**Юшковська Ольга Геннадіївна. Відновлення роботоздатності та якості життя хворих на ішемічну хворобу серця на санаторно-курортному етапі реабілітації : дис... д-ра мед. наук: 14.01.33 / Одеський держ. медичний ун-т. — О., 2007. — 335арк. — Бібліогр.: арк. 277-314**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Юшковська О.Г. Відновлення роботоздатності та якості життя хворих на ішемічну хворобу серця на санаторно-курортному етапі реабілітації. – Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.33 – медична реабілітація, фізіотерапія та курортологія. - Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології, Одеса, 2007.  У дисертації на підставі комплексного клініко-функціонального і психосоматичного досліджень створена саногенетична концепція підвищення роботоздатності та якості життя хворих на ішемічну хворобу серця на санаторно-курортному етапі реабілітації, що узагальнює існуючі відомості та дані власних досліджень щодо впливу функціонального стану, психологічних чинників, індивідуальних особливостей особистості і якості життя цієї групи хворих на ефективність реабілітації. Науково обґрунтовано нову систему відновлення стану здоров’я та фізичної роботоздатності хворих з різними формами ІХС з урахуванням показників вегетативного статусу, психосоматичного стану та толерантності до фізичного навантаження, яка подана у вигляді процесу управління здоров'ям. Обґрунтовано можливість найбільш адекватного здійснення індивідуалізованої медичної реабілітації хворих на ІХС з позицій саногенетичного підходу та запропоновано принципово нову систему оцінки ефективності реабілітації. Виділено психологічні предиктори, що впливають на ефективність медичної реабілітації, динаміку роботоздатності і якості життя хворих на ІХС. | |
| |  | | --- | | У дисертації наведено нове вирішення наукової проблеми, що виявляється в розробці та науковому обґрунтуванні психофізичного напрямку у відновленні роботоздатності та підвищенні якості життя хворих на ішемічну хворобу серця на санаторно-курортному етапі як реалізація саногенетичної концепції у реабілітації.   1. При вивченні ефективності санаторного етапу реабілітації хворих на ІХС за даними ретроспективного опрацьовування санаторних карт та статистичних показників діяльності кардиореабілітаційного відділення санаторію було встановлено, що до 51,4% хворих ІІ та ІІІ класів тяжкості ІМ поступають на санаторний етап не досягнув належного об'єму рухової активності. 2. Провідним механізмом зниження об'єму рухової активності, функціональних і компенсаторних можливостей серцево-судинної системи (включаючи толерантність до фізичних навантажень) у хворих на ІХС є психофункціональна дезадаптація. Тому психофізичний напрямок реабілітації цих хворих є пато- та саногенетично обумовленим. 3. Найбільш інформативними інтегральними показниками ефективності дії реабілітаційних програм на організм пацієнтів з ІХС є ехокардіографічні показники ступеня і швидкості кардіорепаративних процесів міокарду лівого шлуночку, показники варіабельності серцевого ритму, тесту з шестихвилинною ходьбою, якості життя хворих, особливості особистості хворих, дані лазерної кореляційної спектроскопії ротоглоткових змивів та інформаційного аналізу лейкоцитарної формули. 4. Оцінка діяльності основних функціональних систем у процесі реабілітації хворих на ІХС повинна будуватися за таким алгоритмом:    * незалежний збір інформації стосовно кожного рівня експресними й інформативними засобами детекції;    * єдина, уніфікована система оцінки функціональної виразності параметрів;    * побудова індивідуального паттерну саногенетичного балансу;    * вичленовування інформативно значущих динамічних зрушень, що позначають напрямок і ступінь виразності процесів дезадаптації;    * визначення із індивідуально розрахованих векторів дезадаптації узагальненого внутрішньо-популяційного профілю. 5. У результаті аналізу зіставлюваних показників варіабельності серцевого ритму в досліджуваних групах після проведеного етапу санаторно-курортної реабілітації встановлено, що під впливом пропонованого способу психофізичної реабілітації в основній групі відбувається вірогідно більш значуще збільшення потужності спектра варіабельності серцевого ритму і його окремих спектральних характеристик, що виявлялося зниженням симпатовагального індексу (2,00 ± 0,21 проти 2,76 ± 0,68 у початковому стані (Р<0,05)) і було не таким виразним у контрольній групі. 6. Більш виразні зміни ехокардіографічних показників ступеня і швидкості кардіорепаративних процесів міокарду у групі хворих, яким проводився курс психофізичної реабілітації, пов’язані з корегуючим впливом кінезопсихотерапевтичних вправ, який полягає в створенні умов для формування компенсаторно-пристосовних реакцій, усунення порушень з боку вегетативної нервової систем, нормалізації потреби міокарду в кисні і ритму серцевої діяльності, зменшенні ішемії, що призводе до покращення скоротливої здатності міокарду, яке виявляється в збільшенні ударного індексу на 9,1% та підвищенні фракції викиду на 10,7% (Р<0,05). 7. Застосування у хворих на ІХС розробленої програми реабілітації сприяє підвищенню роботоздатності, що виявляється після закінчення курсу і стає ще більш виразним 13,2 ± 0,4 місяців по тому. Високі показники толерантності до фізичних навантажень наприкінці курсу реабілітації виявлено у 32,0 % основної групи і 17,3 % контрольної (Р<0,05). Фізіологічна реакція на навантаження після курсу була досягнута у вірогідно більшій кількості випадків - у 51 хворого основної групи проти такої у 23 хворих контрольної групи (Р<0,05). Серед пацієнтів основної групи після закінчення курсу реабілітації не було осіб з незавершеною пробою, у контрольній групі було 9 таких осіб. Приріст толерантності до фізичних навантажень за рік, що минув після закінчення курсу, більш виразно спостерігався в основній групі, а саме, 40% хворих основної групи змінили функціональний клас на більш високий (Р<0,01). 8. Тест з шестихвилинною ходьбою може застосовуватися для оцінки ефективності реабілітаційних програм у кардіологічних хворих через його високу ефективність, незначну вартість, можливість інтегральної оцінки психосоматичного стану. Показник процентної складової від належної дистанції розрахованої з урахуванням зросту, віку та ваги чіткіші відображає критерії фізичної роботоздатності та функціонального стану, чим лише довжина пройденої дистанції. Ці показники для хворих на ІХС зі серцевою недостатністю І функціонального класу складають (75,2 ± 8,1) % від належної, для ІІ функціонального класу (58,3 ± 6,2) % та для ІІІ функціонального класу (37,2 ± 7,2) %. 9. Вагомий вплив на показники якість життя мають вік хворих, рівень освіти, функціональний клас і давність інфаркту міокарда в анамнезі. Вірогідно (Р<0,05) найнижчі показники якості життя мають місце у хворих вікової групи 55 років, з вищою освітою, у хворих І клінічної групи ((–10,2) ± 0,4). 10. Покращання якості життя хворих, яким проводився курс психофізичної реабілітації, пов’язане з поліпшенням їхнього психологічного статусу, а також зі збільшенням толерантності до фізичних навантажень. У цих пацієнтів приріст показників якості життя вірогідно більший (у середньому (4,2 ± 0,3) бала), ніж такий у хворих контрольної групи (в середньому 1,8 ± 0,07, Р<0,05). При цьому покращання якості життя більш виразно у осіб, які регулярно відвідували заняття з психофізичної гімнастики і сумлінно ставилися до самостійних тренувань. 11. На участь у процедурах лікувальної гімнастики негативно впливають такі особистісні особливості хворих, як егоцентризм і конфліктність, а також поблажливе ставлення до своїх вад. Такі особливості заважають хворим виявляти готовність до докладання тривалих цілеспрямованих зусиль. Імовірність відмови від участі в заняттях з психофізичної гімнастики є високою у осіб з емоційною сталістю, що призводить до недооцінювання такими пацієнтами ситуації і недостатнього розуміння ними власної відповідальності за своє здоров'я, що вкупі з невисокою обов'язковістю пояснює причину не досить активної участі цієї категорії хворих у медичної реабілітації. 12. Хворим, імовірність участі яких у реабілітаційному процесі є невеликою через низький рівень освіти або наявність певних особистісних особливостей, необхідно до початку лікування провести підвищення мотивації до призначеного виду втручання. Хворим, у яких виявлено психопатологічну симптоматику, за доцільне до початку лікування провести курс поліпшення їхнього психічного стану і підвищення ймовірності участі в терапії з застосуванням фізичних тренувань. Саме застосування психофізичної гімнастики для цієї категорії хворих дозволить лікувати основне захворювання і водночас позитивно впливати на їхній психічний статус. 13. Система терапевтичного навчання хворих, до якої входять взаємопов’язані елементи психофізичної реабілітації, “Школа кардіологічного хворого”, “Університет здоров’я”, дозволяє формувати у цього контингенту пацієнтів усвідомлену мотивацію щодо лікування і самоконтролю, спрямовану на зміну поведінки і стилю життя, що сприяє поліпшенню якості життя. Система терапевтичного навчання хворих надає можливість контролювати віддалені результати лікування і реабілітації у санаторії, проводити опитування й анкетування хворих, дозволяючи зберігати зворотний зв’язок із ними, що й визначає ефективність застосування реабілітаційних схем, дозволяє також виявляти осіб, які належать до груп ризику розвитку ІХС, проводити вторинну профілактику цього захворювання, що сприяє підвищенню ефективності медичної реабілітації. 14. Запропонована концепція реабілітації характеризується такими перевагами як висока ефективність, комплексність, сінергізм та можливість інтеграції, доступність для широких верств населення, неінвазівність та дупліфіціруемість. Оцінка ефективності реабілітаційної дії на організм з позицій концепції саногенезу є інтегральною, вірогідною та досить інформативною, що й обґрунтовує застосування саногенетичного підходу в медичної реабілітації. | |