

УДК 616.89

О.О. Хаустова, О.М. Дзюба

**МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАХОДИ ПОКРАЩЕННЯ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМИ ТА ХРОНІЧНИМИ ХВОРОБАМИ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ (етап реабілітації)**

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

**Ключові слова:** медико-психологічні заходи, хвороби системи кровообігу

Психосоматична медицина, за сучасними поглядами, є методом лікування та наукою про взаємовідношення психічних і соматичних процесів, які тісно пов'язують людину з оточуючим середовищем [1 – 3; 6; 7; 15; 16; 25; 28], тобто вона є провідником та рупором принципу холистичного підходу до curaції пацієнта. Такий принцип, що опирається на єдність тілесного і душевного, є основою медицини. Міждисциплінарний підхід вбирає в себе комплексну оцінку біологічних, психологічних і соціальних шкідливих і корисних факторів, що впливають на окремі нейросоматично уразливі органи і системи організму людини; комплексну оцінку перебігу і прогнозу психосоматичного захворювання; комплексний менеджмент догляду за пацієнтами в клінічній практиці, що передбачає спеціальні заходи щодо інтеграції психотерапії і психокорекції в систему профілактики, лікування і реабілітації.

Перші фази розвитку психосоматичної медицини були осяяні ідеєю психогенезису (Nurminen 1930-1960), на тлі якої була сформована концепція про психосоматичні захворювання (фізичні хвороби, такі, як виразкова хвороба, ймовірно викликані психологічними факторами) [7; 15; 23; 25]. Попри критичне сприйняття класичною медициною, постулати щодо значення психогенних впливів приваблюють своєю значною пояснювальною аргументацією [7]. Психоаналітичні

методи стараються розкрити приховані поверхневою соматичною симптоматикою внутрішні психологічні конфлікти, проблеми і фіксації, що походять, як правило з раннього дитинства пацієнта (табл. 1.).

Наукові праці G.L. Engel, Z.J. Lipowski та D.M. Kissen стали підґрунтям для подальшого розвитку психосоматичної медицини. Відповідно до розробленої G.L. Engel багатофакторної моделі хвороби [15;16], її потрібно розглядати як результат взаємодії механізмів на клітинному, тканинному, організменному, міжособистісному та середовищному (забруднення навколишнього середовища) рівнях. Таким чином, дослідження кожної хвороби має включати в себе людину, її тіло і навколишнє середовище в якості важливих компонентів системи в цілому [6;7;16], с акцентом, за думкою L.E. Hinkle, на екологічному компоненті [7]. Z.J. Lipowski, в свою чергу, критикував застаріле поняття психогенезису як несумісне з вченням про multicausality, визначив сфери застосування, завдання і методи психосоматичної медицини, дав тлумачення соматизації як схильності переживати психологічний стрес на фізіологічному рівні [15]. D.M. Kissen уточнив, що питома вага соціально-психологічних факторів може варіюватися від однієї особи до іншої в рамках тієї ж хвороби, і підкреслив основні концептуальні недоліки розгляду психосоматичних захворювань, як однорід-

**Таблиця 1****Психоаналітичні концепції психосоматичної медицини**

|                      |   |  |
|----------------------|---|--|
| З. Фрейд             | Конверсійна модель  | З появою соматичного симптому пацієнт відчуває емоційне полегшення завдяки пом'якшенню утиску безсвідомого конфлікту   |
| Ф. Александер        | Модель вегетативного неврозу                                  | Безсвідомий конфлікт без виходу у відповідному зовнішньому прояві приводить до емоційної напруги зі стійкими змінами у вегетативній нервовій системі, зміни тканин, ураженню органів |
| М. Шур               | Концепція десоматизації                                       | В результаті несприятливого розвитку і фрустрацій нормальний процес десоматизації може обернутися регресією в формі ресоматизації афекту.  |
| Дж. Енгель, А. Шмале | Модель відмови від віри в майбутнє ('giving up' u 'given up') | Почуття втрати, розриву взаємозв'язку між минулим і майбутнім, безнадії ведуть до психосоматичних розладів.  |
| А. Мітчерліх         | Модель двохешелонної лінії оборони                            | Якщо не спрацює перша лінія оборони (психічні засоби), підключається захист другого ешелону – соматизація, яка веде до структурних змін в органах                                    |
| О. Кернберг          | третій рівень захисту   | Психотичне симптомування   |
| Г. Фрайбергер        | Концепція втрати об'єкту                                      | Провідні психодинамічні фактори - психосоматична лінія розвитку (симптом, конфлікт, особистісні особливості)   |

них утворень [23]. Такі погляди надалі були розвинуті у низці базових психосоматичних теорій (табл. 2).

К. Менінгер запропонував поняття «часткове самогубство» для деяких форм невротичного сомопошкодження. Він мав на увазі трихотілломанію (виривання волосся), оніхофагію (обгризання нігтів), видалення зубів, мікроампутації. В цих випадках, за К.Меннінгером, суїцидальний імпульс зосереджувався для пацієн-

та на окремій частині тіла, замість цілого [4 – 7; 29]. Надалі Е.Г.Ейдемільер висунув гіпотезу, що психосоматичні розлади є одним из різновидів саморуйнуючої поведінки (табл. 3). Ця гіпотеза була підтримана та розвинута низкою інших дослідників [5- 7;10; 11; 18] .

Найбільш новими та такими, що набувають все більшого поширення, є інтегративні теорії, які створювалися на основі вивчення великих контингентів хво-

Таблиця 2

## Базові психосоматичні теорії

|               |                                       |   |
|---------------|---------------------------------------|---|
| П. Куттер     | Модель боротьби за своє тіло          | Існує порушення комунікації психосоматичного хворого зі своїм тілом (не сприймається втома або внутрішнє виснаження), що веде до психосоматичних розладів                     |
| М. Балінт     | Модель початкового порушення          | Негативні почуття пацієнта обертаються проти нього, сприяючи розвитку психосоматичного розладу  |
| М.Селігман    | Теорія “надбаної безпорадності”       | Зустріч з неконтрольованими подіями приводить до когнітивного та емоційного дефіциту, який трансформується в “надбану безпорадність”, а потім в психосоматичне захворювання . |
| Ф.Данбар      | Особистість психосоматичного пацієнта | Типи особистісного преморбиду (наприклад, коронарний тип – трудоголики: домінуючі, агресивні, нетерплячі і т.п.)  |
| П. Федерн     | Слабкість Его                         | Накопичення неперероблених переживань веде до психосоматичних, афективних, аддиктивних розладів   |
| Дж. МакДугалл | Дефіцит егоцентричності               | Психологічна загроза сприймається пацієнтом і як фізична, що викликає соматичні симптоми  |
| Г. Крістал    | Формування переносу                   | Пацієнти переживають фізичний біль разом з емоціями або замість них   |
| Г.Аммон       | Відновлення інтеграції особистості    | Психосоматичний процес як захист від складних життєвих проблем  |

Таблиця 3

## Додаткові психосоматичні теорії

|                                     |  |   |
|-------------------------------------|--|---|
| К. Меннінгер                        | «Часткове самогубство»                           | Невротичне сомопошкодження  |
| Е.Г. Ейдемільер                     | Гіпотеза саморуйнуючої поведінки                 | Психосоматичні розлади є одним з різновидів саморуйнуючої поведінки.  |
| Ю.Г. Фролова                        | Контроль - безпорадність                         | Недооцінка (переоцінка) можливостей, неадекватний контроль, тривога, зневіра  |
| М. Фрідман, Р. Розерман             | Типи особистості пацієнта                        | Тип А: протиборний; тип В: непротиборний  |
| Т. Морріс, С. Грір                  | Особистість онкологічного пацієнта               | Тип С: Депресія, надбана безпорадність, придушення негативних емоцій, відсутність підтримки соціуму                       |
| В.Д. Тополянський, М.В. Струковська | Емоційний інфантізм                              | Бурхливі амбівалентні афективні реакції, фіксація емоційного конфлікту веде до соматизації                                |
| Я. Басіаанс                         | Точки фіксації агресії                           | Неспроможність регуляції або сублимації агресивних імпульсів сприяє соматизації   |
| П. Марті, М. де М'Юзан              | Модель алекситимії                               | Порушення вербальної та символічної експресії провокує психосоматичний розлад   |
| Ю.Ю. Елісєєва                       | Психологічні джерела психосоматичних захворювань | Внутрішній конфлікт, мотивація, ефект навіювання, ідентифікація, самопокарання, травматичний досвід минулого, алекситимія |
| С. Мінухін                          | Типові паттерни психосоматичної родини           | Соматичне захворювання стає звичним засобом “вирішення” прихованих сімейних конфліктів                                    |
| Е.Г. Ейдемільер, В.В. Юстицький     | Родинні “шкідливості”                            | Емоційне напруження, порушення родинної комунікації та структурно-ролевої взаємодії                                       |
| Г. Стайерлін                        | Типи відносин батьківських родин                 | Зв'язування, відчуження, делегування  |

Таблиця 4

## Інтегративні психосоматичні теорії

|                       |   |   |
|-----------------------|---|---|
| Р.П. Ліберман         | Особливості психосоматичних родин                           | Психосоматична родина як ригідна система, де існування хвороби запобігає конфронтації з внутрішньо родинними міжособистісними конфліктами |
| Г. Шефер              | Системний підхід – соціопсихо-соматика                      | Вплив середовища, міжособистісних конфліктів та фрустрацій через “мову тіла” на самореалізацію особистості                                |
| Д.Н. Оудсхоорн        | Інтегративний підхід  | Шість рівнів: середовище, родина, «Я», психодинаміка, особистість, тіло   |
| Х. Вайнер             | Інтегративна модель здоров'я, хвороби та хворобливого стану | Здоров'я, хвороба та хворобливий стан створюють єдиний континуум, місце знаходження людини в якому визначається впливом низки факторів    |
| Т. Ікскуль, В. Везіак | Біопсихосоціальна модель                                    | Хвороби готовності як результат взаємодії людина та середовища (динамічна цілісність)   |
| В. Вайцзеккер         | Медична антропологія  | Психосоматичні захворювання як результат патологічного пристосування  |
| А.Б.Холмогорова       | Біопсихосоціальна модель                                    | Подолання біологічного, психологічного і соціологічного редукціонізму; комплексна терапія психосоматичних розладів                        |

рих з функціональними порушеннями без патологічної органічної основи (табл.4) [5 – 7; 18; 26].

В останні десятиліття багаточисельні психосоматичні дослідження призвели до вражаючого збільшення обсягу знань в цій галузі, про що свідчить безліч публікацій у всіх великих медичних та спеціально призначених психосоматичним проблемам журналах. Психосоматична медицини визначена як комплексна, міждисциплінарна галузь, що визначає наступні рамки курації пацієнта:

- оцінку біопсихосоціальних факторів, що впливають на індивідуальну нейросоматичну уразливість пацієнта, на перебіг та прогноз будь-якого захворювання;
- комплексне стаціонарне/амбулаторне лікування в рутинній загальній клінічній практиці;
- інтеграцію психокорекції і психотерапії (психологічної медицини) в профілактику, лікування і реабілітацію будь-якого захворювання.

Закономірним результатом розвитку галузі є те, що психосоматична медицина як окрема спеціальність вже існує в США, Німеччині, Японії [18; 27; 30], причому лікарі-психосоматологи в повсякденній діяльності тісно пов'язані як з психологією і психіатрією, так і з внутрішньою медициною. Також значно збільшилась кількість медичних психологів в стаціонарах і первинній мережі [28], які зосереджують свої зусилля в роботі з пацієнтом на корекції саморуйнівної поведінки та факторів ризику (таких, як куріння і зловживання алкоголем) [29; 30]. Психосоматичний підхід привів до появи декількох субдисциплін у межах своєї області застосування: психоонкології, психонейроендокринології, психодерматології, психоімуннології, психонейроендокринології та інших.

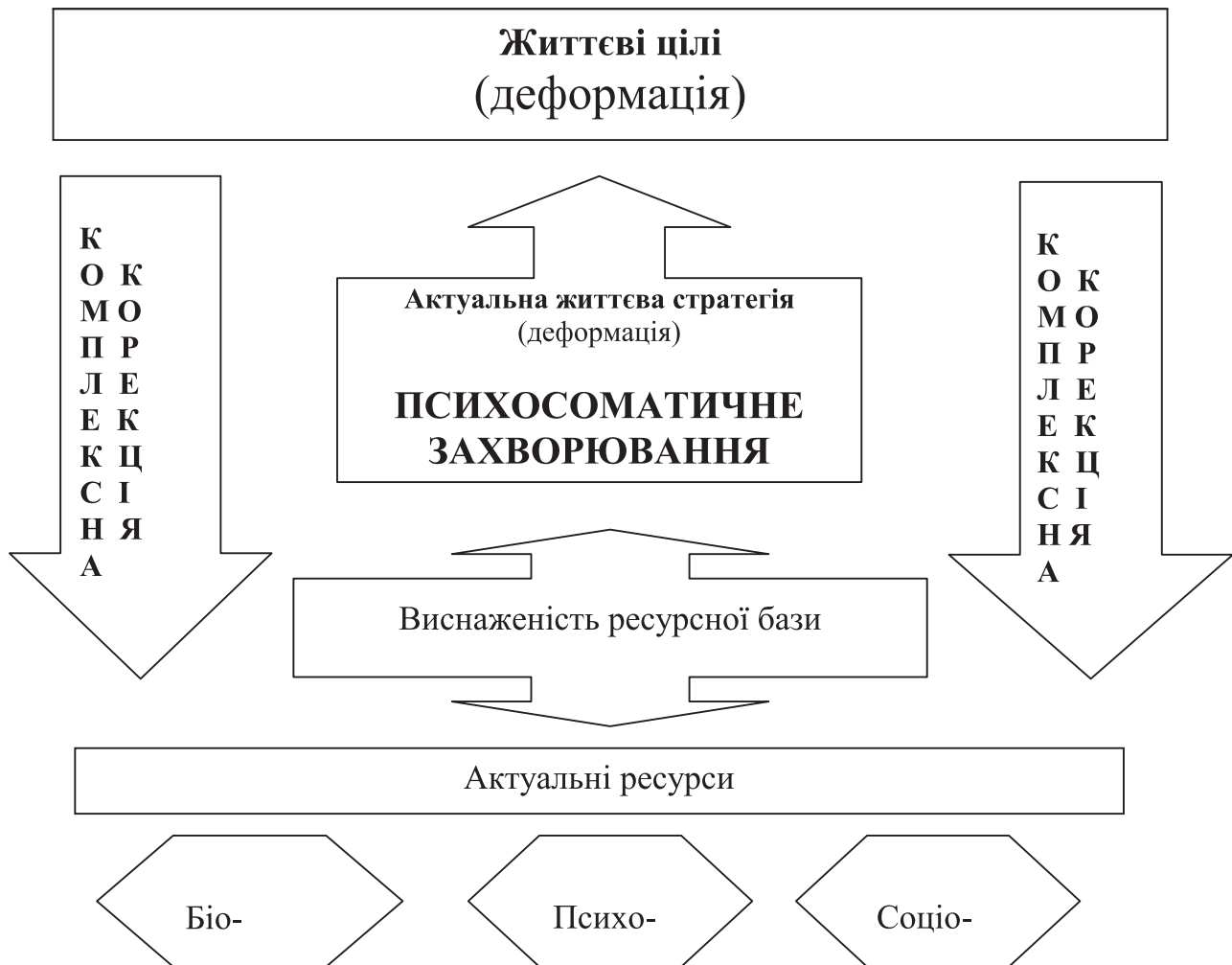
Стає все більш очевидним, що ми можемо поліпшити медичну допомогу психосоматичним пацієнтам

в первинній мережі, приділивши більше уваги психологічним аспектам в межах комплексної терапії, [1-7; 18] з особливим акцентом на ролі стресу [5; 8; 9; 12; 20; 21] та низки інших факторів, причетних до модулювання індивідуальної вразливості пацієнта до хвороби. Варто також враховувати, що деякі фактори (такі, як здоровий спосіб життя та психологічне благополуччя) позитивно впливають на зміцнення здоров'я, а не тільки на зменшення кількості хвороб.

В багатьох клінічних дослідженнях з позицій доказової медицини доведено, що події і ситуації в житті людини, які є значущими особисто для неї, можуть викликати зміни стану соматичного здоров'я. З використанням структурованих методів збору даних і порівнянням з контрольними групами було обґрунтовано зв'язок між життєвими подіями і низкою захворювань: ендокринних, серцево-судинних, дихальних, шлунково-кишкових, аутоімунних, шкіряних та онкологічних. [6; 7; 19; 24-27].

Нездоровий спосіб життя є основним чинником ризику для багатьох з найбільш поширених захворювань, таких як цукровий діабет, ожиріння і серцево-судинні захворювання. [6; 16; 22; 31].

Так, в дослідженні INTERSTROKE (3000 пацієнтів з інсультом з 22 країн), результати якого були представлені в попередньому онлайн-виданні Lancet 2010; виявлено 10 факторів ризику, що обумовлюють 90% ризику інсультів в світі. П'ять факторів ризику – АГ, паління, абдомінальне ожиріння, нераціональне харчування і гіпродимамія визначили 83,5% ризику інсульту. Приєднання цукрового діабету, вживання алкоголю, наявність психологічного дискомфорту, хвороб визначало 90,3% ризику інсульту. Отже, мотивоване підтримання пацієнтами здорового способу життя є одним з основних джерел як реабілітації, так і профілактики.



**Рис. 1. Модель формування та комплексної корекції психосоматичного захворювання.**

Саме тому необхідність зміни хворобливої поведінки пацієнтів необхідно враховувати в реорганізації первинної медичної практики [2; 6; 7; 30; 31], що підтверджено і нашими власними розробками щодо формування і комплексної корекції психосоматичних захворювань з урахуванням динаміки біопсихосоціальної ресурсної бази на тлі змін особистісних життєвих стратегій пацієнтів (рис. 1).

Перспективні дослідження населення також знайшли зв'язок між заходами соціальної підтримки і смертністю, психіатричною та фізичною захворюваністю, ефективністю терапії і реабілітації хронічних хвороб [1; 2; 7; 24].

В світі активно розвивається галузь «соціальних нейронаук», що займається усуненням наслідків негативного впливу соціального середовища на головний мозок та фізіологію людини [18; 28].

Особлива увага приділена психологічному благополуччю [3; 7; 22; 31], яке походить від взаємодії декількох аспектів [31]. Деякі дослідження показали, що психологічне благополуччя постає буфером в подоланні стресу і сприятливо діє на перебіг хвороби [2; 6; 11; 31].

На першому етапі основним механізмом лікуваль-

ної дії є пасивне навчання через надання пацієнту необхідної інформації й емоційної підтримки. Це дозволяє задовольнити потреби і сподівання пацієнта, поліпшити його самопочуття. На відміну від цього, на наступних етапах зміна особистості і її установок відбувається в основному свідомо, шляхом активного переучування. В стаціонарі застосовують методику колективно-групової психотерапії.

Коли хворий повертається в домашні умови, але ще не включається в активну трудову діяльність, проводиться психотерапевтична робота з активного переключення його на самообслуговування і перехід до дозованої активності в побутовій поведінці (вихід на вулицю, прогулянка і т.д.).

Далі йде етап повного перекладу пацієнта на спокійну особистісну активність у побуті і праці при формуванні навичок повного володіння своїми емоціями і т.п.

Останній етап реабілітації – повне звільнення пацієнта від думки, що він хворий, і ствердження впевненості в тому, що він цілком здоровий, спроможний і повинен працювати. Разом з кардіологом психотерапевт враховує межі трудової і соціальної реадаптації і створює орієнтування хворого або на повноцінну про-

фесійну працю, або на необхідність переходу до інших форм праці.

**Метою** даної роботи було представити алгоритм системи медико-психологічних заходів (МПЗ) на етапі амбулаторної реабілітації протягом року.

**Методи і матеріали.** Запровадження системи МПЗ щодо пацієнтів з хворобами системи кровообігу (на прикладі інфаркту міокарда і гіпертонічної хвороби) здійснювалось у п'ять етапів.

Перший – короткострокова психотерапевтична інтервенція із застосуванням методів «малої» і частково «великої» психотерапії, метою якої є формування комплайєнсу та профілактика ятрогенії.

Другий – визначення «мішеней» психотерапевтичного впливу.

Третій – активна психотерапевтична інтервенція щодо створення умов зміни життєвої стратегії (спочатку індивідуальна ПТ, потім – групова ПТ).

Четвертий – рекомендації щодо супроводу зміни

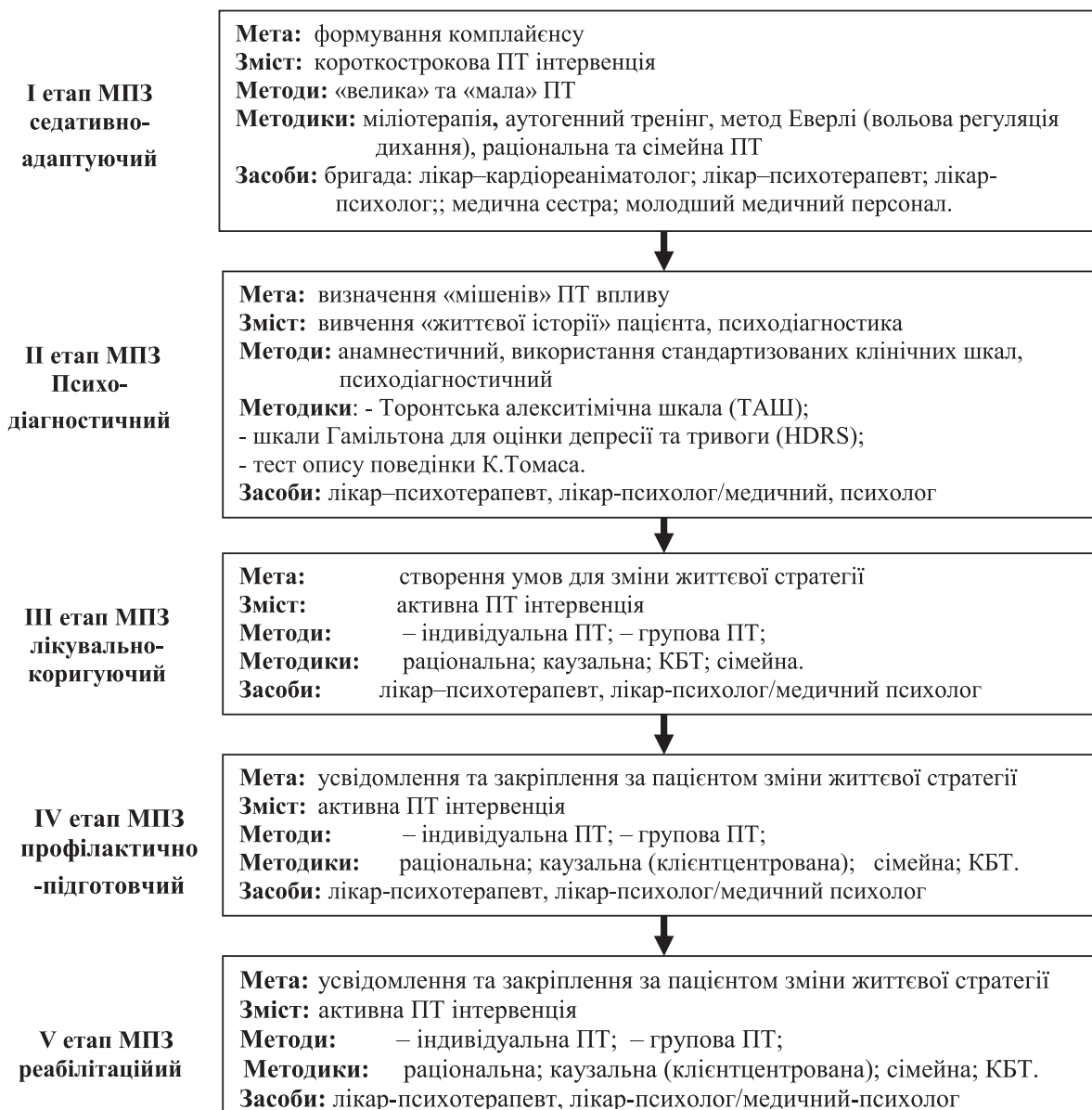
життєвої стратегії пацієнта.

П'ятий – реабілітаційний, зміни життєвої стратегії пацієнта.

Отже, метою медико-психологічних заходів на етапі реабілітації є зміна активної життєвої стратегії та комплексного впливу на психосоціальні та біологічні фактори ризику. Зміна активної життєвої стратегії передбачає аналіз і перебудову мети та способу життя, засобів досягнення цієї мети, системи його відношень, світогляду хворого, а також відновлення повноцінності його соціального функціонування (суб'єктивного та об'єктивного).

Біологічна модифікація способу життя передбачає зменшення впливу біологічних факторів ризику. Це – нормалізація артеріального тиску, відмова від тютюнокуріння та вживання алкоголю, дотримання дієти, помірна, адекватна фізична активність.

Основний принцип МПЗ спрямований на «мішені» розвитку непсихотичних психічних розладів тривож-



Мал. 1 Алгоритм системи медико-психологічних заходів

но-депресивного спектру (НПРТДС) при ІМ та АГ та направлений на зміну активної життєвої стратегії пацієнтів і покращенню якості їх життя.

Наступний принцип психотерапії полягає в зміні її спрямованості від нозоцентричної (орієнтація на хворобу) до антропоцентричної (орієнтація на людину) і далі до соціоцентричної (орієнтація на зв'язок особистості з навколишнім середовищем) установки. Ще один принцип пов'язаний на встановленні глибини і тривалості наявних у пацієнта психопатологічних розладів.

Реабілітаційний (V етап) – це стадія амбулаторного лікування (на протязі не менш одного року). Характеризується: закріпленням досягнутого терапевтичного результату. П'ятий етап включає не менш 12 сеансів індивідуальної психотерапії, що спрямовані на покращання стану здоров'я та якості життя пацієнтів при зміні життєвої стратегії, використовувався той же психотерапевтичний інструментарій.

Алгоритм системи медико-психологічних заходів представлений на малюнку 1.

Всі особи, що були заплановані для участі в дослідженні, дали інформовані згоду на участь в ньому. Формування основної та контрольної груп проводилося за принципом гніздової вибірки. В дослідженні приймали участь 162 пацієнти, що проходили амбулаторне лікування в Національному науковому центрі «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» АМН України і приймали участь у попередніх етапах дослідження. Попередньо після курсу стаціонарного лікування респонденти були розподілені на дві групи за наявністю психосоматичного захворювання: пацієнти з перенесеним гострим інфарктом міокарду – 85 осіб, пацієнти з перенесеним гіпертонічним кризом – 77 осіб. Кожна з цих основних груп незалежно одна від однієї були рандомізовані на дві групи терапії. Групи стандартної реабілітації були контрольними по відношенню до груп комплексного лікування з виконанням медико-психологічних заходів за приведеним алгоритмом. Групи хворих були співставні за демографічними характеристиками і тяжкості психосоматичного захворювання.

Результати річної реабілітації оцінювалися за наступними критеріями: якість життя за SF-36 та прихильність терапії для всіх респондентів; толерантність до фізичного навантаження для пацієнтів з перенесеним інфарктом міокарду та рівень артеріального тиску для пацієнтів з гіпертонічною хворобою.

Поняття “якість життя” сьогодні міцно увійшло в медичну термінологію і все частіше використовується як у наукових дослідженнях, так і в клінічній практиці [6;7]. Сфера застосування оцінки якості життя сьогодні охоплює широке коло проблем [2, 6- 9] і включає:

1. Загальну оцінку стану не тільки конкретного здорового або хворої людини, але і певної популяції осіб.
2. Вивчення впливу різних виробничих, соціальних та інших факторів, профілактичних і реабілітаційних програм.
3. Оцінку ефективності лікування.
4. Розробку індивідуалізованої програми терапії.

5. Комплексну експертизу працездатності.

6. Клінічні випробування нових медикаментозних і немедикаментозних лікувальних підходів.

Для оцінки якості життя (ЯЖ) пацієнтів з захворюваннями с системи кровообігу (ІМ, ГХ) ми застосували один з найбільш часто використовуваних у популяційних дослідженнях опитувальників «SF-36» [7]. Він дозволяє оцінити суб'єктивну задоволеність хворого своїм фізичним і психічним станом, соціальним функціонуванням, а також відображає самооцінку ступеня вираженості больового синдрому. Пацієнтам було запропоновано заповнити опитувальник «SF-36» на початку етапу амбулаторної реабілітації та наприкінці нього – через 1 рік. Вимірювальна модель, що лежить в основі конструкції SF-36 має 3 рівні: пункти (питання); вісім шкал, кожна з яких об'єднує разом від 2 до 10 пунктів; два сумарних вимірювання, які об'єднують разом шкали. При обробці результатів отримані відповіді по всіх 36 пунктам формують 8 шкал. Пункти, пов'язані з кожною визначеною шкалою, підсумовуються і перетворюються в значення від 0 до 100, де 100-максимальне значення, а 0 - мінімальна. Більш високі бали представляють більш високий рівень здоров'я.

1. Фізичне функціонування - відображає ступінь, в якій здоров'я лімітує виконання фізичних навантажень (самообслуговування, ходьба, підйом по сходах, перенесення ваги і т.п.).

2. Фізичне обмеження роліових функцій - вплив фізичного стану на роліове функціонування (роботу, виконання буденної діяльності).

3. Фізичний біль - інтенсивність болю і її вплив на здатність займатися повсякденною діяльністю, включаючи роботу по дому і поза домом.

4. Загальне здоров'я - оцінка хворим свого стану здоров'я в даний момент і перспектив лікування.

5. Життєва сила - мається на увазі відчуття себе повним сил і енергії або, навпаки, знесиленням.

6. Соціальне функціонування - визначається ступенем, в якій фізичний або емоційний стан обмежує соціальну активність (спілкування).

7. Емоційне обмеження роліових функцій - припускає оцінку ступеня, в якій емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої повсякденної діяльності (включаючи великі затрати часу, зменшення обсягу роботи, зниження її якості тощо).

8. Психічне здоров'я - характеризує настрій (наявність депресії, тривоги, загальний показник позитивних емоцій).

Наступною категорією оцінювання був комплаєнс. Комплаєнс (від англ. compliance — згода, поступливість, догідливість) —у медичному розумінні готовність, бажання, внутрішній обов'язок пацієнта виконувати призначення лікаря, точність прийому ліків і виконання немедикаментозних процедур, дотримання дієти, обмеження шкідливих звичок, формування здорового способу життя. В більшості досліджень комплаєнс стосується, в основному, питань оцінки якості медикаментозного лікування хворих: при прийнятних

результатах йдеться про позитивний комплаєнс, а за відсутності даного ефекту — про недостатній або негативний. Це дещо обмежує розуміння проблеми, як з боку хворих, так і з боку лікарів і несе відтінок патерналізму. Зовсім іншим є визначення комплаєнтності як градації, з якою поведінка хворого узгоджується з медичними вимогами: пасивно або активно (в останньому випадку пропонується альтернативний комплаєнс і більше нейтральний термін “прихильність” - adherence, або конкорданс). Таке розуміння комплаєнсу адекватно визначенню нонкомплаєнсу як будь-якому відхиленню від приписаних лікарських рекомендацій.

Також у пацієнтів з ІМ проводився тест 6-хвилинної ходьби за рекомендаціями Американського торакального товариства. Показником адекватної реакції на фізичне навантаження на етапі реабілітації є частішання пульсу на піку навантаження і в перші 2-3 хвилини відпочинку не більше ніж на 20 ударів, почастішання числа дихальних рухів не більше ніж на 6-9 за 1 хвилину (допускається короточасне відчуття задишки, якщо воно не супроводжується іншими неприємними симптомами і зникає самостійно протягом 2-3 хвилин), підвищення САД на 20-40 мм рт.ст. і ДАТ на 10-12 мм рт.ст. Підставою для припинення проби з фізичним навантаженням у хворих на ішемічну хворобу серця є наступні клінічні ознаки: клінічні: тахікардія до субмаксимальної вікової норми; поява нападу стенокардії; зниження артеріального тиску на 25-30% від початкового; значне підвищення артеріального тиску; поява вираженої задишки, нападу задухи; поява загальної різкої слабості, запаморочення, нудоти, сильного головного болю; відмова хворого від подальшого проведення проби внаслідок боязні, дискомфорту. Всі зміни функціональних показників за адекватного

фізичного навантаження повинні повертатися до вихідного рівня протягом 2-3 хвилин (максимально протягом 5 хвилин) після закінчення навантаження.

У пацієнтів з ГХ була оцінена динаміка показників артеріального тиску за рік реабілітації

**Результати та їх обговорення.** Всі пацієнти у віддаленому періоді мали достовірно більш високі середні показники по більшості критеріїв якості життя відносно вихідних даних в усіх досліджуваних групах, але амплітуда змін достовірно різнилася.

Так, річна реабілітація достовірно покращила всі показники SF-36 у пацієнтів після перенесеного інфаркту міокарда, що свідчить про достатню дієвість класичної програми реабілітації, що рутинно застосовується в клінічній кардіологічній практиці (табл.1).

Разом з тим, приєднання медико-психологічних методів дозволило суттєво покращити психосоціальну складову: за рахунок збільшення життєвої сили (-Д+32,2 %); підвищення соціального функціонування (-Д+25,5 %); мінімізації емоційного обмеження рольових функцій (Д+29,9 %); відновлення психічного здоров'я (Д+23,4 %). В межах фізичної складової SF-36 у пацієнтів з ІМ звертає на себе увагу достовірно краща оцінка рівня загального здоров'я (Д+18,8 %) в групі комплексної реабілітації в порівнянні зі стандартною. Різниця в оцінці інших показників (ФФ, ФР, ФБ) коливається в межах 10,8 – 13,4%, що не відповідає критеріям достовірності.

В групі пацієнтів з ГХ результати річної реабілітації також достовірно покращили всі показники SF-36, але більшою мірою на кінцевий результат впливала також частота повторних госпіталізацій протягом 3–6 мес після виписки із стаціонару, особливо серед літніх пацієнтів.

Таблиця 1

## Якість життя пацієнтів групи ІМ протягом етапу амбулаторної реабілітації

| Шкали SF-36 | Контрольна група ІМ (n=44) |                         | Основна група ІМ (n=41) |                         |
|-------------|----------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
|             | Початок реабілітації       | Завершення реабілітації | Початок реабілітації    | Завершення реабілітації |
| ФФ          | 28,6 ± 2,5*                | 47,6 ± 1,4              | 26,3 ± 2,4*             | 59,4 ± 2,5              |
| ФР          | 15,6 ± 1,6*                | 37,6 ± 1,5              | 15,2 ± 1,8*             | 51,0 ± 2,3              |
| ФБ          | 34,3 ± 1,7*                | 42,8 ± 2,1              | 32,8 ± 2,7*             | 53,6 ± 2,4              |
| ЗЗ          | 26,9 ± 2,1*                | 44,3 ± 2,5              | 25,2 ± 2,1*             | 62,4 ± 1,5              |
| ЖС          | 33,4 ± 2,1*                | 42,1 ± 2,0              | 33,8 ± 2,3*             | 74,3 ± 2,4              |
| СФ          | 41,3 ± 2,4*                | 53,2 ± 2,4              | 41,3 ± 2,4*             | 78,7 ± 2,6              |
| ЕР          | 37,8 ± 3,3*                | 46,3 ± 2,1              | 38,8 ± 3,6*             | 76,2 ± 2,5              |
| ПЗ          | 36,9 ± 2,9*                | 52,3 ± 1,8              | 36,7 ± 2,7*             | 75,7 ± 2,4              |

Показники якості життя: ФФ - фізичне функціонування; ФР - фізичне обмеження рольових функцій; ФБ - фізичний біль; ЗЗ - загальне здоров'я; ЖС - життєва сила; СФ - соціальне функціонування; ЕР - емоційне обмеження рольових функцій; ПЗ - психічне здоров'я.

\* - P < 0,05 достовірність відмінностей між показником якості життя в порівнюваних групах.

Таблиця 2

## Якість життя пацієнтів групи ГХ протягом етапу амбулаторної реабілітації

| Шкали SF-36 | Контрольна група ГХ (n=39) |                         | Основна група ГХ (n=38) |                         |
|-------------|----------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
|             | Початок реабілітації       | Завершення реабілітації | Початок реабілітації    | Завершення реабілітації |
| ФФ          | 43,8±3,4                   | 57,2±3,4                | 42,4±3,7*               | 79,8 ± 3,7              |
| ФР          | 25,4±3,9*                  | 66,9±3,6                | 25,7±2,4*               | 75,3 ± 2,8              |
| ФБ          | 45,8±3,9                   | 69,9±4,1                | 46,5±4,2*               | 84,1 ± 3,6              |
| ЗЗ          | 29,9±2,3*                  | 63,7±4,6                | 31,1±2,2*               | 68,7 ± 5,1              |
| ЖС          | 34,4±2,2*                  | 65,1±3,2                | 33,7±3,1*               | 79,2 ± 3,6              |
| СФ          | 40,7±2,8                   | 57,9±3,7                | 36,6±3,7*               | 78,6 ± 2,7              |
| ЕР          | 28,2±4,8                   | 59,5±3,8                | 32,2±3,6*               | 76,4 ± 3,6              |
| ПЗ          | 38,3±1,6                   | 53,6±4,1*               | 38,9±2,1                | 81,3 ± 4,2              |

Показники якості життя: ФФ - фізичне функціонування; ФР - фізичне обмеження рольових функцій; ФБ - фізичний біль; ЗЗ - загальне здоров'я; ЖС - життєва сила; СФ - соціальне функціонування; ЕР - емоційне обмеження рольових функцій; ПЗ - психічне здоров'я.

\* -  $P < 0,05$  достовірність відмінностей між показником якості життя в порівнюваних групах.

Приєднання медико-психологічних методів до амбулаторної реабілітації пацієнтів з ГХ також насамперед впливає на психосоціальну складову, але дещо меншою мірою і нерівномірно в порівнянні зі стандартним спостереженням: за рахунок збільшення життєвої сили (Д+14,1 %); підвищення соціального функціонування (Д+20,7 %); мінімізації емоційного обмеження рольових функцій (Д+16,9 %); відновлення психічного здоров'я (Д+27,7 %). В межах фізичної складової SF-36 у пацієнтів з ГХ звертає на себе увагу достовірно краща оцінка рівня фізичного функціонування (-Д+22,6 %) в групі комплексної реабілітації в порівнянні зі стандартною. Різниця в оцінці інших показників (-ФР, ФБ, ЗЗ) коливається в межах 5,0 – 14,5% (табл. 2).

При визначенні комплаєнсу, а в нашому розумінні – прихильності до терапії, з урахуванням виконання пацієнтом рекомендацій щодо змін способу життя, ми визначили, що пацієнти з більш тяжким в їх уяві захворюванням (ІМ) майже вдвічі більш прихильні до терапії в порівнянні з групою ІМ в межах стандартних реабілітаційних програм (табл. 3).

Разом з тим, приєднання медико-психологічних заходів додатково збільшує комплаєнс у пацієнтів з ІМ на 20,8% - до 83,4%. Щодо групи пацієнтів з ГХ зро-

Таблиця 3

## Комплаєнс у пацієнтів з захворюваннями системи кровообігу на етапі реабілітації

| Групи реабілітації | Стандарт   | МПЗ        |
|--------------------|------------|------------|
| Група ІМ           | 62,8±5,4%  | 83,4±3,8 % |
| Група ГХ           | 33,6±4,1 % | 78,1±4,3 % |

Таблиця 4

## Кількість пацієнтів з ІМ з адекватною реакцією на фізичне навантаження (%)

| Контрольна група ІМ (n=44) |                         | Основна група ІМ (n=41) |                         |
|----------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Початок реабілітації       | Завершення реабілітації | Початок реабілітації    | Завершення реабілітації |
| 22,6±6,4                   | 57,8±5,4                | 21,8±5,8                | 76,4±3,2                |

стання комплаєнсу від групи стандартної реабілітації до комплексної складає вже +44,5% - в 2,3 рази – і сягає 78,1%. Варто зауважити, що попри масований психологічний вплив майже чверть пацієнтів з ГХ не притримуються лікарських рекомендацій в повному обсязі.

Цікавою виявилася кореляція покращання показника адекватності реакції пацієнтів з групи ІМ на фізичне навантаження з динамікою комплаєнсу і показником покращання загального здоров'я за SF-36: відповідно 18,6 – 20,8 – 18,8 % (табл. 4).

Для пацієнтів з групи ГХ ми визначали динаміку показників артеріального тиску (табл. 5). Відмічена

Таблиця 5

## Кількість пацієнтів з ГХ з показниками АТ&lt;140/90 мм рт. ст. (%)

| Контрольна група ГХ (n=39) |                         | Основна група ГХ (n=38) |                         |
|----------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Початок реабілітації       | Завершення реабілітації | Початок реабілітації    | Завершення реабілітації |
| 78,2±6,1                   | 37,8±5,4                | 77,8±5,4                | 56,4±6,2                |

негативна динаміка показників стабільності АТ, причому в групі стандартної реабілітації вона майже співпадає з показниками комплаєнсу. В групі МПЗ тільки половина пацієнтів продемонструвала справжню ефективність комплексної програми, що обумовлено особливостями психологічного портрету цієї групи пацієнтів (за результатами наших попередніх досліджень)

**Висновки.** Таким чином, медико-психологічні заходи суттєво впливають на перебіг хвороб системи кровообігу, формування адекватного ставлення до хвороби, підвищують ефективність лікування, як основного захворювання, так і психолого-психіатричних феноменів. Позитивний клінічний ефект у хворих на ІМ супроводжується поліпшенням якості життя, збільшенням прихильності до терапії, зростанням толерантності до фізичного навантаження. У хворих на ГХ також поліпшується якість життя, збільшується прихильності до терапії, стабілізується артеріальний тиск, але існує резерв підвищення ефективності програми комплексної реабілітації.

#### Література:

1. Коваленко В.М., Корнацький В.М та співавт. Медико-психологічні аспекти хвороб системи кровообігу (аналітично-статистичний посібник). – Київ, 2009. – 146 с.
2. Корнацький В.М., Клименко В.І. Хвороби системи кровообігу і психічне здоров'я // Київ. 2009. – 176 с.
3. Лытаев С.А., Овчинников Б.В., Дьяконов И.Ф. Основы клинической психологии и медицинской психодиагностики – СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2008. – 320 с.
4. Петрова Н.Н., Коновалова А.В. Психотерапия в лечении психосоматических расстройств // Обзор. психиатр. и мед. психол. – 2004. – № 3. – С. 25–27.
5. Психопатология личности и коморбидных расстройств: учеб. пособие / А.Б. Смулевич. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 208с.: ил.
6. Хаустова О.О. Метаболічний синдром Х (психосоматичний аспект). – Київ: Медкнига, 2009. – 126с.
7. Чабан О.С., Хаустова О.О. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування). – К.: ТОВ «ДСГ Лтд», 2004. – 96 с
8. Abbass A., Kisely S., Kroenke K. Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders. // Psychother. Psychosom. – 2009. – Vol. 78. – P. 265–274.
9. Aspy C.B., Mold J.W., Thompson D.M. et al. Integrating screening and interventions for unhealthy behaviors into primary care practices. // Am. J. Prev. Med. – 2008. Vol. 35(5S). – P. 373–380.
10. Bodenheimer T., Lorig K., Holman H., Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care.// JAMA. – 2002. – Vol. 288. – P. 2469–2475.
11. Chida Y., Steptoe A. Positive psychological well-being and mortality.// Psychosom. Med. – 2008. – Vol. 70. – P. 741–756.
12. Deter H.C. Psychosomatic medicine and psychotherapy.// Adv. Psychosom. Med. – 2004. – Vol. 26. – P. 181–189.
13. di Matteo M.R., Lepper H.S., Croghan T.W. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment.// Arch. Intern. Med. – 2000. – Vol. 160. – P. 2101–2107.
14. Djouss L., Driver J.A., Graziano J.M. Relation between modifiable lifestyle factors and lifetime risk of heart failure.// JAMA. – 2009. – Vol. 302. – P. 394–400.
15. Engel G.L. The concept of psychosomatic disorder. // J. Psychosom. Res. – 1967. – Vol. 11. – P. 3–9.
16. Engel G.L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine.// Science. – 1977. – Vol. 196. – P. 129–136.
17. Fava G.A., Sonino N. Psychosomatic assessment. // Psychother. Psychosom. – 2009. – Vol. 78. – P. 333–341.
18. Fava G.A., Sonino N. The biopsychosocial model thirty years later.// Psychother. Psychosom. – 2008. – Vol. 77. – P. 1–2.
19. Forman J.P., Stampfer M.J., Curhan G.C. Diet and lifestyle risk factors associated with incident hypertension in women. // JAMA. – 2009. Vol. 302. – P. 401–411.
20. Frasure-Smith N., Lesperance F. Depression and other psychological risks following myocardial infarction.// Arch. Gen. Psychiatry. – 2003. – Vol. 60. – P. 627–636.
21. Green L.A., Cifuentes M., Glasgow R.E., Stange K.C. Redesigning primary care practice to incorporate health behavior change. // Am. J. Prev. Med. – 2008. – Vol. 35(5S). – P.347–349.
22. Joosten E.A., DeFuentes-Merillas L., de Weert G.H. et al. Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. // Psychother. Psychosom. – 2008. – Vol. 77. – P. 219–226.
23. Kissen D.M. The significance of syndrome shift and late syndrome association in psychosomatic medicine. // J. Nerv. Ment. Dis. – 1963. – Vol. 136. – P. 34–42.
24. Leventhal H., Weinman J., Leventhal E.A., Phillips L.A. Health psychology: the search for pathways between behavior and health. // Annu. Rev. Psychol. – 2008. – Vol.59. – P. 477–505.
25. Lipowski Z.J. Psychosomatic medicine: past and present. // Can. J. Psychiatry. –1986. – Vol. 31. – P. 2–21.
26. Martens E. J. et al. Scared to Death? Generalized Anxiety Disorder and Cardiovascular Events in Patients With Stable Coronary Heart Disease. // JAMA. – 2010. – Vol. 67(7). – P.750–758.
27. Novack D.H., Cameron O., Epel E. et al. Psychosomatic medicine: the scientific foundation of the biopsychosocial model. // Acad. Psychiatry. – 2007. – Vol. 31. – P. 388–401.
28. Prince M., Patel V., Saxena S. et al. No health without mental health. // Lancet. – 2007. – Vol. 370. – P. 859–877.
29. Shah S.U., White A., White S., Littler W.A. Heart and mind: relationship between cardiovascular and psychiatric conditions. // Postgrad. Med. J. – 2004. – Vol. 80. – P. 683–689.
30. Sonino N., Peruzzi P. A. psychoneuroendocrinology service. // Psychother. Psychosom. – 2009. – Vol. 78. – P. 346–351.
31. Thomas C. M. The Influence of Self-concept on adherence to recommended health regimens in adults with heart failure // Journal of Cardiovascular Nursing. – 2010. – Vol. 22 (5). – P. 405 – 416.

#### МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕРЫ УЛУЧШЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ И ХРОНИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ (этап реабилитации)

Е.А. Хаустова, А.Н. Дзюба

Понятие «психосоматическая медицина» в своей истории имело различное содержание, описание и определение. Хотя концепция психосоматики была представлена немецким психиатром С. Хейнротом еще в 1818 году, а бурное развитие психосоматических теорий и концепций произошло в первой половине прошлого века, на современном этапе существования психосоматической медицины формируются основы комплексного междисциплинарного менеджмента психосоматических заболеваний.

Рассмотрены психосоматические методы, влияющие на течение болезней системы кровообращения.

**Ключевые слова:** медико-психологические меры, болезни системы кровообращения

**MEDICAL PSYCHOLOGICAL MEASURES OF IMPROVEMENT OF PATIENTS' HEALTH STATE WITH ACUTE AND CHRONIC DISEASES OF BLOOD CIRCULATION SYSTEM  
(rehabilitation stage)**

**E.A. Khaystova, A.N. Dzuba**

Meaning "psychosomatic medicine" in its' history had different content, description and definition. Although conception of psychosomatic was represented by German psychiatrist S. Kheyntrot in 1818, and rapid development of psychosomatic theories and conceptions occurred in the first half of former century, on the modern stage of psychosomatic medicine existence the basis of complex interdisciplinary management of psychosomatic diseases are forming.

Psychosomatic methods which influence on course of blood circulation system diseases were considered.

**Keywords:** medical psychological measures, blood circulation system diseases

УДК 616.892+616.895]-079.4:159.9.072.5:615.851

**В.Е. Гончаров**

**ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ МОДЕЛИ РЕАБИЛИТАЦИИ  
БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Харьковская медицинская академия последипломного образования

**Ключевые слова:** шизофрения, реабилитация, психотерапия

**Вступление**

Большинство современных исследователей считает необходимым применение психотерапевтических методов в комплексном лечении страдающих шизофренией. По мнению ряда отечественных и зарубежных специалистов важным является повышение эффективности комплексной терапии [1;2].

Одной из реальных проблем при реализации указанного подхода является потребность в большом количестве психологов, владеющих специальными навыками и значительной себестоимости подобных программ. Однако, все больше стран ставит задачу по ресоциализации пациентов, перенесших шизофренический психоз, перед соответствующими службами. Проводимая с этой целью работа касается, как правило, первого психотического эпизода. Реализация указанной задачи происходит путем создания клиник первого эпизода со щадящим режимом и минимальным уровнем ограничения социальных связей [3;4].

В то же время, различные психологические подходы, применявшиеся с целью восстановления пострадавших когнитивных и поведенческих возможностей, позволяют определить спектр показаний для каждого из методов и преимущества их сочетанного использования. Литературные данные указывают на значительные успехи применения групповой психотерапии, обнадеживающие результаты тренингов по восстановлению когнитивных способностей, перспективность развития поведенческих навыков, роль образовательных программ для членов семей, болеющих шизофренией [5;6;7;8]. Такая концентрация внимания специалистов именно на контингенте больных с первым эпизодом объясняется выявленными особенностями течения шизофренического процесса. Речь идет о макси-

мальных повреждающих последствиях заболевания на психику в первые пять лет от момента возникновения, с формированием когнитивного дефицита, снижением социальной компетентности, нарастанием дефицитарности и органических изменений головного мозга [9;10]. Раннее вмешательство специалистов позволяет минимизировать отрицательные последствия шизофренического психоза, эффективно реализовать сохранившиеся ресурсы адаптации и сформировать достаточно устойчивые поведенческие модели. При этом подчеркивается необходимость применения долговременных психореабилитационных курсов. Полученные результаты позволяют считать указанную модель абсолютно оправданной [11].

Вместе с тем, многими врачами практического здравоохранения высказывается сомнение в целесообразности подобного перераспределения усилий психиатрической службы, испытывающей значительный дефицит финансирования. С их точки зрения психотерапевтическая работа с больными шизофренией малоэффективна. Чем могут быть объяснены подобные пессимистические оценки?

**Материал и методы.** Проведенное нами на базе Харьковской областной клинической психиатрической больницы №3 исследование, включающее 50 больных шизофренией, находящихся на стационарном лечении, с применением клинического и экспериментально-психологического методов, позволило ответить на этот вопрос. Речь, в первую очередь, идет о неоднородности группы страдающих шизофренией. Специалистам хорошо известно разделение на типы и формы течения заболевания. Однако, даже в рамках одной формы и типа течения, клиническая картина у пациентов значительно различается. Это одна из причин, по которой