представить себя в «выгодном свете». Субъективная оценка возможности стирки белья вручную у лиц с ВПС коррелирует с С – эмоциональной стойкостью, N – гибкостью–прямолинейностью. Такие черты характера, как С – эмоциональная стойкость, G – выраженная сила «Я»–беспринципность, N – гибкость–прямолинейность, Q2 – самостоятельность–внушаемость, сопряжены с возможностью благоустройства жилья пациентами с ВПС. L – желание представить себя в «выгодном свете» соединено со способностью лицами с ВПС ремонтировать бытовую технику.

Можно считать, что основные проблемы в домене бытовая жизнь у пациентов с ВПС в отдаленные послеоперационные сроки ассоциированы с такой чертой характера, как Q2 – самостоятельность–внушаемость.

МКФ в домене межличностные взаимодействия и отношения выделяет: общие межличностные взаимодействия (базисные и сложные межличностные взаимоотношения), специфичные межличностные отношения (отношения с незнакомыми людьми, формальные, неформальные социальные, семейные и интимные отношения) [8]. Наиболее информативными для оценки ограничений жизнедеятельности пациентов с ВПС в домене межличностные взаимодействия и отношения были: неформальные отношения с согражданами (99,9), критика в отношениях (98,7), завершение отношений (98,4), отношения с незнакомыми людьми (98,1) и соседями (97,1), намеки в отношениях (95,6), регуляция поведения во взаимодействии (90,5), формирование отношений (90,1), отношения со знакомыми людьми (85,7) и дальними родственниками (81,3) [12].

Наиболее значительными проблемами для пациен-

тов с ВПС в отдаленные после хирургической коррекции сроки были: отношения с незнакомыми людьми, неформальные отношения с согражданами, формирование и завершение отношений, восприятие критики в отношениях. Особенности инвалидов с ВПС были ограничения жизнедеятельности при формировании и завершении отношений с людьми, обладающими властью и авторитетом, а также с незнакомыми людьми; больных с данной патологией – при необходимости терпимости и переносимости критики в отношениях, положительном их восприятии, проявлении уважения и сердечности в отношениях, взаимодействии в соответствии с социальными нормами, неформальных взаимосвязях с равными, отношениях родителей с детьми и детей в семье [12].

Базисные межличностные взаимодействия (терпимость к критике в отношениях) у лиц с ВПС сопряжены с L – подозрительностью–доверчивостью. Q1 – радикализм–консерватизм как черта характера ассоциирована со становлением у лиц с ВПС сложных экономических взаимоотношений (с формированием и завершением отношений). Проблемы формальных отношений у пациентов с ВПС связаны с L – желанием представить себя в «выгодном свете». Вопросы семейных социальных отношений у пациентов с ВПС коррелируют с MD – лживостью–правдивостью и В – ограниченным мышлением–сообразительностью.

Можно считать, что такие особенности характера, как С–эмоциональная устойчивость, N – гибкость–прямолинейность, ассоциированы с ведущими проблемами в домене межличностные взаимодействия и отношения.

МКФ в домене самообслуживание выделяет: мытье, уход за частями тела, физиологические отправления, одевание, прием пищи и питье, заботу о собственном здоровье [8]. Методом отбора информативных признаков были выбраны наиболее значимые для больных с ВПС в отдаленные после хирургических вмешательств сроки: забота о собственном здоровье (99,9), соблюдение диеты и здорового образа жизни (96,7), поддержание здоровья (96,0), надевание и снятие с нижних конечностей (74,6), уход за ногтями на ногах (59,9), выбор соответствующей одежды (58,4), прием пищи (57,5), уход за кожей лица (57,4) и полостью рта (56,0).

Наиболее выразительными проблемами для пациентов с ВПС в отдаленные после оперативных вмешательств сроки были: соблюдение диеты и здорового образа жизни, забота о собственном здоровье и его поддержании, одевание и снятие с нижних конечностей, выбор соответствующей одежды.

Основные проблемы в домене самообслуживание ассоциированы лишь с личностными, но не с психологическими особенностями.

Таким образом, у пациентов с ВПС в отдаленный период после оперативных вмешательств наиболее выраженными были такие черты характера, как независимость–подчиненность, подозрительность–доверчивость, высокий–низкий самоконтроль, тревожность–спокойствие, эмоциональная устойчивость, озабоченность–беспечность, смелость–робость, подавленность–жесткость, радикализм–консерватизм, напряженность–релаксация. Независимость–подчинен-

ность таких пациентов сопряжена с преодолением стресса, решением общих задач и требований, применением знаний, передвижением, отличающимся от ходьбы; подозрительность–доверчивость как черта характера связана с ограничениями в создании базисных межличностных отношений, восприятию, общению и поддержании разговора, применении знаний и участии в экономической жизни.

Тревожность–спокойствие этих лиц коррелировала с участием в экономической жизни; эмоциональная устойчивость как черта характера – с решением общих задач и требований, применением знаний, участием в экономической жизни, с возможностью поддерживать положение тела, переносить тяжести, ходить, управлять и ездить на транспорте, выполнять домашние обязанности, заботиться о домашнем имуществе, организовывать отдых и досуг. Озабоченность–беспечность пациентов с ВПС ассоциирована с возможностью передвижения пассажирским транспортом; напряженность–релаксация – с главными сферами жизни: экономической самостоятельностью, организацией отдыха и досуга; в то время как такая черта, как высокий–низкий самоконтроль, не коррелировала с ограничениями жизнедеятельности.

Подозрительность–доверчивость таких пациентов сопряжена с возможностью применения знаний, восприятием нового, возможностью общения и поддержания разговора, изменением и нахождением в определенном положении тела, базисными межличностными отношениями и экономической самостоятельностью. Эмоциональная устойчивость лиц с ВПС ассоциирована с решением общих задач и требований, переносом тяжести и поддержанием положения тела, ходьбой, передвижением, отличающимся от ходьбы, и с использованием транспортных средств, выполнении заданий и заботой о домашнем имуществе, экономической самостоятельностью, отдыхом и досугом; радикализм–консерватизм – с передвижением, отличающимся от ходьбы, и поддержанием сложных межличностных отношений. Податливость–жесткость как черта характера не связана с ограничениями жизнедеятельности у обследованных пациентов.

Заключение

Таким образом, определение в отдаленном послеоперационном периоде этиопатогенетических психологических факторов, влияющих на процессы адаптации лиц с ВПС; выявление барьеров, препятствующих восстановлению их здоровья, повышению компенсаторно-адаптационных возможностей; определение совокупности адаптационных механизмов как стимуляторов компенсации, что эффективно влияет на восстановление жизнедеятельности, приспособление к болезни и их работоспособность, могут быть основой оценки ограничений жизнедеятельности пациентов с ВПС.

Перспективами дальнейших исследований является необходимость разработки этиопатогенетического подхода к определению личностных и характерологических особенностей у больных с ВПС, к пониманию особенностей формирования их внутренней картины болезни и адаптационных возможностей, к изучению

роли психологических особенностей и когнитивных функций в формировании ограниченной жизнедеятельности, препятствующих полноценному функционированию таких лиц в обществе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Коваленко В. Н., Несукай Е. Г. *Некоронарогенные болезни сердца*. Киев: Морин; 2001.
2. Султанова А.С. Внутренняя картина болезни подростков, перенесших операцию при врожденном пороке сердца: Дисс. М.; 2000.
3. Дроздова И. В., Лысунец Е. М. Психологические особенности больных с врожденными аномалиями сердца. *Международный медицинский журнал*. 2010; 3: 6–11.
4. Обмеження життєдіяльності при вроджених вадах серця у дорослих: (монографія для лікарів медико-експертних установ та лікувально-профілактичних закладів, наукових співробітників, студентів старших медичних курсів) / Іпатов А. В., Лисунець О. М., Ханюкова І. Я., Дроздова І. В., Шипко А. Ф., Ткаченко Ю. В. Дніпропетровськ: Пороги; 2012.
5. Іпатов А. В., Дроздова І. В., Лисунець О. М. Роль особистісних факторів в обмеженні життєдіяльності у хворих із вродженими вадами серця після хірургічної корекції методичні рекомендації для лікарів медико-експертних установ та лікувально-профілактичних закладів. Дніпропетровськ: Пороги; 2011.
6. Baumgarthner H., De Groot N. et al. ESC Guidelines for the management of grown-up congenital heart disease 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 (ESC). *Eur. Heart J.* 2010; 31(23): 2915–57.
7. Лисунець О. М., Ханюкова І. Я., Дроздова І. В. та ін. Проблемні питання медико-експертної та реабілітаційної допомоги хворим з уродженими вадами серця. *Укр. вісник медико-соціальної експертизи*. 2012; 2(4): 26 – 31
8. Пономаренко В.М., Нагорна А.М., Панасенко Г.В. Міжнародна статистична класифікація хвороб (МКХ-10): короткий адаптований варіант для використання в Україні (в трьох розділах). Київ; 1998.
9. Коваленко В. М., Лутай М. І., Сіренко Ю. М. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування кардіологічних хворих. Київ: орион; 2011
10. Райгородский Д. Я. *Практическая психодиагностика. Методы и тесты*. Самара: Бахрах; 2002.
11. Статистична обробка даних / Бабак В.П., Білецький А. Я., Приставка О. П. та ін. Київ: МІВВІЦ; 2001.
12. Дроздова І.В., Лисунець О. М., Коробкін Ю. І., Ханюкова І. Я., Ткаченко Ю. В., Мацуга О. М. та ін. Провідні причини обмеження життєдіяльності у хворих із вродженими вадами серця. *Запорозький медичний журнал*. 2012; 4: 11–4.

REFERENCES

1. Kovalenko V.N., Nesukay E.G. *Noncoronary heart disease. [Nekoronarogennyye bolezni serdtsa.]* Kiev: Morion; 2001. (in Russian)
2. Sultanova A.S. Internal picture of the disease adolescents undergoing surgery for congenital heart defects: Author. dis. on competition. Nauchn. Ph.D. degree. psychol. Science. Moscow; 2000. (in Russian)
3. Drozdova I.V., Lysunets E.M. Psychological characteristics of patients with congenital heart anomalies. *International Medical Journal*. 2010; 3: 6–11. (in Ukraine)
4. Ipatov A.V., Lysunets O.M., Hanyukova I.Y., Drozdova I.V., Shipka A.F., Tkachenko J.V. Disability for congenital heart defects in adults [monograph for physicians health peer institutions, and medical institutions, researchers, students, senior medical courses]. Dnepropetrovsk: Porogu; 2012. (in Ukraine)

5. Ipatov A.V., Drozdova I.V., Lysunets O.M. The role of personality factors in limiting life in patients with congenital heart disease after surgical treatment guidelines for doctors medical expert institutions and health care institutions. Dnepropetrovsk: Porogu; 2011. (in Ukraine)
6. Baumgarthner H., De Groot N. et al. ESC Guidelines for the management of grown-up congenital heart disease 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 (ESC). *Eur. Heart J.* 2010; 31(23): 2915–7.
7. Lysunets O.M., Hanyukova I.Y., Drozdova I.V. et al. Problems of medical experts and rehabilitation care to patients with congenital heart defects. *Eng. Journal of Medical and Social Expertise.* 2012; 2(4): 26–31. (in Ukraine)
8. Ponomarenko V.M., Nagorna A.M., Panasenko G.V. International Statistical Classification of Diseases (ICD-10): short adaptation for use in Ukraine (in three sections). Kiev; 1998. (in Ukraine)
9. Kovalenko V.M., Lutay M.I., Syrenko Y.M. Cardiovascular disease. Classification standards for diagnosis and treatment of cardiac patients. Kiev: Moryon; 2011. (in Ukraine)
10. Raigorodskii D.Y. *Practical psychodiagnostics. Methods and tests. [Prakticheskaya psikhodiagnostika. Metody i testy.]* Samara: Bachrach; 2002. (in Russian)
11. Babak V.P., Beletskyi A.Y., Pristavka O.P. et al. Statistical analysis of the data. Kiev: MIVVTS; 2001. (in Ukraine)
12. Drozdova I.V., Lysunets O.M., Korobkin Y.I., Hanyukova I.Y., Tkachenko J.V., Matsuga O.M. et al. The leading cause of Disability in patients with congenital heart disease. *Zaporizhia medical journal.* 2012; 4: 11–4. (in Ukraine)

Поступила 30.06.13
Received 30.06.13

© НЕПОМНЯЩАЯ О.В., ИВЧЕНКО О.А., 2014

УДК 616.137.83/.93-004.6-08-036.865

¹Непомнящая О.В., ²Ивченко О.А.

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ИНВАЛИДНОСТИ У БОЛЬНЫХ В СТАДИИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ АЛЬТЕРНАТИВНЫХ МЕТОДОВ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ

¹ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Томской области», 634009, г. Томск; ²Сибирский государственный медицинский университет, 634050, г. Томск

Работа посвящена вопросу оценки тяжести инвалидности после альтернативных методов консервативной терапии у больных с хронической ишемией нижних конечностей вследствие сосудистой патологии. Расчет коэффициента тяжести инвалидности по формуле в баллах в клинической практике позволит оценить эффективность методов лечения, применяемых у больных с критической ишемией нижних конечностей атеросклеротического генеза.

Ключевые слова: заболевания сосудов нижних конечностей; облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей; инвалидность; тяжесть инвалидности вследствие хронической ишемии конечности; эффективность лечения.

SEVERITY ASSESSMENT OF THE DISABILITY IN PATIENTS WITH CRITICAL LIMB ISCHEMIA IN ATHEROSCLEROTIC LESIONS OF MAJOR ARTERIES IN THE REMOTE PERIOD AFTER ALTERNATIVE CONSERVATIVE THERAPY

¹Nepomnyashchaya O.V., ²Ivchenko O.A.

¹The Main Bureau for Medical and Social Expertise in the Tomsk Area, 634009, Tomsk, Russian Federation; ²Siberian State Medical University, 634050, Tomsk, Russian Federation

The following article has been dedicated to the assessment of the disability severity after medical therapy in patients with chronic limb ischemia due to vascular disease. Generally, in clinical practice score calculation of the disability severity according to the formula will assess the effectiveness of the treatments used in patients with critical lower extremities ischemia of atherosclerotic origin.

Key words: vascular diseases of the lower limbs; atherosclerosis of the lower extremities; disability; severity of disability due to chronic limb ischemia; efficacy of treatment.

На современном этапе одним из приоритетных направлений социальной политики государства является решение проблем лиц с ограниченными возможностями [1, 2]. Инвалидность является не только индикатором здоровья нации, отражает социально-

экономическое состояние общества, но также в конечном итоге характеризует национальную безопасность страны [3, 4].

В России инвалиды составляют более 10% от общей численности населения, т. е. около 15 млн человек [5].

Вместе с тем реальные цифры выхода сосудистых больных на инвалидность в литературе освещены недостаточно [6]. Эпидемиологические данные показывают, что в Российской Федерации частота облитери-

Для корреспонденции:

Непомнящая Ольга Викторовна – канд. мед. наук, врач по МСЭ, хирург – руководитель бюро МСЭ № 6 смешанного профиля; e-mail: diamondolga2006@rambler.ru, doctorolga_78@mail.ru.