

АНТИСТРЕССОВАЯ РЕЛАКСАЦИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ

А.Н. Ерохин, В.М. Найданова

Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» имени акад. Г.А. Илизарова Минздравсоцразвития России, г. Курган, Россия
office@ilizarov.ru

К одним из причин, приводящих к нарушению внутрисердечной гемодинамики, относятся врожденные и приобретенные пороки сердца [3,4,5]. При реабилитации больных данной категории, кроме медикаментозного лечения используют и лечебную физкультуру [1,2]. Вместе с тем, в процессе реабилитации в стационарных условиях пациенты могут испытывать дискомфортное состояние вследствие «больничного стресса» [6], что может негативно отразиться на их функциональном статусе. Таким образом, **целью** нашего исследования явилось изучение влияния антистрессовой релаксации на функциональное состояние вегетативной нервной системы, уровень ситуативной и личностной тревожности, а также состояние свертываемости крови у больных с пороками сердца, проходящими стационарное медикаментозное лечение в Курганской областной клинической больнице.

В исследовании принимали участие 47 пациентов. Все пациенты были разделены на две группы. В первую группу (опытную) включено 20 человек в возрасте $51,8 \pm 12,4$ (из них 11 мужчин и 9 женщин), которым проводился курс медикаментозного лечения в течение двух недель и 10 сеансов антистрессовой релаксации. Во вторую (контрольную) 27 человек в возрасте $52,4 \pm 10,8$ (из них 9 мужчин и 18 женщин), которым проводился только курс медикаментозного лечения. В начале и в конце лечебного курса у пациентов определяли расчетные показатели, характеризующие тонус вегетативной нервной системы – индекс Кердо и минутный объем крови (МОК) – непрямым способом Лилье-Штрандера и Цандера; посредством теста Спилбергера-Ханина оценивали уровень ситуативной и личностной тревожности, а также в начале, середине и конце курса определяли уровень показателя «международное нормализованное отношение» (МНО) крови, который отражает функциональное состояние противосвертывающей системы крови. При анализе динамики МНО из контрольной и опытной групп были исключены пациенты, получавшие антикоагулянты. Антистрессовую релаксацию проводили у постели больного согласно рекомендации Всемирной организации здравоохранения 1 раз в день [7]. Для статистической обработки фактических данных использовали парный критерий Уилкоксона и t- критерий Стьюдента. Различия считали достоверными при $p \leq 0,05$.

При анализе исходного функционального состояния вегетативной нервной системы было выявлено, что индекс Кердо в опытной группе составил $8,5 \pm 17,7$ у.е. ($M \pm \delta$); медиана (мед) – 2,6 у.е., максимум (макс) – 50, минимум (мин) – 18,4. В контрольной группе индекс Кердо перед курсом лечения составил $-5,0 \pm 17,4$ у.е.; соответственно мед – -2,6, макс – 23,1, мин – -47,1 у.е. Таким образом, перед лечением в опытной группе преобладали пациенты с симпатикотонией, а в контрольной – с парасимпатикотонией. Сравнение двух выборок показало статистически достоверные различия. Соответственно МОК в покое у пациентов опытной группы перед лечением составил 16.600 ± 2580 мл, а в контрольной – $15.100 \pm 1349,7$ мл ($p < 0,05$). Уровень ситуативной тревожности в опытной группе перед курсом составил $47,0 \pm 10,5$ балла, а в контрольной – $48,1 \pm 9,9$ балла ($p > 0,05$), уровень личностной тревожности – $50,2 \pm 9,1$ балла – в опытной и $49,1 \pm 8,4$ балла – в контрольной ($p > 0,05$). Уровень МНО в опытной группе составил $1,24 \pm 0,16$ у.е. ($n=9$), а в контрольной – $1,35 \pm 0,14$ у.е. ($n=15$) ($p < 0,05$). После курса реабилитации индекс Кердо в опытной группе снизился до $-0,0 \pm 11,4$ у.е. (мед - 0, макс – 28,6; мин -17,6), что соответствовало в целом уровню эйтонии. В контрольной группе значение индекса Кердо

практически не изменилось и составило $-5,4 \pm 9,6$ (мед $-6,7$; макс $-18,6$; мин $-23,1$). Уровень ситуативной тревожности в опытной группе снизился до $37,4 \pm 7,4$ баллов, что явилось статистически значимым по сравнению с исходным значением ($p < 0,05$) (рис.1). В контрольной группе уровень ситуативной тревожности также статистически достоверно снизился – до $45,4 \pm 9,5$ баллов. Следует отметить, что после курса реабилитации различия в уровне ситуативной тревожности между опытной и контрольной группами стали статистически значимыми ($p < 0,05$). Уровень личностной тревожности снизился в опытной группе до $42,8 \pm 8,9$ баллов ($p < 0,05$).

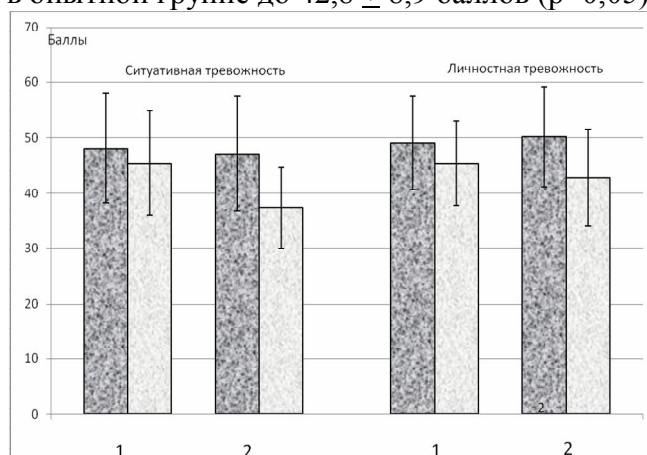


Рис. 1. Динамика ситуативной и личностной тревожности до и после курса реабилитации (1 – контрольная, 2 – опытная группы; темные столбцы – до курса, светлые – после курса реабилитации; $M \pm \delta$)

В контрольной группе уровень личностной тревожности также статистически значимо снизился по сравнению с исходным до $45,4 \pm 7,6$ балла, но это снижение было меньше по абсолютной величине, чем в опытной группе. Кроме того, сравнение массивов разности уровней личностной тревожности в опытной и контрольной группах в исходном периоде и после окончания реабилитации было статистически значимым ($p < 0,05$). В опытной группе показатель МНО через неделю (после 5 сеансов АР) повысился до $1,37 \pm 0,13$ у.е.. За этот промежуток времени в контрольной группе также было отмечено повышение, но менее выраженное – до $1,39 \pm 0,15$ у.е. Следует отметить, что если исходно в опытной группе МНО был статистически значимо ниже, чем в контрольной, то после пяти сеансов АР различия стали статистически незначимы ($p < 0,05$). После окончания курса в опытной группе МНО достиг $1,6 \pm 0,5$ у.е. и превысил по абсолютной величине уровень МНО в контрольной – $1,4 \pm 0,1$ у.е., хотя различия и не были статистически значимыми ($p > 0,05$). Таким образом, динамика показателей, отражающих функциональное состояние вегетативной нервной системы в покое, в опытной группе свидетельствует о переходе на энергетически более выгодный уровень функционирования. Этот переход был более выраженным в опытной группе, чем в контрольной, что подтверждает статистически значимое различие массивов разности МОК в опытной и контрольной группах ($p < 0,05$). В опытной группе разность МОК между исходным и после реабилитационным уровнями составила $13.457,2 \pm 2535$ мл, а в контрольной – $11.960,0 \pm 1178$ мл. Также в опытной группе произошло более значительное снижение тревожности, как ситуативной, так и личностной, что подтверждает выраженное релаксирующее влияние антистрессовой релаксации на организм больных с нарушением внутрисердечной гемодинамики. Динамика показателя МНО в опытной группе была более выраженной и проявила однонаправленную тенденцию к повышению, но в пределах, не выходящих за границы диапазона нормы ($0,8-1,5$). Проведенное исследование подтверждает позитивное влияние антистрессовой релаксации на функциональное состояние больных с нарушением внутрисердечной гемодинамики. Таким образом, антистрессовая релаксация в данной

методической реализации является доступным и простым способом коррекции функционального состояния больных с нарушением внутрисердечной гемодинамики в процессе стационарного курса реабилитации. Позитивное влияние антистрессовой релаксации, заключающееся в устранении преобладающего исходно в опытной группе тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы, в статистически значимом снижении уровня ситуативной и личностной тревожности, более выраженном в опытной группе по сравнению с контрольной, в устойчивой тенденции повышения уровня МНО, величина которого прямо пропорциональна активности антисвертывающей системы крови – свидетельствует о целесообразности более широкого включения ее в комплексную реабилитацию данной категории больных.

Литература

1. Альхимович, В.М. Реабилитация больных после оперативного лечения приобретенных пороков сердца / В.М. Альхимович, И.П. Титова, О.А. Суджаева // Пособие для врачей. – Минск, 2003. – 27 с.
2. Гриценко, В.В., Принципы поэтапной реабилитации больных пороками сердца / В.В. Гриценко // Мир медицины. – 1999. – №7. – С. 35–38.
3. Маколкин, В.И. Общие принципы диагностики приобретенных пороков сердца / В.И. Маколкин // Consilium Medicum. – 2009. – Том 11 – №5. Режим доступа: URL: <http://www.consilium-medicum.com/medicum/2000/2005/article/18171> (дата обращения: 22.09.2010).
4. Самородская, И.В. Врожденные пороки сердца у взрослых: эпидемиология и организация медицинской помощи / И.В. Самородская, С.К. Абдулкасумова // Здравоохранение. – 2009. – №6. С. – 56–61.
5. Сердечно-сосудистая хирургия: руководство / В.И. Бураковский. – М.: Медицина, 2005. – 752 с.
6. Сценарии развития медицины. Наука и технологии России // Межведомственный аналитический центр (МАЦ). Инновации в России, 2009 http://www.strf.ru/material.aspx?d_no=25042&CatalogId=223&print=1 (дата обращения 07.04.2011)
7. Фомин, Ю.А. Психология делового общения / Ю.А. Фомин. – Минск: Амалфея, 2003. – 448 с.