

Особливості психічного стану хворих на інфаркт міокарда на санаторному етапі реабілітації

Путров С.Ю., Мерзлікіна О.А.

Національний педагогічний університет імені М.П.Драгоманова

Анотації:

Проаналізовано результати дослідження щодо визначення психічного стану хворих на інфаркт міокарда на санаторному етапі реабілітації та визначено його позитивну динаміку в процесі комплексного застосування засобів і методів фізичної реабілітації та психотерапевтичних чинників. Розкрито особливості фізичної реабілітації хворих інфарктом міокарда, що є складовою програми реабілітації на санаторному етапі. Визначено, що програма фізичної реабілітації базується на комплексі таких заходів як ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна дозована ходьба, тренувальна ходьба сходами.

Путров С.Ю., Мерзлікіна О.А. Особенности психического состояния больных инфарктом миокарда на санаторном этапе реабилитации. Проанализировано результаты исследования определения психического состояния больных инфарктом миокарда на санаторном этапе реабилитации и определено его позитивную динамику в процессе комплексного применения средств и методов физической реабилитации и психотерапевтических факторов. Раскрыты особенности физической реабилитации больных инфарктом миокарда, что является составляющей программы реабилитации на санаторном этапе. Определено, что программа физической реабилитации базируется на комплексе таких мероприятий как утренняя гигиеническая гимнастика, лечебная гимнастика, лечебная дозированная ходьба, тренировочная ходьба ступеньками.

Putrov S., Merzlikina O. Features of the mental state of patients with myocardial infarction at a sanatorium stage of rehabilitation. It is analysed the results of a research of psychological state defining of patients with myocardial infarction at a sanatorium stage of rehabilitation. It is identified a positive dynamics in the integrated application of means and methods of physical rehabilitation, and psychotherapeutic factors. The features of physical rehabilitation of patients are exposed by the heart attack of myocardium that is making program of rehabilitation on the sanatorium stage. It is certain that the program of physical rehabilitation is based on the complex of such measures as a morning hygienical gymnastics, medical gymnastics, medical dosed walking, training walking by steps.

Ключові слова:

інфаркт міокарда, фізична реабілітація, психічний стан.

инфаркт миокарда, физическая реабилитация, психическое состояние.

myocardial infarction, physical rehabilitation, mental condition.

Вступ.

За статистичними даними Всесвітньої Організації Охорони здоров'я (ВООЗ) і даними окремих країн світу, інфаркт міокарда займає одне з перших місць серед захворювань серцево-судинної системи [1, 3]. Відзначається його тенденція до омолодження у віковому аспекті. Захворювання інфарктом міокарда супроводжується високою смертністю, призводить до тимчасової (часткової або повної), а іноді і постійної втрати працездатності, знижуючи, таким чином, трудові резерви суспільства. У зв'язку із цим перспективною є розробка й удосконалення комплексних цільових програм відновного лікування хворих, які перенесли інфаркт міокарда.

Питанням реабілітації хворих на інфаркт міокарда присвятили свої дослідження такі науковці, як М.М.Амосов, Г.Л.Апанасенко, В.О.Бобров, А.І.Грицюк, В.П.Мурза, І.К.Следзевська.

Успіх реабілітації залежить не тільки від правильного вибору програми, цілеспрямованості в її проведенні, об'єктивності контролю, цілого ряду інших факторів, але й у значній мірі від активності самого хворого, особливостей особистості, а також змін психіки, що виникли нього у процесі захворювання. Психічна сфера, що чуйно реагує на найменші коливання внутрішнього середовища організму, не залишається індиферентною в умовах соматичної катастрофи. Спостережувані приблизно в 50% випадків психічні зміни впливають на перебіг основного патологічного процесу, багато в чому визначають строки санаторного лікування і є однією з головних причин, що перешкоджають поверненню до праці від 33% до 80% хворих інфарктом міокарда. Тому проблема визначення психічного стану хворих на інфаркт міокарда є невід'ємною складовою фізичної реабілітації [5].

Можна стверджувати, що між фізичною працездатністю і особливостями особистості хворого, ступе-

нем вираження у нього психопатологічних реакцій є певний зв'язок, що дотепер залишається недостатньо вивченим. Не зустріли ми також і робіт, що відображають вплив психологічної корекції на ефективність фізичної реабілітації й терміни перебування хворого інфарктом міокарда на санаторному етапі.

Робота виконана за планом НДР національного педагогічного університету імені М.П.Драгоманова.

Мета, завдання роботи, матеріал і методи.

Мета роботи полягала у визначенні психічного стану хворих на інфаркт міокарда на санаторному етапі реабілітації.

Для досягнення поставленої мети ми застосовували наступні методи дослідження: аналіз та узагальнення науково-методичної літератури; соціологічні методи дослідження (вивчення історій хвороби, опитування); педагогічне спостереження; педагогічний експеримент; психодіагностичний тест у вигляді клінічної напівстандартизованої шкали, розробленої В.П.Зайцевим [5]; методи математичної статистики.

У дослідженні взяли участь 36 чоловіків, хворих на інфаркт міокарда, у яких спостерігалися легкі й помірно виражені невротичні реакції на хворобу. Вік хворих коливався від 43 до 65 років, переважна більшість хворих – у віці 50-60 років. Всі обстежені проходили курс санаторного лікування у відділенні реабілітації хворих, які перенесли інфаркт міокарда, в «Клінічно-му санаторії «Жовтень» м. Києва.

Результати дослідження.

Про поширеність і високі показники смертності від ішемічної хвороби серця (ІХС) свідчать статистичні дані ВООЗ. Спостереження, проведені в Україні протягом п'яти років (з 2003 по 2008 рр.), свідчать про зростання захворюваності інфарктом міокарда – з 110 до 117 (100 тис. населення) при стабілізації рівня смертності – 22,2 (на 100 тис.). Поряд з високою летальністю повсюдно відзначається тенденція до омолодження інфаркту міокарда.

У зв'язку з цим проблема реабілітації хворих, які перенесли інфаркт міокарда, продовжує залишатися однією з найважливіших проблем сучасності, що зумовлено її великою соціальною й економічною значимістю [1, 2].

Реабілітація хворих, які перенесли інфаркт міокарда, – це складний і дотепер недостатньо вивчений процес, який містить у собі комплекс координовано проведених заходів медичного, фізичного, психологічного, педагогічного, соціального характеру, спрямованих на найбільш повне відновлення здоров'я, психологічного статусу й працездатності осіб, що втратили їх у результаті захворювання.

Реабілітація хворих інфарктом міокарда – це безперервний процес, що складається з певних етапів. Комітет експертів ВООЗ запропонував виділити 3 етапи реабілітації хворих інфарктом міокарда: стаціонарний, санаторний і поліклінічний. У рамках кожного із цих етапів вирішуються в тому або іншому обсязі завдання кожного виду реабілітації. Ефективність усієї системи реабілітації хворого, який переніс інфаркт міокарда, визначається тим, наскільки успішно будуть вирішуватися завдання кожного з етапів [3, 4].

Мета санаторної фази реабілітації полягає у відновленні фізичного й психологічного стану хворого настільки, щоб він був підготовлений до проведення реабілітації у домашніх умовах при наявності протипоказань. Фізична реабілітація хворих інфарктом міокарда є ваговою складовою частиною програми реабілітації на санаторному етапі.

Побудова програми фізичної реабілітації базувалася на комплексі заходів, що забезпечують адекватне розширення рухового режиму за умови підвищення толерантності до фізичних навантажень. Цей комплекс включав: ранкову гігієнічну гімнастику, лікувальну гімнастику, лікувальну дозовану ходьбу, тренувальну ходьбу сходами. За основу при розробці процедур лікувальної гімнастики ми брали комплекси лікувальної фізкультури, що були схвалені у широкій клінічній практиці [2, 3, 4], за якими займалися хворі контрольної групи. Ці ж комплекси, але доповнені вправами, які сприяють підвищенню адаптації екстракардіальних факторів кровообігу і дозволяють створювати зберігаючий режим для функціонування серцевого м'яза, застосовувалися в процесі реабілітації для хворих експериментальної групи.

Поступовість наростання фізичного навантаження в розроблених комплексах лікувальної гімнастики узгоджується із принципами побудови функціональної класифікації важкості стану. Для більш детального (щоденного) призначення належного обсягу та інтенсивності навантажень увесь період санаторного етапу реабілітації був умовно розподілений на 4 ступені активності відповідно до стану хворого: вільний режим стаціонару, щадний режим, ощадно-тренуючий режим, тренуючий режим.

Темп розширення рухового режиму і збільшення інтенсивності застосовуваних фізичних вправ використовувався індивідуальний. При цьому враховувалися вік, глибина інфаркту міокарда, динаміка захворювання, функціональний стан серцево-судинної системи, виразність психопатологічних реакцій, рухова підготовленість хворого в минулому. При неспри-

ятливих реакціях на розширення рухового режиму засвоєння навантажень виконувалося у більш сповільненому темпі або тимчасово припинялося.

Спрямованість програми полягала у досягненні хворим, який переніс інфаркт міокарда, у більш короткий термін порівняно із загальноприйнятими програмами такого рівня фізичної активності, при якому він міг би повернутися до повсякденної та трудової діяльності без істотних негативних реакцій. Прагнення до якомога більшої прискореної активізації хворого поєднувалася з оцінкою його індивідуальних фізичних можливостей і врахуванням особливостей клінічного перебігу захворювання.

Корекція психопатологічних синдромів здійснювалася за допомогою «малої» психотерапії, релаксаційної гімнастики, аутотренінгу, гіпноугестії, музико-, естетичної і пейзажотерапії.

ЛФК й психологічна гімнастика доповнюють одна одну: лікувальна поліпшує психічний стан хворого, а поліпшення останнього, у свою чергу, впливає на їхню фізичну витривалість і, у результаті, у більш стислі порівняно з традиційними терміни відбувається засвоєння фізичної програми. Так, застосування лікувальної гімнастики у комплексі з колективно-груповою психотерапією, релаксаційною гімнастикою і аутотренінгом оптимізувало відновне лікування й сприяло скороченню тривалості санаторного етапу до 15-18 діб. Тобто чим тісніший зв'язок між фізичним і психологічним аспектами реабілітації, тим менші затрати на її проведення. Тому можна з великою ймовірністю стверджувати, що, починаючи з раннього етапу, психологічна корекція повинна бути невід'ємною частиною загальної програми реабілітації хворих, які перенесли інфаркт міокарда.

Застосування психотерапії для запобігання збільшенню виявлених психопатологічних реакцій, а також з лікувальною метою протягом усього санаторного етапу дало позитивні результати.

Незважаючи на те, що всі хворі на I і II ступенях активації пройшли однаковий курс «малої» психотерапії (у вигляді підтримуючої і опосередкованої), статистично достовірна нормалізація або істотне поліпшення раніше змінених показників психологічної адаптації відзначені в 95,3% хворих експериментальної групи і в 66,7% контрольної групи ($p < 0,05$). Більш поглиблене вивчення отриманих результатів дозволило констатувати, що якщо при первинному обстеженні хворих (у момент переведення їх у відділення реабілітації) в I групі з 21 чоловіка у 9 (42,8%) відзначено легкий і у 12 (57,2%) помірний рівні вираження психопатологічних реакцій, то до моменту виписки з санаторію (при повторному обстеженні на 15-18 добу) у 3 з них (14,3 %) психічні зміни взагалі були відсутні, у 12 (57,2 %) виявлені у легкому рівні, у 5 (23,8 %) виявлені помірно, тільки у 1 (4,7 %) вони збільшилися до вираженої (табл. 1). Ці дані достовірно ($p < 0,05$) відображають більш сприятливі тенденції у зміні психологічного профілю хворих у експериментальній групі, що є наслідком більш ефективної їхньої психологічної адаптації завдяки використанню психотерапевтичних заходів залежно від особливостей і рівня вираження психічних реакцій. В основному, корекція виявлених психопатологічних синдромів здійснювалася за допо-

Динаміка вираження психопатологічних реакцій у хворих на інфаркт міокарда на санаторному етапі реабілітації

Рівень вираження психопатологічних реакцій	Оцінка в балах	І група (експериментальна) N= 21				ІІ група (контрольна) N=15			
		До реаб.		Після реаб.		До реаб.		Після реаб.	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	Абс.	%
Відсутня	0	-	-	3	14,3*	-	-	1	6,6
Легка	1	9	42,8	12	57,2*	6	40,0	3	13,4
Помірна	2	12	57,2	5	23,8*	9	60,0	7	46,7
Виражена	3	-	-	1	4,7*	-	-	5	33,3

Примітка: * – достовірність відмінностей між групами $p < 0,05$.

могою колективно-групової психотерапії, релаксаційної гімнастики, аутотренінгу, музикотерапії, естетотерапії, пейзажотерапії. У зв'язку з тим, що вправи в м'язовій релаксації супроводжуються низькими енергетичними витратами, малим рефлексорно-судинним збудженням і стабілізують серцевий ритм, м'язову релаксацію використовували і як самостійну форму, і як елемент процедури лікувальної гімнастики. При таких психопатологічних станах, як кардіофобія і особливо іпохондрія, застосовували гіпносугестію.

У контрольній групі при первинному обстеженні відзначено практично такі ж показники, як і в експериментальній групі, співвідношення осіб з легким 6 (40%) і помірним 9 (42,8%) рівнями вираження психопатологічних синдромів (табл. 1).

При повторному обстеженні хворих ІІ групи зміни, виявлені в гострому періоді, нормалізувалися або трохи покращилися, а у 7 з них (33,3%) не тільки збереглися, але й істотно збільшилися у постінфарктному періоді ($p < 0,05$). У них, порівняно з вихідним, значно підвищився рівень тривоги й зросла емоційна лабільність. Так, у цій групі психопатологічні реакції зникли у 1 особи (6,6%), легкий рівень відзначено у 3 осіб (13,4 %), помірний – у 7 (46,7 %), а виражений – у 5 (33,3 %).

Раннє призначення процедур лікувальної фізкультури, безумовно, сприяє поліпшенню психологічного статусу хворих. Загалом позитивні результати відзначено у 95,3% випадків експериментальної групи й 66,7 % контрольної групи ($p < 0,05$).

Ці зміни відбулися завдяки специфічному протистресовому впливу фізичних тренувань і психотерапевтичному впливу самих занять. Це співпадає з даними Н.М. Амосова [1] та інших дослідників про те, що виконання фізичних вправ не тільки позитивно позначається на стані здоров'я, підвищує толерантність до фізичного навантаження, але й зменшує виразність психоемоційних реакцій. Однак в експериментальній групі, де ЛФК крім «малої» психотерапії поєднувалася з колективно-груповою психотерапією, релаксаційною гімнастикою, аутотренінгом і при необхідності з гіпносугестією, психологічна адаптація хворих інфарктом міокарда відбувалася більш успішно, ніж в контрольній (табл.1). Досягти нормалізації показників психологічної адаптації до захворювання в експериментальній групі вдалося 14,3% хворих, що більш ніж у 2 рази вище від контрольної групи (6,6%, $p < 0,05$); поліпшити до легкого рівня – 57,2%, що більш ніж у

4 рази перевищує аналогічні показники контрольної групи (13,4%, $p < 0,05$); істотно знизити відсоток помірного рівня до 23,8 %, що майже у 2 рази нижче, ніж у ІІ (відповідно 46,7 %, $p < 0,05$). Застосування ж тільки «малої» психотерапії на фоні ЛФК для психологічної корекції було очевидно недостатнім, у зв'язку з чим поглиблення психічних змін до рівня виражених у контрольній групі відбулося у 33,3% хворих, у той час як в експериментальній групі спостерігалися лише одиничні випадки (4,7%, $p < 0,05$).

Висновки.

Отримані результати дозволяють рекомендувати для підвищення ефективності відновного лікування, прискорення компенсаторно-приспосовувальних процесів серцево-судинної системи, нормалізації процесу психологічної реадaptaції після інфаркту міокарда, скорочення термінів перебування в стаціонарі поєднувати застосування лікувальної гімнастики із психологічною корекцією уже на ранньому етапі реабілітації. Завдяки ранньому впровадженню удосконаленої програми фізичної реабілітації у 19,1% хворих тривалість стаціонарного етапу скоротилась на 7-10 днів порівняно із загальноприйнятими термінами.

Перспективою подальших досліджень вбачаємо у визначенні засобів і методів фізичної реабілітації для хворих після інфаркту міокарда.

Література:

- Амосов Н.М. Физическая активность и сердце / Н.М. Амосов, Я.А. Бендет – К.: Здоров'я, 1989. – 213 с.
- Аль-Кудях Мохаммад Кх. А. Фізичні вправи та психологічна корекція на ранньому етапі реабілітації хворих на інфаркт міокарда: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з фіз. виховання і спорту: спец. 24.00.02 “Фізична культура, фізичне виховання різних груп населення”/ Мохаммад Кх.А.. Аль-Кудях — К., 1999. — 19 с.
- Батушкін Валерій Володимирович. Гострий інфаркт міокарда у хворих похилого та старечого віку: клінічні особливості, гемокоагуляційні, ендотеліальні, прозапальні порушення та їх корекція: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук: спец. 14.01.11 “Кардіологія” / Валерій Володимирович Батушкін. — К., 2009. — 42 с.
- Жарська Н.В. Застосування фізичної реабілітації у осіб з ішемічною хворобою серця у післялікарняному періоді / Н.В. Жарська // Молода спортивна наука України : [зб. наук. пр. з галузі фіз. культури та спорту]. – Л., 2006. – Вип.10, т.4, кн. 2. – С.50-53.
- Зайцев В.П. Психологические методы исследования в кардиологии: [руководство по кардиологии] / В.П.Зайцев. – М.: Медицина, 1982. – С. 609-620.

Надійшла до редакції 05.11.2010р.
Путров Сергей Юрьевич
Мезликина Ольга Анатольевна
sergiy_putrov@ukr.net