

# Саногенетические аспекты физической реабилитации больных ишемической болезнью сердца на санаторно-курортном этапе восстановительного лечения

**О.Г. Юшковская**

Одесский государственный медицинский университет, Одесса

**Резюме.** Обґрунтовано саногенетичний підхід до вибору засобів фізичної реабілітації хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС), що перебувають на санаторно-курортному етапі відновного лікування, з урахуванням особливостей їх психосоматичного статусу. Результати комплексного обстеження 407 хворих на ІХС свідчать, що використання в реабілітаційній програмі психофізичної гімнастики дозволило поліпшити їх психологічний статус і активність у соціальному середовищі, що позитивно позначається на загальному результаті реабілітації.

**Ключові слова:** саногенез, психофізична гімнастика, санаторно-курортна реабілітація, ішемічна хвороба серця.

**Summary.** In this article is presented justification of the sanogenetic way to the choice of facilities of physical rehabilitation for patients with ischemic heart disease, which pass sanatorium-resort therapy, taking into account the features of their psychosomatic status. The results of complex examination of 407 patients with ischemic heart disease testify, that the use psychophysical gymnastics as part of rehabilitation program allowed to improve their psychological status and activity in a social environment, that is positively reflected in the general result of rehabilitation.

**Key words:** sanogenesis, psychophysical gymnastics, sanatorium-resort therapy, ischemic heart disease.

**Постановка проблемы.** Динамическая система защитно-приспособительных механизмов организма (физиологического и патофизиологического характера), активизирующихся на стадии предболезни, развивающихся на протяжении патологического процесса и направленных на восстановление нарушенных механизмов саморегуляции организма, определяется современной медициной как саногенез. Рекрутирование и потенциальные возможности данных механизмов определяют устойчивость организма человека к агрессивным факторам внешней среды, степень развития патологического процесса, скорость реконструктивных изменений, что в целом обуславливает эффективность восстановительных мероприятий [5, 6].

Патологический процесс в организме человека представляет собой взаимодействие между патогенетическими механизмами, с одной стороны, и защитными усилиями организма — с другой. Значительное расширение методологической базы исследований позволило получить фактические материалы для понимания механизмов саморегуляторных процессов, на основе которых стало формироваться учение о саногене-

незе. Заслуживают внимания широкий философский, медицинский, педагогический, социологический и социально-психологический подходы к этим проблемам, так как у человека саногенез имеет биосоциальный характер и направлен на гармоничное восстановление здоровья, а следовательно, и социального статуса.

В свете изложенных выше позиций представляется правомерным говорить о процессе лечения и реабилитации больных как о стимуляции саногенетических механизмов, направленной на поддержание оптимального уровня функционирования здоровьесберегающих систем организма, претерпевших в результате заболевания значительные перестройки как на количественном, так и на качественном уровнях.

Благодаря успехам экспериментальной и клинической медицины, развитию медико-биологических наук и смежных областей естествознания, механизмы многих болезней сравнительно хорошо изучены, что обеспечивает успешную борьбу с ними. Однако механизмам выздоровления уделяется недостаточное внимание, вместе с тем, выздоровление не является банальным результатом ликвидации патологических измене-

ний в организме, возникших вследствие болезни. Это активный процесс, обусловленный деятельностью саногенетических механизмов. Общеизвестно, что патологический процесс возникает лишь в том случае, если первичные саногенетические механизмы оказываются нарушенными и недостаточными для противостояния действию патогенных агентов. Но и сам патологический процесс вызывает активацию подавленных и возникновение новых саногенетических механизмов, обеспечивающих его ликвидацию. Изучение этих механизмов, включающих в себя по сути адаптационные реакции организма в динамике, позволяет рассматривать медицинскую реабилитацию как комплекс эндо- и экзогенных мероприятий, направленных на устранение изменений в организме, приводящих к заболеванию или способствующих его прогрессированию, и учитывать полученные знания о патогенетических нарушениях в бессимптомных периодах болезни.

Принципиальной особенностью современных взглядов на восстановительное лечение должно быть преимущественное воздействие на механизмы саногенеза, которыми являются реституция, регенерация и компенсация сниженных или утраченных функций органов и систем. Реституция — процесс восстановления обратимо поврежденных структур в результате экзогенного воздействия. Прежде всего, речь идет о восстановлении внутриклеточных структур и в целом клеток, находящихся в состоянии парабиоза и анабиоза. Этот процесс развивается сразу же после прекращения повреждающего воздействия при наличии в биосистеме энергетических и пластических ресурсов.

Регенерация — процесс восстановления организмом поврежденных тканей, главным образом за счет клеточного деления неповрежденных участков тканей и органов. В основе регенерации лежит процесс непрерывного физиологического обновления клеток и внутриклеточных структур в обычных условиях жизнедеятельности организма (физиологическая регенерация), который в патологических условиях претерпевает главным образом количественные изменения. Компенсация сниженных функциональных возможностей подвергшегося агрессии органа может развиваться путем использования структурных резервов, гипертрофии неповрежденных функциональных структур, а также вследствие перестройки структур в неповрежденных органах и тканях с выполнением функций, не свойственных им в обычных условиях. Степень активации саногенетических

механизмов является полноценным предиктором способностей организма человека к восстановлению — физической, психологической и социальной реабилитации.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) продолжает оставаться одной из величайших эпидемий человечества. При этом отмечается тенденция к поражению все более молодого, работоспособного населения экономически развитых стран, что, несомненно, влечет за собой рост экономических потерь в виде временной утраты трудоспособности, снижения деловой активности и инвалидизации контингента, страдающего сердечно-сосудистыми заболеваниями. И среди лиц пожилого возраста, вопреки появлению современных методов лечения, существенных сдвигов в плане увеличения продолжительности жизни не произошло.

Ишемическая болезнь сердца представляет собой нозологию, при которой психосоциальный аспект личности больного играет одну из ведущих ролей, в одних случаях выступая как фактор, провоцирующий возникновение заболевания, а в других — являясь одним из симптоматических проявлений самого заболевания, усложняя его лечение и прогноз [2, 7].

В качестве основных механизмов, опосредующих патогенный эффект характеристик психического статуса пациента на возникновение и течение ИБС, рассматриваются: повышение активности симпатoadреналовой системы, вызывающее каскад физиологических реакций (повышение артериального давления, увеличение частоты сердечных сокращений, снижение вариабельности сердечного ритма, спазм коронарных артерий, повышение свертываемости крови и др.); увеличение концентрации атерогенных липидов в плазме; гиперсекреция ряда гормонов (в частности, катехоламинов, кортизола и тестостерона), ассоциирующаяся с прогрессированием атеросклеротического поражения коронарных артерий.

Специфика основного заболевания сопряжена у больных ИБС в подавляющем большинстве случаев с необходимостью постоянного приема определенного количества лекарственных препаратов, поэтому наиболее оптимальным выбором коррекции психосоматических расстройств при ИБС является поиск немедикаментозных эффективных способов лечения и реабилитации. Это связано с тем фактом, что в настоящее время арсенал используемых методик для немедикаментозной коррекции выявляемых нарушений невелик, эффективные адресатные методики, учиты-

вающие как соматические аспекты заболевания, так и психологические особенности больного в контексте психосоматического подхода, не разработаны.

**Цель исследования** — обосновать саногенетический подход к выбору средств физической реабилитации больных ИБС, находящихся на санаторно-курортном этапе восстановительного лечения, с учетом особенностей их психосоматического статуса.

**Материалы и методы исследования.** В исследование было включено 407 больных ИБС, находящихся на санаторно-курортном этапе реабилитации. Пациенты курировались в период их пребывания в базовом клиническом санатории “Лермонтовский” (г. Одесса). Средний возраст больных составил  $47,3 \pm 10,2$  лет, в частности для женщин  $46,0 \pm 7,8$  лет, для мужчин  $48,3 \pm 11,0$  лет. Все обследованные были разделены на две группы. В первую группу вошли 152 больных ИБС, курс реабилитации которых строился по предложенной нами программе. Вторую группу составили 255 больных ИБС, восстановительная программа которых базировалась на общепринятой методике.

В основу санаторно-курортной реабилитации был положен принцип сочетанного влияния природных факторов на саногенетические механизмы, регулирующие метаболические процессы и функции различных систем организма. Комплекс реабилитационного воздействия проводился на этапе щадяще-тренирующего или тренирующего режимов двигательной активности, включал в себя климатотерапию, сбалансированную диету (стол 10) калорийностью 2600—2800 ккал, психотерапию и седативную фитотерапию, электросон, КВЧ на область сердца, магнитотерапию, также использовались ванны скипидарные, радоновые, кислородные, углекислые, хвойные; применялся массаж в зависимости от тяжести состояния, наличия сопутствующих заболеваний и переносимости процедур. По необходимости было продолжено использование базовой медикаментозной терапии (нитраты,  $\beta$ -блокаторы, антагонисты кальция, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, аспирин).

Важное место в предлагаемой программе комплексного санаторно-курортного лечения занимало лечение движением — кинезитерапия. Под кинезитерапией понимается использование лечебной физической культуры (ЛФК), терренкура, утренней гигиенической гимнастики, разработанной нами психофизической гимнастики

(ПФГ), при которой применяются специальные динамические физические упражнения на фоне общеразвивающих упражнений в сочетании с элементами психотерапии — кинезипсихотерапия [4]. Роль психолого-педагогических мероприятий в условиях курорта тем более значима, что зачастую больные недооценивают полезность лечебной физкультуры. Доказательством такой недооценки служат небольшое число больных, принимающих участие в утренней гигиенической гимнастике, систематически выполняющих предписания врача относительно терренкура и лечебной дозированной ходьбы.

Изменить отношение больных к ЛФК призвана методика организации психолого-педагогических мероприятий, психофизического воспитания в условиях курорта. Методика направлена на то, чтобы заинтересовать больного и сформировать у него позитивное восприятие и внутреннюю потребность в регулярных занятиях ЛФК, обеспечить необходимый эмоциональный фон в ходе занятий, а также сформировать установку на потребность в ЛФК после выписки из санатория.

Комплекс ПФГ складывается из кинезипсихотерапевтических упражнений (КПТУ), в основу которых заложен принцип первичности движения и вторичности внушения, т. е. внушение потенцируется движением, и психофизических упражнений (ПФУ), выполняющих роль целенаправленного психотерапевтического воздействия на человека, при котором движение и связанные с ним физиологические изменения организма потенцируются внушением.

Особенности ПФГ заключаются в возможности усиления воздействия безусловного раздражителя, которым является ЛФК; создании доминанты в сознании больного о важности роли и эффективности ЛФК; обосновании роли движения для восстановления организма; выработке адекватного двигательного режима больного после курорта путем привития культуры движения; создании правильного восприятия и возможностей самостоятельной коррекции личностных особенностей каждого больного.

Для успешного решения задач, направленных на восстановление больных в кабинете ПФГ, требуется большой набор разнообразных средств психофизического восстановления. Основное требование к средствам психофизического восстановления заключается в возможности быстрого варьирования ими, что позволяет осуществить дифференцированный саногенетический подход к каждому занимающемуся ПФГ,

таким образом повысить эффективность реабилитации.

Комплекс средств положительного эмоционального воздействия во время занятий ПФГ включает специально подобранное музыкальное сопровождение (музыкотерапию), цветосветовые эффекты, психофизические упражнения, аутогенную тренировку, смехотерапию, использование кино-, аудио-, видеосистем, цветных слайдов, специального интерьера с применением крупногабаритных фотографий, ароматическую терапию.

Большое значение как фактор психофизического восстановления играет микроклимат в помещениях, предназначенных для проведения восстановительных мероприятий. Поддержание оптимальных микроклиматических условий для занятий ПФГ осуществляется при помощи системы автоматической вентиляции воздуха с ароматическими добавками. Для повышения психофизической активности больных в подготовительной части занятия предлагается тонизирующий, ненавязчивый запах лимона, перечной мяты, гвоздичного масла. В заключительной части занятия ПФГ наиболее действенны еле уловимый аромат лаванды и пихтового масла.

Аппаратура для использования музыкотерапии позволяет осуществить целенаправленное воздействие на функциональное состояние занимающиеся ПФГ путем воспроизведения музыки и аудиоэффектов, соответствующих динамике психофизического состояния больных. Громкость звука не должна быть большой (до 10 дБ).

Один из эффективных методов физической реабилитации — самомассаж рефлексогенных зон. Каждый элемент самомассажа потенцируется и опосредуется словесным внушением, направленным на вызывание тепла в массируемой области, на разрыв установившейся патологической условнорефлекторной связи и создание нового спектра чувств.

После проведения самомассажа и кинезипсихотерапевтических упражнений дальнейшее воздействие направлено на перестройку личностных установок больного на болезнь, а также закрепление чувства тепла в соответствующих сегментах и зонах Захарьина—Геда с установкой на длительное сохранение этого тепла и после процедуры. Нами установлено, что навык освоения КПТУ лучше приобретается при групповых занятиях, что способствует повышению активности больных.

Важный аспект предложенной нами программы — ведение дневников самоконтроля, в кото-

рых больные записывают свои действия и ощущения, а также обязательное задание для самостоятельного выполнения в течение дня в палате, во время прогулок, занятий, после выписки из санатория.

Каждая из сформированных нами групп обследовалась дважды: в начале и в конце курса санаторно-курортной реабилитации.

Для исследования функционального состояния проводилась велоэргометрия утром в положении больного сидя, антиангинальные препараты отменялись накануне вечером. Начальная степень нагрузки составляла 25 Вт, каждые три минуты она увеличивалась на 25 Вт. В конце каждой ступени нагрузки регистрировали частоту сердечных сокращений (по интервалам R-R ЭКГ) и артериальное давление методом Короткова. Использовались общепринятые критерии ВОЗ выполнения и прекращения нагрузок

Интегральная оценка психологического статуса проводилась с помощью теста MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) в варианте сокращенного и адаптированного для больных ИБС многофакторного опросника личности [3] и определения качества жизни больных с помощью стандартизированной методики “Качество жизни больных сердечно-сосудистыми заболеваниями” [1].

**Результаты исследования и их обсуждение.** Исходные показатели психофункционального состояния (до реабилитации) больных не показали достоверных расхождений между контрольной и основной группами, что свидетельствует об их однородности и возможности сравнения. Программа комплексной психофизической реабилитации позволила добиться результатов, достоверно отличающихся от данных в контрольной группе.

Нормализация уровня частоты сердечных сокращений в состоянии покоя, а также умеренное повышение после физической нагрузки, умеренный подъем максимального давления, отражающий усиление систолы левого желудочка, увеличение пульсового давления в нормальных пределах, отражающее увеличение систолического объема крови, некоторое снижение минимального давления, отражающее уменьшение тонуса артериол, способствующее лучшему доступу крови на периферию, указывают на более выраженное позитивное влияние предлагаемой программы реабилитации на регуляторные механизмы всех звеньев системы кровообращения, обеспечивающих рациональное приспособление организма к физической нагрузке.

Анализ результатов исследования личностных характеристик больных до начала реабилитации свидетельствует, что у большинства из них наблюдалось выраженное внутреннее напряжение, тревога, склонность к преувеличению тяжести существующих у них симптомов, неспособность испытывать наслаждение, снижение активности, легко возникающее ощущение вины и недостаточная оценка собственных возможностей. У больных выявляется значительное снижение показателей качества жизни, в основном за счет ограничения физической и повседневной активности, межличностных контактов. Снижение качества жизни с заболеванием связывают около 70 % обследуемых. Наиболее значительные ограничения для пациентов, связанные с заболеванием, — ограничения эмоциональной активности, в питании и запрет курения.

После реабилитации в исследуемой группе больных позитивное влияние реабилитационных мероприятий выражалось в уменьшении уровня тревоги за состояние здоровья и потребности в помощи медицинских работников и родственников, наблюдались оптимистичная настроенность и готовность к сотрудничеству с медицинским персоналом. После прохождения курса реабилитации у всех больных отмечалось повышение суммарного показателя качества жизни (исходный  $-12,1 \pm 0,4$  баллов, при завершении реабилитации на момент исследования  $-9,2 \pm 0,3$  баллов,  $p < 0,05$ ). В группе больных, которые участвовали в программе психофизической гимнастики, прирост качества жизни составил от 3 до 7 баллов (в среднем  $5,2 \pm 0,3$ ), в контрольной группе от 2 до 4 баллов (в среднем  $2,7 \pm 0,4$ ).

### Выводы

• Важным патогенетическим механизмом снижения функциональных возможностей сердечно-сосудистой системы (включая толерантность к физическим нагрузкам и психосоматический статус) у больных ишемической болезнью сердца является психофункциональная дисадаптация.

• Результаты комплексного обследования больных ИБС свидетельствуют, что использование в реабилитационной программе психофизической гимнастики позволило сформулировать активную, осознанную мотивацию, направленную на восстановление психосоматического здоровья.

• У больных, которые активно участвовали в занятиях и добросовестно выполняли домашние задания, отмечено улучшение психологического статуса и повышение социальной активности, что, без сомнения, положительно отражается на общем результате реабилитации.

• Повышение эффективности и экономичности работы сердечно-сосудистой системы, ее функциональных резервов является результатом комплексного влияния предложенной программы психофизической гимнастики на психосоматический статус организма. Конечный результат такого влияния — повышение толерантности к физическим и психоэмоциональным нагрузкам.

1. Аронов Д.М., Зайцев В.П. Методика оценки качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Кардиология. — 2002. — № 5. — С. 92—95.

2. Белялов Ф.И. Психосоматические аспекты ишемической болезни сердца (обзор) // Кардиология. — 2002. — № 8. — С.63—80.

3. Зайцев В.П. Вариант психологического теста Mini-Mult // Психологический журнал. — 1981. — № 3. — С. 118—123.

4. Патент 65865 А, UA А61Н1/00 Спосіб реабілітації хворих на ішемічну хворобу серця / В.С. Соколовський, О.О. Лічінакі, О.Г. Юшковська — № 2003065505 Заявл. 13.06.2003.

5. Соколовский В.С., Кресюн В.Й., Юшковская О.Г. Донозологическая диагностика адаптационных резервов организма человека: опыт применения и перспективы // ЛФК и массаж. — 2002. — № 1. — С. 33—36

6. Соколовський В.С., Запорожан В.М., Кресюн В.Й., Юшковська О.Г. Валеологічна експертна система — сучасний підхід до виявлення й інтерпретації адаптаційних зрушень в організмі людини // Медицина сегодня и завтра. — 2001. — №1. — С. 17—24.

7. Юшковська О.Г. Психосоматичний профіль хворих на ішемічну хворобу серця, що знаходяться на санаторно-му етапі реабілітації // Одеський медичний журнал. — 2004. — № 3. — С. 52—57.

Надійшла 30.07.2004