

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УССР
УКРАИНСКОЕ НАУЧНОЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО

ПРОЦЕССЫ АДАПТАЦИИ И КОМПЕНСАЦИИ В КАРДИОЛОГИИ

ПЛЕНУМ ПРАВЛЕНИЯ
УКРАИНСКОГО НАУЧНОГО
КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА

29—30 ноября 1979 года

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

Киев — 1979

лютного числа Т-лимфоцитов, а также в уменьшении их функциональной активности в РБТЛ на ФГА. Одновременно отмечалось повышение показателей, отражающих активность аутоиммунных процессов — выраженная ингибция миграции лейкоцитов на антигены из тканей легких и сердца, активация РБТЛ на антигены из тканей легких, сердца и почек, повышение титра противолечочных и противосердечных аутоантител. Наряду с увеличением абсолютного числа В-лимфоцитов, изменялся γ-глобулиновый спектр сыворотки крови при II и, особенно, III степени ЛСН: повышалось содержание Ig класса G и A, в то время, как содержание IgM не претерпевало существенных изменений. При выраженных степенях ЛСН снижалась фагоцитарная активность нейтрофилов крови. Неоднозначная направленность отмеченных иммунных нарушений выражалась умеренными сдвигами при ЛСН I степени, их максимальной активностью — при ЛСН II степени и нарастающим угнетением основных показателей иммунитета — при ЛСН III степени, сопровождаемой тяжелой типоксемией и респираторно-метаболическим ацидозом. Установленная направленность иммунных нарушений и их своеобразная стадийность при различных степенях ЛСН позволили дополнить существующие представления о патогенезе ХЛС, а также обосновать необходимость дифференцированного выбора средств фармакологической коррекции этих нарушений методом иммуномодулирующей терапии, выступающей в роли адаптационно-компенсаторного механизма при указанном варианте сердечной недостаточности.

О СОЦИАЛЬНО-ТРУДОВОЙ И ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКУЮ ОПЕРАЦИЮ

В. А. Скумин (Киев)

Социально-трудовая адаптация является одним из важнейших критериев определения эффективности лечебно-восстановительных мероприятий. Применение современных методов хирургического лечения и медицинской реабилитации позволяет значительно улучшить физическое состояние больных. Тем не менее анализ отдаленных результатов, проведенный сотрудниками клиники сердечной хирургии, показал, что, несмотря на значительное увеличение числа трудоспособных по своему соматическому состоянию пациентов, количество неработающих лиц не только не уменьшалось, а наоборот, статистически значимо

возросло. Такое положение не может быть признано удовлетворительным.

Настоящее исследование осуществлено с целью изучения влияния нервно-психических, психологических, личностных факторов на формирование механизмов социальной, семейной, личностной адаптации и дезадаптации. Обследовано в динамике 166 человек в возрасте от 15 до 54 лет. 94 произведено протезирование клапанов сердца, 72 — митральная комиссуротомия. До и после операции изучались особенности внимания, памяти, мышления, эмоционально-волевой сферы. Анализировались мотивации, характер отношения к заболеванию, операции, самооценка основных биологических и социальных функций и другие факторы, влияющие на механизмы социальной компенсации.

У большинства обследованных доминировали процессы биологической адаптации к измененной заболеванием внутренней среде: социальные установки личности были дезактуализированы, ориентировочные реакции, интересы, внимание, мотивации сосредоточены на аспектах деятельности, связанных с болезнью. Только 9 человек из числа лиц, которым предстояла имплантация искусственных клапанов и 17 из группы больных, готовящихся к митральной комиссуротомии, связывали с операцией надежды на поддержание и повышение своего общественного статуса. У остальных — установка на операцию связана только с возможностью сохранить жизнь и улучшить физическое состояние. 48 больных с протезами клапанов и 16, перенесших митральную комиссуротомию, считали, что сам факт кардиохирургической операции даст им право на получение I группы инвалидности.

У 39 оперированных диагностирован кардиопротезный психопатологический синдром — в этих случаях отмечен самый низкий уровень социально-трудовой адаптации.

Вышеизложенное демонстрирует необходимость оптимизации существующих лечебно-восстановительных программ путем внедрения системы психической реабилитации, включающей в себя 4 этапа: подготовительный, седативно-мобилизационный, активной психологической реабилитации и поддерживающе-корректирующий. Основными ее задачами являются: психологическая подготовка к операции, формирование адекватного отношения к соматическому и психологическому статусу, создание лечебной перспективы, коррекция нервно-психических нарушений, обучение приемам психической саморегуляции и другие психотерапевтические мероприятия, способствующие достижению максимально возможного уровня социально-трудовой, се-

мейной, личностной адаптации указанного контингента больных.

Описанная система психической реабилитации применялась 116 пациентам, 50 человек составили контрольную группу. Проявления психической дезадаптации при обследовании через 1—2 года в лечебно-реабилитационной группе наблюдались в 2,1 раза, а социальной дезадаптации — в 1,6 раза реже, чем в контрольной.

В целом, проведенное исследование демонстрирует целесообразность формирования у больных социально-психологических механизмов адаптации и компенсации с помощью современных методов психотерапии.

ЗНАЧЕНИЕ ТРЕНИРОВКИ ДОЗИРОВАННОЙ ХОДЬБЫ В АДАПТАЦИИ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

И. К. Следзевская, Ж. М. Высоцкая (Киев)

В восстановлении работоспособности после перенесенного инфаркта миокарда большое значение имеет состояние компенсаторно-адаптационных возможностей организма. Несомненный интерес представляет изучение факторов, способствующих адаптации к физической нагрузке, после этого заболевания. В этом аспекте приобретает интерес изучение влияния тренировочных режимов, в частности, тренировок с помощью дозированной ходьбы.

Нами проведены тренировки дозированной ходьбой на протяжении часа утром и 30 минут вечером при скорости ходьбы на субпороговом уровне через 4—12 месяцев после перенесенного инфаркта миокарда у 40 больных.

Пороговая нагрузка и пороговая скорость определялись на протяжении двух недель при пребывании больных на обычном режиме и через две недели после выполнения тренировочного режима. Установлено повышение толерантности к физической нагрузке после тренировок, что выражалось в повышении пороговой мощности и уровня общей работы. При этом происходило понижение потребности миокарда в кислороде, что подтверждалось сохранением постоянной величины двойного произведения при повышении толерантности к нагрузке.

Проведенные наблюдения показали неоднозначность эффективности тренировок при различном течении заболевания. Наибольшее значение для низкой эффективности тренировки имеет выраженная стенокардия, несколько меньшее — величина поражения миокарда. Поэтому назначение тренировочных режимов