

УДК: 616.89.

О.М.Дзюба, О.О.Хаустова, О.В.Бушинська, К.І. Тарновецька, О.В. Прохорова
МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ В КОМПЛЕКСНІЙ КУРАЦІЇ
КАРДІОХІРУРГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ

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

Ключові слова: кардіохірургічні хворі, психотерапія, реабілітація

Серцево-судинні захворювання (ССЗ) є провідною причиною смертності населення у всьому світі. В лікуванні окремих ССЗ останніми роками все більше питому вагу набувають хірургічні методи, які дають швидкий лікувальний ефект з значним поліпшенням якості та продовженням життя. В етіопатогенезі понад половини випадків захворювань серця, що призвели до операції, велика питома вага належить психосоціальним й особистісним особливостям хворих, їх способу життя і поведінки, наявністю ситуацій, що провокують хронічний психоемоційний стрес. Натомість, можливості хірургічного лікування ішемічної хвороби серця, спрямованого на ревазуляризацію міокарда, дозволяють повернути працездатність багатьом пацієнтам, чия якість життя залежить від своєчасної та кваліфікованої медичної допомоги [1;2]. Проблема посилюється тим, що з 90-х років ХХ століття в зв'язку з широким впровадженням ендоваскулярного лікування ІХС контингент кардіохірургічних клінік значно змінився: збільшилась питома вага пацієнтів з критичним багатосудинним і стовбуровим ураженням коронарного русла, з так званим скомпрометованим дистальним руслом і ускладненими формами ІХС [1-3].

ВООЗ визначає реабілітацію кардіологічних пацієнтів, які перенесли оперативне втручання, як комплекс медико-соціальних заходів, спрямованих найбільш швидко і якісно відновлення здоров'я, трудового та психологічного статусу[4]. В сьогоденні потреба в адекватній організації відновного лікування розглядається з позицій доказової медицини, яка свідчить, що швидка активізація зменшує тривалість госпітального післяопераційного періоду і одночасно знижує потребу в повторних госпіталізаціях і істотно скорочує економічні витрати.

На сьогоднішній день в науковій медичній літературі детально описані різні види психічної патології, пов'язаної із серцево-судинними захворюваннями та операціями на серці. Відомо, що частота психосоматичних розладів у загальномедичній практиці коливається від 30 до 57 %, причому ці показники вважаються заниженими. В той же час симптоми кардіоневрозу зустрічаються серед населення в 21-56 % випадків [4-6]. Супутні психічні розлади у пацієнтів з ССЗ найчастіше обумовлюються: вагою, тривалістю, особливостями перебігу основного захворювання, особистісними особливостями хворих, а також недостатньою результативністю оперативного втручання [7].

Зрозуміло, що психічні розлади перешкоджають ефективній адаптації, реабілітації і, надалі, ресоціалізації хворого.

Дані багатьох наукових досліджень свідчать, що велика питома вага серед розладів психіки у пацієнтів з ССЗ належить депресії, яка клінічно може проявлятися кардіофобічним, іпохондричним, астеничним чи іншим синдромом в межах ларвованої депресії [8-13]. Взагалі, афективні порушення при захворюваннях серцево-судинної системи виявляються в 30-32% випадків. Серед хворих з серцево-судинними захворюваннями частота депресій становить 22-33 % і перевершує таке поширене захворювання, як артеріальна гіпертензія [14]. Маніфестація депресивних та тривожно-депресивних розладів у зв'язку з операцією аортокоронарного шунтування спостерігається в 21-54 % випадків [15;16]. Депресивні розлади, що виникають у пацієнтів до і після операції, статистично достовірно підвищують ризик смерті після кардіохірургічного втручання. За даними Бакер Р.А. зі співавт. (2001) у пацієнтів з депресією летальність сягає 12,5 %, тоді як при відсутності депресії лише 2,2 %. Ці факти дають можливість стверджувати, що депресію можна розглядати як негативний предиктор відновлюваного лікування. [17-24].

Депресія є також незалежним фактором ризику ішемічної хвороби серця, а також може виступати в якості тригера захворювання. Депресія асоціюється з високою частотою коронарних катастроф і підвищеною смертністю від коронарної хвороби. Наявність депресії в анамнезі пацієнта є не менш значущим предиктором смертності хворих, госпіталізованих у стаціонари загального типу з приводу соматичного захворювання, ніж показники тяжкості патології внутрішніх органів. Так, найбільший ризик летального результату соматичного захворювання описано при наявності коморбідної депресії з переважанням ангедонії, почуттям безнадійності, безсонням, ідеями самоприниження. Отже, депресії надають ампліфікуючу дію на перебіг соматичного захворювання, що лежить в основі феномена «синдром великої історії хвороби», сприяючи порушенню комплаєнсу.

Попри значні успіхи сучасної серцево-судинної хірургії, більшість лікарів вважають, що в системі лікування даних захворювань, особливу увагу варто приділити факторам ризику розвитку ССЗ, попередження і корекція яких є необхідною умовою реабілітації хворих. Істотну роль відіграють коморбідні ішемічної хво-

роби серця захворювання, у тому числі неспсихотичні психічні розлади, а також особистісні особливості хворих, способи їх реагування на хворобу і стресові ситуації в цілому. Так, на даними низки досліджень, наявність невротичних і депресивних розладів у хворих на ішемічну хворобу серця посилюють клінічну тяжкість перебігу післяопераційного періоду, тим самим погіршуючи прогноз подальшого перебігу захворювання. Зважаючи на важливість цього фактору, в сучасній медицині тривають пошуки нових підходів в реабілітації хворих на серцево-судинні захворювання і розробка відповідних програм реабілітації в післяопераційний період. Позитивна динаміка якості життя хворого після операції, більша ступінь відновлення фізичної та соціальної активності в разі проведення певних терапевтичних підходів, є зайвим підтвердженням доцільності проведення цих заходів [3]. Тим не менш, залишаються недостатньо вивченими питання ефективності заходів, відсутній науково обґрунтований алгоритм психотерапевтичного «супроводу» хворого в передопераційний і післяопераційний періоди. Крім того, не має чітко розроблених критеріїв вибору відповідної тактики інтегративної взаємодії в реабілітаційних програмах кардіолога, психолога і психотерапевта.

Низка наукових досліджень свідчить, що будь-яка кардіохірургічна операція при поєднанні негативних факторів передопераційного та раннього післяопераційного періодів може супроводжуватися розвитком неврологічних та нейропсихологічних ускладнень, етіопатогенетичною основою яких у тому числі є ішемічно-гіпоксичний фактор. Частота розвитку неврологічних розладів складає від 1 – 30 % оперованих хворих та залежить від вихідної тяжкості кардіальної патології, а також від обсягу та тривалості періоду штучного кровообігу і операції в цілому. Порушення вищих психічних функцій (ВПФ) або нейропсихологічні, нейрокогнітивні розлади транзиторного або перманентного характеру описані у 15–86 % всіх пацієнтів, що перенесли кардіохірургічне втручання. Причому, наявність значного числа відхилень з боку ВПФ обумовлена також залишковою дією загальних анестетиків та післястресових операційних агресивних метаболітів, в першу чергу – цитокінів [25]. Йдеться про «гіпоксичну» або «післягіпоксичну енцефалопатію» (ПГЕ) різного ступеня виразності. У топіко-діагностичному відношенні вона представлена погіршенням церебральної перфузії із збільшенням у ряді випадків внутрішньочерепного тиску і поєднанням дисфункції верхньостволових медіально-скроневих і глибинно-заднелобних структур ретикулярної формації. Клінічно ці порушення проявляються порушеннями циклу сон-пильнування, в тому числі з транзиторними станами затьмарення свідомості. У нейропсихологічній парадигмі ці стани або прояви вказують на дефіцитарність роботи мозку і проявляються інактивністю, «завантаженістю», зниженням концентрації уваги, уповільненістю і виснаженістю модально-неспецифічного характеру. Відмінності в клініко-невроло-

гічній та нейропсихологічній симптоматиці у хворих з ПГЕ після кардіохірургічних втручань відрізняються великою різноманітністю як в топічному плані (за принципом вертикальної ієрархії і латеральним принципом), так і за якісним змістом і значенням симптомів та їх поєднань. Необхідно відзначити, що деякі неврологічні симптоми утворюють тісні корелятивні зв'язки з нейропсихологічними (нейрокогнітивними) симптомами і в цьому сенсі можуть розглядатися як інформаційно-спеціалізовані, що несуть у собі біхевіоральне смислове навантаження [26].

В межах виконання НДР «Розробити систему психотерапії та психопрофілактики у комплексному лікуванні кардіохірургічних хворих» співробітниками УНДІ ССПН також було проведено визначення стану когнітивних функцій кардіохірургічних пацієнтів до і після операції за методикою дослідження когнітивних викликаних потенціалів (ВП 300). Аналізували такі параметри піку Р300, як латентність і його амплітуду. У більшості хворих було відзначено погіршення параметрів Р300, яке полягало у збільшенні латентності та / або зменшенні амплітуди, а також - у зникненні піку Р300 у хворих, які мали його до оперативного втручання. Варто зазначити, що такі зміни носять у більшості випадків тимчасовий характер, і когнітивна сфера пацієнтів має тенденцію до відновлення. Позитивні зміни, за нашою думкою, можуть бути прискорені як медикаментозно, так і психотерапевтично.

Нагальна необхідність у психотерапевтичній роботі обумовлена наявністю у кардіохірургічних хворих розладів як когнітивної, так і емоційної сфери. Причому, такі пацієнти потребують комплексного лікування психосоматичних захворювань; досвід застосування окремих технік, на кшталт психоаналізу, не призвів до задовільних результатів, але в деяких випадках у хворих відзначалося погіршення стану [27,28]. Ідеї інтеграції психотерапії в соматичну медицину всебічно розглядаються в концепції психосоматичної медицини, яка розвивається в країнах Західної Європи і Північній Америці, і стала науковою дисципліною, що визначає взаємозв'язок біологічних, психологічних і соціальних аспектів здоров'я і хвороби. Є думка, що психосоматичні пацієнти є резистентними для психотерапевтичного впливу в силу соматогенних проявів, особистісних характеристик, захисних механізмів [29]. Але психотерапія з реалістичними і адекватними цілями, є безсумнівно корисною при різних соматичних розладах завдяки її направленню на відновлення елементів системи відносин пацієнта, що беруть участь в етіопатогенезі захворювання. Застосування психотерапії сприяє зменшенню клінічних проявів патології, підвищенню соціальної активації хворих, їх реадaptaції у сім'ї та суспільстві.

Найбільш поширеною в даний час є медична модель захворювання, згідно з якою лікування здійснюється насамперед за допомогою ліків і процедур, широкі можливості надає використання психотерапевтичного опосередкування і потенціювання впливів біо-

логічної природи: лікарських, дієтичних, фізичних і ін. [30;31]. При лікуванні соматичних захворювань широко застосовуються різні методи психотерапії: гіпнотерапія, аутогенне тренування, навіювання та самонавіювання та ін. За допомогою зазначених методів можна впливати на психопатологічні порушення – страх, тривогу, астенію, депресію, іпохондрію, а також на нейровегетативні і нейросоматичні функціонально-динамічні розлади (з боку серцево-судинної, дихальної, шлунково-кишкової та інших систем). Використання психотерапії в соматичній клініці передбачає різні форми особистісно-орієнтованої і групової психотерапії – (перш за все, психодинамічній і екзистенційно-орієнтованої), на думку навіть тих науковців, що заперечують психогенез цих захворювань, але, в той же час, визнають важливу роль психосоціальних факторів в їх генезі [32;33].

Психологічна і психотерапевтична робота з кардіохірургічними пацієнтами (в передопераційний і післяопераційний періоди) має на меті всебічно доповнити соматичну терапію через допомогу пацієнту в мобілізації внутрішніх ресурсів, тому вона повинна здійснюватись в тісному контакті психолога – психотерапевта з кардіологом та медичним персоналом. Існує низка розроблених та впроваджених методів психокорекції кардіохірургічних пацієнтів в умовах кардіохірургічного відділення: медична реабілітація хворих на (1982); . відновна терапія кардіохірургічних хворих (Лаурінайтис Е., 1983); кардіологічна реабілітація (Власова Е.С., 2009).

Ми розробили алгоритм психотерапевтичної інтервенції в комплексній курації кардіохірургічних хворих, в основі якого – індивідуальний підхід до особистості кардіохірургічного пацієнта, на всіх етапах реабілітації. Прототипом алгоритму була 4-етапна програма реабілітації хворих на : підготовчий етап, седативно-мобілізуючий етап, активна психосоціальна реадптація та підтримуючи-корегуючий етап.

Обмеженням прототипу є його специфічність щодо пацієнтів після клапанного апарату за рахунок особливих етіопатогенетичних виникнення психічних порушень. Скуміна (функціонування чужорідного тіла в , хірургічне поранення нервово-м'язового та судинного апарату , порушення природних церебро-кардіальних зв'язків, стан дестабілізації» після імплантації). Причому, реабілітація за Скумінім запроваджувалась лише в умовах стаціонару та не передбачалась в амбулаторних умовах. Крім того, ми вважаємо за недоцільне в сучасних умовах застосування щодо кардіохірургічних пацієнтів сугестивних методів як таких, що не відповідають суб'єкт-суб'єктивним відносинам лікаря і пацієнта в створенні терапевтичного альянсу.

Разом з тим, поняття зміненого «грунту» як специфічної особливості , що страждають на ; кардіохірургічної ситуації стану необхідності остаточного вибору; «психологічної дестабілізації» як послаблення психологічної установки боротьби за не втратили актуальності в якості мішеней психотерапевтичного втручан-

ня.

В запропонованому нами алгоритмі індивідуалізованої психотерапевтичної інтервенції кардіохірургічних хворих, відокремлені наступні етапи курації: (див мал. 1.1).

1 етап – до проведення операції: збір анамнезу з карти пацієнта та зі слів найближчих родичів; надання пацієнту необхідної інформації та емоційної підтримки з боку психолога, лікуючого лікаря та медичного персоналу; проведення психологічної освіти з родичами хворого (ознайомлення з пам'яткою родичам пацієнта) (див. додаток А).

Перші хвилини знайомства з пацієнтом надзвичайно важливі для розуміння особистості і встановлення позитивного контакту. За цим проводиться коротке тестування, яке включає в себе ряд психологічних методик таких, як: Mini Mental State Examination; 10 слів (за О.Р. Лурією); методика числового квадрату; тест Спілбергера-Ханіна; шкала HADS; визначення рівня невротизації в (за К.Хеком и Х.Хессом) [34–36].

Показники тестування допомагають визначити рівень емоційного та когнітивного стану, які необхідні для проведення психотерапевтичних дій, після чого ми використовуємо короткострокову психотерапію, яка направлена на урівноваження емоційного стану (за допомогою вправ релаксації). Психокорекційна робота в цьому випадку не повинна торкатися теми центрального конфлікту особистості хворого (тобто проблеми смерті), а радше, обертатися навколо його другорядних конфліктів, що однак, мають певне етіопатогенетичне навантаження у розвитку хвороби.

2 етап – післяопераційний (на 4-7 день після проведення операції). Якщо бесіда проводиться в реанімаційному відділенні на 4 день, то за основу психологічного тестування ми обрали методику MMSE, що дає можливість попередньо оцінити інтелектуальну збереженість хворого; в реанімаційному відділенні основну підтримуючу роль для хворого відіграє кардіолог та медичний персонал. Якщо бесіда проводиться не в реанімаційному блоці, то за можливістю психолог проводить психологічне тестування за методиками (-дивись етап 1), а також психотерапевтичну роботу – використання раціонально-емотивної (за Єлісом) і когнітивної (А.Бек) психотерапії, еріксоновські методики, направленням яких є зменшення післяопераційних ускладнень (тривоги, депресії, невротичних розладів).

3 етап – індивідуальна психотерапія через 2-3 тижні. Вплив (за допомогою психотерапії) на пацієнта з метою зменшення психопатологічних порушень (-страху, астенії, депресії, іпохондрії), а також нейровегетативних і нейросоматичних функціонально-динамічних розладів (з боку серцево-судинної, дихальної, шлунково-кишкової та інших систем) з використанням різноманітних психотерапевтичних технік: раціональна психотерапія; релаксаційні техніки; техніки побудови життєвих перспектив та знаходження цінностей існування, методики вирішення проблем; групова емпатична підтримка тощо. Необхідна взаємодія з кар-

діологом та медичним персоналом. На цьому етапі кардіолог має надавати інформацію що до раціонального режиму дня.

4 – етап - через 3 місяці; 5 – етап - через 6 місяців; 6 – етап через 12 місяців. Застосовується індивідуальна та групова психотерапія для створення більш стійких раціональних механізмів психологічного захисту; надається допомога пацієнту у відновленні значущих систем відносин; допомога пацієнту у підвищенні його соціальної активності, адаптації в сім'ї та суспільстві. Необхідна взаємодія з кардіологом та медичним персоналом. На цьому етапі кардіолог має надавати інформацію щодо раціонального режиму дня та профілактичних дій. Групова психотерапія формує надійний ґрунт у соціальній адаптації та розвитку особистості – в майбутньому.

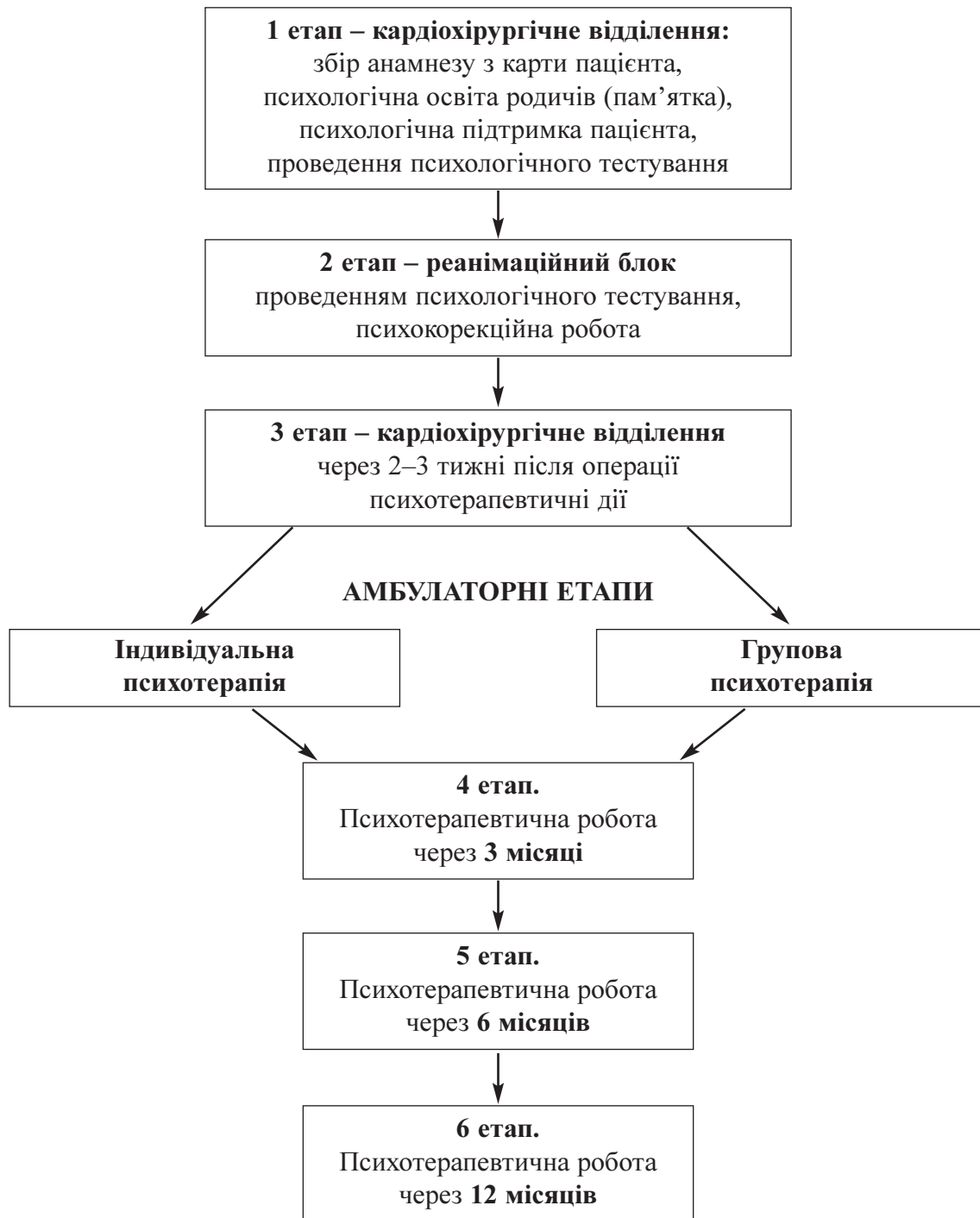
Запропонований нами алгоритм допоможе знизити психоемоційну напругу, посилити відновлення когнітивних функцій на всіх етапах реабілітації з відповідним підвищенням якості життя пацієнтів з адекватною їх ресоціалізацією в межах адаптивних життєвих стратегій.

Література:

1. Шабанов О.С., Вербовський Р.М., Шабанова І.І. Яремчук І.Т. Причини виникнення, діагностика, лікування ускладнень центральної нервової системи у пацієнтів, прооперованих в умовах штучного кровообігу // Серцево-судинна хірургія: Щорічник наукових праць Асоціації серцево-судинних хірургів України. Вип.17/ К: НІССХ ім. Амосова. – 2009. – С.466-469.
2. Бокерія Л. А., Гудкова Р. Г. Сердечно-сосудистая хирургия, М., Изд-во НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2004.
3. Петросян Т.Г. Когнитивные и эмоциональные нарушения и возможности их коррекции в анестезиологическом обеспечении кардиохирургических операций. Автореф. дисс. ... канд.мед.наук. – Санкт-Петербург – 2010.
4. Самушия М.А., Вечерина К.О. Патохарактерологические нарушения в отдаленном послеоперационном периоде аортокоронарного шунтирования (клиника и терапия) // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2005.–Т. 7, № 4. – С.14-18
5. Иванов С.В., Сыркин Л.А., Самушия М.А. Расстройства личности в послеоперационном периоде аортокоронарного шунтирования // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2004. – № 12. – С.12-16.6. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробижев М.Ю., Иванов С.В. Психические расстройства в кардиохирургии // Психокardiология. – 2005.– С. 331-94..
7. Долженко М.Н. Депрессивные и тревожные расстройства при сердечно-сосудистой патологии: взгляд кардиолога // Практическая ангиология, №3, 2006.
8. Pignay-Demaria V, Lesperance F, Demaria R.G et al. Depression and Anxiety and Outcomes of Coronary Artery Bypass Surgery // Ann Thorac Surg. – 2003.– 75.– P.314-21
9. Fitzsimons D, Parahoo K et al. Patient anxiety while on a waiting list for coronary artery bypass surgery: A qualitative and quantitative analysis // Heart. Lung.– 2003.– 32 (1).– P.23-8.
10. Шпаков О.В. Психические расстройства в кардиохирургической клинике // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2004. – № 3(14). – С.45–50.
11. Сипко Г.В., Романов А.И. Психотерапевтические мероприятия в комплексе восстановительного лечения пациентов после аортокоронарного шунтирования в условиях многопрофильного Центра реабилитации // Кремлевская медицина. – 2003. – № 3. – С.45 – 47.
12. Чабан О.С., Хаустова О.О., Степанова Н.М. Медико-психологичні заходи, спрямовані на покращення стану здоров'я пацієнтів з

гострими та хронічними хворобами системи кровообігу (на моделі інфаркту міокарду та артеріальної гіпертензії // Методичні рекомендації. – Київ, 2009. – 44 с.

13. Хаустова О.О., Безшейко В.Г. Нейроімунендокринологічні аспекти депресивних розладів при хронічних соматичних захворюваннях // Всесвіт соціальної психіатрії, медичної психології та психосоматичної медицини. – 2010. – т.1. – №3 (3). – С.112-119.
14. Кремнев Ю.А., Замотаев Ю.Н., Косов В.А. Медико-социальные аспекты реабилитации военнослужащих после хирургического лечения ИБС // РМЖ. – 2003. – Т.11, – № 9. – С.48-50.
15. Кремнев Ю.А., Замотаев Ю.Н., Косов В.А. Медико-социальные аспекты реабилитации военнослужащих после хирургического лечения ИБС // РМЖ. – 2003. – Т.11, – № 9. – С.48-50.
16. Михайлов Б. В., Черная О. В. Медико-психологическая реабилитация больных в остром периоде инфаркта миокарда и мозгового инсульта // Судинні захворювання головного мозку. – 2006. – № 4. – С.18-20.
17. Михайлов В. Б. Эмоциональные нарушения у лиц, перенесших инфаркт миокарда и мозговой инсульт // Український вісник психоневрології – 2009. –Т.17. – С.40-44.
18. Шашков О.В., Побережная Н.В., Бабюк И.А. Психореабилитация кардиохирургических больных // Актуальні проблеми сучасної психіатрії. Харків, 2003. – С.71-72.
19. Комиссаров С.И., Кузнецов А.С., Чекалова Е.Г. Психосоматические корреляции у больных, оперированных по поводу фибрилляции предсердий // Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2003. – Т. 4, – № 1. – С.13 – 16.
20. Лакосина Н.Д., Сергеев И.И., Панкова О.Ф. // Клиническая психология – М. – 2005. – С.243.
21. Яковлева О.О., Семененко С.І, Римша С.В. Проблема сомато-генных депрессий у больных с ишемичну хворобу серця та їх корекція Флуksenом // ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ – 2004. – № 106. – С.16-20.
22. Secheier M.F, Matthews K.A, Owens J.F et al. Optimism and rehospitalization after coronary artery bypass graft surgery // Arch. Intern. Med. 1999.– 159.– P.829-35.
23. Baker R.A, Andrew M.J, Schrader G., Knight J.L. Preoperative depression and mortality in coronary artery bypass surgery: Preliminary findings // Austral. New Zealand J Surgery.– 2001.– 71 (3).– P.139-42.
24. Saur C.D, Granger B.B, Muhlbaier L.H. Depressive symptoms and outcome of coronary artery bypass grafting // Am .J. Crit. Care.– 2001.– 10.– P.4-10.
25. Зельман В.Л., Зельман А.М., Караськов В.Н., Ломиворотов В.Г., Постнов Генетические аспекты защиты мозга. Возможности и адекватность в кардиологии. // Сибирский медицинский журнал – 2009. – № 3. – С.63-65
26. Руководство по кардиологии / Под ред.В.Н. Коваленко. – К. – 2008. 220с.
27. Фуштей И.М. Особенности введения пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование, в раннем послеоперационном периоде // Ліки України –2008. – № 9. – С.31-35.
28. Фуштей И.М. Особенности введения пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование, в раннем послеоперационном периоде // Ліки України –2008. – № 9. – С.31-35.
29. Подкорытов В. С. Проблема депрессий в общесоматической практике // Архів психіатрії. – 2003. – Т. 9, – № 1. – С.69–71.
30. Проблеми організації психіатричної, психотерапевтичної і психо-логічної допомоги в загально соматичній мережі А.В. Підасев, С.І. Табачніков // Архів психіатрії. – 2003.– 9.– №1.– С.4-5.
31. Карвасарский Б. Д. Психотерапия. Учебник для студентов медицинских ВУЗов, 2001. – 321с.
32. Шавердян Г.М. Основы психотерапии.-СПб.: Питер, 2007. – 208-с.
33. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога / И.Г. Малкина-Пых – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 992 с.
34. Карелина А.А. Психологические тесты в 2 т. Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003 – Т.1 с.39-45.– С.238-241.
35. Карелина А.А. Психологические тесты в 2 т. Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003 – Т.2.– С.229-230.
36. Бурлачук Л.Ф. // Словарь – справочник по психодиагностике. 3-е изд. – СПб: Питер.– 2008.– С.350-351.



Мал. 1.1 Алгоритм психотерапевтичної інтервенції в комплексній курації кардіохірургічних хворих

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРЕКЦИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ КУРАЦИИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

А.Н.Дзюба, Е.А.Хаустова, О.В.Бушинская, К.И. Тарновецкая, О.В. Прохорова

В статье рассматриваются особенности психоэмоциональных и когнитивных нарушений до и после проведения операций на сердце и предлагается алгоритм психотерапевтической помощи на всех этапах реабилитации кардиохирургических пациентов.

Ключевые слова: кардиохирургические пациенты, психотерапия, реабилитация

MEDICAL PSYCHOLOGICAL CORRECTION IN COMPLEX SUPERVISION OF CARDIOSURGICAL PATIENTS

A.N.Dzuba, E.A. Khaustova, O.V. Byshinskaya, K.I. Tarnovetskaya, O.V. Prokhorova

This article discusses features of psycho-emotional and cognitive disturbances before and after cardiac surgery, and proposes an algorithm for psychological care in all phases of cardiac patients' rehabilitation.

Keywords: cardiac patients, psychotherapy, rehabilitation

Додаток А до статті

**“МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ В КОМПЛЕКСНІЙ КУРАЦІЇ
КАРДІОХІРУРГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ”**

Пам'ятка родичам пацієнта
ШАНОВНІ РОДИЧІ, друзі та близькі ПАЦІЄНТА !!!

Спасибі за те, що Ви готові дати пацієнту найголовніше для нього – Ваш час та підтримку. Якщо буде потрібно, персонал відділення в будь-який момент прийде Вам на допомогу.

Після кардіохірургічних втручань у деяких хворих можуть відзначатися емоційні та інтелектуальні порушення. Зазвичай такого роду відхилення короткочасні і зникають через 3-5 днів після операції. Проте, в найближчому післяопераційному періоді такі розлади становлять найбільшу небезпеку. Емоційні порушення проявляються у вигляді перепадів настрою, дратівливості, неспокою, конфліктності. У разі виникнення подібних ситуацій краще не переконувати пацієнта, а постаратись заспокоїти його і переключити його увагу на щось інше. Можливі ситуації, коли пацієнт часом погано розуміє співрозмовника, забуває рекомендації медичного персоналу, дивуватися цьому не слід. При спілкуванні необхідно говорити спокійно і виразно, короткими простими реченнями, не підвищуючи тону голосу. Уникайте, будь ласка, «дитячого белькотіння», «телеграфного», «наказного» або «сюсюкаючих» стилів спілкування. На питання пацієнта про майбутнє частіше відповідайте: «Все має бути добре». У ранньому післяопераційному періоді необхідно стежити за дієтою, кількістю випитої та виділеної рідини, щодня контролювати вагу. Ваше завдання допомогти своєму близькому разом пережити складнощі післяопераційного періоду, але іноді від Вас залежить швидкість надання не тільки психологічної підтримки, а і медичної допомоги.

Вам необхідно відразу звернутися до медичного персоналу:

- при відмові хворого дотримуватися рекомендацій лікаря;
- при будь неадекватності мислення, поведінки;
- якщо пацієнт сьогодні плутає дату (місяць, рік);
- якщо пацієнт сьогодні погано орієнтується, де він знаходиться;
- якщо тривога пацієнта не має підстав, а він тривожний;
- якщо у хворого сьогодні відзначається емоційна лабільність;
- якщо пацієнт сьогодні імпульсивний або запальний;
- якщо пацієнт відмовляється від спілкування з Вами, висловлюється про «почутті образи, жалю до себе», «почуття втоми, безсилля»;
- якщо хворий висловлює суїцидальні думки.

Персонал відділення переконаний, що разом з Вами доб'ється успіху в лікуванні.