

Neurology.-1997– Vol. 49.- P. 39 - 44.

4. Бойцов С. А. Мерцательная аритмия. - СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2001. - 335с.

5. Волошин П. В., Мищенко Т. С. Профилактика мозгового инсульта // Здоров'я України. – 2002. - № 5. - С. - 14.

6. Мищенко Т.С. Вопросы и ответы в неврологии: справочник врача/ под ред. Мищенко Т.С. - К.: ООО «Доктор-Медиа», 2012. - С.17.

7. Мищенко Т. С. Профилактика цереброваскулярных заболеваний у больных с фибрилляцией предсердий // Практична ангіологія – 2006. - Вип.1 - С. 8 - 12.

8. Преображенский Д. В., Сидоренко Б. А., Киклив В. Г. и др. Инсульт и другие тромбоэмболические осложнения при мерцании предсердий // Кардиология.- 2006. - №3. - С. 83 - 90.

Работа поступила в редакцию 02.09.2014 года.

Рекомендована к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования

УДК 616.127-005.8-036.8:615.84

С. А. Новиков, В. Б. Яблонская

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОСНА В КОМПЛЕКСЕ САНАТОРНОГО ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Одесский национальный медицинский университет

Реферат. С. А. Новиков, В. Б. Яблонская **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОСНА В КОМПЛЕКСЕ САНАТОРНОГО ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА.** На фоне перенесенного инфаркта миокарда у пациентов пожилого возраста развиваются психоэмоциональные расстройства тревожно-депрессивного типа, что обуславливает целесообразность применения на санаторном этапе реабилитации электросна – лечебного физического фактора, нормализующего психосоматический статус, снижающего артериальное давление и способствующего успешному выполнению больными физических нагрузок, что повышает эффективность постинфарктной восстановительной терапии в подострой стадии заболевания.

Ключевые слова: постинфарктная реабилитация, пожилой возраст, электросон.

Реферат. С. А. Новіков, В. Б. Яблонська. **ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ЕЛЕКТРОСНУ У КОМПЛЕКСІ САНАТОРНОГО ЕТАПУ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДУ ПОХИЛОГО ВІКУ.** На тлі перенесеного інфаркту міокарда у пацієнтів похилого віку розвиваються психоемоційні розлади тривожно-депресивного типу, що обумовлює доцільність застосування на санаторному етапі реабілітації електросну – лікувального фізичного чинника, що нормалізує психосоматичний статус, знижує артеріальний тиск та сприяє успішному виконанню хворими фізичних навантажень, що підвищує ефективність постінфарктної відновлювальної терапії на підгострій стадії захворювання

Ключові слова: постінфарктна реабілітація, похилий вік, електросон.

Summary. S. A. Novikov, V. B. Yablonskaya. **EFFICIENCY OF THE ELECTRO SLEEP APPLICATION DURING THE SANATORIUM PHASE OF THE ELDERLY MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS' REHABILITATION.** Against the myocardial infarction background elderly patients start suffering from such psycho-emotional disorders as anxiety and depression, which causes practicability of the electro sleep application on the sanatorium stage of rehabilitation. The electro sleep is the therapeutic physical factor that normalizes the psychosomatic status, lowers blood pressure and leads to the successful patients' implementation of physical activity which in its turn increases the efficiency of post-MI replacement therapy in the subacute stage of the disease.

Key words: postinfarction rehabilitation, elderly age, electro sleep.

Актуальность работы. Острое нарушение коронарного кровообращения – инфаркт миокарда (ИМ), являясь мощным стрессовым фактором, приводит к развитию у ряда больных психопатологических состояний, способствующих утяжелению течения основного заболевания и осложняющих постинфарктный восстановительный процесс. Тревожные, тревожно-фобические, депрессивные состояния, снижая переносимость пациентами физических нагрузок, не позволяют проводить реабилитацию в оптимальном режиме, от чего зависит процесс постинфарктного ремоделирования миокарда [5].

Психосоматическая составляющая постинфарктного периода особенно важна в пожилом возрасте, когда адаптационные возможности организма снижаются и неглубокие невротические расстройства, наблюдающиеся у пациентов с кардио-васкулярной патологией, могут развиваться в депрессивные состояния, снижающие качество жизни и нарушающие социальное функционирование пациентов с постинфарктным кардиосклерозом [6]. Поэтому улучшение психоэмоционального статуса больных ИМ является важным направлением воздействия на коморбидный фон заболевания. С этой целью могут назначаться как анксиолитические (противотревожные) препараты, вызывающие, однако, ряд нежелательных побочных эффектов – миорелаксацию, сонливость, нарушение внимания и дискоординацию, так и физические факторы, воздействующие на функциональное состояние ЦНС и различные звенья нейрогуморальной регуляции сердечно-сосудистой системы, к которым относится электросон (ЭС) [2, 3].

Цель настоящей работы – изучить психоэмоциональный статус и функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у больных пожилого возраста и выяснить возможность коррекции выявленных нарушений путем включения в комплекс санаторного этапа постинфарктной реабилитации курса процедур ЭС.

Материалы и методы исследования. Обследованы 60 пациентов мужского пола в возрасте 60-65 лет, поступивших на санаторный этап постинфарктной реабилитации спустя 25-28 суток от развития Q – ИМ, т.е. в подострой стадии заболевания. Интервенционных кардиохирургических воздействий пациентам не проводилось. Гипертоническая болезнь ранее была диагностирована у всех пациентов, сахарный диабет 2 типа компенсированный у 11 (18,3%) из них. Все пациенты выполнили программу физической реабилитации, предусмотренную больничным этапом.

В исследование не включались пациенты с ХСН IIБ-III ст., постинфарктной стенокардией, кризовым течением гипертонической болезни, пароксизмами фибрилляций предсердий, ранее уже переносившимся ИМ, а также имевшие общие показания для электроотерапии.

Для изучения психоэмоционального статуса пациенты самостоятельно заполняли опросники, позволявшие дифференцированно оценить степень тревожности (шкала Ч. Д. Спилберга и Ю. Л. Ханина) и депрессии (шкала У. Цунга) [1]. Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы оценивали на основании динамики частоты сердечных сокращений (ЧСС), артериального давления и толерантности к физической нагрузке, по результатам ступенчатой велоэргометрической пробы. Результаты исследования обрабатывались статистически с оценкой достоверности на основании критерия Стьюдента; достоверным считалось различие $p < 0,05-0,001$.

При поступлении в санаторий пациенты отмечали кардиалгии нестенокардического характера, препятствовавшие выполнению тренировочных нагрузок, цефалгии, эмоциональную лабильность, тревогу за исход ИМ, страх перед возможностью

рецидива заболевания, расстройство сна. Психодиагностическое тестирование выявило у 40 (66,7 %) пациентов умеренную тревожность, у 14 (23,3 %) – низкую, и у 6 (10 %) – высокую. Легкая депрессия была зарегистрирована у 26 (43,3 %) человек, умеренная – у 15 (25 %).

У пациентов определялось повышение систолического артериального давления (САД) и пульсового артериального давления (ПАД) в то время, как уровень диастолического артериального давления (ДАД) соответствовал возрастной норме. Следует отметить, что систолическая артериальная гипертензия, обусловленная снижением эластичности крупных сосудов, у пациентов старше 60 лет расценивается как предиктор сосудистых осложнений [4].

Изменения ЭКГ были характерными для подострой стадии Q-ИМ. Единичная экстрасистолия регистрировалась у 16 (26,6%) обследованных, постоянная форма фибрилляции предсердий (нормосистолический вариант) – у 5 (8,3%); у всех больных определялись признаки ХСН I – II ст. с сохраненной систолической функцией левого желудочка. Толерантность к физической нагрузке у всех исследуемых была низкой, ни один из пациентов при велоэргометрии не выполнил расчетной субмаксимальной нагрузки.

Пациенты расширяли режим двигательной активности, получали бета-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, дезагреганты, статины и, будучи распределенными на 2 группы по 30 человек – ЭС (основная) или процедуры “плацебо” (контрольная). ЭС отпускался по глазозатылочной методике с частотой 5-20 Гц, длительностью импульсов 0,5 мс, продолжительностью от 20 до 60 мин, всего 10 сеансов на курс. Процедуры “плацебо” предполагали наложение электродов без включения аппарата.

Результаты исследования. У больных основной группы, получавших ЭС после 3-4 сеансов начало улучшаться общее самочувствие, снизилась частота возникновения и интенсивность кардиалгии и к 12-14 дня лечения интенсивность физической реабилитации была выведена на оптимальный уровень, что способствовало снижению психологического дискомфорта. Заключительное психодиагностическое тестирование показало достоверное снижение уровня тревожности и депрессии в основной группе (табл.). Напротив, у пациентов контрольной группы состояния тревожности и депрессии регрессировали медленнее, сохранялся страх перед интенсификацией тренировочных нагрузок, что замедляло выполнение реабилитационной программы. Достоверной динамики уровня депрессии по итогам заключительной самооценки достигнуто не было, лишь наметилась тенденция к улучшению психоземotionalного статуса (табл.).

Динамика артериального давления в группах была схожей: достоверно снизились САД и ПАД, а ДАД осталось на прежнем уровне (табл.). Однако, в основной группе САД и ПАД снизились в среднем на $24,3 \pm 1,9$ мм рт. ст. и $22,7 \pm 1,8$ мм рт. ст.; а в контрольной – менее значительно: соответственно на $16,7 \pm 1,6$ мм рт. ст. и $14,5 \pm 1,4$ мм рт.ст. Различие динамики снижения САД и ПАД между группами оказалось статистически достоверным ($p < 0,001$).

Проводившаяся в основной группе реабилитационная программа позволила повысить толерантность больных к физической нагрузке (табл.). При заключительной велоэргометрии мощность пороговой нагрузки повысилась в среднем на $23,2 \pm 1,2$ Вт. В контрольной же группе режим двигательной активности расширялся медленнее, в результате чего возрастание данного показателя в среднем на $14,7 \pm 1,5$ Вт оказалось достоверно меньшим ($p < 0,001$).

На фоне успешно проводившейся реабилитации у больных основной группы удалось снизить дозировки бета-адреноблокаторов и ингибиторов АПФ.

Влияние санаторной реабилитации на психоэмоциональный статус и функциональное состояние сердечно-сосудистой системы больных ИМ пожилого возраста

Показатели	Контрольная группа (n=30)		Основная группа (n=30)	
	Исходный уровень	Заключительный уровень	Исходный уровень	Заключительный уровень
Уровень тревожности (баллы)	36,4 ± 0,35	30,2 ± 0,30*	37,0 ± 0,35	26,4 ± 0,28*
Уровень депрессии (баллы)	50,2 ± 0,55	48,9 ± 0,53	50,4 ± 0,54	45,6 ± 0,49*
САД, мм. рт. ст	162,8 ± 4,6	146,1 ± 3,3*	163,2 ± 4,9	138,9 ± 3,3*
ПАД, мм. рт. ст	78,6 ± 2,8	64,1 ± 2,4*	79,0 ± 2,7	56,3 ± 1,9*
ДАД, мм. рт. ст	83,8 ± 2,1	82,0 ± 2,3	84,2 ± 2,1	82,6 ± 2,0
ЧСС, уд/мин	82,1 ± 4,4	74,6 ± 2,8*	83,1 ± 4,6	69,6 ± 2,5*
Мощность пороговой нагрузки, Вт	40,8 ± 2,3	55,5 ± 3,0*	41,2 ± 2,4	64,5 ± 3,3*

Примечание: * - достоверность различий $p < 0,05 - 0,001$

Выводы

Проведенное исследование показало, что у больных пожилого возраста, перенесших ИМ проведение восстановительной терапии затрудняется вследствие развития на фоне основного заболевания тревожно-депрессивных расстройств, что обуславливает необходимость лечебного воздействия на их психоэмоциональную сферу.

С этой целью в комплекс санаторного этапа постинфарктной реабилитации целесообразно включение ЭС – преформированного физического фактора, оказывающего положительное воздействие на психоэмоциональный статус, уровень артериального давления и толерантность больных к физической нагрузке. Воздействуя на высшие отделы регуляции сердечно-сосудистой системы он оптимизирует реабилитационный процесс, что положительно влияет на течение и прогноз постинфарктного кардиосклероза.

Литература

1. Батаршев А.В. Базовые психологические свойства и самоопределения личности. Практическое руководство. – СПб.: Речь, 2005. – 208 с.
2. Лапшина Л.А., Кравчун П.Г., Шевченко О.С. Коррекция адаптолом психопатологических проявлений и оксидативного стресса у больных перенесших инфаркт миокарда // Врачебная практика – 2008 - №1 (61) – с. 23-30
3. Медицинская реабилитация / Под ред. В.М. Боголюбова. Книга 1 – Изд 3-е испр. и доп. – М.: Издательство Бином, 2010. – 416 с.
4. Мищенко Л.А. Артериальная гипертензия у лиц пожилого возраста. В кн. Артериальная гипертензия у особых категорий больных / Под ред. В.Н. Коваленко, Е.П. Свищенко. – К.: Морион, 2009. – с.40-61
5. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробижев М.Ю., Иванов С.В. Психокardiология. – М., 2005. – 778 с.
6. Rudisch B., Nemeroff C. B. Epidemiology of comorbid coronary artery disease and depression // Biol. Psychiatry. - Aug 2003. – Vol. 54 (3). – P. 227-240.

Работа поступила в редакцию 22.08.2014 года.

Рекомендована к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования