

УДК 616.89-008.45:616.12-005.4+616.89-008.4]-08-039.76

О.В. Сергієні, А.Г. Кириченко, В.В. Храмцова, І.І. Кислицька

РОЛЬ КОГНІТИВНИХ ТА ПСИХОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ВИЗНАЧЕННІ ІНВАЛІДНОСТІ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності

Ключові слова: ішемічна хвороба серця, когнітивні та психологічні порушення, інвалідність, реабілітація

Не зважаючи на актуальність вивчення найважливіших всесвітніх проблем сьогодення: захворюваності, інвалідності та смертності при хворобах системи кровообігу (ХСК) та розладів психіки і поведінки, в певній мірі пов'язаних з хронічним стресом, в достатній мірі не розроблені заходи, спрямовані на збереження та покращення психічного здоров'я нації та профілактику ХСК як надзвичайно значущих проблем збереження здоров'я суспільства, оскільки в останні десятиріччя спостерігається тенденція до його погіршення (1,2,3,4).

Серцево-судинні захворювання самі по собі можуть викликати когнітивні порушення (КП) або прискорювати розвиток і клінічну маніфестацію дегенеративного процесу головного мозку (5,8). Під когнітивними функціями розуміють найбільш складні функції головного мозку, за допомогою яких проходять процеси раціонального пізнання світу. До них відносять пам'ять, мову, гнозис (сприйняття), рухову активність (праксіс) та мислення (9,10). Когнітивні порушення є самим розповсюдженим синдромом у неврологічній або психіатричній практиці, які досить часто супроводжують гостру й хронічну патологію головного мозку (6,7,11). Однак у більшості випадків вони не є грубими й не викликають соціальної дезадаптації та їх позначають терміном «помірні когнітивні розлади» або легкий когнітивний розлад (ЛКР). Це термін, який широко використовується для позначення стану, який характеризується порушенням хоча б в одній характеристиці когнітивної сфери, але не призводить до порушення самостійності в повсякденному житті (7,10). У більшості ви-

падків ЛКР проявляється ізольованою недостатністю завчання (короткочасної пам'яті). Тому й створена сучасна концепція м'якого (помірного) когнітивного зниження - «mild cognitive impairment» (МСІ), виділеного через необхідність ідентифікувати категорію пацієнтів з таким погіршенням функцій, що являє собою проміжну стадію між віковою нормою та деменцією й має підвищений ризик переходу в деменцію протягом найближчих 3-5 років (11). Крім когнітивних порушень у хворих на серцево-судинні захворювання часто відмічаються психо-емоційні розлади, основними проявами яких є депресія, підвищена емоційність і стан нудьги. Серед розладів тривожного спектру в групі хворих на ІХС найпоширенішими є невротичні, які пов'язані зі стресом, і соматизовані симптомокомплекси (6).

Таким чином, судинні захворювання головного мозку - це не тільки локальний процес поразки церебральних судин, а і прояви системної судинної патології, тому вивчення й дослідження різних медико-соціальних, біологічних, психофізіологічних причин, а також оцінка початкового рівня функціонального стану системи кровообігу загалом у хворих з перенесеним інфарктом міокарду є актуальною проблемою.

Метою даного дослідження було вивчення психопатологічної структури та визначення наявності синдрому МСІ з подальшою оцінкою нейропсихологічної складової реабілітаційного потенціалу (РП) та виявлення психофізіологічного патерну хворих на ішемічну хворобу серця для інтенсифікації процесу реабілітації та ресоціалізації інвалідів.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проведено в клініці Укр-ДержНДІМСП. Обстежено 180 хворих з ІХС, 38-60 років (середній вік $46,2 \pm 12,4$ роки). Кри-

терієм включення хворих у дослідження була наявність перенесеного в анамнезі інфаркту міокарду або кардіосклерозу атеросклеротичного,

вік до 60 років (включно), визнані інвалідами. Критеріями виключення з дослідження служили наявність важких соматичних або неврологічних розладів у стадії декомпенсації.

Всім хворим проводилося неврологічне обстеження, яке включало послідовне дослідження рухової, чутливої, координаційної сфери, вегетативного забезпечення, когнітивних функцій і психічної сфери. Для комплексного вивчення нервової системи використовувалася шкала Ліндмарка - LS (Lindmark B. Et al., 1995). Не менше складною проблемою була кількісна оцінка якості життя пацієнта. Ступінь соціальної дезадаптації хворих оцінювали за допомогою спеціальної Оксфордської шкали соціальної дезадаптації OSAS (Bamford J.L. et al., 1989). Когнітивну діяльність і рівень загальної інтеграційної діяльності мозку (пам'ять на слова й образи) досліджували за допомогою 10 стандартних методик нейропсихологічного тестування: а) вербальні асоціації (звукові й категоріальні); б) повторення цифр; в) шкала деменції Маттіса; г) коротке дослідження психічного статусу; д) батарея лобової дисфункції; е) тест «5 слів»; ж) тест малювання годинника; з) тест Бостона назви; і) тест «10 слів»; к) пізнання малюнків. Для вивчення особистості в нашому дослідженні використовувався метод кольорних виборів (тест

Люшера) і опитувальник Кейрсі.

Для діагностики емоційних порушень у даній категорії хворих використовували госпітальну шкалу тривоги й депресії, шкалу Гамільтона для оцінки тривоги, шкалу депресії Бека, шкалу оцінки депресії Гамільтона, шкалу оцінки депресії Монтгомері-Асберга.

Для оцінка психологічної складової РП (Смичек В.Б., 2009 р.), виявлення психофізіологічного патерну у хворих на ІХС були використані наступні методи дослідження: експрес-діагностика властивостей нервової системи за психомоторними показниками О.П.Ільїної; патопсихологічна оцінка порушень уваги за допомогою методики «Коректурна проба»; патопсихологічна оцінка порушень інтелекту за допомогою тесту «Прогресивні матриці Равена»; патопсихологічна оцінка індивідуально-психологічних особливостей за допомогою опитувальника ММРІ; особистісний опитник Бехтеревського інституту (ООБІ), за допомогою якого оцінювали внутрішню картину хвороби (ВКБ).

При статистичній обробці одержаних результатів для порівняння кількісних показників використовували двох вибірових t-тест Стюдента з однаковими й різними дисперсіями, метод непараметричної статистики Уїтні-Манна для чисел і рангів та метод Вілкоксона.

Обговорювання результатів дослідження

Всі обстежені хворі на ІХС по сукупності анамнестичних даних і результатів клініко-інструментального дослідження були розділені на дві клінічні групи: I група - пацієнти із стенокардією напруги II функціонального класу (ФК) - 98 особи (54,4%), у 81 особи була виявлена дисциркуляторна енцефалопатія (ДЕП) I ст. (82,6%) та ДЕП II – у 5 осіб (5,1%); II група - пацієнти із стенокардією напруги III ФК - 82 особи (45,6%), в 74 пацієнтів цієї групи була виявлена ДЕП I ст. (90,2%) та у 7 осіб – ДЕП II (8,5%) . Інфаркт міокарду (ІМ) в анамнезі був у 159 особи із 180 пацієнтів на ІХС, де перенесений Q – ІМ був у 102 пацієнтів (64,15%), non - Q – ІМ - 57 осіб (35,8%). Аналіз неврологічного статусу показав, що в групі хворих з перенесеним Q - ІМ ДЕП було діагностовано у 67 хворих (42,13%), у групі з перенесеним non - Q – ІМ у 49 пацієнтів (30,8%). Групи також розрізнялися по статевому складу: в 1-й та в 2-й групі переважали чоловіки: I група - 14 жінок (15,3%); II групі - 21 жінка (26,8%).

Аналіз неврологічної симптоматики показав, що провідними клінічними синдромами у хво-

рих були наступні: цефалгічний – у 81-го хворого (45,0%); вестибуло-атактичний – у 95-ти хворих (52,7%); екстрапірамідний – у 14-ти хворих (7,7%), сенсорно-пірамідний – у 91-ій особи (50,5%); псевдобульбарний – у 3-х осіб (1,6%).

Аналіз клінічних симптомів неврологічного статусу показав, що по проявам неврологічних розладів обидві групи були практично однакові.

У досліджуваних пацієнтів при нейропсихологічному тестуванні були одержані наступні результати: вербальні асоціації (максимальна оцінка - 20 балів) - кількість балів склала від 10 до 15 балів у 47 чоловік пацієнтів; повторення цифр (максимально - 4 бали) - від 2-х відмічалось у 57 пацієнтів до 4-х балів у 51 особи. Шкала деменції Маттіса (максимально - 144 бали, менше 124 – це ознаки легких когнітивних порушень, менше 50 - це помірні когнітивні порушення). Таким чином, 130-144 бали мали 102 особи і 116 -129 балів мали 79 осіб, 102-115 балів мали 39 осіб.

Дослідження психічного статусу (орієнтація, сприйняття, концентрація уваги, пам'ять, мова - максимально 24-30 балів) - у 21-го пацієнта:, у

97-ми осіб - 15-18 балів.

Аналіз одержаних результатів показав, що у всіх хворих на ІХС наголошувалося інтелектуально-мнестичне зниження легкого ступеня вираженості (початкові вияви), тобто зниження мислення, функції рахунку, пам'яті на зорові образи й слова в межах 1-2 балів. У хворих зі стенокардією напруження (180 пацієнтів) встановлені вербальні порушення у 155 пацієнтів та мнестичні непрофесійні порушення - у 97 пацієнтів.

Порушення пізнавальних процесів відмічалось у більшості пацієнтів у вигляді порушень уваги та інтелекту, переважало зниження здібностей до вирішення проблем та мислення – у 74 пацієнтів.

Зниження інтелектуальних здібностей було виявлено майже у всіх пацієнтів обох клінічних

груп (Рис. 1.). При цьому не можливо було виявити закономірності логічного просторового відтворення, що мабуть пов'язано з прогресивним зниженням інтелектуальних здібностей. По групах ці показники розташувались таким чином: у 85,3% пацієнтів групи з перенесеним Q – ІМ відмічалось зниження інтелекту до середніх значень та у 5,9% пацієнтів було виявлено значне зниження інтелекту й лише у 8,8% хворих був інтелект вище середнього. Тому загальний індекс склав 31 бал. У групі non-Q – ІМ у 94,5% пацієнтів відмічалось зниження інтелекту до середніх значень, у 5,5% хворих були показники вище середнього, при цьому значних порушень у пацієнтів цієї групи не було виявлено. Загальний індекс склав 33 бали. Таким чином, в обох клінічних групах не спостерігалось зниження інтелекту до інтелектуального дефекту.

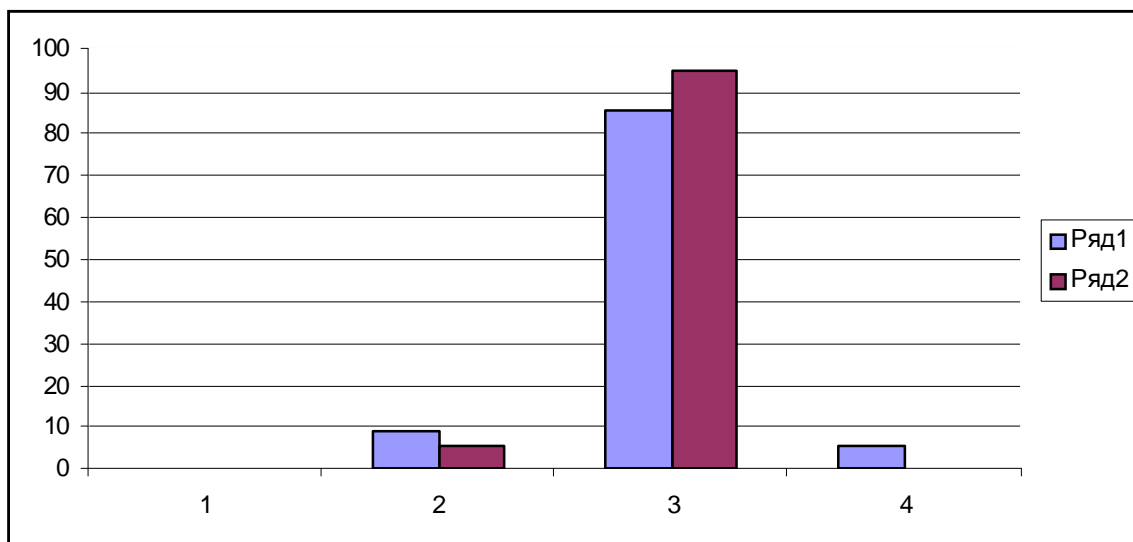


Рис. 1. Показники ступеня зниження інтелекту у хворих після перенесеного ІМ.

Примітка: 1 ряд- група Q – ІМ; 2 ряд- група non-Q-ІМ (щабель розвитку інтелекту: 1-1- високо розвинений, 2-вище середнього, 3-зниження інтелекту в середньому ступені, 4-4- значне зниження).

Такий показник, як «дослідження уваги» виявив зниження загальної психічної працездатності у 74,0% хворих, порушення стійкості – у 46,0% пацієнтів, стомлення – у 89,0 % хворих, що виражалось в припущенні помилок, які характерні для хворих з судинними або іншими органічними ураженнями головного мозку. Одноманітні зорові подразники в умовах довгострокових перевантажень зорового аналізатора в даній групі пацієнтів викликали стомлення та збільшення години на виконання завдання, це відмічалось у 56,3% пацієнтів I клінічної групи та у 64,7% хворих II клінічної групи (Рисунок 2).

Підвищення профілю по шкалах невротичної тріади спостерігалось у 36,6% пацієнтів, що вка-

зує на недостатність фізичних і психічних ресурсів для задоволення актуальних потреб, зниження рівня інтрапсихічної адаптації даної категорії хворих. Профіль особистості у пацієнтів, після перенесеного Q- ІМ (76,47%) характеризується підвищенням профілю особистості по шкалі істерії, при цьому в усіх спостерігається конверсія - невротичні захисні реакції, при яких тривога усувається за рахунок соматизації й витиснення її шляхом формування демонстративного поведіння; з них у 52,9% пацієнтів спостерігаються істеричні вияви у вигляді акцентуацій; підвищення по шкалі шизоїдності мають 26,5% пацієнтів, що вказує на розвиток аутизації. Порушення механізмів інтрапсихічної адаптації виявляється в 5,9% пацієнтів. Істеричні симпто-

ми з різними функціональними порушеннями й запереченням психологічних проблем характерні для 6,0 % пацієнтів. Значне зниження по шкалі гіпоманії мають 17,6% пацієнтів, що вказує на можливість розвитку депресивних тенденцій. Профіль особистості в групі пацієнтів з перенесеним non-Q-ІМ у 56,3% пацієнтів характеризується наявністю у профілі конверсійної п'ятірки у вигляді акцентуації, при цьому у 37,5% пацієнтів спостерігається порушення механізмів інтрапсихічної адаптації; у 18,8% пацієнтів визначається яскраво виражена дезінтеграція осо-

бистості. Депресивні стани різного ступеня виразності спостерігаються у 50,0% пацієнтів. Підвищення по шкалі шизоїдності й параноїдальності мають 31,3% пацієнтів, що вказує на розвиток аутизації з ригідністю афекту й імовірністю формування важко корегуємих концепцій. Підвищення по шкалі психопатії мають 18,7% хворих. У цілому у 75,0 % пацієнтів профіль особистості був характерний для органічної зміни особистості, у структурі якого є істеричні включення з різними функціональними розладами й запереченням психологічних проблем.

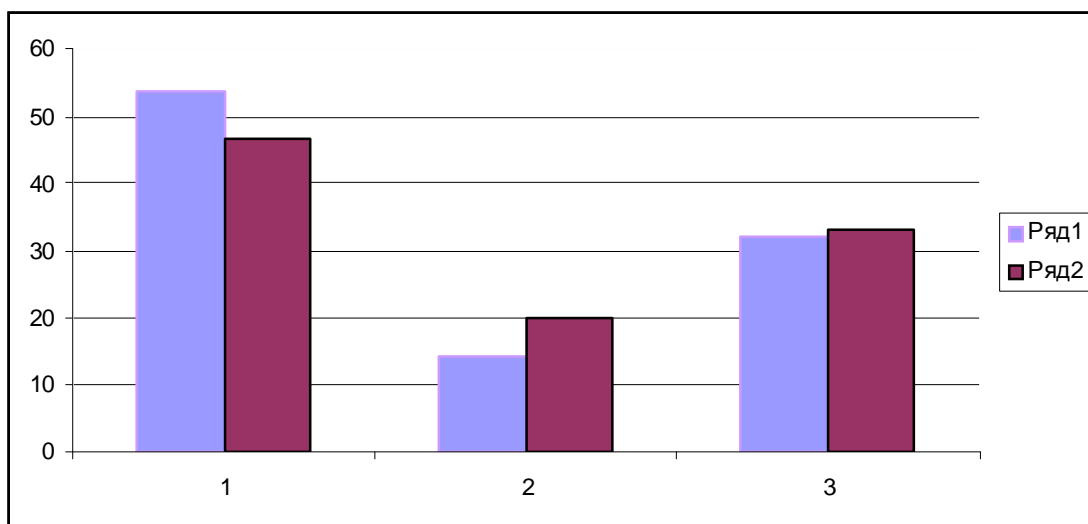


Рис. 2. Показники порушення уваги у хворих після перенесеного ІМ.

Примітка: 1 ряд- група Q - ІМ, 2 ряд- група non-Q-ІМ. 1-без порушень, 2-2- порушення уваги середнього ступеня, 3-3- значні порушення уваги.

У хворих першої групи відмічається інертність, нерішучість, втрата вольової активності, значущими стають тільки ті події, які не заперечують знову виділившемуся смислотворючому мотиву збереження життя. Виділення мотиву збереження життя призводить до формування обмеженої поведінки.

Таким чином, особистісний тип психічного реагування в більшості пацієнтів був істеричний. Даний тип реагування є суттю соціально опосередкованого відношення до дійсності та оцінки своєї ролі в суспільстві. Це є особистісними реакціями на соціально значимі події чи зміни свого статусу.

У даному випадку важливе значення має не сам характер психотравмуючої ситуації, а особистісне відношення до неї, яке вказує на витиснення факторів, що викликають тривогу за рахунок соматизації тривоги шляхом формування демонстративної поведінки.

Результати теплінг-тесту показали, що в більшості пацієнтів визначається середньо-слабкий (50,0% пацієнтів) профіль психомоторних

показників, і слабкий (33,3% пацієнтів) зі значним зниженням до кінця виконання завдання. За динамікою максимального темпу рухів у пацієнтів групи з перенесеним Q - ІМ переважав тип який характеризує середне-слабку нервову систему й становив 47,0% хворих від усіх пацієнтів цієї групи, відповідно 45,3% пацієнтів мали середню нервову систему, та 11,8% хворих - слабку. У пацієнтів групи з перенесеним non-Q – ІМ : середньо-слабкий тип нервової системи був у 50,0% хворих від усіх пацієнтів цієї групи та слабкий тип - у 33,3% хворих, у 16,7% хворих - середній тип нервової системи. Отже питома вага пацієнтів із зниженою силою нервових процесів склала 58,8% хворих у групі з перенесеним Q - ІМ та 83,3% у групі з перенесеним non-Q-ІМ, що може бути зумовлене психофізіологічним стресом.

Таким чином, аналіз отриманих результатів виявив, що для пацієнтів групи з перенесеним non-Q-інфарктом міокарду характерні слідуєчі порушення - це органічний розвиток особистості, порушення механізмів інтрапсихічної

адаптації й заперечення психологічних проблем. Для пацієнтів групи з перенесеним Q-ІМ ведучими є психологічні механізми витиснення й усунення тривоги за рахунок соматизації й формування демонстративного поведіння, а також психологічних механізмів захисту у вигляді заперечення, які виражаються в демонстративному поведінні заперечення серйозності захворювання. Недостатність компенсаторних механізмів витиснення й придушення призводять до зниження концентрації уваги, а також порушенню інтелектуальних здібностей.

Для пацієнтів групи з перенесеним Q-ІМ серед дезадаптивних типів більш характерний інтрапсихічний. Хворі з таким типом відношення до хвороби при різних емоційно-афективних реакціях на хворобу проявляють дезадаптивну поведінку, яка приводить до порушення їх соціального функціонування. При цьому найбільш поширений сенситивний. Для таких пацієнтів являється рефлексивний стиль мислення, орієнтація на оцінку оточуючих. У зв'язку з цим суттєвим стає не самі хворобливі прояви чи неприємні відчуття внаслідок захворювання, а реакція на інформацію про хворобу з другої сторони референтної групи.

Для пацієнтів групи з перенесеним non-Q-ІМ серед дезадаптивних типів більш характерний інтрапсихічний тип з більш частим проявом у різних сполученнях тривожного та неврастенічного типу відношення до хвороби. Тривожні пацієнти постійно проявляють неспокій відносно небажаного пливу захворювання. Тривога частіше усього направлена на майбутнє та визначається частіше фобіями, що хвороба надовго і суттєво змінить стереотип життя. Неврастенічний тип поведінки йде по типу «дратівливої слабкості». Дратівливість захоплює як фізичні явища, так і відношення оточуючих. Таких пацієнтів відмічає нетерплячість, важкість перенесення больових відчуттів.

Таким чином, емоційні розлади були виявлені у 146-ти пацієнтів обох клінічних груп. У 93-х пацієнтів переважали тривожні розлади, у 17 пацієнтів було визначено поєднання тривожних розладів і неглибокої депресії, депресивні порушення були виявлені у 36 хворих. Частота й ступінь тривожних і депресивних розладів істотно розрізнялась у пацієнтів при наявності ДЕП II стадії, було визначено достовірне підви-

щення тривожності за шкалами Гамільтона й за госпітальною шкалою оцінки тривожності порівняно з пацієнтами ДЕП I ст ($p < 0,05$). Порівнювані групи пацієнтів не розрізнялися за віком, тривалістю захворювання й супутньою патологією.

Висновки.

1. Результати клініко-функціонального та неврологічного дослідження дозволили встановити наявність хронічної ішемії головного мозку у 116 хворих (64,4%) після перенесеного ІМ.

2. Нейропсихологічне дослідження виявило, що всі хворі на ІХС мають інтелектуально-мнестичне зниження легкого ступеня вираженості (початкові прояви), тобто зниження мислення, функції рахунку, пам'яті на зорові образи й слова.

3. Результати патопсихологічного дослідження дозволили виявити основні особистісні особливості хворих з ураженнями серцево-судинної системи. Як що розглядати захворювання з точки зору критичних ситуацій і теорії переживання та вона охоплює всі ланки життя, та викликає водночас і стрес, і фрустрацію, і конфлікт, і кризи. Конкретна критична ситуація в житті цих пацієнтів це не статичне утворення, а процес який має складну динаміку, в якому різні типи ситуацій неможливостей мають взаємний вплив друг на друга через внутрішні стани, зовнішню поведінку та його об'єктивні свідчення. Цільові детермінанти процесу переживання порушуються в силу неможливості реалізації внутрішніх необхідностей життєдіяльності. Неможливість більш продуктивно протистояти труднощам і складностям призводять до кризи, яка призводить до неможливості реалізувати життєвий замисел. У совладані з захворюванням у часті пацієнтів з'являється патологічний розвиток переживання заперечення.

3. Психологічні особливості особистості (особистісні особливості, рівень тривожності й депресивних проявів, тип відношення до хвороби) визначають позитивне або негативне відношення хворих до проведення реабілітаційних заходів і можливість досягнення взаємовідношення між лікарем та пацієнтом. Психологічна й психосоціальна допомога таким хворим обов'язково повинна проводитися в рамках реабілітаційних програм, спрямованих на сучасних підходах до реабілітації хворих з серцево-судинними захворюваннями.

Е.В. Сергиени, А.Г. Кириченко, В.В. Храмова, И.И. Кислицкая

РОЛЬ КОГНИТИВНЫХ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ИНВАЛИДНОСТИ И ИХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Украинский государственный НИИ медико-социальных проблем инвалидности

В статье проанализирована частота встречаемости цереброваскулярной патологии у больных с ИБС и перенесенным инфарктом миокарда. Изучена роль когнитивных и психологических нарушений в определении инвалидности и реабилитационного потенциала, разработаны диагностические критерии для улучшения качества жизни пациентов с ИБС. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2010. — № 1-2 (24-25). — С. 45-50).

E.V. SergiEni, A.G. Kirichenko, V.V. Hramtsova, I.I. Kislitsky

ROLE COGNITIVE AND PSYCHOLOGICAL IMPAIRMENTS IN DEFINITION OF PHYSICAL INABILITY AND THEIR REHABILITATION POTENTIAL AT PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE

Ukrainian State scientific research institute of disability medico-social problems

In article frequency of occurrence cerebrovascular pathologies at patients with ischemic heart disease and the transferred heart attack of a myocardium is analysed. The role cognitive and psychological impairments in definition of physical inability and rehabilitation potential is studied, diagnostic criteria are developed for improvement of quality of a life of patients with ischemic heart disease. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2010. — № 1-2 (24-25). — P. 45-50).

Література

1. Гайдаєв Ю.О. Проблеми здоров'я та напрямки його покращення в сучасних умовах [Текст] / Ю.О.Гайдаєв, В.М.Корнацький // Український кардіологічний журнал. – Київ, 2007. – №5. – С. 12-16.
2. Коваленко В.М. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування кардіологічних хворих [Текст] / В.М. Коваленко, М.І.Лутай, Ю.М. Сіренко // Асоціація кардіологів України. – Київ: "Серв'є Україна" – 2007. – 112 с.
3. Москаленко В.Ф. Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я (Український контекст).- Київ: «Книга плюс»-2008.-320с.
4. Сулеева Л.К. Медико-соціальна експертиза при захворюваннях серцево-судинної системи: Практичне посібник [Текст] /Л.К.Сулеева: – Днепропетровск: «Пороги», 2001. – 164 с.
5. Дзяк Г.В. Медико-соціальна експертиза при хворобах серця та системи кровообігу: Навчально-методичний посібник [Текст] / Автор. колектив: Дзяк Г.В., Іпатов А.В., Науменко Л.Ю., Лехан В.М. та ін. – Д.: АРТ-ПРЕС, 2003. – 196 с.
6. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации /Под ред. А.Н. Беловой, О.Н. Щепетовой. – М., 2002. – 440 с.
7. Одинак М.М. Нарушение когнитивных функций при цереброваскулярной патологии/ Одинак М.М., Емелин А.Ю., Лобзин В.Ю. – СПб.: ВМедА, 2006.- 158 с.
8. Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации [Текст] / [Под ред. М.В. Коробова и В.Г. Помникова]. – СПб.: Гиппократ, 2003. – 800 с.
9. Смычек В.Б. Основы реабилитации (курс лекций). – Минск, 2000. – 132 с.
10. Смычек В.Б. Реабилитация больных и инвалидов [Текст] / В.Б. Смычек. – М: Мед. лит., 2009. – 560 с.
11. Хомская Е.Д. Нейропсихология: Учебник – 4-е изд. (Серия: Классический университетский учебник)/ под. ред. Хомской Е.В.- Питер-Юг, 2008 г.- 496 с.

Поступила в редакцию 18.06.2010