

УДК 616.127 – 005.8 – 085.851.13

Р.Ф. Кемалов (Казань). Эффективность психотерапевтической коррекции в реабилитации больных инфарктом миокарда

Необходимость проведения психологической реабилитации в комплексе лечебно-восстановительных мероприятий обусловлена общепризнанным влиянием психологических факторов на происхождение и течение инфаркта миокарда (ИМ), положительной ролью психотерапевтических и психокоррекционных методов в восстановлении индивидуальной и общественной ценности больных.

Нами была поставлена цель разработать систему адекватных психотерапевтических методов с учетом этапа реабилитации, изменения личности больного и возможности проведения психотерапии в условиях ограниченных сроков санаторного этапа долечивания ИМ.

В связи с этим помимо рациональной психотерапии и директивных суггестивных методов нами использовались психоанализ и методы краткосрочной психотерапии Милтона Эриксона и гештальт-терапия Ф. Перлза, представляющие собой качественно новое направление в гипнозе. В ходе первичной беседы большинству больных предлагается принять участие в групповых занятиях, проводимых по принципу Т-групп (группа собирается в одном и том же составе с первого по последнее занятие в течение 7–12 дней) или групп встреч (члены группы вливаются в работу по мере поступления в санаторий и убывают по мере окончания срока пребывания в отделении). Число участников группы – от 8 до 12 человек. Продолжительность одного занятия – от 40 до 90 минут.

Ключевым моментом в работе группы является метод М. Эриксона, называемый "Возрастная регрессия", или "Временный мост", который заключается в "возвращении" больного в его воображении (подсознании) в состояние 25-летнего возраста и проведении дальнейшей работы именно в этом состоянии. При этом не имеет решающего значения вера пациента в реальность происходящего, так как работа подсознания не зависит от веры, и "омоложение", наблюдаемое зачастую визуально, происходит в изменении выражения лица, осанки, ритма дыхания, порой даже у самой скептически настроенной части группы. При этом, по-видимому, происходят соответствующие изменения в гормональной и нейрогуморальной сферах организма, с которыми и связывается большая часть терапевтического эффекта данного метода. В ходе занятия группе дается теоретический материал в популярном изложении, касающийся как общегигиенических аспектов дальнейшей жизни (двигательная активность, режим питания, половая жизнь), так и способствующий выработке навыков наиболее адекватного реагирования на стрессогенные факторы, причем для закрепления последних используются практические упражнения и игры – так называемый психодраматический подход.

На дальнейших индивидуальных беседах, проводимых 1–3 раза в неделю, осуществляется коррекционная работа, включающая в себя

традиционные методы рациональной (объяснительной) психотерапии, гештальт-терапия (работа с частями личности) и трансформация личности (нейролингвистическое программирование).

Психологические исследования личности выполнялись по таким общепринятым методикам, как ММРІ (Миннесотская методика определения основных психологических профилей личности), тест Люшера (восьмицветный тест), методика САН (самочувствие, активность, настроение), тест Айзенка (определение коэффициента интеллекта), методика Т. Лири (определение уровня социальной адаптации личности), тест Кеттелла и др. Выборочно проводится компьютерное тестирование, что позволяет ознакомиться с личностью больного в различных аспектах – клиническом, биографическом и психосоциальном.

Личностную структуру изучали с помощью теста СМОЛ.

С целью разработки системы адекватных психотерапевтических методов мы обследовали 107 больных, перенесших инфаркт миокарда давностью от одного до 2 месяцев, в возрасте от 38 до 55 лет. Исследования показали, что особенностью астении, выявленной у 70 (65,4%) больных, явилась психогенная физическая астения, которая до инфаркта могла быть причиной гиподинамии. Психологическая причина гиподинамии – это потребность в релаксации. Для депрессивного синдрома в сочетании с астеническим (27 чел. – 25,2%) была характерна тревога в связи с утратой здоровья. Ипохондрический синдром наблюдался у 5 (4,6%) пациентов и выражался в виде ухода от семейных, служебных и личных проблем с переключением внимания на болезненные ощущения, исследования, консультации, лекарства и процедуры. Склонность к передеданию, курению и пассивному отдыху в целях успокоения, достижения телесного и душевного комфорта и получения удовольствия ("в качестве награды") была выявлена у 91 (85%) больного. Наиболее заинтересованно пациенты сотрудничают с психотерапевтом в работе с факторами риска ИБС только на тревожной и депрессивной стадиях переживания инфаркта. Прямая запрещающая борьба с курением, ожирением и гиподинамией (традиционный метод) вызывает у больных нарастание раздражительности, тревоги, расстройство сна, ухудшение настроения и работоспособности, рост напряжения в семье и на работе. Это приводит, в свою очередь, к усилению сопротивления лечебному процессу и возврату личности к привычным формам поведения. В силу изложенных причин психотерапия факторов риска ИБС проводилась нами преимущественно групповыми методами не только на симптоматическом, но и на этиологическом и патогенетическом уровнях. Во время тематических дискуссий разъяснялись психологические причины переедания и курения, механизмы успокаивающего действия этих отрицательных факторов и трудности, возникающие на пути их преодоления. Обсуждались конструктивные способы устранения тревоги, бессонницы, раздражения, депрессии, скуки и других проблем. Осваивался метод переформирования пищевого поведения. Во время занятий пациенты

делились между собой опытом успехов и неудач. Курс лечения варьировал от 3 до 5 занятий. Параллельно проводилась групповая гипнотерапия, подкрепляющая материал занятий, привлекались бессознательные ресурсы личности. 78 (72,8%) больных одновременно проходили курс гипнотерапии и аутогенной тренировки в группе страдающих невротическими расстройствами, где усваивались навыки саморегуляции в стрессовых состояниях. При проблемах, не нашедших разрешения во время групповой работы, осуществлялась индивидуальная психотерапия.

Полученные нами результаты показали, что редукция невротической симптоматики, которая отмечалась к концу санаторного лечения у 87,5% больных, освобождает пациентов от необходимости ориентироваться на еду, курение и пассивный отдых в качестве защиты от стресса. Анализ причин инфаркта и готовность изменить образ жизни дают пациентам уверенность и перспективу улучшения качества жизни.

УДК 616.12/.13 – 007.21 – 053.1

**В.П. Нефедов, Д.И. Халитова, И.Л. Сердюк, Л.Г. Хисамова, С.А. Золотаносова (Казань).
Уникальный случай комбинированного врожденного порока сердца и сердечных сосудов**

В классификации, разработанной в Институте сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева АМН СССР (Бураковский В.И., Иваницкий А.В., 1992), приводится более 30 врожденных пороков сердца с аномалией отхождения магистральных сосудов, которые распределены в первую очередь с учетом анатомических особенностей и затем гемодинамических расстройств. Среди них есть часто диагностируемые врожденные пороки сердца – дефекты межпредсердной и межжелудочковой перегородок, аномалии группы Фалло (в 15–25% случаев) и редко выявляемые – левожелудочково-правопредсердное сообщение, аномалии коронарных артерий и др. (в 0,25–1%).

В нашей практике мы столкнулись с уникальным случаем косой формы дефекта в атриовентрикулярной части мембранозной перегородки (правожелудочково-левопредсердное сообщение) в сочетании со стенозом легочной артерии и гипертрофией правого желудочка, что мы обозначили атипичной формой триады Фалло. Помимо триады Фалло, у умершего ребенка были выявлены еще три порока: открытый боталлов (артериальный) проток, небольшой стеноз и недостаточность аортальных клапанов (их гипоплазия) и отхождение левой венечной артерии от легочного ствола (синдром Бланда–Уайта–Гарленда).

Приводим выписку из истории болезни.

С. родилась в родильном отделении РКБ № 3 в феврале 2005 г. Беременность протекала на фоне хронического тонзиллита, острого фарингита с фебрильной температурой во II триместре, угрозой прерывания в I и II триместрах, отеками и бактериурией в III триместре, маловодия. Мать на ЗППП и вирусные инфекции не обследована,

профвредности не имела, в анамнезе отмечены одни срочные роды и один медицинский аборт. Отец в 1986 г. находился в зоне действия Чернобыльской катастрофы. Отцу и матери по 30 лет.

Ребенок родился на сроке 40–41 неделя: масса тела – 2850 г, рост – 46 см. Роды проходили на фоне первичной слабости сократительной деятельности матки. Девочка родилась в тяжелой гипоксии: по Апгар – 2–3 балла, на 5-й минуте – 7 баллов, с нетугим обвитием пуповины вокруг шеи. В родильном зале были выявлены множественные пороки развития: артрогрипоз рук и ног, дисплазия тазобедренных суставов, стигмы дизэмбриогенеза на лице. В первые два дня жизни развился геморрагический синдром (большая кефалогематома левой теменной кости, желудочно-кишечное кровотечение), выявлен систолический шум в сердце. Отмечалась кислородозависимость в течение 10 дней. Родители от ребенка отказались в роддоме и в дальнейшей его судьбе участия не принимали.

На девятый день жизни девочка была переведена в отделение патологии новорожденных. В крови выявлены СРБ 3+, моноцитоз. По УЗИ внутренних органов – добавочная доля левой почки, умеренное увеличение печени за счет обеих долей. По НСГ – мелкие псевдокисты в сосудистых сплетениях. При проведении ЭКГ выявлена перегрузка ПЖ. Ребенок консультирован в отделении кардиохирургии, где после проведения ЭХО-КГ был выставлен диагноз: неполная форма атриовентрикулярной коммуникации, гипоплазия перешейки аорты, высокая легочная гипертензия, НК 2 ст. – случай был признан неоперабельным. В течение 3,5 месяца больная получала каптоприл, дигоксин, альдактон. За 4 месяца жизни отмечены отрицательная динамика в соматическом статусе, нарастание признаков сердечной недостаточности. Систолический шум усилился, прослушивался по левому краю грудины. По ЭКГ – признаки нарастающей в динамике перегрузки и увеличения ПЖ, нарушение процессов реполяризации, двухфазный зубец T (V3–V5).

Кефалогематома рассасывалась очень плохо, к двум месяцам она значительно уплотнилась, произошло ее окостенение и, как следствие, деформация головы. За первый месяц девочка прибавила 170 г, за второй – 360 г, за третий – 300 г, за четвертый – 200 г. К концу второго месяца жизни отмечено нарастание неврологической симптоматики (признаки гипертензионного синдрома). По данным нейросонографии определялась дилатация желудочков мозга. Ввозрасте 4 месяцев ребенок умер от сердечной декомпенсации при нарастающих явлениях отека головного мозга.

Направительный клинический диагноз на вскрытие: врожденный порок сердца – неполная форма AV-коммуникации, гипоплазия перешейки аорты; легочная гипертензия; церебральная ишемия, гипертензионно-гидроцефальный синдром; ВПР – артрогрипоз; общая гипотрофия.

Данные патологоанатомического вскрытия: ребенок пониженного питания (масса тела – 3990 г), с бледными кожными покровами; ноги не раздвигаются из-за врожденного порока развития тазобедренных суставов; стопы повернуты медиально более чем на 60°. Кости черепа плотные, в левой