

## ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕЛКООЧАГОВЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ

*Босовец Е.В., Приходько В.И., канд. мед. наук, доцент,*  
Белорусский государственный университет физической культуры,  
Республика Беларусь

Технический прогресс, автоматизация и механизация производства, урбанизация населения развитых стран привели к значительному снижению двигательной активности человека. Возникла парадоксальная ситуация: цивилизация и улучшение условий жизни породили болезни века, среди которых одно из первых мест занимает ишемическая болезнь сердца и ее наиболее тяжелое осложнение – инфаркт миокарда [1].

В настоящее время в мире существуют государства с высокой и низкой распространенностью смертности от ишемических поражений сердца. Особенно низкие показатели смертности от этого заболевания отмечаются в ряде стран Азии, Африки и Латинской Америки [2].

В Республике Беларусь отмечается рост смертности от болезней системы кровообращения. Так, только за двенадцать лет (1991–2003 гг.) данный показатель вырос на 32 %.

Рост показателей смертности от ишемических поражений сердца в Республике Беларусь за период с 2001 по 2002 г. составил 2,5 % среди всего населения и 1,3 % – среди трудоспособного населения [3].

Психосоматические заболевания, к которым относится инфаркт миокарда, требуют коррекции, а также являются препятствием социализации и интеграции больного в общество. Так как эмоциональное перенапряжение, артериальная гипертензия и ожирение являются факторами риска развития инфаркта миокарда, нами были исследованы особенности психологического и функционального состояния инфарктных больных.

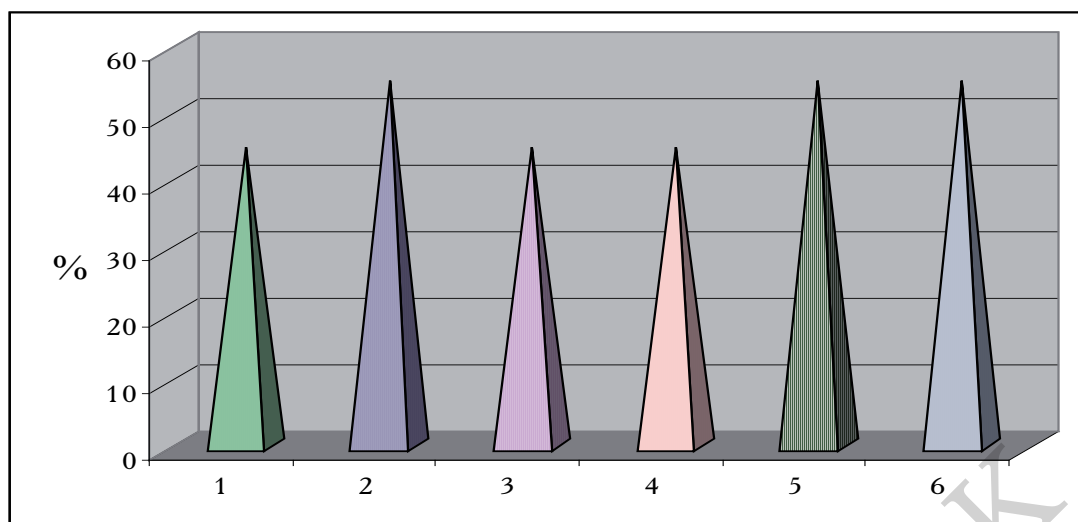
Настоящее исследование проводилось на базе больницы скорой медицинской помощи г. Минска с 8 августа по 4 сентября 2007 г. с 20 больными, перенесшими мелкоочаговый инфаркт миокарда с редкими приступами стенокардии, с I классом тяжести, в возрасте 50–60 лет.

Были использованы следующие методы исследования:

1. Анализ научно-методической литературы.
2. Анкетирование.
3. Психологическое тестирование.
4. Антропометрические исследования.
5. Изучение функционального состояния сердечно-сосудистой системы.
6. Математико-статистическая обработка данных.

По результатам анкеты «Психологический аспект качества жизни инфарктного больного» большинство исследуемых состоят в браке. Более половины пациентов расценивают свое состояние здоровья как плохое, считают, что у них серьезное заболевание, встревожены случившимся, что выбивает их из колеи. Этим больных беспокоит быстрая утомляемость, бессонница, они напуганы случившимся, им трудно сосредоточиться, больные считают себя рассеянными, думают, что это замкнутый круг и в будущем их ожидает то же, что и сейчас.

Исследуемые тревожатся за то, каким будет их здоровье через полгода, год, у них часто бывает подавленное настроение, апатия. У них возникает страх за сердце при физической нагрузке, они часто измеряют пульс, когда врач этого не требует, положительно относятся к рекомендациям врача. Частота встречаемости различных психологических аспектов качества жизни пациентов представлена на рисунке 1.



1 – субъективная оценка состояния здоровья как плохая; 2 – встревоженность случившимся;  
 3 – ожидание в будущем повторного инфаркта; 4 – апатия; 5 – измерение пульса, когда врач не требует;  
 6 – страх за сердце при нагрузке

Рисунок 1 – Психологические аспекты качества жизни больных

По данным анкеты «Шкала проявления тревожности», у этих лиц отмечен высокий ее уровень, который соответствовал 36,3 балла. Данные по частоте встречаемости различных уровней тревожности у больных инфарктом миокарда представлены на рисунке 2.

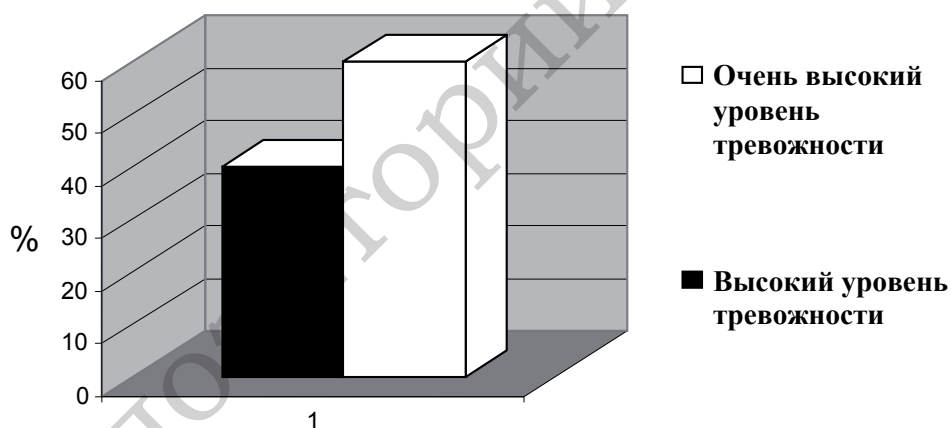


Рисунок 2 – Частота встречаемости различных уровней тревожности у пациентов

При оценке «уровня лжи» данный показатель составил 3,9 балла, это свидетельствует о том, что больные отвечали достаточно честно.

При оценке уровня физического развития оказалось, что средние значения массы тела незначительно превышают нормативные показатели. Индекс массы тела (ИМТ) составлял в среднем 27,4 у. е. Он превышал должные величины у всех пациентов.

Для всех больных характерна тахикардия в покое, средние значения САД и ДАД в покое оказались выше нормы (САД – 149,25 уд/мин, ДАД – 96,25 уд/мин).

Индекс Робинсона у обследуемых составлял в среднем 140,7 балла, что соответствует уровню ниже среднего значения. При индивидуальном анализе установлено, что у всех больных наблюдаются значения ниже среднего, это свидетельствует о низких резервных возможностях миокарда.

Адаптационный потенциал системы кровообращения составлял в среднем 3,67 балла, что свидетельствует о неудовлетворительном уровне адаптации.

У всех больных наблюдался гипертонический тип реакции сердечно-сосудистой системы на физическую нагрузку в виде тренировок малых мышечных групп.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что у больных, перенесших инфаркт миокарда, повышен уровень тревожности (60 % – очень высокий), нарушено психологическое состояние (у них часто бывает подавленное настроение, возникает страх за сердце при физической нагрузке, они часто измеряют пульс, когда врач этого не требует) и значимо снижено функциональное состояние сердечно-сосудистой системы (снижен индекс Робинсона, адаптационный потенциал, отмечена тахикардия в покое, повышено артериальное давление). Это свидетельствует о том, что восстановительные мероприятия с больными инфарктом миокарда должны быть направлены на коррекцию не только функционирования сердечно-сосудистой системы, но и их эмоционального состояния.

1. Рудина, М.Д. Ранние индивидуальные физические тренировки малых мышечных групп в процессе восстановительного лечения больных инфарктом миокарда: автореф. дис. ... канд. пед. наук / М.Д. Рудина; Белорус. гос. ун-т физ. культуры. – Минск, 1992. – 24 с.

2. Сыркин, А.Л. Инфаркт миокарда / А.Л. Сыркин. – М.: Медицина, 1991. – 298 с.

3. Цыбин, А.К. Анализ показателей смертности от болезней системы кровообращения / А.К. Цыбин [и др.] // Здоровоохранение. – 2004. – № 3. – С. 5–10.

## **АНАЛИЗ МЕТОДИК ПРИМЕНЕНИЯ СРЕДСТВ И МЕТОДОВ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ**

***Брушко В.В., Марченко О.К., канд. пед. наук, профессор,***

Национальный университет физического воспитания и спорта Украины,  
Украина

Детский церебральный паралич является сложным и, к сожалению, самым распространенным заболеванием центральной нервной системы у детей. По данным МОЗ Украины, количество детей, страдающих этим страшным недугом, превышает 35 тыс. человек. Такая ситуация позволяет сделать вывод, что проблема детского церебрального паралича приобретает не только медицинское, но и особое общечеловеческое, медико-социальное значение, решение которой требует согласованной работы врачей и специалистов физической реабилитации при активном участии родителей больных детей [3].

Данной патологии присущи нарушения функций не только нервной, но и других систем организма. При этом характерной особенностью является нарушение функции движения в виде парезов, параличей, расстройств координации, непроизвольных движений. Основные осложнения детского церебрального паралича характеризуются дисбалансом тонуса и регуляции работы мышечной системы, что приводит к постепенному образованию контрактур и деформаций конечностей. Вследствие этого контрактуры и деформации фиксируют ребенка в патологической позе, затрудняют статическое и локомоторное развитие, увеличивают частоту вегетотрофических нарушений, ограничивают возможности передвижения, самообслуживания и социальную адаптацию больного ребенка [6, 9].

Актуальность изучения данной проблемы заключается в необходимости поиска новых путей повышения эффективности и оптимизации восстановительных мероприятий с целью коррекции двигательной дисфункции детей с церебральным параличом.