

Міністерство освіти і науки України
Чорноморський національний університет імені Петра Могили

Факультет фізичного виховання та спорту
Кафедра медико-біологічних основ спорту та фізичної реабілітації

**ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ
(60 РОКІВ І СТАРШЕ) З ЗАХВОРЮВАННЯМИ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ
СИСТЕМИ**

Дипломна робота

Здобувача вищої освіти другого
(магістерського) рівня
галузі знань 22 Охорона здоров'я,
спеціальності 227 «Фізична терапія,
ерготерапія», 681 групи
Брензевича Олександра Вікторовича

Керівник: Т.М.Яблонська – доцент кафедри
медико-біологічних основ спорту та
фізичної реабілітації, к.м.н.

Миколаїв - 2023

ЗГІДНО РІШЕННЯ КАФЕДРИ МЕДИКО-БІОЛОГІЧНИХ ОСНОВ СПОРТУ
ТА ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ (Протокол №6 від 24.01.2023) дипломну роботу
магістра Брензевича О.В. на тему: «ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У
ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ(60 РОКІВ І СТАРШЕ) З ЗАХВОРЮВАННЯМИ
СЕРЦЕВО-СУДИННОЇСИСТЕМИ» розглянуто та рекомендовано до захисту.

Завідувач кафедри

Гетманцев Сергій Васильович

Декан факультету

Тупєєв Юлай Вільович

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. Теоретичні аспекти фізичної реабілітації осіб похилого віку з ІХС та наслідками гострого коронарного синдрому.....	11
1.1. Загальна характеристика ІХС та гострого коронарного синдрому.....	11
1.2. Аналіз сучасних настанов щодо комплексної реабілітації хворих з ішемічною хворобою серця.....	23
1.3. Місце психологічної реабілітації у програмах комплексного відновного лікування кардіологічних хворих.....	32
РОЗДІЛ 2. Організація та методика дослідження ефективності комплексної медико-психологічної реабілітації осіб похилого віку з ішемічною хворобою серця	43
2.1. Методи дослідження	43
2.2. Характеристика вибірки.....	48
2.3. Етапи та структура експериментального дослідження	52
РОЗДІЛ 3. Ефективність програми медико-психологічної реабілітації для осіб похилого віку з ішемічною хворобою серця.....	55
3.1. Експериментальна комплексна програма медико-психологічної реабілітації: методичні аспекти впровадження.....	55
3.2. Динаміка клінічних проявів захворювання та функціональних показників серцево-судинної системи осіб з ІХС під впливом експериментальної реабілітаційної програми.....	60
3.3. Зміни психо-емоційного стану та якості життя осіб похилого віку з ІХС в процесі комплексної медико-психологічної реабілітації	70
ВИСНОВКИ	78
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	81
ДОДАТКИ.....	92

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- АГ – артеріальна гіпертензія
- АКШ – аортокоронарне шунтування
- АЛТ – аланінамінотрансфераза
- АП – адаптаційний потенціал
- АСТ – аспартатамінотрансфераза
- АТ – артеріальний тиск
- ВЕМ – велоергометрия, велоергометр
- ВКЗ – внутрішня картина здоров'я
- ВКХ – внутрішня картина хвороби
- ВСР – варіабельність серцевого ритму
- ДМАТ – добове моніторування артеріального тиску
- ДФН – дозоване фізичне навантаження
- ГКС – гострий коронарний синдром
- ЕКГ – електрокардіографія
- ЕхоКГ – ехокардіографія
- ЗХС – загальний холестерин
- ІМ – інфаркт міокарда
- ІММЛШ – індекс маси міокарда лівого шлуночка
- ІФЗ – індекс функціональних змін
- ІХС – ішемічна хвороба серця
- КДО – кінцевий діастолічний об'єм
- КДР – кінцевий діастолічний розмір
- КР – кардіореабілітація
- КСО – кінцевий систолічний об'єм
- КСР – кінцевий систолічний розмір
- ЛШ – лівий шлуночок
- ЛФК – лікувальна фізична культура
- ММЛШ – маса міокарда лівого шлуночка
- МСЕК – медико-соціальна експертна комісія

ПАРС – показник адаптації регуляторних систем

ПД – подвійний добуток

ПЗКТ – прогнозоване значення кінцевих точок

РП – реабілітаційний потенціал

САТ – систолічний артеріальний тиск

СІХС – стабільна ішемічна хвороба серця

СН – серцева недостатність

ССЗ – серцево-судинні захворювання

ТГ – триацилгліцериди

ТЗСЛШ – товщина задньої стінки лівого шлуночка

ТЛТ – тромболітична терапія

ТМШП – товщина міжшлуночкової перегородки

ФВ – фракція викиду

ФК – функціональний клас

ХМ ЕКГ – холтеровське моніторування електрокардіографії

ЗХС – загальний холестерин

ХС ЛПВЩ – холестерин ліпопротеїдів високої щільності

ХС ЛПДНЩ – холестерин ліпопротеїдів дуже низької щільності

ХС ЛПНЩ – холестерин ліпопротеїдів низької щільності

ЧКВ – черезшкірне коронарне втручання

ЧСС – частота серцевих скорочень

А – виконана робота при велоергометрії

Т – тривалість навантаження

W – порогова потужність

ΔПД/А – відношення подвійного добутку до виконаної роботи

ВСТУП

Актуальність. Починаючи другої половини минулого сторіччя поширення хвороб системи кровообігу в більшості країн світу набуло епідемічного характеру. Саме серцево-судинні захворювання посідають перше місце в структурі смертності громадян України (62,5 %), на кілька порядків випереджаючи смертність від злоякісних новоутворень. В Україні щорічно ці захворювання забирають життя у близько 500 тисяч, а в Європі – у понад 4 мільйонів осіб [43]. До 2030 року за прогнозами ВООЗ, кількість летальних випадків від захворювань системи кровообігу збільшиться до 25 мільйонів [46]. Дані європейських досліджень (база даних «Здоров'я для всіх») свідчать, що в Україні показник смертності від хвороб серцево-судинної системи перевищує відповідні показники у країнах Європи на 74 % [25].

До теперішнього часу відбувається постійне зростання показників серцево-судинної захворюваності. За останні тридцять років у нашій країні спостерігається збільшення серцево-судинних захворювань у 3,5 раза, при цьому рівень летальних наслідків зріс на 46 % [24]. Україна значно випереджає країни Європи за поширеністю ішемічної хвороби серця, яка є основною причиною смертності серед інших захворювань серцево-судинної системи [12, 55, 46]. Хвороби системи кровообігу продовжують посідати перше місце в структурі причин інвалідності серед дорослого населення України (23,1%) і друге – серед працездатного населення (20,5%).

Найбільший внесок у смертність від хронічних систем кровообігу має ішемічна хвороба серця – 68,8% (у 2020 – 69,0), за останні 5 років незначно зменшилась частка інфаркту міокарда, інсульту, цереброваскулярних хвороб [18].

Ішемічна хвороба серця (ІХС) – є однією з основних проблем у клініці внутрішніх хвороб. ІХС розвивається внаслідок ураження коронарних артерій та в результаті абсолютного чи відносного порушення кровопостачання міокарда [63]. На жаль, умови та спосіб життя сучасної людини (неправильне харчування, гіподинамія, високий рівень стресових навантажень, обмеження

доступності певної категорії населення до своєчасної та якісної медичної допомоги в умовах війни тощо) сприяють і подальшому прогресуванню ІХС та розвитку гострого коронарного синдрому. За даними щорічної медичної статистики дослідники прогнозують до 2025 року збільшення первинної захворюваності серед дорослого населення, зокрема: на стенокардію – на 61,1 %, на інфаркт міокарда – на 24 % та зростання поширеності стенокардії – на 73,5 %.

Сучасні епідеміологічні дослідження вказують на поширеність ішемічної хвороби серця переважно у чоловіків уже з 30-39 років і подальше збільшення кількості випадків із віком (у 40-49 років страждає кожний дванадцятий чоловік, у 50-59 років – кожний п'ятий, а в 60-69 – кожний третій). Отже, ризики розвитку ішемічної хвороби серця та важкості її протікання напряму пов'язані із віком пацієнтів, не зважаючи на «омолодження» гострих коронарних явищ, найбільш вразливою категорією залишаються саме літні люди у віці старше 60 років.

Найтяжчою клінічною формою ІХС є гострий коронарний синдром (ГКС), котрий являє собою гостре порушення коронарного кровообігу та об'єднує такі клінічні стани, як нестабільна стенокардія та інфаркт міокарда.

Комплексна реабілітація та відновне лікування є визнаними найбільш економічно ефективними втручаннями для зниження серцево-судинної смертності, захворюваності та інвалідності, а також підвищення якості життя. Обов'язковими залишаються застосування програм відновного лікування як в стаціонарі, так і амбулаторних умовах, що потребує зміни організаційної складової із створенням центрів для забезпечення комплексної та доступної допомоги. Застосування новітніх методів діагностики та лікування хворих на ІХС потребує і розробки нових підходів до відновного лікування та реабілітації. Ефективність консервативного та хірургічного лікування кардіологічних хворих в подальшому залежить від багатьох факторів, зокрема відновного періоду, адаптаційних можливостей та реабілітаційного потенціалу, можливості участі у реабілітаційних програмах, психологічного

стану, бажання та активної позиції пацієнтів. Пацієнти працездатного віку мають більш сприятливий реабілітаційний прогноз, реабілітаційний потенціал, виявляють кращі показники мотиваційної та психоемоційної сфери у порівнянні з пацієнтами літнього віку [23].

Багатьма дослідниками підтверджено ефективність кардіологічної реабілітації після гострого коронарного синдрому та аортокоронарного шунтування, шляхом зниження смертності в умовах сучасного лікування [23,25,43,61]. В той же час, є низький відсоток залучення пацієнтів на всіх етапах реабілітації та встановлено недостатню ефективність навчання пацієнтів (особливо у віці 60+) [21, 32]. Крім того, більшість програм кардіореабілітації включають, в основному, фізичну складову, однак програми, що включають переважно фізичні тренування не можуть вважатися повноцінною кардіологічною реабілітацією, оскільки не охоплюють психо-соціальний аспект реабілітаційного процесу та не відповідають принципам комплексності, індивідуальності та мультидисциплінарного підходу.

Наявність тривоги та депресії, що діагностуються у кардіологічних хворих літнього віку, пов'язані з меншою здатністю до виконання фізичних навантажень, втому, низьким почуттям благополуччя, що потребує залучення психолога для навчання управління стресом та засобам самоконтролю [21, 38]. Психологічний стан хворого суттєвим чином впливає на відновне лікування та реабілітацію кардіологічних пацієнтів, при цьому одним із ключових моментів є формування внутрішньої картини здоров'я та внутрішньої картини хвороби [26, 50]. Тож впровадження мультидисциплінарного підходу сприятиме кращому встановленню контакту з хворим та наданню різнопланової, якісної інформації спрямованої на активізацію відновних процесів та реадaptaцію хворого.

Отже питання розробки структури та програм ранньої комплексної реабілітації хворих на ішемічну хворобу серця з поєднанням навчального та фізичного аспекту, всебічним впливом на фізичну здатність, функціональні показники серцево-судинної системи, психологічний стан хворого, якість

життя та клінічний перебіг ІХС є актуальними та перспективними для розробки.

Також є доцільною розробка алгоритму визначення можливостей реабілітації та урахування індивідуальних характеристик стану пацієнта на основі постановки реабілітаційного діагнозу та визначення реабілітаційного потенціалу з використанням інструментів МКФ [23].

Об'єкт дослідження: комплексна фізична реабілітація осіб похилого віку з наслідками гострого коронарного синдрому.

Предмет дослідження: ефективність впливу комплексної медико-психологічної реабілітації на функціональні показники ССС, показники активності та участі і якість життя хворих похилого віку із наслідками гострого коронарного синдрому.

Гіпотезою дослідження виступає припущення про те, що поєднання індивідуально розроблених програм сучасної фізичної реабілітації та методів психологічного впливу у програмах комплексної медико-психологічної реабілітації хворих похилого віку із наслідками гострого коронарного синдрому дозволяє покращити клінічні та функціональні показники серцево-судинної системи, показники психоемоційного стану та якості життя пацієнтів, сприяючи їх соціальній реадаптації та вторинній профілактиці ГКС.

Мета роботи: розробка, впровадження та експериментальна перевірка ефективності комплексної програми кардіореабілітації осіб похилого віку із наслідками гострого коронарного синдрому.

Завдання:

1. Проаналізувати сучасний стан кардіореабілітації хворих з ІХС на основі теоретичного вивчення наукових джерел, присвячених питанню комплексної реабілітації осіб з захворюваннями ССС.
2. Обґрунтувати доцільність використання методик фізичної та психологічної реабілітації осіб похилого віку з наслідками гострого коронарного синдрому.
3. Розробити експериментальну комплексну програму кардіореабілітації

осіб похилого віку із наслідками гострого коронарного синдрому з використанням методик ЛГ, велоергометричного тренування, психоедукації та психотерапії.

4. Експериментально перевірити ефективність розробленої програми.

Методи дослідження: аналітичний огляд науково-методичної літератури з проблеми дослідження; аналіз даних медичної статистики, клінічні та функціональні методи оцінки серцево-судинної системи: загальноклінічне обстеження, тест з ДФН на ВЕМ, 6-хвилинний тест ходьби, тредміл-тест, ЕКГ, ЕхоКГ; лабораторні методи: біохімічне дослідження крові; опитувальники (SF-36, SAQ, PHQ-2, PHQ-9, HADS, Спілберга-Ханіна), опитувальник якості життя ВООЗ; формувальний та контрольний експеримент; методи математичної статистики.

Інформаційна база дослідження. Дослідження проводилося на базі Хмельницького обласного серцево-судинного центру Хмельницької обласної ради.

Наукова новизна: розроблена і науково обгрунтована програма комплексної медико-психологічної реабілітації для осіб похилого віку із наслідками гострого коронарного синдрому. Вперше обгрунтовані принципи добору та поєднання методів кінезіотерапії та засобів психологічної корекції в структурі комплексної стаціонарної та амбулаторно-поліклінічної реабілітації хворих з кардіопатологією. Встановлено індивідуальні та типові особливості зміни психологічного статусу хворих у віці 60+, що мають ІХС, та розроблено програму психологічної реабілітації кардіологічних хворих шляхом оптимізації внутрішньої картини здоров'я.

Практичне значення: Розроблено та апробовано програму комплексної медико-психологічної реабілітації хворих з ІХС та наслідками гострого коронарного синдрому та методичні рекомендації, які можуть бути впроваджені у загальну систему відновного лікування хворих з кардіопатологією в умовах лікувальних, лікувально-профілактичних та санаторно-курортних установ відповідного профілю.

Апробація роботи здійснювалась на XXV Всеукраїнській науково-практичній конференції «Могилянські читання – 2022: Досвід та тенденції розвитку суспільства в Україні: глобальний, національний та регіональний аспекти», 7-11 листопада 2022 р., м. Миколаїв.

Структура роботи: дипломна робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел і додатків. Містить 13 таблиць та 1 рисунок. Кількість літературних джерел – 90, із них 12 зарубіжних. Загальний обсяг роботи складає 92 сторінки.

РОЗДІЛ 1. Теоретичні аспекти фізичної реабілітації осіб похилого віку з ІХС та наслідками гострого коронарного синдрому

1.1. Загальна характеристика ІХС та гострого коронарного синдрому

ІХС є одним з найбільш поширених захворювань в економічно розвинених країнах і однією з найбільш частих причин смерті. Термін ІХС, запропонований Комітетом експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я в 1962 р., означає патологічний стан, що характеризується абсолютним або відносним порушенням кровопостачання міокарду внаслідок ураження коронарних артерій серця. Цей термін тотожний поняттю «Коронарна хвороба серця» (ВООЗ, 1959).

На сьогоднішній день накопичена велика кількість фактичного клінічного та наукового матеріалу, що свідчить про поліморфізм ішемічної хвороби серця (ІХС). Це дозволило розрізнити кілька форм ішемічної хвороби серця та кілька варіантів її перебігу. Основну увагу науковців та клініцистів привертає інфаркт міокарда - найтяжча та поширеніша гостра форма ішемічної хвороби серця. Значно менше описані у літературі форми ішемічної хвороби серця, що протікають хронічно – це атеросклеротичний кардіосклероз, хронічна аневризма серця, стенокардія. У той же час атеросклеротичний кардіосклероз, як причина смертності серед хвороб органів кровообігу, у тому числі серед форм ішемічної хвороби серця, стоїть на першому місці.

Ішемічна хвороба – найважливіша проблема сучасної охорони здоров'я. Вона вражає працездатних чоловіків (у порівнянні з жінками) несподівано, у розпал найактивнішої діяльності, спричиняє високий відсоток інвалідизації та втрати працеспроможності, має високий рівень летальності, особливо у пацієнтів похилого віку.

Під ішемічною хворобою серця розуміють патологічний стан, що розвивається при порушенні відповідності між потребою у кровопостачанні серця та його реальним здійсненням. Ця невідповідність може виникати при

кровообігу міокарда, що зберігається на певному рівні, але при різко збільшеній потребі в ньому (стрес, фізична активність), або при сталій потребі та інтенсивному зниженні кровообігу (спазм або тромбоз коронарних артерій). Особливо виражена невідповідність у випадках зниження рівня кровообігу та зростаючій потребі міокарда у припливі крові.

Коронарна недостатність виникає внаслідок дефіциту постачання тканин серця киснем. Недостатнє забезпечення міокарда киснем може бути результатом різних причин.

Адекватність коронарного кровообігу метаболічним запитам міокарда визначається трьома основними факторами: величиною коронарного кровотоку, складом артеріальної крові (насамперед ступенем її оксигенації) та потребою міокарда у кисні. У свою чергу, кожен із цих факторів залежить від низки умов. Так, величина коронарного кровотоку обумовлюється рівнем кров'яного тиску в аорті та опором коронарних судин.

Кров може бути менш багатою на кисень, наприклад при анемії. Потреба міокарда в кисні може різко збільшуватись при значному підвищенні артеріального тиску, при фізичному навантаженні.

Порушення балансу між потребою міокарда в кисні та його доставкою призводить до ішемії міокарда, а у більш виражених випадках – до його ішемічного некрозу (ІМ).

При інфаркті міокарда некротизується якась ділянка міокарда, локалізація та величина якої багато в чому визначаються місцевими факторами.

Найчастішою причиною, що зумовлює розвиток ішемічної хвороби серця, є атеросклероз коронарних судин. Атеросклероз виступає як головна причина розвитку ішемічної хвороби серця, інфаркту міокарда, наприклад, при оклюзії коронарної артерії. Провідну роль відіграє він і при найчастішому механізмі розвитку великовогнищевого інфаркту міокарда - тромбозі коронарних артерій, який, згідно з сучасними уявленнями, розвивається як

через місцеві зміни інтими судин, так і у зв'язку з підвищенням схильності до тромбоутворення взагалі, яке спостерігається при атеросклерозі.

На тлі часткової оклюзії коронарної артерії провокуючим, вирішальним фактором можуть бути будь-які причини, що призводять до підвищення потреби міокарда в кисні. Як таку причину можуть виступати, наприклад, фізична та психоемоційна напруга, гіпертонічний криз.

Серйозне значення у патогенезі ІХС надається функціональному моменту, зокрема спазму коронарних артерій.

Важливе значення у патогенезі ішемічної хвороби серця надають зміні активності симпато-адреналової системи. Порушення останньої призводить до підвищеного виділення та накопичення в міокарді катехоламінів (норадреналіну та адреналіну), які, змінюючи метаболізм у серцевому м'язі, збільшують потребу серця в кисні та сприяють виникненню гострої гіпоксії міокарда аж до його некрозу.

При неуражених атеросклерозом коронарних судинах лише надмірне накопичення катехоламінів може призвести до гіпоксії міокарда. У разі склерозу коронарних артерій, коли їх здатність до розширення обмежена, гіпоксія може наступити і при невеликому надлишку катехоламінів.

В Україні прийнята наступна класифікація ІХС:

1. Раптова коронарна смерть.

1.1. Раптова клінічна коронарна смерть з успішною реанімацією.

1.2. Раптова коронарна смерть (летальний випадок). В разі розвитку на тлі гострої коронарної недостатності або гострого інфаркту міокарду (відповідає коду I24.8 або I22 за МКХ-10).

2. Стенокардія (відповідає коду I20 за МКХ-10).

2.1.1. Стабільна стенокардія напруги (з вказівкою I-IV ФК за класифікацією Канадської асоціації кардіологів), у пацієнтів з IV ФК стенокардія малої напруги може клінічно виявлятися як стенокардія спокою (відповідає коду I20.8 за МКХ-10).

2.1.2. Стабільна стенокардія напруги при ангіографічно інтактних судинах (кардіальний синдром X) (відповідає коду I20.8 за МКХ-10).

2.2. Вазоспастична стенокардія (ангіоспастична, спонтанна, варіантна, Принцметала) (відповідає коду I20.1 за МКХ-10).

3. Нестабільна стенокардія (відповідає коду I20.0 за МКХ-10).

3.1. Стенокардія, що вперше виникла. Діагноз встановлюють впродовж 28 діб від появи першого ангінозного нападу.

3.2. Прогресуюча стенокардія (поява стенокардії спокою, нічних ангінозних нападів у хворого зі стенокардією напруги, підвищення ФК стенокардії, прогресуюче зниження толерантності до фізичного навантаження, транзиторні зміни на ЕКГ в стані спокою).

3.3. Рання післяінфарктна стенокардія (від 72 годин до 28 діб).

4. Гострий інфаркт міокарду (відповідає коду I21 за МКХ-10). Діагноз встановлюють зі вказівкою дати виникнення (до 28 діб): локалізація (передня стінка, передньоверхівковий, передньобоковий, передньосептальний, діафрагмальний, нижньобокової, нижньозадній, нижньобазальний, верхівковобоковий, базальнолатеральний, верхньобокової, боковий, задній, задньобазальний, задньобоковий, задньосептальний, септальний, правого шлуночку); первинний, рецидивуючий (від 3 до 28 діб), повторний (відзначати розміри і локалізацію не обов'язково, якщо виникають труднощі в ЕКГ діагностиці).

4.1. Гострий ІМ з наявністю патологічного зубця Q (відповідає коду I21.0 - I21.3 за МКХ-10).

4.2. Гострий ІМ без патологічного зубця Q (відповідає коду I21.4 за МКХ-10).

4.3. Гострий субендокардіальний ІМ (відповідає коду I21.4 за МКХ-10).

4.4. Гострий ІМ (невизначений) (відповідає коду I21.9 за МКХ-10).

4.5. Рецидивуючий ІМ (від 3 до 28 діб) (відповідає коду I22 за МКХ-10).

4.6. Повторний ІМ (після 28 діб) (відповідає коду I22 за МКХ-10).

4.7. Гостра коронарна недостатність. Діагноз попередній – елевація або депресія сегменту ST, відображує ішемію до розвитку некрозу міокарду або раптової коронарної смерті (термін до 3 діб) (відповідає коду I24.8 за МКХ-10).

4.8. Ускладнення гострого ІМ вказують за часом їх виникнення (відповідає коду I23 за МКХ-10):

- гостра серцева недостатність (I - IV класи за Киліпом) (відповідає коду I50.1 за МКХ-10);
- порушення серцевого ритму і провідності відповідає кодам I44, 145, 146, 147, 148, I49 за МКХ-10);
- розриви серця зовнішній (з гемоперикардом – відповідає коду I23.0 за МКХ-10; без гемоперикарду – відповідає коду I23.3 за МКХ-10) і внутрішній (дефект міжпередсердної перетинки – відповідає коду I23.1 за МКХ-10; дефект міжшлуночкової перетинки – відповідає коду I23.2 за МКХ-10; розрив сухожильної хорди – відповідає коду I23.4 за МКХ-10; розрив папілярного м'яза – відповідає коду I23.5 за МКХ-10);
- тромбоемболії різної локалізації (відповідає коду I23.8 за МКХ-10);
- тромбоутворення в порожнинах серця (відповідає коду I23.6 за МКХ-10);
- гостра аневризма серця (відповідає коду I23.8 за МКХ-10);
- синдром Дреслера (відповідає коду I24.1 за МКХ-10);
- епістенокардитичний перикардит;
- післяінфарктна стенокардія (від 72 годин до 28 діб) (відповідає коду I20.0 за МКХ-10).

5. Кардіосклероз.

5.1. Вогнищевий кардіосклероз.

5.1.1. Післяінфарктний кардіосклероз з вказівкою форми і стадії СН, характеру порушення ритму і провідності, кількості перенесених інфарктів, їх локалізації і часу виникнення (відповідає коду I25.2 за МКХ-10).

5.1.2. Аневризма серця хронічна (відповідає коду I25.3 за МКХ-10).

5.2. Дифузний кардіосклероз із вказівкою форми і стадії ХСН, порушення ритму і провідності (відповідає коду I25.1 за МКХ-10).

6. Безбольова форма ішемічної хвороби серця (відповідає коду I25.6 за МКХ-10).

Стенокардія — це клінічний синдром, що виявляється відчуттям дискомфорту або болем в грудній клітці стискуючого, давлячого характеру, який локалізується найчастіше за грудиною і може іррадіювати в ліву руку, шию, нижню щелепу, епігастральну ділянку.

Основні фактори, що провокують біль в грудній клітці:

- фізичне навантаження (ФН): швидка ходьба, під'їм в гору або по сходах, перенесення вантажів;
- підвищення артеріального тиску;
- холод;
- рясна їжа;
- емоційний стрес.

Зазвичай біль проходить у спокої через 3-5 хв. або протягом декількох секунд або хвилин після сублінгвального прийому нітрогліцерину (нітроспрею).

Стенокардія обумовлена скороминущою ішемією міокарду, розвивається при невідповідності між потребою міокарду в кисні і його доставкою коронарним кровотоком. Морфологічним субстратом стенокардії практично завжди є атеросклеротичне звуження коронарних артерій.

Стенокардія з'являється під час фізичного навантаження або стресових ситуацій за наявності звуження просвіту коронарної артерії не менше чим на 50-70%. Чим більший ступінь стенозу коронарних артерій, тим тяжче, як правило, стенокардія напруги.

Тяжкість стенокардії залежить також від локалізації і протяжності стенозів, їх кількості і числа уражених артерій. Ступінь стенозу, особливо

ексцентричного, може варіювати залежно від зміни тонуусу гладких м'язів судинної стінки у ділянці атеросклеротичної бляшки, що виявляється в змінах переносимості фізичного навантаження.

Біль при стенокардії майже ніколи не буває точковим, гострим або колючим і зазвичай не міняється залежно від зміни положення тіла і фази дихання. Біль зазвичай локалізується за грудиною, але зустрічається також поширення його на шию, нижню щелепу, епігастральну ділянку, руки, пальці.

Біль, що з'являється вище за нижню щелепу, нижче за епігастрій або що локалізується на невеликій ділянці в лівій половині грудної клітки в точці проєкції верхівки серця, для стенокардії не характерний.

Інколи стенокардія може супроводжуватися менш специфічними симптомами – задишкою, втомою, слабкістю, нудотою, підвищеною збудливістю, тривогою.

Ангінозний біль зазвичай нетривалий, в більшості випадків не більше 5-10 хв., а часто навіть менше декількох хвилин. Дискомфорт або тупий біль, що триває годинами, навряд чи можуть бути ознаками стенокардії.

Стенокардія зазвичай провокується фізичним або емоційним стресом і зменшується під час відпочинку. Біль вранці після підйому пацієнта з ліжка, а також після їди – класична ознака важкої стенокардії.

Біль, що з'являється не під час, а після фізичної або психоемоційної напруги, не характерний для ІХС.

Сублінгвальний прийом нітрогліцерину повністю купірує або зменшує ангінозний біль протягом 30 с. – декількох хвилин.

Основні стани, що провокують ішемію або підсилюють її перебіг:

- що підвищують потребу у кисні:

- а) несерцеві - АГ, гіпертермія, гіпертиреоз, інтоксикація симпатоміметиками (наприклад, кокаїном), збудження, артеріовенозна фістула;

- б) серцеві: гіпертрофічна кардіоміопатія, аортальний стеноз, тахікардія;

- що знижують поступлення кисню:

а) несерцеві: гіпоксія, анемія, гіпоксемія, пневмонія, бронхіальна астма, ХОЗЛ, легенева гіпертензія, синдром нічного апное, гіперкоагуляція, поліцитемія, лейкемія, тромбоцитоз;

б) серцеві: вроджені і набуті вади серця, систолічна і діастолічна дисфункція лівого шлуночку (ЛШ).

Оцінка прогнозу хворого зі стабільною ІХС базується на клінічних даних, показниках пре-тестової ймовірності захворювання та результатах неінвазивних тестів з визначенням ішемії міокарду/анатомії коронарних артерій. Найважливішим предиктором щодо показника довготривалого виживання є функція ЛШ.

В літніх з підозрою на ІХС (стенокардію) особливе значення набуває ретельний збір анамнезу, зважаючи на порушення пам'яті, труднощі в спілкуванні, малорухливість, підвищену поширеність атипової форми стенокардії. Часто еквівалентом стенокардії може бути задишка. У важких випадках корисне знайомство з наявною медичною документацією – амбулаторними картами, виписками з історії хвороби, попередніми ЕКГ, а також з переліком лікарських засобів, що приймаються.

Спонтанна стенокардія (стенокардія спокою) характеризується нападами за грудинного болю, що виникають без видимого зв'язку з факторами, що ведуть до підвищення потреби міокарда у кисні. Біль у цих випадках зазвичай більш тривалий та інтенсивний, ніж при стенокардії напруги. Біль гірше поступається дії нітрогліцерину. Активність ферментів не підвищується. На ЕКГ часто виявляється невелика минуша депресія сегмента ST або зміни конфігурації зубця T.

Пристипи спонтанної стенокардії можуть виникати внаслідок первинного зниження кровотоку в певній ділянці коронарного русла, тобто ангіоспазму.

Чинники, які провокують напади стенокардії спокою, різноманітні. Найчастіше виникненню нападу передують стану, підвищують потреба міокарда в кисні. Причиною нападу стенокардії спокою може стати

транзисторне підвищення артеріального тиску чи напад пароксизмальної тахікардії.

Напади стенокардії спокою частіше виникають уночі під час сну. Хворий прокидається від відчуття нестачі повітря або через біль у серці. Іноді хворий повідомляє, що у сновидінні йому доводилося виконувати важке фізичне навантаження (підйом тяжкості, швидкий біг).

Інтенсивність та тривалість болю при стенокардії спокою значно більша, ніж при стенокардії напруги. Напади можуть супроводжуватися страхом смерті та вираженими вегетативними реакціями. Ці напади змушують хворих прокидатися, сідати в ліжку, приймати нітрогліцерин. Напад стенокардії виникає у період так званої швидкої фази сну. Найчастіше напади стенокардії такого генезу виникають у ранні ранкові години.

У певної кількості хворих стенокардія спокою виникає у зв'язку з лівошлуночковою недостатністю, яка посилюється у горизонтальному положенні хворого. У положенні хворого на спині зростає обсяг лівого шлуночка, що призводить до зростання напруги міокарда. Це збільшує потребу міокарда у кисні. Цей тип стенокардії, як правило, виникає у хворих із помітним зниженням функції міокарда.

Гострий коронарний синдром (ГКС) – клінічний синдром, що визначається в період загострення ішемічної хвороби серця та розвивається внаслідок прогресуючого обмеження або припинення кровопостачання міокарда через коронарну артерію [33, 51]. Причинами порушення кровопостачання міокарда є звуження просвіту коронарних артерій внаслідок атеросклеротичного ураження чи спазму, оклюзія тромбом чи тромбоемболом [17, 26, 47, 53]. ГКС не включений до МКБ-10, але є нозологічною формою ішемічної хвороби серця, свідчить про гострий стан з порушенням коронарного кровообігу і є ознакою таких її форм як нестабільна стенокардія та інфаркт міокарда [17, 29].

ІМ - це одна з клінічних форм ішемічної хвороби серця, що протікає з розвитком ішемічного некрозу ділянки міокарда, обумовленого абсолютною

або відносною недостатністю його кровопостачання. В даний час є загально визнаним припущення про патофізіологічну роль коронаротромбозу в розвитку гострого ІМ, висунуте в 1909 р. Н.Д. Стражеско і В.П. Образцовим, а в 1912 р. J.V. Herrick. Причиною ІМ, як і інших форм ГКС, більш ніж в 90% випадків є раптове зменшення коронарного кровотоку, викликане атеросклерозом у поєднанні з тромбозом, з наявністю або без супутньої вазоконстрикції. Рідко відзначають гострий ІМ як наслідок септичної тромбоемболії коронарної артерії або внутрішньокоронарного тромбозу як наслідок запального процесу в ендотелії судини при коронаритах різного генезу. Також описані випадки гострого ІМ, що розвинулися на тлі ізольованого коронарспазма інтактних артерій (частіше інтоксикаційної природи).

Серед етіологічних факторів, що сприяють розвитку гострого ІМ, перше місце займає атеросклероз. Інші фактори ризику ІМ є також факторами ризику розвитку атеросклерозу. До «великих» факторів ризику відносять деякі форми гіпер-і дисліпопротеїнемії, артеріальну гіпертензію (АГ), куріння тютюну, низьку фізичну активність, порушення вуглеводного обміну (особливо цукровий діабет II типу), ожиріння, вік пацієнта старше 50 років. При поєднанні двох і більше зазначених факторів ступінь ризику підвищується пропорційно.

Крім перерахованих, існує ще безліч так званих «малих» чинників ризику (подагра, псоріаз, дефіцит фолієвої кислоти, тощо), питома вага яких у загальній структурі захворювання відносно невелика.

Інфаркт міокарда, що розвивається в рамках ішемічної хвороби серця, є результатом коронарного атеротромбозу. Безпосередньою причиною інфаркту міокарда найчастіше служить оклюзія або субтотальний стеноз коронарної артерії, майже завжди розвивається внаслідок розриву атеросклеротичної бляшки з утворенням тромбу, підвищеної агрегації тромбоцитів і сегментарного спазму поблизу бляшки.

У перебігу гострого ІМ можна виділити кілька патогенетичних періодів. Продромальний період, або так званий передінфарктний стан, спостерігається за різними даними в 30-60 % випадків. Середня тривалість цього періоду 7 днів, часто його початок пов'язане з фізичним або психоемоційної навантаженням, причому найбільш несприятливими є «малі», але регулярні стреси, постійний стресовий стан. Клінічно його характеризують виникнення або значне почастішання і посилення тяжкості нападів стенокардії (так звана нестабільна стенокардія), а також зміни загального стану (слабкість, стомлюваність, зниження настрою, тривога, порушення сну).

Найгостріший період (час від виникнення ішемії міокарда до перших проявів його некрозу) триває зазвичай від 30 хвилин до 2 годин. Початок цього періоду, як правило, відповідає моменту максимальної ангінозного болю, до якого може приєднуватися характерна іррадіація (в руку, плече, надпліччя, ключицю, шию, нижню щелепу, міжлопаточну область). У ряді випадків біль носить затяжний або хвилеподібний характер, що при збереженні «гострофазового» графіку ЕКГ без формування негативних зубців Т може свідчити про інтермітуючу коронарну обструкцію (флотуючий тромб, активація спонтанного фібринолізу) або приєднання нових ділянок ураження серцевого м'яза. Безбольову форму гострого ІМ діагностують рідко, найчастіше такий діагноз встановлюють *post factum*. Інші клінічні прояви пов'язані з гіперактивацією вегетативної (як симпатичної, так і парасимпатичної) нервової системи і в ряді випадків вираженим рефлекторним зниженням насосної функції серця (різка слабкість, відчуття нестачі повітря, страх смерті, профузний піт, задишка в спокої, нудота і блювота).

Серцева недостатність в цей період захворювання розвивається насамперед, як лівошлуночкова, найбільш ранні її прояви - задишка і зниження пульсового тиску, у важких випадках - серцева астма або набряк легенів, який нерідко поєднується з розвитком кардіогенного шоку. Різні

порушення серцевого ритму і провідності відзначають практично у всіх хворих.

Гострий період настає після закінчення найгострішого періоду і триває близько 2 діб - до остаточного відмежування вогнища некрозу. При рецидивуючому перебігу гострого ІМ тривалість гострого періоду може збільшуватися до 10 і більше днів; часто ускладнюється вираженим резорбційним синдромом.

Підгострий період, що відповідає інтервалу від повного відмежування вогнища некрозу до заміщення його первинної сполучною тканиною, триває приблизно 28 днів. У цей час у деяких хворих виявляються клінічні симптоми, пов'язані із зменшенням маси функціонуючого міокарда (серцева недостатність(СН)) і його електричною нестабільністю (аритмії серця). Прояви резорбційного синдрому поступово зменшуються, ускладнення гострого періоду в цей термін зазвичай закінчуються, якщо ж виявляють погіршення СН, аритмії серця, постінфарктну стенокардію, це вимагає медикаментозної і в ряді випадків інвазивної корекції. Зазвичай у цей період хворі проходять реабілітаційне лікування в стаціонарі. Особливості ведення хворого з інфарктом в реабілітаційному відділенні визначаються розміром некрозу міокарда, демографічними характеристиками пацієнта і наявністю або відсутністю супутніх захворювань.

Постінфарктний період завершує перебіг гострого ІМ, оскільки під кінець цього періоду передбачається остаточне формування щільного рубця в зоні інфаркту. Вважають, що при типовому перебігу великовогнищевого ІМ післяінфарктний період триває приблизно 6 міс.

У цей час поступово розвивається компенсаторна гіпертрофія збереженого міокарда, завдяки якій СН, що виникла в більш ранній період ІМ, у деяких хворих може бути ліквідована. Проте при великих розмірах ураження міокарда повна компенсація не завжди можлива і ознаки СН зберігаються або наростають. Процеси рубцювання також можуть супроводжуватися формуванням стійкого аритмогенного субстрату та

хронічної аневризми серця, дилатацією порожнин серця з розвитком вторинної клапанної недостатності, що, як і стійка постінфарктна стенокардія, може зажадати хірургічної корекції.

Перенесений ГКС, реакція на стаціонарне лікування, кардіохірургічні втручання та післяопераційний період сприяють різкому зниженню функціональних можливостей хворих, порушенню показників активності та участі, розвитку тривожно-депресивних розладів, які в свою чергу знижують адаптаційний потенціал, збільшують ризики розвитку повторних кардіологічних подій та викликають соціальну дезадаптацію хворих, що перенесли гострий коронарний синдром [7]. Отже, комплексна медико-психологічна реабілітація хворих з наслідками ГКС та ІХС є обов'язковою ланкою їх відновлення. Пряму кореляцію між кількістю сесій фізичної реабілітації та частотою повторного інфаркту міокарда виявив В. G. Hammill і співав [59].

1.2. Аналіз сучасних настанов щодо комплексної реабілітації хворих з ішемічною хворобою серця

Реабілітаційні заходи повинні бути обов'язковим компонентом лікування хворих з ішемічною хворобою серця, після перенесеного інфаркту міокарда та кардіохірургічних втручань [8, 11, 24, 37, 62].

Так, у 1993 році Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) було впроваджено термін «кардіореабілітація», який визначався як «комплекс заходів, що забезпечують найкращий фізичний та психічний стан, який дозволяє хворим із хронічними або перенесеними гострими серцево-судинними захворюваннями зберегти чи відновити своє місце в суспільстві (соціальний статус) і вести активний спосіб життя» [19].

В останні роки можна спостерігати значне удосконалення реабілітаційної галузі в цілому та програм кардіореабілітації, зокрема [23, 28, 30].

Комплексний підхід до реабілітації був запропонований Н. Hellerstein у 1959 році та прийнятий у 2000 році міжнародною спільнотою [56]. Однак, і

натепер існує потреба у пошуку шляхів удосконалення реабілітації у хворих з різними проявами ІХС [20].

В 2020 році Європейською асоціацією профілактичної кардіології було визнано комплексну реабілітацію як найбільш економічно ефективний метод втручання для забезпечення сприятливих результатів для широкого спектру ССЗ, зниження серцево-судинної смертності, захворюваності та інвалідності, а також підвищення якості життя. Впровадження комплексної мультидисциплінарної реабілітації визначено обов'язковим як в стаціонарі, так і амбулаторних умовах. Фахівцями зазначено дев'ять традиційних компонентів: оцінка стану пацієнта, консультування щодо фізичної активності, фізичне тренування, психосоціальний менеджмент, консультування з приводу харчування, паління, контролю рівня ліпідів та артеріального тиску, маси тіла, які повинні входити у програми реабілітації.

На сьогоднішній день існує певна складність підбору та розробки індивідуальних програм, яка залежить від неоднорідності пацієнтів як щодо клінічних станів, так і можливості застосування відповідних реабілітаційних компонентів. Важливою залишається організаційна складова із створенням центрів для забезпечення комплексної, доступної реабілітації на усіх етапах та для усіх хворих з різними проявами ССЗ [23].

За визначенням Американської асоціації серцево-судинної профілактики та реабілітації, кардіореабілітація не тільки спрямована на оптимізацію психічного, фізичного, соціального стану пацієнтів з серцево-судинними захворюваннями, але й повинна включати комплекс заходів, метою яких є уповільнення прогресування захворювання і навіть зворотний розвиток атеросклеротичного процесу, що дозволяє знизити показники захворюваності та смертності [11, 19].

Міжнародними кардіологічними асоціаціями American Collage of Cardiology Foundation та American Heart Association визначені такі компоненти комплексної кардіореабілітації [65]: оцінка стану пацієнта; підбір правильного харчування; контроль ваги; фізична активність; відмова від куріння; контроль

вживання алкоголю; психосоціальна підтримка.

Показаннями до призначення кардіореабілітації є [10, 27]:

- стабільна стенокардія;
- перенесений гострий інфаркт міокарда;
- коронарна ангіопластика;
- коронарне шунтування;
- операції зі встановленням штучних клапанів серця;
- трансплантація серця;
- серцева недостатність.

Хворі, що перенесли гострий коронарний синдром мають включатися в поетапну програму кардіореабілітації та відновного лікування, при цьому 1-й етап проходить безпосередньо у відділенні кардіохірургії чи кардіології (стаціонарний етап), 2-й етап – у кардіореабілітаційному відділенні (ранній стаціонарний реабілітаційний етап), а 3-й – у поліклінічному відділенні (амбулаторно-поліклінічний етап) [10, 16].

Перший етап повинен починатися ще з ознайомлення пацієнтів з методикою дихальної гімнастики, психологічною підтримкою, висвітленням питань медикаментозної терапії (статини, бета-адреноблокатори, антитромботичні та антигіпертензивні препарати) та застосування немедикаментозних методів реабілітації [16, 29].

На другому етапі одним із основних моментів ефективності кардіореабілітації є розуміння пацієнтом необхідності модифікації способу життя, неухильне виконання рекомендацій «кардіореабілітаційної команди» спеціалістів.

Третій етап має забезпечити подальший контроль стану відновлення працездатності, функціонального рівня кардіореспіраторної системи, адаптації до фізичних навантажень, на що може знадобитися від 3 до 6 місяців [10].

Суттєвої ваги набувають методи вторинної профілактики у хворих, що перенесли інфаркт міокарда, оскільки кумулятивна дія факторів ризику

(артеріальна гіпертензія, ожиріння, гіподинамія, порушення ліпідного обміну, куріння та ін.) призводять до розвитку ускладнень та обтяжують перебіг хвороби [15, 46]. Психоемоційні навантаження спонукають працювати серце в посиленому режимі [18].

В дослідження CROS II підтверджено ефективність кардіологічної реабілітації після гострого коронарного синдрому та аортокоронарного шунтування, шляхом зниження смертності в умовах сучасного лікування коронарних артерій [40].

При впровадженні кардіореабілітаційної програми повинен здійснюватися мультидисциплінарний підхід. Реабілітацію пацієнтів з наслідками ГКС та ІХС забезпечують: кардіохірурги, кардіологи, лікарі фізичної та реабілітаційної медицини, фізичні терапевти, інструктори з лікувальної фізкультури, дієтологи, масажисти, психотерапевти, психологи [39]. Команда різнопрофільних спеціалістів має більші можливості для розробки та впровадження більш ефективнішої персоніфікованої програми реабілітації [69].

Для визначення можливостей реабілітації та урахування індивідуальних характеристик стану пацієнта необхідно визначити «реабілітаційний потенціал», що відображає оптимальне застосування обсягу, тривалості різних етапів та враховує економічну складову процесу.

Реабілітаційний потенціал встановлюється на підставі перебігу ішемічної хвороби серця, тяжкості ураження міокарда, проведення кардіохірургічних втручань, наявності ускладнень, коморбідності, компенсаторних можливостей як серцево-судинної системі, так і цілісного організму, психологічного стану та стану когнітивних функцій, факторів навколишнього середовища, що можуть не лише сприяти, а й обмежувати ефективність реабілітації [23].

Серед хворих на ІХС з ГКС виділяють чотири рівня реабілітаційного потенціалу [10, 19]:

– пацієнти з високим рівнем реабілітаційного потенціалу мають схильність до спонтанної реабілітації; володіють знаннями щодо

антигіпертензивної та антиатеросклеротичної дієти, принципів контролю артеріального тиску, ЧСС, розрахунку індексу маси тіла, факторів ризику, модифікації способу життя, фізичних навантажень; мають високу ймовірність досягнення хорошої якості життя;

– пацієнти із середнім реабілітаційним потенціалом підлягають більшому контролю фахівців, вимагають цілого комплексу реабілітаційних заходів та мають високу ймовірність досягнення хорошої якості життя за умов застосування всіх необхідних засобів і методик;

– пацієнти з низьким реабілітаційним потенціалом теж потребують комплексного підходу, впровадження всіх необхідних методів, але кожний етап реабілітації має більшу тривалість, навантаження обмежене, адаптація при кожних змінах більш тривала;

– пацієнти з у край низьким реабілітаційним потенціалом мають низьку ймовірність відновлення, як правило, знаходяться на ліжковому/напівліжковому режимі та отримують медикаментозне лікування.

За даними досліджень, пацієнти літнього віку мають переважно низький та в край низький реабілітаційний потенціал.

Психологічна реабілітація поряд з медикаментозною терапією повинна починатися ще на стаціонарному етапі, пацієнт мусить усвідомити роль факторів ризику повторних коронарних подій та несприятливого перебігу і повністю дотримуватися рекомендацій спеціалістів щодо як медикаментозних, так і немедикаментозних призначень.

Однією з важливих складових кардіореабілітації та кардіопрофілактики є неухильне виконання лікарських рекомендацій, тобто цілого комплексу медикаментозного і немедикаментозного супроводження постстаціонарного періоду [7, 17, 26].

Як гіпернозогнозія, так і гіпонозогнозія мають негативні наслідки щодо формування механізмів адаптації пацієнтів, що перенесли невідкладні кардіологічні стани та кардіохірургічні втручання.

Гострі кардіологічні стани, що супроводжуються переживанням вітальної

загрози, призводять до перебудови всього організму, в тому числі й психічного та психофізіологічного компонентів.

Пацієнти, що мали короткий період кардіологічних подій та більш сприятливий медичний прогноз на тлі відносно задовільного попереднього стану, після завершення стаціонарного лікування можуть недооцінювати фактори ризику рецидивів захворювання, що виражається у нехтуванні медичними рекомендаціями [7].

А. М. Альохін і співав. (2012) визначили особливості реагування пацієнтів на кардіологічні події в залежності від ряду факторів: ергопатичний тип ставлення до хвороби спостерігався у пацієнтів, що перенесли планові кардіохірургічні втручання; при екстреній госпіталізації в ряді випадків спостерігався як анозогнозичний тип реагування, так і негативні афективні реакції; анозогнозичні реакції спостерігалися частіше у чоловіків, ніж у жінок; у пацієнтів молодшого віку спостерігалось нехтування можливими наслідками захворювання; сімейний стан позитивно впливав на психологічний стан, тобто в одружених пацієнтів в частіше спостерігався гармонійний тип ставлення до хвороби [7].

В останні роки одним із критеріїв оцінки ефективності лікування є якість життя, що визначається суб'єктивним сприйняттям пацієнтом свого стану [50, 55, 58]. Для визначення якості життя існує ряд методик, найбільш поширені опитувальники: QWB (The Quality of WellBeing Scale) – якість добробуту; SIP (Sickness Impact Profile 68) – профіль впливу хвороби; MOS-SF-36 (Medical Outcomes Study: 36-Item Short Form) – опитувальник із 36 питань та його модифікація (MSAQ); EuroQol-5D-5L – європейський опитувальник від EuroQol Group; Nottingham Health Profile – Нотінгемський профіль здоров'я [55, 67]. Динаміка показників якості життя може використовуватися для оцінки ефективності реабілітаційних програм.

Безперечно, одним із важливих складових комплексної реабілітації осіб з гострою коронарною патологією є фізичні тренування [11, 24, 25, 34, 39].

Останніми роками істотно розширилися уявлення про додатковий

позитивний внесок функціональних навантажень (ФН) при серцево-судинних захворюваннях. [5,12,18,48,50,57,61]. Водночас не вивченими залишаються питання їх впливу на показники внутрішньосерцевої гемодинаміки, постінфарктне ремоделювання.

Фізична активність відіграє суттєву роль як у цілому – для модифікації факторів ризику та зниження летальності, – так і на етапах реабілітації після проведених кардіоінтервенційних методів лікування.

Дозована фізична активність сприяє інтенсифікації кровообігу, збільшує скоротливу здатність міокарда, сприяє метаболічній адаптації серцевого м'яза до навантаження. Н. П. Лямина і співав. (2012) з'ясувала, що доповнення реабілітаційної програми контрольованими за навантаженням регулярними фізичними тренуваннями пацієнтів з діастолічною дисфункцією, які перенесли черезшкірне коронарне втручання, сприяло підвищенню толерантності до фізичних навантажень, поліпшенню показників трансмітрального кровотоку, позитивній динаміці діастолічної функції [31].

При визначенні фізичного навантаження як важливого компонента реабілітаційної програми необхідно обмежувати фізичну активність за умов наявності у хворих декомпенсації, тяжких порушень серцевого ритму, нестабільної стенокардії, легеневої гіпертензії, наявності тромбів, тяжких форм серцевих вад та кардіоміопатій [14, 36].

Перспективними в плані реабілітації є аеробні тренування, які мають вплив на нейрогормональні та гемодинамічні реакції у пацієнтів після хірургічного лікування, сприяють нормалізації симпато-вагального балансу [24, 41].

Результати досліджень вказують також на позитивний ефекти застосування йоги у програмі реабілітації, а саме, повернення пацієнта до рівня активності, який був до виникнення інфаркту та покращення самооцінки рівня здоров'я. Дихальні вправи, медитація та стимуляція пропріорецепторів, пов'язані з користю для ССЗ та психічного здоров'я, шляхом стимуляції парасимпатичної системи (покращення ВСР та тону судин, шляхом

збільшення чутливості до барорецепторів), зниження стресу та його судинно-ендокринних ефектів зумовлених гіпоталамо-гіпофізарною системою (зниження кортизолу та активності реніну), а також зміною в нейротрансмітерах (збільшення серотоніну та зниження дофаміну) [38].

У цілому регулярні фізичні навантаження мають цілий ряд позитивних ефектів, що поліпшують стан пацієнтів:

- антиішемічна дія: збільшення коронарного кровотоку, зниження рівня ендотеліальної дисфункції, інтенсифікація колатерального кровообігу, зниження споживання міокардом кисню;

- антиатеросклеротичний ефект внаслідок нормалізації маси тіла, зниження ожиріння, нормалізації ліпідного складу крові, зниження активності асептичного запалення, нормалізації артеріального тиску, зменшення інсулінорезистентності та зниження ризику розвитку цукрового діабету;

- антитромботична дія завдяки нормалізації в'язкості крові, зниженню адгезії та агрегації тромбоцитів, рівня фібриногену;

- антиаритмічний ефект: нормалізація балансу вегетативної рівноваги, активація парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи;

- психічний ефект: зниження тривоги, депресії, розвиток толерантності до стресових навантажень, соціальна адаптація.

Суттєве значення в комплексній програмі реабілітації має індивідуальна робота з пацієнтом з метою формування погляду на модифікацію стилю життя, що може як сприяти, так і протидіяти розвитку серцевої недостатності [23]. Паління, ожиріння, артеріальна гіпертензія є факторами ризику рецидивів ГКС та кардіальних подій [14, 28]. Пацієнти, що палять, повинні бути включені до програми відмови від паління. Основні завдання лікування: зняття нікотинової абстиненції, симптомів тютюнової інтоксикації, формування мотивації до повного припинення паління [10].

Модифікація стилю життя пацієнтів після перенесеного ГКС та реваскуляризації повинна включати і зміну раціону харчування зі збільшенням споживання овочів та фруктів, заміну насичених та трансжирів на

поліненасичені жири рослинного походження, обмеження калорійності [42].

Контрольними точками здорового харчування можуть бути контроль ліпідограми, рівня глюкози та маси тіла. Ожиріння та надмірна вага сприяють розвитку атеросклерозу та серцевої недостатності. З метою нормалізації ліпідного профілю, крім дієтотерапії пацієнтам після епізодів ГКС необхідне також і проведення гіполіпідемічної терапії статинами з метою зниження атеросклеротичного кардіоваскулярного ризику [11].

Важливим предиктором повторних кардіальних подій є підвищений артеріальний тиск, нормалізація рівня якого повинна відбуватися як внаслідок медикаментозної терапії, так завдяки модифікації стилю життя: дієта зі зменшеним споживанням солі, фізична активність, зниження стресових навантажень [14, 28].

Отже, програми комплексної реабілітації кардіологічних хворих повинні бути спрямовані на відновлення якості життя, фізичної працездатності та соціальної адаптації. Одними з головних принципів фізичної складової КР (поряд з комплексністю, поступовістю та раннім початком проведення) є безперервність і регулярність реабілітаційних впливів, дозованість та індивідуальний підбір навантажень, поєднання методів фізичної, медичної та психологічної реабілітації.

На жаль, сучасні дослідники наголошують, що 12,0 % пацієнтів після закінчення стаціонарного етапу лікування не спостерігаються на поліклінічному етапі; 12,1 % хворих після перенесеного ГКС не приймають назначені після виписки препарати і тільки 13,8 % пацієнтів виконують усі призначення [48]. За результатами дослідження EUROASPIRE V, спостерігається низький відсоток залучення до реабілітаційних та відновних заходів, а також недостатня ефективність навчання пацієнтів [61, 67].

Також слід зазначити, що відсутність уніфікованих протоколів ФН для пацієнтів з ІМ та в постінфарктному періоді ускладнює оцінку реабілітаційного потенціалу хворого й аналіз отриманих даних. Тому напрацювання алгоритмів визначення реабілітаційного потенціалу,

впровадження комплексної медико-психологічної реабілітації вже на ранніх термінах після розвитку ГКС на додаток до сучасних терапевтичних заходів, поетапне розширення функціональної активності хворого, відповідно до його реабілітаційного профілю та стабілізація показників нервово-психічного напруження та емоційного стану будуть сприяти прискоренню відновлення працездатності й утриманню її на високому рівні, підвищенні якості життя та його тривалості у осіб літнього віку з іХС.

1.3. Місце психологічної реабілітації у програмах комплексного відновного лікування кардіологічних хворих

Під час хвороби відбувається трансформація особистості, при цьому «адаптація до хвороби» реалізується на декількох рівнях: фізіологічному, емоційному, когнітивному, поведінковому, соціально-психологічному [48].

Психосоматична складова є одним із компонентів етіопатогенезу розладів при захворюваннях системи кровообігу, що обумовлює необхідність психокорекції як до, так і після епізодів ГКС та стаціонарного лікування [46, 53].

Психічна сфера пацієнтів із кардіальними подіями не залишається індиферентною в умовах екстремальної патології [11, 16, 25, 38]. Водночас стрес, тривога, депресія мають вплив на розвиток кардіальних подій через імунну та нейроендокринну систему, поведінкові реакції [26, 38].

За даними С. Pizzi і співав. (2013) [64], асоціація ішемічної хвороби серця та депресії визначається в 14-47 %. При дослідженні взаємозв'язку депресії та хвороб системи кровообігу визначено, що депресія зменшує поріг шлуночкових аритмій, є одним із факторів ризику розвитку артеріальної гіпертензії та шлуночкової дисфункції, призводить до збільшення рівня смертності після перенесеного інфаркту міокарда або нестабільної стенокардії.

Клініко-фізіологічне обґрунтування взаємозв'язку стресових чинників та кардіоваскулярних хвороб наведено на рис.1.1.



Рис. 1.1. Зв'язок психологічного стресу та кардіоваскулярних захворювань.

С. Индика [22] при обстеженні 109 пацієнтів після інфаркту міокарда в 40,4 % із них виявила наявність депресії, при цьому було зафіксовано гендерні особливості: розвиток депресивних станів у два рази частіше спостерігався у жінок – 64,3 % проти 32,1 % у чоловіків.

В. М. Корнацький та Д. М. Мороз, досліджуючи зв'язок тривожно-депресивних станів та серцево-судинних захворювань, діагностували наявність психічних порушень у 61,6 % хворих [25].

Поширеність депресії у пацієнтів із хворобами серцево-судинної системи може сягати 60 % та становлять медико-соціальну проблему [25, 37]. Депресивні стани збільшують ризик розвитку ішемічної хвороби серця та частоту госпіталізації пацієнтів через серцеву недостатність [45, 58].

С. М. Стадник (2014) [45] при дослідженні психічної сфери у пацієнтів з кардіальною патологією визначила наявність тривожної симптоматики у 47,7 % хворих, а депресії – у 39,8 %; тривога і депресія спостерігалися частіше у

жінок у порівнянні з чоловіками (відповідно 90 % проти 68,9 %). Про більшу частоту депресивних станів у жінок, ніж у чоловіків, свідчать результати спостережень інших авторів [29, 42].

За прогнозами, кількість психічних розладів у подальшому буде збільшуватися [30]. При кардіальній патології існує ряд факторів, що сприяють розвитку депресії, а саме: гемодинамічні порушення, що виникають внаслідок ураження серця; хронічна депресія, яка може загострюватися внаслідок гострих коронарних подій; кардіальні події є психотравмуючими факторами; саме депресивні стани обтяжують перебіг серцево-судинних захворювань, є причиною коливань артеріального тиску, епізодів аритмій й таким чином замикають «порочне» коло.

А. М. Котов і співав. (2012) [27] відзначають, що депресивні розлади можуть бути прямим наслідком серцево-судинних захворювань і розвиваються як психологічна реакція на хворобу чи внаслідок використання медикаментозних засобів. Депресія також може розвиватися як реакція центральної нервової системи на ряд активних метаболітів, що утворюються в організмі внаслідок соматичного захворювання [24].

М.М. Долженко виділяє чотири форми взаємодії між соматичними захворюваннями та депресією:

- депресія може бути замаскована під соматичне захворювання, проявлятися як соматичні розлади;
- депресія може розвиватися внаслідок соматичного захворювання;
- соматичне захворювання та депресія можуть існувати одночасно;
- деякі медикаменти (кортикостероїди, антигіпертензивні препарати) можуть сприяти розвитку депресії.

При депресивних розладах відбувається як зміна нейрохімічних, нейромедіаторних процесів в центральній нервовій системі, так і зміна активності ряду генів, під впливом яких знаходиться нейромедіаторний баланс та нейротрофічні фактори [40].

Психологічними предикторами таких явищ, як інфаркт міокарда, ішемічна хвороба серця, раптова смерть, є не тільки явно виражені психологічні розлади, але й депресивні епізоди з маловираженою симптоматикою. У пацієнтів з ішемічною хворобою серця наявність депресивного стану є предиктором розвитку ГКС протягом року [30].

Депресивна симптоматика може проявлятися: пригніченим настроєм упродовж 2 тижнів, що спостерігається більшу частину дня та не залежить від зовнішніх обставин; зниженням здатності зосереджуватись, неспроможністю довгий час до прийняття остаточного рішення; порушенням психомоторики, що проявляється загальмованістю; порушенням сну; зникненням лібідо; порушенням апетиту з відповідною зміною маси тіла (збільшенням або зменшенням); підвищеною стомлюваністю, втратою продуктивності при будь-якій діяльності; низьким рівнем самоповаги та впевненості в своїх силах; хибним відчуттям провини; зниженням позитивних відчуттів, насолоди від зазвичай приємної діяльності; думками про смерть та можливість самогубства; песимістичною спрямованістю думок щодо планів на майбутнє [19, 34].

Непсихотичні психічні розлади при кардіальній патології досить поширені (з артеріальною гіпертензією – 16-65 %, з інфарктом міокарда – 25-80 %) та збільшують в рази ризик смерті при нестабільній стенокардії [15]. Зміна психоемоційного стану хворих з гострим коронарним синдромом обумовлює потребу психологічного супроводу, особливо при кардіологічних втручаннях у подальшому [18, 36].

Психологічний стан хворого суттєво впливає на відновне лікування та реабілітацію кардіологічних пацієнтів, при цьому одним із ключових моментів є формування внутрішньої картини здоров'я та внутрішньої картини хвороби [46].

Внутрішня картина здоров'я у пацієнта формується на підставі самооцінки фізичних та психологічних можливостей організму і спрямована на протидію захворюванню. Урахування особливостей внутрішньої картини

хвороби дозволить підвищити якість реабілітаційного потенціалу хворих після перенесеного кардіологічного епізоду, активність хворого на відновлення фізичного та психологічного стану, збільшити мотивацію та рівень прихильності до лікування [23, 28].

Для повноцінного життя пацієнта у сучасному світі необхідною умовою є можливість використання максимальних ресурсів особистості: інтелектуальних, психічних, фізичних, тощо. Їх же максимальне розкриття можливе за наявності здоров'я. Створення таких технологій базується на науковому вивченні суб'єктивних уявлень про здоров'я, вивченні психологічного аспекту феномену здоров'я та розробці адекватного теоретичного апарату цього феномену. У свою чергу вивчення суб'єктивних уявлень людини про своє здоров'я, засвоєних нею норм і цінностей, критеріїв самооцінки фізичного і психічного благополуччя можливе за використання концепції внутрішньої картини здоров'я [17,19, 25].

Термін «внутрішня картина здоров'я» є одним з надзвичайно багатоаспектних та важливих теоретичних конструктів, який широко використовується понад тридцять років. Результати дослідження С. R. Sacks та співавторів показали, що суб'єктивне сприйняття рівня свого здоров'я є набагато кращим показником появи та перебігу депресії, ніж об'єктивні показники захворювання [59]. Дослідження К. Callahan та J. Secrest довели, що сприйняття здоров'я (*perception of health*) є найрозумнішою мірою успішності психосоціальної реабілітації хворих з кардіоваскулярною хворобою [57]. Суб'єктивні оцінки здоров'я значною мірою впливають на поведінку хворого у лікувальному процесі.

Як зазначає В. А. Ананьєв, активна позиція пацієнта і готовність прийняти на себе відповідальність за своє здоров'я являються, необхідними умовами досягнення позитивних результатів як у профілактиці, так і у лікуванні [6]. Важливим та актуальним є вивчення ставлення індивіда до свого здоров'я, що найкраще відображене у понятті внутрішня картина здоров'я.

Вивчення суб'єктивної сторони захворювання представлено в роботах багатьох авторів, в рамках яких було запропоновано безліч термінів – «соматозогнозія» (А. В. Красенко, Ю. Г. Зубарьов, 1980), «переживання хвороби» (Е. А. Шевальов, В.В. Ковальов, 1972), «усвідомлення хвороби» (Е. К. Краснушкін, 1950; А. С. Познанський, 1966), «реакція на хворобу» (Д. Д. Федотов), «ставлення до хвороби» (Рохлін Л.Л., 1957, Скворцов К.А., 1958), "позиція особистості до хвороби" (Я.П. Фрумкін і І.А. Мізухін, 1970), «аутогенне уявлення про хворобу» (Balint M., 1960), «образ власного захворювання» (Heszen–Klemens J., 1979). Однак метааналіз вищеперелічених концепцій дозволяє встановити, що кожне поняття описує і пояснює лише один аспект такого складного явища, як суб'єктивна реакція на хворобу [39].

З метою більш повного відображення цього феномену, Р. А. Лурія запропонував поняття «внутрішня картина хвороби» (ВКХ). Під внутрішньою картиною хвороби Р. А. Лурія розуміє все те, що відчуває і переживає хворий, його загальне самопочуття, самостереження, його уявлення про свою хворобу, про її причини, все те, що пов'язано для хворого з приходом його до лікаря, – весь той величезний внутрішній світ хворого, який складається з дуже складних поєднань сприйняття і відчуття, емоцій, афектів, конфліктів, психічних переживань і травм. Процес становлення ВКХ розглядається ним як процес пізнання індивідом себе як хворого, обумовлений необхідністю адаптації до ситуації, пов'язаної з хворобою. Він зазначав, що структура ВКХ залежить від особливостей особистості хворого, його культурного рівня, освіти, соціального середовища і виховання [39].

Поняття «внутрішня картина здоров'я» по аналогії з поняттям «внутрішня картина хвороби», було запропоноване В. М. Смірновим і Т. Н. Резніковою в 1983 році. На їх думку, внутрішня картина здоров'я – це своєрідний еталон здорової людини, або здорового органу, або частини тіла [5]. Цей еталон може бути досить складним і включати різні елементи у вигляді образних уявлень і логічних узагальнень. Ідеал здоров'я також є регулятором поведінки, але інколи формується і раніше внутрішньої картини хвороби. Еталон, який

людина приймає за норму, на певних життєвих етапах може змінюватися. Насамперед, це пов'язано з віковими змінами самопочуття. При неврозах нерідко відбувається свідоме чи несвідоме витіснення ідеалу здоров'я – «занурення у хворобу», яке у певних ситуаціях є адаптивною реакцією. У випадку анозогнозії, навпаки, образ здоров'я стає жорстким стереотипом, а динамічний образ хвороби або не формується, або витісняється, або деформується. На думку авторів, ВКЗ є тільки частиною ВКХ [29].

В. Є.Каган вказував на те, що внутрішня картина здоров'я не є вродженою, а формується в ході соціалізації та виховання, починаючи з ранніх етапів життя, пізніше цю ідею розвинув вчений В. А. Ананьєв [5]. Як зазначив В. А. Ананьєв, ВКЗ представляє собою не тільки сукупність інтелектуальних уявлень про здоров'я людини, але й комплекс емоційних переживань і відчуттів, а також поведінкових реакцій в умовах здоров'я. На його думку ВКЗ – це самоусвідомлення і самопізнання людиною себе в умовах здоров'я. Внутрішня картина здоров'я є певним психофізичним простором, де людина здатна оцінити свої біологічні, соціально-психологічні та духовні можливості. Це не тільки знання своїх можливостей, але і вміння користуватися істинними резервами і не розкритими в собі потенціалами [5].

Таким чином, внутрішню картину здоров'я В. А. Ананьєв розглядає як комплексне суб'єктивне уявлення людини про своє здоров'я, механізми його формування, причини погіршення, сукупність емоційних переживань у стані здоров'я, способи його підтримки і збереження, що включає наступні взаємопов'язані структурні компоненти: ціннісно-мотиваційний, когнітивний, емоційний і поведінковий [5].

Одним із засобів визначення групи ризику пацієнтів із серцево-судинною патологією є створення портрета «типового хворого» [13, 41]. Визначено зв'язок певних особистісних рис пацієнтів з окремими порушеннями, наприклад, брадикардія частіше розвивається у хворих із більшою вразливістю, тривожністю, песимістичним настроєм, зневірою в майбутнє, недовірою [16]. Пацієнти з різними психологічними типами мають різний

ступінь асоціації соматоформних вегетативних дисфункцій в етіопатогенезі кардіологічних захворювань [10].

Визначення своєрідного «психологічного профілю» пацієнта дає можливість урахувати психосоматичні розлади та індивідуалізувати підхід до розробки реабілітаційних заходів [16].

Психологічні особливості хворого можуть впливати як на ефективність лікування, так і на якість відновного періоду [11].

Одним із засобів індивідуалізації (персоналізації) відновного лікування є психологічна корекція проблем, що виникають у таких хворих. Інші стратегії виявлення та попередження погіршення стану та розвитку ускладнень включають визначення та корекцію факторів ризику: артеріальної гіпертензії, атеросклерозу, ожиріння, цукрового діабету та інших.

При ішемічній хворобі серця можуть розвиватися такі психічні розлади, як невротичні реакції та соматогенні депресії, що прогресують на тлі зниження толерантності до фізичних навантажень, розвитку кардіалгій, функціональних порушень серцево-судинної системи.

Основною метою психологічної реабілітації хворого є формування адекватного відношення та психологічного реагування, зняття емоційної напруги, стресу, навчання засобам психічної саморегуляції.

Своєчасне встановлення психопатологічних реакцій у пацієнтів та їх профілактика мають значний вплив на ефективність відновного періоду. Негативний психологічний стан хворих не тільки знижує якість життя, але й є предиктором розвитку ускладнень, збільшує імовірність повторної реваскуляризації міокарду та смерті [13].

Корекція психологічних розладів є невід'ємною складовою відновних та реабілітаційних заходів. Задачі спеціалістів, що забезпечують програму реабілітації хворих після епізодів ГКС включають зниження рівня психологічного напруження та тривожності, корекцію внутрішньоособистісного конфліктного стану, підвищення рівня самосприйняття та самооцінки, зниження емоційної нестійкості та

невпевненості, особлива роль при цьому надається методам навчання пацієнта [22].

Важливим завданням відновного лікування є навчання пацієнтів методам психологічної релаксації, формуванню позитивних установок [38].

Тренування пацієнтів допомагає їм керувати емоціями, зменшувати рівень тривоги та депресії, покращує психоемоційне самопочуття [30].

Базові механізми навчання пацієнтів складаються з когнітивних, емоційних та поведінкових складових, що спрямовані на відновлення особистості та його взаємодії з оточуючими. Застосування методу навчання сприяє розумінню захворювання, підвищенню прихильності, покращенню самообслуговування та зниженню показників повторних госпіталізацій [29].

Важливим компонентом відновного лікування є навчання методам аутотренінгу та використання базових технологій релаксації, музикотерапії [57].

Сугестивна терапія - метод досягнення пацієнтом стану комфортної релаксації, зменшення рівня ситуативної та особистісної тривожності, конгруентного сприйняття себе, захворювання та актуального самопочуття. Сугестія як засіб психічної трансформації стану хворого через релаксацію та оволодіння навичками самоконтролю тіла забезпечує можливість поступово змінювати внутрішню картину світу хворого, а за керованих умов навіть трансформувати її достатньо швидко. Вербальна сугестія задіяна у цих трансформаційних процесах разом з іншими фоновим впливом музики є особливо дієвою. Сугестія діє через аудіальний канал транслюючи певні вербальні формули спрямована на акумуляцію, трансформацію сприйняття важливої для пацієнта інформації.

Метод прогресуючої (послідовної) релаксації запропонований Е. Jacobson [58], у якому розслаблення мускулатури супроводжується зниженням нервово-емоційної напруги та має седативний ефект, полягає у виробленні здатності до довільного розслаблення попереочносмугастих м'язів у спокої. Метод прогресуючої м'язової релаксації, може бути показаний при стійких

реакціях тривоги, страху і при депресивних станах у поєднанні з дозованою лікувальною фізкультурою. Систематичне - протягом 6 - 8 міс - застосування методу сприяє зниженню артеріального тиску при нейроциркуляторних дистоніях гіпертонічного типу і в початкових стадіях гіпертонічної хвороби. З огляду на те, що перебування хворого в стаціонарі завжди обмежене часом лікування, Г. С. Беляєвим запропоновано Комбінований колективно-індивідуальний метод, який полягає у інтенсифікації процесу навчання аутогенного тренування, а також індивідуалізація прийомів самовпливу в залежності від особливостей особистості хворого і наявного захворювання. Значне місце в цій моделі відводилося вправам, спрямованим на регуляцію дихання, які Г. С. Беляєв (1973) визначав як «найважливіший компонент аутогенного тренування». Важливими в цій модифікації були спрямованість на активізацію особистості хворого і індивідуальний підхід лікаря в кожному конкретному випадку [8]. Основними недоліками цих методик є: обмежена можливість застосування психологічного супроводу у хворих на етапі відновного лікування та реабілітації в умовах стаціонару; недостатнє врахування впливу психоемоційного стану хворого на якість та ефективність реабілітації; недостатня/відсутня співпраця лікаря, лікаря фізичної та медичної реабілітації та психолога.

Сутність методів психокорекції пацієнтів базується на спрямованості сенсоутворювальних мотивів та зниженні психічної незадоволеності, внутрішнього дискомфорту, ірраціональних фобій [46].

Психотерапевтичні підходи, що застосовуються в кардіологічній практиці, спрямовані на корекцію психоемоційних порушень, оволодіння навичками управління стресом, гармонізацію міжособистісних відносин [46]. Враховуючи імовірність негативного впливу депресивного стану у відновлювальному після кардіохірургічних втручань періоді, можливе використання антидепресантів у комплексному лікуванні таких пацієнтів [26].

Індивідуальна стратегія адаптації на відновному етапі хворих на ІХС повинна не тільки базуватися на клінічних рекомендаціях, заснованих на

протоколах кардіопрофілактики, але й враховувати особистісні реакції хворого на перенесені кардіологічні події. Дослідження взаємозв'язку клінічних та психологічних особливостей пацієнтів з кардіальними подіями дозволяють диференціювати підходи до супроводження на відновному періоді [46]. При цьому Richards S.H. і співав. (2017) [83] стверджують, що немає доказової бази щодо того, як психологічні методи впливають на показники загальної смертності, ризик повторних реваскуляризацій та інфарктів, хоча визнають зниження частоти летальних випадків внаслідок кардіальної патології та зменшення депресії, стресових реакцій, тривожності [46].

Однак, достовірно встановлено, що компенсаторні та адаптаційні можливості у пацієнтів після епізодів ГКС обумовлені не тільки фізіологічними механізмами, стабільністю гемодинаміки, ефективністю відновлення кровопостачання, але й психологічними компонентами, що мають зворотний зв'язок із соматичними змінами.

Сьогодні відсутні конкретні програми відновного лікування хворих, особливо після реваскуляризаційних процедур, які б включали медикаментозну терапію, фізичну реабілітацію, психологічну компоненту та корекцію внутрішньої картини здоров'я та ставлення до здоров'я. На сучасному етапі розробка нових комплексних реабілітаційних програм є перспективним напрямком із погляду на: економічну доцільність; ефективність попередження повторних подій; зниження ризику повторної реваскуляризації, підвищення якості життя пацієнтів. Детальне визначення чинників ризику рецидивів ІХС, механізмів відновлення міокарду, своєчасна комплексна реабілітаційна допомога дозволить знизити кількість ускладнень та летальність, покращити якість життя та прогноз в післяопераційному періоді, забезпечить достатню соціальну адаптацію пацієнтів після реваскуляризаційних втручань.

РОЗДІЛ 2. Організація та методика дослідження ефективності комплексної медико-психологічної реабілітації осіб похилого віку з ішемічною хворобою серця

2.1. Методи дослідження

Для вирішення завдань дипломного дослідження використані наступні методи: аналітичний огляд науково-методичної літератури з проблеми дослідження; аналіз даних медичної статистики, клінічні та функціональні методи оцінки серцево-судинної системи: загальноклінічне обстеження, тест з ДФН на ВЕМ, 6-хвилинний тест ходьби, тредміл-тест, ЕКГ, ЕхоКГ; лабораторні методи: біохімічне дослідження крові; опитувальники (SF-36, SAQ, PHQ-2, PHQ-9, HADS, Спілберга-Ханіна), опитувальник якості життя ВООЗ; формувальний та контрольний експеримент; методи математичної статистики.

Теоретичний аналіз і узагальнення

На підставі аналізу літературних джерел з'ясовано сучасні погляди на серцево-судинну патологію серед дорослих осіб, зокрема, людей похилого віку, проблему кардіопрофілактики та кардіореабілітації. Проведено аналіз сучасних настанов та методик фізичної реабілітації осіб з ІХС та ГКС, засобів корекції функціональної активності, психологічного статусу та якості життя даного контингенту та дано їх наукове обґрунтування.

Аналіз останніх досліджень і публікацій свідчить, що, незважаючи на значні здобутки у даному напрямі комплексної реабілітації, спрямованої не лише на покращення діяльності серцево-судинної системи та профілактику повторних епізодів ГКС, а й на стимулювання функціональної активності всіх органів і систем, покращення показників активності та участі, психоемоційного статусу та загальну реадаптацію осіб літнього віку з кардіопатологією залишається нагальною проблемою.

З огляду на вищесказане, обрана для дипломного дослідження проблема є актуальною у медичній, психологічній і реабілітаційній практиці

та потребує подальшого осмислення, вивчення, наукового й експериментального обґрунтування.

Клінічні та функціональні методи оцінки серцево-судинної системи

Усім пацієнтам проводили комплексне обстеження у відділі інфаркту міокарда та відновлювального лікування. Клінічні методи обстеження проводилось за загальноприйнятою структурою із оцінкою скарг хворого, анамнезу життя та захворювання, факторів ризику, об'єктивних даних.

Крім ретельного клінічного обстеження первинна та контрольна діагностики пацієнтів включали ЕхоКГ, пробу з ДФН на ВЕМ, визначення біохімічних показників.

Із клініко-лабораторних методів визначали ліпідний спектр крові, біохімічні (АСТ, АЛТ, креатинін, сечовина), рівень кортизолу.

Внутрішньосерцеву гемодинаміку оцінювали за допомогою методу ЕхоКГ на ультразвуковому сканері "SA9900 Prime Medison" (Корея). Дослідження проводили в "В-режимі" в чотирьох- і двокамерних позиціях серця, в динаміці оцінювали об'ємні показники – кінцево-діастолічний об'єм (КДО, мл), кінцево-систолічний об'єм (КСО, мл), ударний об'єм (УО, мл) з подальшим розрахунком кінцево-діастолічного та кінцево-систолічного індексів (КДІ, КСІ), які визначали як відношення об'єму до площі тіла.

Глобальну скоротливість ЛШ оцінювали за допомогою показника фракції викиду (ФВ, %) ЛШ, який визначали за методом дисків Сімпсона (Simpson I.A.) за формулою, що введена в ехокардіограф.

Для оцінки рівня функціонального системи кровообігу, встановлення адаптаційних можливостей хворого на етапах відновного лікування, прогнозу перебігу захворювання, а також контролю ефективності проведених заходів **визначали адаптаційний потенціал**. Кількісним показником АП (Р.М. Баєвський, А.П. Берсенєва) є індекс функціональних змін або рівень адаптації, який дозволяє оцінити адаптаційні реакції організму як прояв різних етапів загального адаптаційного синдрому.

$$\text{АП (бали)} = 0,011 \times (\text{ЧСС}) + 0,014 \times (\text{САТ}) + 0,008 \times (\text{ДАТ}) + 0,014 \times (\text{вік, роки}) + 0,009 \times (\text{вага тіла, кг}) - 0,009 \times (\text{ріст, см}) - 0,27$$

Виділяли 4 рівні АП за індексом функціональних змін:

1. АП I - задовільна адаптація. ІФЗ – до 2,59 балів
2. АП II – стан напруження адаптаційних механізмів адаптації. ІФЗ – 2,6 - 3,09 бали.
3. АП III - незадовільна адаптація. ІФЗ – 3,1-3,49 балів
4. АП IV – зрив адаптації. ІФЗ – 3,50 та більше балів

Для оцінки фізичних та адаптивних можливостей хворих проводили **тест з 6-ти хвилинною ходою**. Метою проведення тесту з 6-хвилинною ходою була оцінка ефективності лікувальних та відновлюваних заходів, оцінка толерантності до фізичних навантажень, стратифікація ризику, визначення ФК стабільної ІХС та ХСН.

Тест з 6-хвилинною ходою проводили у ранковий час, після сніданку не раніше 3-4 годин, рекомендували обмежити фізичні навантаження та не палити впродовж 2 годин до початку тесту, одягнути зручний одяг та взуття. АТ, ЧСС, SpO2 вимірюються до початку ходьби, після виконання тесту, на 2-й та 10-й хвилині.

Після тесту заповнювали розроблений протокол тесту 6-ти хвилинної ходи, пацієнт відмічав індивідуальне сприйняття навантаження за шкалою Борга (від 0-10 бала).

Коронарний резерв оцінювали за даними тесту з ДФН на ВЕМ (**велоергометрія**) на тлі постійного планового прийому медикаментозної терапії. Пробу проводили вранці натщесерце в положенні сидячи на ВЕМ “ВЭ-02”. Реєстрацію ЕКГ здійснювали на 12-канальному електрокардіографі “Heart Screen 112 Clinic ” (Німеччина) в 12 відведеннях. Під час ВЕМ постійно моніторували ЕКГ на осцилоскопі, що давало змогу своєчасно виявляти ішемічні реакції ЕКГ, порушення серцевого ритму, контролювати рівень зростання ЧСС. Пробу проводили за безперервною східчасто-зростаючою схемою, починаючи з потужності 25 Вт, з подальшим збільшенням кожного

рівня навантаження на 25 Вт до розвитку ішемічних змін ЕКГ та/або болю. Тривалість ДФН на кожній сходинці ВЕМ складала 5 хв. Вимірювання АТ та реєстрацію ЕКГ здійснювали перед початком проби на ВЕМ, в кінці кожної сходинки навантаження, після закінчення проби з ДФН та на 2, 5 і 7 хв реституції чи до повного відновлення ЕКГ у випадках виникнення ішемічних змін або порушень серцевого ритму та зникнення клінічних симптомів при їх виникненні на висоті навантаження.

Причинами припинення тесту з ДФН на ВЕМ були загальноприйняті критерії (Аронов Д.М., 2000): досягнення 75 % розрахункової потужності та субмаксимальної ЧСС за номограмою (Shephard R., 1969) при першому обстеженні; ішемічна реакція у вигляді депресії сегмента ST горизонтального типу більше 1 мм; розвиток ангінозного нападу; елевація сегмента ST більше 2 мм у двох суміжних відведеннях; виражена задишка; запаморочення; підвищення АТ більше 220/120 мм рт. ст.; зниження АТ більше ніж на 10 мм рт. ст. від вихідного рівня; порушення серцевого ритму та провідності, шлуночкова екстрасистолічна аритмія (Lown III та вище), фібриляція передсердь, пароксизмальна суправентрикулярна тахікардія, AV-блокада, синоатріальна блокада.

Враховуючи гострий ІМ чи короткий час після його розвитку, припершому обстеженні не призначали порогову потужність більше 100 Вт, обмежували рівень ЧСС не більше 120 ударів за одну хвилину та підвищення систолічного АТ не вище 180 мм рт. ст. При подальшому моніторингу ТФН критеріями припинення тесту з ДФН були загальноприйняті зміни ЕКГ та/чи клінічні симптоми.

За результатами ВЕМ оцінювали порогові потужність, ЧСС і АТ до початку тесту з ДФН та на висоті навантаження, розраховували показник “подвійний добуток”, величину виконаної роботи та показник відношення різниці “подвійного добутку” на висоті навантаження та на початку проби з ДФН до виконаної роботи, що характеризує вартість одиниці виконаної роботи. [36]

Окремим напрямом діагностики було застосування **суб'єктивних опитувальників**, котрі дають змогу оцінити частоту та вираженість основної симптоматики, якість життя, психоемоційний статус, рівень соціально-психологічної адаптації.

Нами було використано опитувальник якості життя **ВООЗ**, **HADS** - Госпітальну шкалу для виявлення тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale); **PHQ-2**, **PHQ-9** (Patient Health Questionnaire); «Шкалу оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності» Спілберга-Ханіна.

Опитувальник якості життя ВООЗ. Коротка версія опитувальника якості життя **ВООЗ** (англ. **WHOQOL-BREF**), розроблена на основі методики оцінки якості життя **ВООЗ** -100, метою якої є оцінка якості життя людей на основі їх суб'єктивних відчуттів, незалежно від культурних, демографічних, політичних та соціальних відмінностей. Коротка версія складається з 26 питань та включає 24 шкали, які характеризують інтегральний показник фізичного, психологічного та соціального функціонування не тільки здорових людей, а й хворих на різні соматичні та психічні захворювання. Даний варіант методики дозволяє проводити оцінку та аналіз таких сфер, як фізичне та психологічне благополуччя, самосприйняття, мікросоціальна підтримка та соціальне благополуччя.

Оцінка якості життя та стану здоров'я проводиться окремо та враховується під час аналізу загального показника якості життя. У цій методикою застосовується 5-ти бальна шкала від 1 до 5 балів, де 1 відповідає низькій, а 5 високій оцінці того чи іншого показника. Для зручності подання статистичних даних, були використані наступні умовні позначення шкал методики: **X1**: Оцінка якості життя; **X2**: Задоволеність станом здоров'я; **X3**: Фізичне та психологічне благополуччя; **X4**: Самосприйняття; **X5**: Мікросоціальна підтримка; **X6**: Соціальне благополуччя.

HADS - Госпітальна шкала для виявлення тривоги та депресії (**Hospital Anxiety and Depression Scale**)

Шкала є простою у застосуванні та обробці результатів. Складається із 14 запитань, з них 7 питань визначають наявність тривоги у пацієнта і 7 визначають наявність депресії. У кожному питанні чотири варіанти відповіді, де пацієнт вибирає найбільш відповідні йому.

Обробка результатів полягала у підрахунку набраних балів. Додається сума балів частини I та сума балів частини II.

0-7 балів – норма (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги/депресії);

8-10 балів – субклінічно виражена тривога/депресія (легка);

11 балів і вище – клінічно виражена тривога/депресія.

Шкала особистісної та ситуативної тривожності Спілбергера-Ханіна

Реактивну та особистісну тривожність вивчали за «Шкалою оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності» розробленої Ч. Д. Спілбергером, адаптованої Ю. Л. Ханіним.

Шкала Спілбергера - Ханіна складається з 40 питань, у тому числі з 20 питань, які характеризують реактивну тривожність (опитувальник А) і ще 20 питань, які характеризують особистісну тривогу (опитувальник Б).

Оцінка тривожності проводилась у балах:

20-34 – низький рівень тривожності, 35-44 – середній рівень та вище 46 – високий рівень тривожності.

Методи математичної статистики

Статистична обробка отриманих даних була проведена за допомогою стандартного пакету програм Microsoft Excel. Визначали t-критерій Стьюдента з метою статистичної перевірки гіпотези про вірогідність розбіжностей між параметрами різних груп [28, 48].

2.2. Характеристика вибірки

У дослідження було включено 91 пацієнт похилого віку (60+) з ІХС та гострим ІМ. Діагноз ІМ був встановлений на підставі клінічних симптомів, біохімічних маркерів та електрокардіографічних ознак згідно з

критеріями ESC (2012 та 2017 рр.) та Асоціації кардіологів України (2016 р.).

При надходженні в клініку в усіх хворих було діагностовано гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST, у зв'язку з чим їм відповідно до діючих протоколів у перші години захворювання черговими лікарями відділу інтервенційної кардіології та реперфузійної терапії було проведено ургентну коронароангіографію (КАГ) з відновленням коронарного кровообігу в інфаркт-обумовлюючій КА (ІО КА).

На 4-6 добу захворювання вони були переведені з відділу реанімації та інтенсивної терапії до кардіологічного відділення та на 10-12 день до відділення відновлювального лікування, де їм проводили подальшу діагностику, лікування та спостереження.

Критерієм включення до експериментальних груп був розвиток у хворого гострого первинного ІМ за відсутності протипоказань до КР.

Критеріями невключення були протипоказання до проведення реабілітаційних заходів: рання постінфарктна стенокардія; велика аневризма лівого шлуночка (ЛШ); внутрішньопорожнинне тромбоутворення; зниження ФВ до 35 % і нижче; складні порушення серцевого ритму та провідності; фібриляція передсердь на час включення в дослідження; блокада лівої ніжки пучка Гіса; порушення опорно-рухової системи, що заважали проведенню ВЕМ та функціональної реабілітації; гостре порушення мозкового кровообігу в анамнезі.

За результатами КАГ абсолютним протипоказанням до ФР вважали ураження всіх трьох головних КА без відновлення коронарного кровообігу за ІО КА.

При виписці зі стаціонару пацієнтам була запропонована участь у дослідженні при спостереженні в амбулаторних умовах протягом 1 місяця та участь у програмі амбулаторно-поліклінічної програми комплексної реабілітації.

Пацієнти були розподілені на дві групи залежно від обсягу реабілітаційних заходів: 1 (основну, досліджувану) склали 47 осіб, яким на ранньому постстаціонарному етапі були призначені ФТ на ВЕМ додатково до дистанційної ходьби та комплексів ЛФК та авторську програму оптимізації внутрішньої картини здоров'я; 2 (групу співставлення, контрольну) – 44 пацієнти, яким ФР проводили лише у вигляді дистанційної ходьби та комплексів ЛФК, без ФТ на ВЕМ та психокорекційних заходів, відповідно до терміну ІМ, але які були обстежені в ті ж терміни й отримували всю медикаментозну терапію, рекомендації щодо ЛФК та збільшення дистанційної ходьби так само, як і пацієнти 1 групи.

У експериментальній групі хворих було застосовано розроблену програму відновного лікування, яка полягала у використанні стандартного лікування, фізичного тренування на ВЕМ, сугестивної терапії та програми клініко-психологічної реабілітації кардіологічних хворих шляхом оптимізації внутрішньої картини здоров'я.

Хворі обох груп отримували стандартну терапію хворих на ІХС залежно від форми ІХС та відповідно до рекомендацій Українського товариства кардіологів та Європейських товариств із застосуванням антитромбоцитарних препаратів (ацетилсаліцилова кислота, тієнопіридинові похідні), антикоагулянтів (нефракціонований гепарин, низькомолекулярні гепарини), антиішемічної терапії (бета-блокатори, нітрати), статинів, інгібіторів АПФ.

Клініко-анамнестична характеристика обстежених пацієнтів представлена в табл. 2.1.

Середній вік пацієнтів 1 групи складав 62,2 (60,0 – 68,0) років, 2 – 63,1 (60,5; 67,5) років.

За даними вхідної діагностики пацієнти обох груп не відрізнялися між собою за основними досліджуваними показниками, тобто групи є однорідними за вихідним станом та індивідуальними функціональними параметрами.

Таблиця 2.1

Клініко-анамнестична характеристика обстежених пацієнтів

Показники	1 група (n=47)	2 група (n=44)	p
Вік, роки (Me (IQR))	62,2 (60,0; 68,0)	63,1 (60,5; 67,5)	0,98
Розмір ІМ:			
Q-I (абс., %)	44 (93,6)	41 (93,2)	0,98
Non Q-ІМ (абс., %)	3 (6,4)	3 (6,8)	0,99
Локалізація ІМ:			
- передній (абс., %)	24 (51,1)	22 (50,0)	0,97
- задній (абс., %)	23 (48,9)	22 (50,0)	0,98
Артеріальна гіпертензія (абс., %)	31 (65,9)	32 (72,7)	0,99
Цукровий діабет (абс., %)	9 (19,1)	6 (13,6)	0,99
СН І ст. (абс., %)	24 (51,1)	28 (63,6)	0,96
ІІА ст. (абс., %)	23 (48,9)	16 (36,3)	0,90
Паління (абс., %)	30 (63,8)	33 (75,0)	0,97
Зловживання алкоголем (абс., %)	18 (38,3)	17 (38,6)	0,98
Направлення в санаторій (абс., %)	14 (29,8)	16 (36,4)	0,76

В обстеження були включені особи з первинним ІМ. При ретельному вивченні клінічного стану було виявлено, що в більшості пацієнтів виник Q-ІМ: в 1 групі в 44 (93,6 %), 2 – 41 (93,2 %). У 1 групі у 24 (51,1 %) пацієнтів було діагностовано ІМ передньо-перегородково-верхівково-бокових відділів ЛШ, 23 (48,9 %) – задньої локалізації. Ці показники в 2 групі становили 22 (50 %) і 22 (50 %) осіб відповідно. При зборі анамнезу було встановлено, що серед коморбідних станів ще до розвитку ІМ артеріальну гіпертензію (АГ) було діагностовано в 31 (65,9 %) пацієнта 1 групи та 32 (72,7 %) – 2-ї групи. Цукровий діабет спостерігався значно рідше – 9 (19,1 %) і 6 (13,6 %) відповідно. Прояви серцевої недостатності (СН) І стадії відмічалися в 24 (51,1

%) пацієнтів 1 групи та 28 (63,6 %) – 2, СН ПА стадії – 23 (48,9 %) і 15 (34,1 %) відповідно. Екстрасистолічна аритмія ускладнила ранній реабілітаційний період у 21 (51,2 %) пацієнта 1 групи й 11 (31,4 %) – 2 групи.

Палили 30 (63,8 %) осіб 1 групи, 33 (75 %) – 2. Зловживали алкоголем (вживання більше 1 літра алкогольних напоїв на тиждень) 18 (38,3 %) і 17 (38,6 %) пацієнтів у 1 і 2 групах відповідно.

У всіх групах хворих спостереження проводили на початку лікування та через 1 місяць.

2.3. Етапи та структура експериментального дослідження

Дипломна робота виконана на базі кафедри медико-біологічних основ спорту та фізичної реабілітації Чорноморського національного університету імені Петра Могили та Хмельницького обласного серцево-судинного центру Хмельницької обласної ради з лютого 2022 р. по січень 2023 р. Відповідно до мети та поставлених завдань було розроблено структуру дослідження, вибрано об'єкт спостереження і окреслено коло необхідних методів дослідження.

На першому етапі дослідження проведено вивчення й аналіз вітчизняних і закордонних літературних джерел, окреслено коло методів дослідження, опановано методики дослідження.

На другому етапі дослідження проведено формування вибірки, початкове обстеження осіб літнього віку з ГКС, визначення їх клінічного стану, функціональних показників та резервів, психологічного статусу та реабілітаційного потенціалу.

На підставі даних початкового обстеження та їх статистичної обробки проведено оцінку отриманих результатів і розроблено комплексну реабілітаційну програму для осіб літнього віку з наслідками ГКС, котра включала в себе традиційні засоби кардіореабілітації та експериментальні – методи апаратної фізіотерапії, спеціальну методику велоергометричного тренування та методи психологічної корекції та психотерапії.

На третьому етапі дослідження (вересень - грудень 2022 року) проводилася апробація розробленої програми. Вибірку, до котрої було включено 91 хворого на ІХС з ГКС похилого віку було розподілено на 2 групи.

У 1-у групу включено 47 осіб, які преренесли ІМ, та котрим було запропоновано експериментальну програму реабілітації. На ранньому етапі відновлення їх було призначено ФТ на ВЕМ додатково до дозованої ходьби та комплексів ЛФК, сугестивну терапію та програми клініко-психологічної реабілітації кардіологічних хворих шляхом оптимізації внутрішньої картини здоров'я.

У 2-у групу (групу співставлення, контрольну) увійшли 44 пацієнти, яким ФР проводили лише у вигляді дозованої ходьби та комплексів ЛФК, без ФТ на ВЕМ та психокорекційних заходів, відповідно до терміну ІМ, але які були обстежені в ті ж терміни й отримували всю медикаментозну терапію, рекомендації щодо ЛФК та розширення рухових режимів так само, як і пацієнти 1 групи.

Після впровадження програми проводили повторне дослідження показників ССС, ТФН та психоемоційного статусу на момент виписки зі стаціонару та через місяць після закінчення стаціонарного етапу кардіореабілітації осіб експериментальних та контрольної груп.

Хворі обох груп отримували стандартну терапію хворих на ІХС залежно від форми ІХС та відповідно до рекомендацій Українського товариства кардіологів та Європейських товариств із застосуванням антитромбоцитарних препаратів (ацетилсаліцилова кислота, тієнопіридинові похідні), антикоагулянтів (нефракціонований гепарин, низькомолекулярні гепарини), антиішемічної терапії (бета-блокатори, нітрати), статинів, інгібіторів АПФ.

На четвертому етапі дослідження була проведена ґрунтовна оцінка результатів повторного обстеження осіб експериментальних та контрольної груп, їх співставлення з початковими параметрами. Проведено аналіз

результатів дослідження. Сформульовано загальні висновки, оформлено текст дипломної роботи та практичні рекомендації.

РОЗДІЛ 3. Ефективність програми медико-психологічної реабілітації для осіб похилого віку з ішемічною хворобою серця

3.1. Експериментальна комплексна програма медико-психологічної реабілітації: методичні аспекти впровадження

Для представників обох експериментальних груп було розроблено й використано оптимальний алгоритм комплексного відновлення функціональних показників серцево-судинної системи з використанням індивідуалізованих програм велоергометричного тренування та методів психоедукації, психотерапії та психокорекції. Програма розрахована на 2 місяці, охоплює перебування пацієнта на стаціонарному/відділенні кардіології або кардіохірургії (вільний руховий режим) та відновному/реабілітаційне відділення (щадний та щадно-тренуючий рухові режими) етапах реабілітації.

Експериментальна програма фізичної реабілітації для хворих похилого віку із ішемічною хворобою серця була складена сумісно з лікарем-кардіологом та лікарем фізичної та реабілітаційної медицини.

При розробці експериментальної програми враховували загальні принципи добору хворих, показання та протипоказання до призначення фізичних навантажень.

Тренування проводили 5 разів на тиждень під контролем реабілітолога і лікаря-кардіолога.

Основними завданнями тренувань хворих ІХС похилого віку було:

- 1) домогтися повного самообслуговування хворих;
- 2) пристосувати хворих до побутових навантажень малої і помірної інтенсивності (ходьба по рівній поверхні в темпі до 80 кроків у хвилину, повільний підйом на один поверх по сходах; перенесення вантажу до 1-2 кг на невеликі відстані; миття посуду; приготування легкої за технологією їжі);
- 3) зменшення (зрідка і припинення) медикаментозної терапії;
- 4) поліпшення психічного статусу хворих.

Програма тренувань мала такі особливості:

1. Тренування проводились тільки в умовах кардіологічного стаціонару.
2. Точне індивідуальне дозування тренувального навантаження здійснювалося за допомогою велоергометра.
3. Застосовували навантаження малої інтенсивності (у межах 50-100 кгм/хв), але тренувального ефекту.
4. Збільшення навантаження здійснювали не за рахунок підвищення інтенсивності тренувань, а за рахунок подовження експозиції малих навантажень, застосовували постійний характер інтенсивності тренувального навантаження як протягом одного заняття, так і протягом курсу фізичних тренувань. Нарощування тренувального навантаження в ході тренувань не по інтенсивності, а по його експозиції дозволило без істотного напруження адаптивних систем поступово домогтися адаптації хворих до малих і середніх навантажень, що зустрічаються в повсякденному житті.
5. Тренування проводили тільки після стабілізації стану, досягнутого комплексним медикаментозним лікуванням.

З початком тренувань медикаментозне лікування не припинялося. Воно продовжується з колишньою інтенсивністю і лише поступово в міру досягнення стійкого ефекту від тренувань обережно зменшується чи рідше припиняється зовсім.

На підставі результатів тесту з ДФН на ВЕМ всім пацієнтам 1 групи був індивідуально розрахований режим тренувань, що складав 75 % від порогової потужності, виконаної при першому обстеженні. Якщо пацієнт виконував роботу на певній сходинці більше/чи 3 хв, саме від цієї потужності проводили розрахунок. Коли пацієнт виконував менше 3 хв – розрахунок здійснювали за даними попередньої сходинки.

Такий самий підхід був використаний з урахуванням адекватності чи неадекватності ФН на пороговій сходинці. Впродовж основного періоду пацієнти виконували навантаження, що складало 75 % від досягнутої порогової потужності. Тренування відбувалися три рази на тиждень по 60 хв,

40 з яких тривало тренування на ВЕМ, інші 20 включали фізичні вправи відповідно до комплексу ЛФК № 4 перед ВЕМ.

Структура занять містила підготовчий період (одна частина тривалістю 10 хв), основний період, що складався з трьох частин, кожна по 5 хв, та заключний період (5 хв). Між частинами були перерви по 2 хв без навантаження. ФТ проводили в режимі помірною навантаження, який за даними більшості дослідників має переваги над інтенсивними тренуваннями.

Повторну (контрольну) ВЕМ в пацієнтів 1 групи здійснювали через 15 тренувань, в ці ж терміни проводили обстеження пацієнтів контрольної групи. За результатами тесту з ДФН коригували рівень подальшого тренувального режиму, який теж складав 75 % від нової порогової потужності. Отже, на підставі результатів ВЕМ при першому та другому-а обстеженнях розраховували режими індивідуальних тренувань. Друге обстеження проводили після закінчення 21 фізичного тренування, третє через місяць після виписки з серцево-судинного центру (2 міс. після розвитку ІМ). У ці ж терміни здійснювали ВЕМ пацієнтам 2 групи.

Програма комплексної медико-психологічної реабілітації окрім тренувань на ВЕМ полягала у використанні стандартного лікування, сугестивної терапії та програми клінічно-психологічної реабілітації кардіологічних хворих шляхом оптимізації внутрішньої картини здоров'я.

Оптимізація ВКЗ здійснювалась за програмою медико-психологічної реабілітації кардіологічних хворих шляхом оптимізації внутрішньої картини здоров'я.

Під час проведення занять індивідуально у кожного пацієнта визначався компонент, який був найбільш значущим у кожного конкретного хворого і потребував корекції. Корекція компонент ВКЗ відбувалась за авторською моделлю, зміст якої подано в табл. 3.1.

**Програма оптимізації внутрішньої картини здоров'я пацієнтів
похилого віку з ІХС та ГКС в рамках комплексної медико-психологічної
реабілітації**

Компоненти ВКЗ, на які здійснюється корекційний вплив	Зміст корекції
<p><i>Сенситивний компонент ВКЗ</i> - схема тіла, образ тіла який проявляє себе у відчуттях фізичного комфорту чи дискомфорту, розширених чи обмежених можливостей володіння своїм тілом.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - прийняття та розуміння сенсу фізичного комфорту чи дискомфорту; - здатність отримати інформацію про динаміку реабілітації через здійснення фізичних навантажень; - прийняття оптимуму фізичних можливостей, якого можна досягнути після лікування та реабілітації - через відчуття побудова уявлення про перспективи виздоровлення та можливості тіла у теперішньому; - розширення можливостей володіння своїм тілом; - насолода рухом і прогресом тіла.
<p><i>Емоційний компонент ВКЗ</i> – це звичні способи переживання власних життєвих ситуацій.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - розвиток емоційної самосвідомості, удосконалення здатності аналізувати свій настрій; - покращення саморозуміння і самопізнання; - сприяння засвоєнню навичок подолання руйнівного впливу емоцій на здоров'я; - зниження рівня тривожності, покращення самопочуття; - формування успішних стратегій розвитку впевненості та оптимізація емоційного реагування на свій стан під час фізичних навантажень; - розвиток усвідомлення позитивних емоцій від руху.

Продовження табл 3.1

<p><i>Когнітивний компонент ВКЗ</i> – це усвідомлення складності захворювання, ролі чинників (факторів) розвитку хвороби і прийняття факту закономірностей розвитку хвороби, зокрема, перспектив одужання.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - удосконалення спектру знань щодо способів підтримки і покращення здоров'я; - поглиблення знань про особливості захворювання; - самопізнання, усвідомлення і осмислення життєво важливих рішень, які пов'язані зі ЗСЖ; - розширення ресурсів, розвиток вміння виділити успішні стратегії покращення фізичного стану організму; - розширення сфери знань про зміст та ефективність фізичних навантажень.
<p><i>Поведінковий компонент ВКЗ</i> - прагнення, конкретні дії людини, обумовлені системою знань та рішень людини і спрямованих на досягнення суб'єктивно значущих цілей щодо відновлення здоров'я; з актуалізацією діяльності людини зі збереження здоров'я.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - спрямовування на здоровий спосіб життя, пошук і усвідомлення - поведінки, яка сприяє зміцненню здоров'я; - розвиток розуміння наслідків власної поведінки для здоров'я, формування установки про значущість своєї особистості для збереження здоров'я; - підвищення життєвої активності та розширення сфер діяльності; - розкриття внутрішніх ресурсів, діяльність згідно нових стратегій вирішення складних життєвих ситуацій; - виконання медичних призначень, участь у реабілітаційних програм як під контролем спеціаліста, так і самостійно.
<p><i>Ціннісно-мотиваційний компонент ВКЗ</i> - переконання і внутрішні цінності як найсильніші стимули до конструктивної стратегії поведінки, спрямованої на одужання; мотив оздоровлення – воля до здоров'я, воля до життя.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - підвищення мотивації до фізичної активності та ведення здорового способу життя; - прийняття цінності руху, підтримки, відновлення, підвищення фізичних показників організму; - розширення життєвих перспектив, знаходження нових життєвих цілей, зокрема через підвищення фізичної активності; - покращення розуміння власної системи цінностей та цінності здоров'я; - розвиток відповідальності за своє здоров'я.

Структура занять. Процедура участі пацієнтів у програмі відбувалась наступним чином: усім хворим реабілітаційного відділення рекомендувалось обрати участь у програмі.

Співпраця з пацієнтом відбувалась за такими кроками:

- 1) вступна бесіда, з'ясування мотивації участі у програмі;
- 2) робота в обраній програмі оптимізації ВКЗ (5 занять по 60 хвилин) та індивідуальне психологічне консультування (60 хвилин) на запит окремих досліджуваних);
- 3) постдіагностичний етап результатів впливу програми (відбувається через 1 місяць, 6 місяців після закінчення програми).

Програма проводилась за 5-кроковою моделлю консультування та включала наступні етапи: встановлення контакту, збір інформації, ідентифікація та вербалізація проблемних моментів, ресурсної підтримки, постановку та розширення цілей, корекцію певних особистісних проявів, настанов та поведінкових стратегій.

Заняття побудовані із урахуванням компонентів внутрішньої картини здоров'я (ВКЗ), кожна компонента розглядалась на окремому занятті. Заняття були циклічними, групи відкритими, кожен пацієнт міг приєднатися до групи у процесі її діяльності не втрачаючи логіки навчання.

3.2. Динаміка клінічних проявів захворювання та функціональних показників серцево-судинної системи осіб з ІХС під впливом експериментальної реабілітаційної програми

Для експериментального підтвердження ефективності запропонованої програми комплексної медико-психологічної реабілітації нами було порівняно вихідні, проміжні та контрольні обстеження пацієнтів контрольної та експериментальної груп.

Оцінюючи клінічні ознаки ІХС та ГКС та дані об'єктивного обстеження, відмічено їх позитивну динаміку у всіх групах хворих (табл. 3.2). Так, якщо на

початку лікування напади стенокардії відмічали більшість хворих усіх груп (68,42% і 63,16%), то через 1 міс. поодинокі хворі.

Таблиця 3.2

Скарги та дані об'єктивного обстеження у хворих на ІХС з ГКС, які взяли участь у експерименті

Показник	Група контролю (стандартне лікування та реабілітація) (n=44)			Експериментальна група (авторська програма відновного лікування) (n=47)		
	На початку	1 тиж-день	1 місяць	На початку	1 тиж-день	1 місяць
Напади стенокардії	29 (68,4%)	-	4 (10,5%)	29 (63,1%)	-	3 (5,2%)
Задишка	28 (63,1%)	11 (26,3%)	4 (10,5%)	27 (57,9%)	12 (26,3%)	3 (5,2%)
Перебої в роботі серця	18 (42,1%)	9 (21,5%)	2 (5,26%)	20 (42,1%)	7 (15,7%)	-
Серцебиття	25 (57,9%)	20 (47,3%)	4 (10,5%)	27 (57,9%)	20 (42,1%)	-
Втомлюваність	18 (42,1%)	14 (31,5%)	4 (10,5%)	7 (36,8%)	12 (26,3%)	5 (10,5%)
Загальна слабкість	23 (52,3%)	20 (47,3%)	7 (15,7%)	22 (47,7%)	20 (42,1%)	-
Пітливість	16 (36,8%)	14 (31,5%)	2 (5,2%)	15 (31,5%)	12 (26,3%)	-
Набряки гомілок	29 (68,4%)	-	4 (10,5%)	29 (63,1%)	-	3 (5,2%)
Блідість шкірних покривів	28 (63,1%)	11 (26,3%)	4 (10,5%)	27 (57,9%)	12 (26,3%)	3 (5,2%)

Примітки:

- 1. В дужках вказаний відсоток осіб до загальної кількості осіб.*
- 2. Вірогідність різниці показників у порівнянні з величинами на початку лікування: * $<0,05$; ** $<0,01$*

Серед об'єктивних ознак слід зауважити зменшення відсотка хворих з набряками гомілок, периферичним ціанозом і блідістю шкірних покривів. Ослаблення тонів серця, яке спостерігали у половини осіб на початку

лікування (у 47,3% і 52,6% хворих) через місяць відновного лікування також відмічалось у невеликої кількості хворих.

У групах хворих при застосуванні сугестивної терапії та програми відновного лікування відмічали зменшення через 1 міс. задишки, перебоїв в роботі серця, серцебиття, загальної слабкості. Напроти, у частини хворих, які отримували стандартне лікування вказані ознаки мали місце і по закінченню відновного лікування.

В таблиці 3.3 подані метричні показники ЕхоКГ у хворих на ГКС, яким проводилася реабілітація. У всіх групах хворих якої-небудь динаміки дЛП, дАО, дЛА не спостерігали. ТМШП і ТЗСЛШ теж залишались без змін, як через 1 міс., так і через 6 міс. після ЧКВ ($p>0,05$).

Таблиця 3.3

Динаміка метричних показники за даними ЕхоКГ у хворих з ІХС

Показник, одиниці виміру	Термін спостереження		
	На початку лікування	При виписці зі стаціонару	Через 1 міс. після виписки
Стандартне лікування (n=44)			
дЛП, см	4,10±0,12	4,08±0,12	4,07±0,12
дАО, см	3,0±0,08	2,99±0,07	2,98±0,07
дЛА, см	2,71±0,02	2,70±0,03	2,70±0,03
Тмшп(д), см	1,22±0,05	1,20±0,04	1,19±0,04
Тзслш(д), см	1,15±0,04	1,10±0,03	1,10±0,03
Експериментальна програма відновного лікування (n=47)			
дЛП, см	4,13±0,13	4,10±0,11	4,07±0,10
дАО, см	3,01±0,08	2,99±0,08	2,97±0,07
дЛА, см	2,70±0,02	2,69±0,03	2,68±0,02
Тмшп(д), см	1,20±0,04	1,16±0,03	1,14±0,04
Тзслш(д), см	1,13±0,04	1,09±0,03	1,07±0,03

*Примітка. Достовірність різниці показників у порівнянні з величинами на початку лікування: * $<0,05$; ** $<0,01$.*

Більше того, вказані закономірності мали місце у всіх групах хворих упродовж всього періоду спостереження. Зокрема, при застосуванні стандартного лікування та розробленої програми медико-психологічної реабілітації на початку лікування при виписці зі стаціонару та через місяць після виписки.

Показники ДМАТ у обстежених хворих вказували на поступове отримання стійкого антигіпертензивного ефекту у всіх групах спостереження, особливо за показниками середніх значень САТ і ДАТ за добу (табл. 3.4).

Таблиця 3.4

Показники ДМАТ у хворих на ІХС з ГКС які брали участь в експерименті

Показник	Стандартне відновне лікування (n=44)			Експериментальна програма реабілітації (n=47)		
	На початку лікування	При виписці	Через 1 міс.після виписки	На початку лікування	При виписці	Через 1 міс.після виписки
Середній САТ, мм рт.ст	130,05± 10,31	125,39± 9,80	126,17± 10,2	128,03± 6,04	117,24± 5,41	115,88± 7,23
Середній ДАТ, мм рт.ст	79,20± 6,04	74,84± 5,3	73,93± 5,69	77,49± 5,69	68,53± 6,27	66,42± 4,93
Максимальний САТ, мм рт.ст	163,17± 12,26	159,61± 10,71	157,28± 10,92	160,93± 8,72	150,05± 7,23	134,36± 9,07*
Максимальний ДАТ, мм рт.ст	98,91± 7,05	96,67± 5,93	95,02± 6,21	98,24± 7,01	90,01± 7,24	86,78± 5,28
Ді САТ, %	8,04± 0,71	8,7± 0,55	9,32± 0,46	8,3± 0,55	9,05± 0,61	9,69± 0,43
Ді ДАТ, %	8,97± 0,44	9,65± 0,67	9,06± 0,49	9,24± 0,48	8,13± 0,51	7,72± 0,59*

*Примітка. Достовірність різниці показників у порівнянні з величинами на початку лікування: * $<0,05$; ** $<0,01$.*

В той час, максимальні добові рівні САТ при стандартному лікуванні залишались високими – $(157,28 \pm 10,9)$ мм рт.ст через 1 міс. Після закінчення стаціонарного лікування ($p > 0,05$). Не було вірогідного зниження величин ДАТ.

Застосування розробленої програми медико-психологічної реабілітації дозволило вже у перший місяць відмітити тенденцію до зниження, а через 2 місяці – достовірне зниження максимальних добових рівнів АТ – $(134,56 \pm 9,07)$ мм рт.ст. ($p < 0,05$).

Показники ДІ як САТ, так і ДАТ в усіх групах хворих суттєво не змінювались. В той же час була лише тенденція до зростання величини ДІ САТ і ДАТ, особливо під впливом експериментальної програми медико-психологічної реабілітації, що вказувало на відповідну нормалізацію показників АТ у віддаленому спостереженні.

Аналізуючи толерантність до фізичних навантажень через один місяць відновного лікування встановлено позитивну динаміку як САТ, так і ЧСС, як при застосуванні експериментальної програми реабілітації (табл. 3.5). У експериментальній групі спостерігали вищі показники пройденої відстані, зокрема $(435,2 \pm 12,3)$ м.

Вказані вище закономірності підтверджувались величиною інтегрованого показника за шкалою Борга, який відповідно зростав при стандартній реабілітації з $(1,09 \pm 0,05)$ до $(1,40 \pm 0,04)$ балів ($p < 0,05$), а при застосуванні експериментальної програми з $(1,11 \pm 0,05)$ аж до $(1,70 \pm 0,07)$ балів ($p < 0,05$).

Проведення фенотипування ліпідів свідчило про поступову корекцію змін ліпідного профілю пацієнтів упродовж 6 місяців контрольованого лікування (табл. 4.8). В той же час, у групах хворих, де застосовували авторську програму відновного лікування корекція рівнів ліпідів крові була дещо більш значимою, ця тенденція мала місце вже через 1 місяць лікування.

Таблиця 3.5

Показники тесту з 6-хвилинною ходою у хворих ГКС на момент виписки зі стаціонару

Показник, одиниці виміру	Стандартне лікування (n=44)		Експериментальна програма (n=47)	
	До навантаження	Після навантаження	До навантаження	Після навантаження
САТ, мм рт.ст.	139,7±2,2	154,6±2,11 Δ+10,67	131,7±1,62	139,5±1,87 Δ+5,92
ДАТ, мм рт.ст.	76,4±1,32	83,2±1,3 Δ+8,90	76,1±1,54	79,1±1,2 Δ+3,94
ЧСС, хв	74,1±3,1	87,2±1,8 Δ+17,57	75,4±2,1	78,0±1,5 Δ+4,00
Інтегрований бал за шкалою Борга	1,11±0,05	1,70±0,07* Δ+53,15	1,09±0,05	1,40±0,04 Δ+28,44
Пройдена відстань, м	395,5,3±13,0		435,2±12,3* Δ+10,04	

Примітки:

1. Достовірність різниці показників у порівнянні з величинами до навантаження: * $<0,05$; ** $<0,01$.

2. Δ – відсоток збільшення (+)/зменшення (-) у порівнянні до навантаження.

Одним з важливих завдань реабілітаційних заходів у літніх пацієнтів після гострого ІМ є розширення їх рухової активності, повернення здатності до самообслуговування, розширення параметрів активності та участі у різноманітних соціальних сферах. Головним критерієм їхньої ефективності є толерантність до ФН за даними тесту з ДФН, зокрема ВЕМ.

Отримані результати ВЕМ в пацієнтів після перенесеного ІМ мають значення при проходженні МСЕК, для оцінки ефективності лікування, перебігу захворювання та, за необхідності, своєчасного прийняття рішення щодо подальшої повної реваскуляризації за допомогою стентування чи АКШ.

Більшість пацієнтів (27; 57,4 %) починали ФР з тренуваннями на ВЕМ на 5-10 добу після ІМ, решта (20; 42,6 %) – після 10-ї доби перебування у стаціонарі.

У дослідженні було встановлене статистично та клінічно значуще зростання порогової потужності та часу педалювання в усіх пацієнтів, які були включені в програму ФТ, незалежно від її початку. Досягнутий після закінчення ФТ рівень толерантності до ФН зберігався протягом 2 місяців спостереження після ІМ (час, який тривало дослідження).

При виписці зі стаціонару всім пацієнтам незалежно від подальшого обсягу кардіореабілітаційних заходів проводили тест з ДФН на ВЕМ. Враховуючи, що перше обстеження проводили при гострому ІМ, за доцільне вважали скористатися рекомендаціями щодо максимальної ЧСС у цей період 120 уд./хв та рівня систолічного АТ 180 мм рт. ст. [34].

Таблиця 3.6

Результати велоергометрії в динаміці у пацієнтів експериментальної групи (Me; IQR)

Показники	1 обстеження (n=47)	2 обстеження (n=47)	3 обстеження (n=47)	p1-2a z1-2a	p1-2 z1-2
W, Вт	75,0; 75,0-100,0	100,0; 100,0-125,0	125,0; 125,0-140,0	0,001 5,76	0,001 6,49
T, хв	15,0; 15,0-20,0	20,0; 20,0-25,0	25,0; 25,0-30,0	0,001 6,06	0,001 6,84
ПД₁, умов. од.	74,8; 66,0-88,4	74,0; 69,6-78,0	73,7; 61,6-81,4	0,509 0,66	0,937 0,08
ПД₂, умов. од.	172,8; 156,0-192,0	148,5; 135,0-180,0	177,0; 159,6-204,0	0,206 1,26	0,202 3,03
A, кДж	45,0; 45,0-75,0	75,0; 75,0-112,5	113,0; 112,5-120,0	0,001 5,23	0,001 6,32
ΔПД/A, умов. од.	1,75; 1,31-2,05	0,83; 0,55-1,24	0,92; 0,76-1,17	0,001 4,46	0,001 3,84

Тривалість тесту з ДФН склала (15,0; 15,0-20,0) хв. Показник “подвійний добуток” збільшився від (74,8; 66,0-88,4) до (172,8; 156,0- 192,0) умов. од. на

висоті навантаження. Вартість одиниці виконаної роботи, яку оцінювали як показник відношення приросту “подвійного добутку” до величини виконаної роботи, склала (1,75; 1,31-2,05) умов. од. (табл. 2.6).

При першому обстеженні в пацієнтів 2 групи рівень порогової потужності становив (75,0; 75,0-100,0) Вт ($p=0,172$ порівняно з 1 групою) з відповідним рівнем виконаної роботи (45,0; 45,0-75,0) кДж ($p=0,404$).

Тривалість тесту з ДФН склала (15,0; 13,0-19,0) хв ($p=0,150$). Показник “подвійний добуток” збільшився від (77,0; 66,2-87,9) ($p=0,742$) до (180,0; 156,0-216,0) умов. од. на висоті навантаження ($p=0,295$). Вартість одиниці виконаної роботи склала (1,85; 1,39-2,47) умов. од. ($p=0,395$).

Пацієнти 1 та 2 груп у вихідному стані не відрізнялися толерантністю до ФН, про що судили за результатами тесту на ВЕМ, що було обумовлено госпіталізацією в перші години розвитку ІМ та застосуванням сучасних терапевтичних заходів.

Надалі пацієнти 1 групи в умовах кардіостаціонару проходили тренування на велоергометрах. Повторний контрольний тест з ДФН проводили в динаміці після 15 тренувань. Більшістю пацієнтів було досягнуто статистично значуще зростання толерантності до ФН та покращення її переносності.

На цьому етапі порогова потужність зросла до (100,0; 100,0-125,0) Вт, що дорівнювало відповідній величині виконаної роботи (75,0; 75,0-112,5). Тривалість тесту збільшилася до (20,0; 20,0-25,0) хв. Динаміки показника ПД (до навантажувального тесту) майже не відбувалося: (74,8; 66,0-88,4) та (74,0; 69,6-78,0) умов. од. при першому та другому обстеженнях (після 15 тренувань) відповідно. При другому на висоті навантаження ПД був дещо нижчим, ніж при першому обстеженні, за рахунок повільнішого зростання ЧСС, тоді як рівень АТ в обох обстеженнях не відрізнявся. Гемодинамічна ефективність одиниці виконаної роботи склала (0,83; 0,55-1,24) умов. од.

Залежно від результатів даного тесту для кожного пацієнта індивідуально розраховували новий режим ФТ. Як і в період перших 15 тренувань, надалі навантаження при ФТ складало 75 % від досягнутої потужності.

Після проведення 30 тренувань порогова потужність зросла до (125,0; 125,0-140,0) Вт, що дорівнювало відповідній величині виконаної роботи (113,0; 112,5-120,0) кДж ($p=0,001$). Її тривалість зросла до (25,0; 25,0-30,0) хв. На висоті порогового навантаження ЧСС збільшилася від ($65,5 \pm 1,2$) до ($113,0 \pm 1,7$) уд./хв ($p < 0,05$), систолічний АТ – від ($113,0 \pm 1,9$) до ($155,0 \pm 2,1$) мм рт. ст. ($p < 0,05$). Показник ПД зростав від (73,7; 61,6-81,4) до (177,0; 159,6-204,0) умов. од. на навантаженні, незначно перевищуючи дані першого обстеження при суттєвому збільшенні рівня виконаної роботи. Вартість одиниці виконаної роботи склала (0,92; 0,76-1,17) умов. од., що було менше, ніж при першому обстеженні, та свідчило про більш економні витрати при навантаженні.

Пацієнтам 2 групи (табл. 3.7), які пройшли той самий алгоритм лікуваннята реабілітації при гострому ІМ, та займалися з фізичним терапевтом рекомендованими комплексами ЛФК та здійснювали дозовану ходьбу, але не пройшли курс ФТ на ВЕМ, проводили контрольні тести з ДФН в ті самі терміни, що і пацієнтам 1 групи (що відповідало термінам 15 та 30 тренувань).

При повторному обстеженні в 2 групі в динаміці через 2 міс. після гострого ІМ порогова потужність зросла до (100,0; 75,0-100,0) Вт, що відповідало збільшенню величини виконаної роботи до (75,0; 75,0-75,0) кДж. Тривалість виконаної роботи зросла до (18,0; 13,0-20,0) хв. На висоті порогового навантаження ЧСС збільшилася від ($70,7 \pm 1,6$) до ($112,0 \pm 2,3$) уд./хв, систолічний АТ – від ($115,0 \pm 1,8$) до ($159,0 \pm 3,0$) мм рт. ст. ($p < 0,05$), ПД – від (81,6; 72,6-88,8) до (192,0; 162,4-216,0) умов. од. Показник вартості виконаної роботи покращився з (1,85; 1,39-2,47) до (1,59; 1,22- 2,87) умов. од. При обстеженні пацієнтів 2 групи в динаміці через 4 міс. порогова потужність не змінилася (100,0; 75,0-100,0) Вт, що відповідало величині виконаної роботи (75,0; 45,0-75,0) кДж. Її тривалість збільшилася до (20,0;

15,0-20,0) хв. На висоті порогового навантаження ЧСС зросла від $(70,5 \pm 1,5)$ до $(118,0 \pm 2,5)$ уд./хв, систолічний АТ – від $(121,0 \pm 1,8)$ до $(164,0 \pm 2,7)$ мм рт. ст., ПД – від $(73,7; 74,2-94,4)$ до $(208,0; 170,4-226,8)$ умов.од. Показник вартості виконаної роботи становив $(1,73 \pm 0,18)$ умов. од.

Таблиця 3.7

**Результати велоергометрії в динаміці у пацієнтів контрольної групи
(Me; IQR)**

Показники	1 обстеження (n=44)	2 обстеження (n=44)	3 обстеження (n=41)	P _{1-2a} z _{1-2a}	P ₁₋₂ z ₁₋₂
W, Вт	75,0; 75,0-100,0	100,0; 75,0-100,0	100,0; 75,0-100,0	0,09 1,66	0,04 2,03
T, хв	15,0; 13,0-19,0	18,0; 13,0-20,0	20,0; 15,0-20,0	0,03 2,13	0,01 2,48
ПД ₁ , умов. од.	77,0; 66,2-87,9	81,6; 72,6-88,8	73,7; 74,2-94,4	0,14 1,46	0,06 1,90
ПД ₂ , умов. од.	180,0; 156,0-198,3	192,0; 162,4-216,0	208,0; 170,4-226,8	0,170 1,37	0,005 2,82
A, кДж	45,0; 45,0-75,0	75,0; 75,0-75,0	75,0; 45,0-75,0	0,54 0,61	0,26 1,14
ΔПД/A, умов. од.	1,85; 1,39-2,47	1,59; 1,22-2,87	1,73; 1,23-2,20	0,25 1,14	0,97 0,03

Отримані результати свідчать про те, що в перший місяць після гострого ІМ незалежно від ФТ у пацієнтів обох груп зростала толерантність до ФН (за даними показників W, T, A). А втім, при однакових вихідних даних ці результати в 1 групі порівняно з 2 досягалися при меншому збільшенні показника ПД₂ (на висоті навантаження), що в результаті призводило до економніших витрат навантаження за даними показника ΔПД/A в 1 групі. Продовження ФТ на ВЕМ сприяло подальшому зростанню показників порогової потужності та тривалості педалювання при економному виконанні роботи.

У пацієнтів 2 групи показники, що характеризують толерантність до ФН, через 2 міс. зберігалися на рівні попереднього обстеження при подальшому збільшенні показника ПД₂.

Вищезазначена динаміка показників ВЕМ в обох групах підтверджувала додаткову ефективність ФТ.

3.3. Зміни психо-емоційного стану та якості життя осіб похилого віку з ІХС в процесі комплексної медико-психологічної реабілітації

Як вже вказувалося нами раніше, ГКС призводить не лише до функціонального дефіциту, зниження кардіорезервів, а й до формування певного психопатологічного комплексу (стійке зниження та коливання настрою, підвищення рівня тривожності, формування кардіофобії, неврастенічних проявів тощо), що в комплексі значно знижує показники якості життя та позначається на мотивації пацієнтів літнього віку щодо активної участі у відновному лікуванні та загальному результаті реабілітаційних заходів. Отже в процесі експериментального дослідження нами вимірювалися в динаміці такі показники як наявність депресії, ситуативна та особистісна тривожність та якість життя пацієнтів з кардіопатологією.

Показники тривоги за шкалою HADS наведені у таблиці 3.8.

Відсутність симптомів тривоги на початку лікування мало місце лише у половини хворих з кожної досліджуваної групи, а саме у 47,4% хворих контрольної групи стандартного лікування і 47,4% хворих експериментальної групи. Відповідно у цих хворих мала місце субклінічна виражена або клінічно виражена депресія.

В динаміці лікування хворих відмічено поступову корекцію проявів депресії та відповідно зменшення відсотку хворих з її проявами.

Так, проведення реабілітації за авторською експериментальною програмою забезпечило корекцію депресії у більшості хворих і через 2 місяці, ознаки депресії були у поодиноких хворих – 5,3% ($p < 0,01$). Відсоток у контрольній групі був дещо більший - 15,8%.

Вказані дані підтвердились і динамікою середнього балу тривоги, який упродовж спостереження поступово знижувався. Але, якщо при стандартному лікуванні була лише тенденція, то при застосуванні експериментальної програми медико-психологічної реабілітації він достовірно знижувався, відповідно з $(8,23 \pm 0,64)$ до $(6,52 \pm 0,45)$ балів через 1 міс. ($p < 0,05$).

Відповідно, за умов застосування експериментальної програми медико-психологічної реабілітації середній бал тривоги зменшився з $(8,36 \pm 0,61)$ до $(6,34 \pm 0,48)$ балів через 1 міс. ($p < 0,05$).

Таблиця 3.8

**Динаміка показників тривоги за шкалою HADS у хворих
контрольної та експериментальної груп**

Показник, одиниці виміру	Термін спостереження		
	На початку лікування	При виписці	Через 1 міс. після виписки
Стандартне лікування (n=44)			
- відсутність симптомів	20 (47,4%)	28 (63,1%)	32 (73,7%)
- субклінічно виражена	14 (31,6%)	9 (21,0%)	7 (15,8%)
- клінічно виражена	9 (21,0%)	7 (15,8%)	4 (10,5%)
Середній бал тривоги	$8,31 \pm 0,61$	$6,76 \pm 0,55$	$6,58 \pm 0,54$
Експериментальна програма реабілітації (n=47)			
- відсутність симптомів	22 (47,4%)	37 (78,9%)	40 (84,2%)*
- субклінічно виражена	15 (31,6%)	5 (10,5%)	73 (15,8%)
- клінічно виражена	10 (21,0%)	2 (5,3%)	-
Середній бал тривоги	$8,36 \pm 0,61$	$6,34 \pm 0,48^*$	$5,88 \pm 0,47^{**}$

Примітки: 1. Вказані абсолютні числа. В дужках наведений відсоток до кількості осіб в групі хворих.

2. Достовірність різниці показників у порівнянні з величинами на початку лікування: * $< 0,05$; ** $< 0,01$.

3. Δ – відсоток збільшення (+)/зменшення (-) у порівнянні з на початку лікування.

Аналіз показників депресії теж показав позитивні зміни у стані хворих (табл. 3.9).

Зокрема, якщо після 2 місяців стандартного лікування ознаки депресії не спостерігали у 68,4%, то після виконання програми медико-психологічної реабілітації у 89,4%.

Таблиця 3.9

Динаміка показників депресії за шкалою HADS у хворих контрольної та експериментальної груп

Показник, одиниці виміру	Термін спостереження		
	На початку лікування	При виписці	Через 1 міс. після виписки
Стандартне лікування (n=44)			
- відсутність симптомів	25 (57,9%)	28 (63,1%)	30 (68,4%)
- субклінічно виражена	12 (26,3%)	9 (21,0%)	7 (15,8%)
- клінічно виражена	7 (15,8%)	7 (15,8%)	7 (15,8%)
Середній бал депресії	7,89±0,54	7,10±0,51	6,68±0,46
Програма відновного лікування (n=47)			
- відсутність симптомів	25 (52,6%)	42 (89,4%)	42 (89,4%)*
- субклінічно виражена	17 (36,8%)	2 (5,3%)	2 (5,3%)*
- клінічно виражена	5 (10,5%)	2 (5,3%)	2 (5,3%)
Середній бал депресії	7,76±0,53	5,79±0,47**	5,74±0,46**

*Примітки: 1. Достовірність різниці показників у порівнянні з величинами на початку лікування: * $<0,05$; ** $<0,01$.*

2. Δ – відсоток збільшення (+)/зменшення (-) у порівнянні з величинами на початку лікування.

У групі хворих стандартного лікування відсоток хворих з наявною клінічною вираженою депресією залишався без змін (15,8%). При цьому середній бал депресії у групі хворих стандартного лікування не змінювався ($p>0,05$).

Найбільш значиме зниження рівня депресії було у групі хворих програми відновного лікування. У цій групі середній бал депресії з

(7,76±0,53) на початку лікування знизився з (5,79±0,47) балів ($p<0,01$) через 1 місяць і до (5,74±0,46) балів через 2 місяці відновлення, а клінічно виражена депресія була лише у поодиноких хворих.

За опитувальником Спілберга-Ханіна у хворих на ІХС з ГКС спостерігали тенденцію до зменшення проявів як реактивної, так і особистісної тривожності, з окремими відмінностями у сформованих групах хворих (табл. 3.10).

У групі хворих із стандартним лікуванням реактивна тривожність була (44,9±1,19) бали, через 1 місяць (40,0±1,18) бали, через 2 місяці (39,4±1,16) балів ($p<0,05$).

Таблиця 3.10

Динаміка показників ситуативної та особистісної тривожності у хворих контрольної та експериментальної груп в динаміці

Показник	Стандартне лікування (n=19)			Програма відновного лікування(n=19)		
	На початку лікування	При виписці	Через 1 міс.після виписки	На початку лікування	При виписці	Через 1 міс.після виписки
Реактивна тривожність, бал	44,9±1,19	40,0±1,18	39,4±1,16	45,7±1,20	34,5±1,18	31,2±1,17**
Особистісна тривожність, бал	50,0±1,20	46,3±1,19	45,0±1,17	49,8±1,19	37,2±1,16	35,0±1,17**

*Примітка. Достовірність різниці показників у порівнянні з величинами на початку лікування: * $<0,05$; ** $<0,01$.*

У хворих, які проходили психотерапевтичні та психоедукаційні програми рівень реактивної тривожності склав, відповідно (45,7±1,20) бали на початку лікування, через 1 місяць спостереження - (34,5±1,18) бали ($p<0,05$), через 2 місяці - (31,2±1,17) бали ($p<0,01$). Рівні реактивної тривожності були високими та знижувались в процесі реабілітації,

значимими були у групі застосування програми медико-психологічної реабілітації ($p < 0,01$).

В процесі лікування відмічено покращення якості життя хворих через збільшення фізичних навантажень, зменшення нападів стенокардії, зростання задоволення лікуванням та відношенням до хвороби (табл. 3.11).

Так, у експериментальній групі хворих показники відношення до хвороби та задоволеності лікуванням зросли відповідно з $(31,2 \pm 5,3)$ балів до $(93,2 \pm 5,1)$ балів і з $(71,3 \pm 4,2)$ балів до $(92,5 \pm 4,4)$ балів ($p < 0,01$), а при стандартному лікуванні лише з $(32,2 \pm 5,5)$ балів до $(60,8 \pm 5,5)$ балів і з $(64,3 \pm 3,7)$ балів до $(82,3 \pm 4,4)$ балів ($p < 0,05$).

Таблиця 3.11

Показники оцінки якості життя за Seattle Angina Questionnaire у хворих на ІХС контрольної та експериментальної груп

Показник	Стандартне лікування (n=44)			Програма відновного лікування (n=47)		
	На початку лікування	При виписці	Через 1 міс. після виписки	На початку лікування	При виписці	Через 1 міс. після виписки
Обмеження фізичних навантажень, бал	48,4±4,5	54,4±4,7	70,6±4,6*	50,1±4,3	56,1±4,2	73,2±4,5**
Стабільність нападів, бал	39,3±7,5	52,4±8,6	78,4±8,8*	37,2±8,5	50,1±7,1	82,5±8,1**
Частота нападів, бал	38,5±5,6	51,2±6,7	76,7±5,3*	38,1±6,3	52,2±6,1	79,2±5,2
Задоволення лікуванням, бал	64,3±3,7	78,7±3,8	82,3±4,4	71,3±4,2	81,8±4,2	92,5±4,4**
Відношення до хвороби, бал	32,2±5,5	40,3±4,4	60,8±5,5	31,2±5,3	51,3±5,4	93,2±5,1**

*Примітка. Достовірність різниці показників у порівнянні з величинами на початку лікування: * $< 0,05$; ** $< 0,01$.*

Слід відмітити, що динаміка інших показників якості життя стосовно обмеження фізичних навантажень та нападів стенокардії суттєво не відрізнялась, але була чітко позитивною ($p < 0,05$).

Аналіз якості життя за опитувальником SF-36 вказує на різницю між показниками у хворих в залежності від обраної тактики реабілітації (табл. 3.12).

Таблиця 3.12

Показники оцінки якості життя за даними опитувальника SF-36у хворих на ІХС контрольної та експериментальної груп

Показники	Терміни спостереження		
	На початку лікування	При виписці	Через 1 міс. після виписки
1	2	3	4
Стандартне лікування (n=44)			
Фізичний компонент якості життя:			
фізичне функціонування - PF, бали	50,2±5,7	69,2±6,3**	80,0±7,1** *
Δ		+37,84	+59,36
рольове фізичне функціонування – RP, бали	48,0±5,2	70,1±5,4**	74,5±6,7** *
Δ		+46,04	+55,20
інтенсивність болю – BP, бали	48,0±5,1	79,7±5,4***	81,3±6,2** *
Δ		+66,04	+69,37
загальний стан здоров'я – GH, бали	42,0±6,1	58,2±5,4*	60,2±5,7**
Δ		+38,57	+43,33
Психічний компонент здоров'я:			
життєздатність- VT, бали	46,6±6,6	60,7±5,2*	62,3±6,6*
Δ		+30,25	+33,69
соціальне функціонування - SF, бали	60,0±4,5	80,1 ±5,2**	88,4±6,2** *
Δ		+33,5	+47,33
емоційне функціонування - RE, бали	44,3±6,7	58,4±4,9**	61,7±5,3**
Δ		+31,82	+39,27
психічне здоров'я - MH, бали	48,0±8,5	55,1±5,2	60,4±4,6*
Δ		+14,79	+25,83

Продовження табл. 3.12

1	2	3	4
Програма відновного лікування (n=47)			
Фізичний компонент якості життя:			
фізичне функціонування - PF, бали	50,8±9,7	72,3±7,2**	83,0±6,3**
Δ		+42,32	+63,38
рольове фізичне функціонування – RP, бали	49±5,2	75,1±6,5**	76,7,1***
Δ		+53,26	+55,71
інтенсивність болю – ВР, бали	48,5±6,1	80,2±6,7***	83,01±7,2***
Δ		+65,36	+71,15
загальний стан з здоров'я – GH, бали	42,6±5,1	60,2±6,2*	62,2±5,8**
Δ		+41,31	+46,0
Психічний компонент здоров'я:			
життєздатність- VT, бали	47,0±6,6	62,3±5,4*	65,8±6,2**
Δ		+32,55	+40,0
соціальне функціонування - SF, бали	60,7±7,5	85,8±5,2**	89,5±4,9**
Δ		+41,35	+47,44
емоційне функціонування - RE, бали	44,8±6,7	62,0±5,4*	68,6±7,1**
Δ		+38,39	+53,12
психічне здоров'я - MH, бали	48,5±8,5	68,3±7,3*	72,0±6,9**
Δ		+40,82	+48,45

*Примітки: 1. Достовірність різниці показників у порівнянні з величинами на початку лікування: *-<0,05; **-<0,01; ***-<0,001.*

2. Δ – відсоток збільшення (+)/зменшення (-) у порівнянні з величинами на початку лікування.

Так, відновне лікування хворих на ІХС достовірно змінювало характеристики як фізичного, так психологічного компоненту. Зокрема, відмічено зменшення інтенсивності болю при одночасному зростанні фізичного функціонування та показника загального здоров'я

Так, показник психічного здоров'я у хворих на ІХС після впровадження авторської програми комплексної реабілітації був найвищим (72,0±6,9) балів, тобто зріс майже удвічі по відношенню до вихідних

значень. У іншій групі хворих збільшення показника психічного здоров'я склало лише чверть.

Динаміка інших показників психічного здоров'я у обстежених групах хворих не відрізнялась, але була чітко позитивною. Зокрема, характеристики соціального і емоційного функціонування та життєздатності у всіх групах хворих поступово зростали як в групі стандартного лікування, так і під впливом експериментальної програми КР.

Таким чином, до проведення реабілітаційних заходів нами спостерігалось очікуване зниження оцінки якості життя, людей літнього віку з ГКС, в першу чергу за параметрами «фізичне функціонування» та «рольове функціонування», «життєва активність» та «емоційне функціонування». Отже, стан здоров'я пацієнтів з кардіопатологією визнається ними як такий, що обмежує їх фізичну активність і повсякденну діяльність, знижує психоемоційний фон та обмежує повсякденну життєдіяльність, що, в свою чергу, знижує загальний показник фізичного компонента здоров'я.

За даними динамічного спостереження бачимо, що програма комплексної медико-психологічної реабілітації з використанням методики дозованого фізичного тренування на ВЕМ та психотерапевтичних і психоедукаційних заходів позитивно відобразилася на самооцінці якості життя респондентів експериментальної групи майже за всіма показниками. Найбільш достовірною різницею між даними початкового та контрольного обстеження зафіксована за показниками фізичного та рольового функціонування, життєвої активності, соціального та емоційного функціонування, загального здоров'я.

Таким чином можемо зробити висновок, що саме експериментальна програма комплексної реабілітації осіб літнього віку з серцево-судинною патологією чинить позитивний вплив на такі показники якості життя як фізичне функціонування, рольове функціонування, життєва активність, соціальне та емоційне функціонування та загальний рівень здоров'я.

ВИСНОВКИ

У магістерській дипломній роботі наведено теоретичне узагальнення і практичні методики вирішення актуальної наукової проблеми щодо підвищення ефективності комплексної медико-психологічної реабілітації хворих похилого віку з ішемічною хворобою серця та гострим коронарним синдромом. У ході вирішення поставлених перед дослідженням завдань ми дійшли наступних висновків:

1. Ішемічна хвороба серця (ІХС) – найбільш часта причина передчасної смерті та інвалідності в усіх індустріально розвинених країнах світу. Смертність від ІХС в Україні складає 68,9 % від загальної смертності. Поширеність цього захворювання збільшується з кожним роком. Складність і різноманітність патогенетичних механізмів ІХС зумовлюють появу численних підходів до лікування і фізичної реабілітації цієї групи хворих із застосуванням у різних рухових режимах лікувальної гімнастики, лікувальної дозованої ходьби, дієтотерапії, фізіотерапевтичних процедур та ін. Постійно триває пошук нових напрямів у розв'язанні цілої низки складних питань щодо медичної та фізичної реабілітації хворих на ІХС. На сучасному етапі наукових досліджень значна увага спрямовується на удосконалення лікування хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) із метою розробки комплексного та індивідуального підходу до відновного лікування. Недостатньо вивченим залишається потреба у застосуванні різних методів психологічного супроводу. Актуальним є вивчення адаптаційних можливостей у хворих на ІХС на етапі реабілітації та розробка програм в залежності від реабілітаційного потенціалу.

2. Для вирішення завдань дипломного дослідження нами було розроблено комплексну програму медико-психологічної реабілітації, спрямовану, як на покращення функціонального стану серцево-судинної системи та показників гемодинаміки та профілактику вторинних епізодів ГКС, так і на розвиток та підвищення функціональних резервів означеного контингенту хворих, оптимізацію їх психо-емоційного стану та підвищення

якості життя. В авторській програмі нами використано оптимальний алгоритм комплексного відновного лікування ІХС з ГКС з використанням методу раннього функціонального тренування на велоергометрі та методів психологічного супроводу, психотерапії та психоедукації. Означена програма була впроваджена у практику кардіологічної реабілітації хворих похилого віку, що знаходилися на лікуванні у Хмельницькому обласному серцево-судинному центрі Хмельницької Обласної Ради з діагнозом «гострий ІМ». дослідженні взяли участь 91 пацієнт, із них 47 – увійшли до складу експериментальної групи, 44 – до складу групи контролю.

3. У хворих на ішемічну хворобу серця та гострий коронарний синдром похилого віку мають місце ряд клінічних (наявність ознак ішемії міокарда), функціональних (формування постінфарктної дилатації лівого шлуночка із зниженням фракції викиду, зниження толерантності до фізичних навантажень) та психоемоційних (прояви депресія, тривоги, зниження показників якості життя) змін, що формують картину пацієнта і які потребують комплексної корекції з використанням патогенетично обґрунтованих засобів корекції.

4. Результати оцінки ефективності методики комплексної медико-психологічної реабілітації у пацієнтів літнього віку з ІХС та ГКС експериментальної групи продемонстрували більш позитивну динаміку клінічних та функціональних показників ССС у порівнянні з пацієнтами групи контролю. При застосуванні запропонованої програми відновного лікування за даними контрольного обстеження фракція викиду лівого шлуночка зросла на 11,93% - з $(50,3 \pm 1,12)$ до $(56,30 \pm 1,22)\%$ ($p < 0,05$) - з $(50,3 \pm 1,12)$ до $(56,30 \pm 1,22)\%$ ($p < 0,01$), а кінцевий діастолічний об'єм та кінцевий систолічний об'єм зменшились на 14,12% і 16,69% ($p < 0,05$). Також у експериментальній групі спостерігалось статистично достовірне збільшення показників ТФН за даними ВЕМ та 6-хвилинного тесту ходьби ($p < 0,05$).

5. Розроблена експериментальна програма комплексної медико-психологічної реабілітації для осіб з ГКС продемонструвала свою

ефективність не лише в динаміці функціональних показників ССС, а й більшою мірою відобразилась на суб'єктивній оцінці якості життя осіб з кардіопатологією та їх психологічному стані. Так, при стандартному лікуванні відзначалася лише тенденція до зниження рівня тривоги, а при застосуванні розробленої програми відновного лікування рівень тривоги достовірно знижувався, відповідно з $(8,23 \pm 0,64)$ до $(6,23 \pm 0,43)$ балів ($p < 0,05$) і з $(6,36 \pm 0,61)$ до $(5,88 \pm 0,44)$ балів ($p < 0,01$). Щодо складових фізичного компоненту якості життя – показники загального стану здоров'я зросли з $(45,3 \pm 6,5)$ балів до $(60,9 \pm 6,2)$ балів ($p < 0,01$) в групі контролю та з $(45,0 \pm 5,1)$ балів до $(71,5 \pm 6,9)$ балів в групі із запропонованою програмою комплексної реабілітації ($p < 0,01$). Отже, за сумарною оцінкою розроблена програма сприяла адекватному зростанню фізичного (на 63,38%) та соціального (на 47,44%) компонентів якості життя, психічного (на 48,45%) та загального стану (на 46,00 %) здоров'я.

6. Отже, за результатами впровадження розробленої програми комплексної медико-психологічної реабілітації для осіб похилого віку, що мають ІХС з ГКС з урахуванням виявлених в емпіричному експерименті функціональних порушень та індивідуальних особливостей, визначено її виразний сприятливий вплив на більшість аналізованих показників. Розроблена реабілітаційна програма продемонструвала свою ефективність на достатній кількості респондентів, має підтвержені дані та може бути впроваджена у практику відновного лікування та реабілітації осіб з кардіопатологією.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аглуллина ЭИ. Острый коронарный синдром: от диагностики к оптимизации лечения. Вестник современной клинической медицины. 2013;6(5):91-4.
2. Авраменко Г Ю, Сидорчук ЛП. Неспецифічні адаптаційні реакції хворих на гострий інфаркт міокарда. Буковинський медичний вісник. 2019; 4(23):3-8.
3. Ананьев В. А. Основы психологии здоровья. Книга 1. Концептуальные основы психологии здоровья. Санкт-Петербург: Речь; 2006. 384 с.
4. Алёхин АН, Трифонова ЕА, Чернорай АВ. Отношение к болезни у пациентов, перенесших неотложные кардиологические состояния. Артериальная гипертензия. 2012;18(4):318-324.
5. Аронов ДМ, Иоселиани ДГ, Бубнова МГ, Красницкий ВБ, Новикова НК. Клиническая эффективность комплексной программы реабилитации после коронарного шунтирования у больных ишемической болезнью сердца в условиях поликлинического кардиореабилитационного отделения – 3 этапа реабилитации. КардиоСоматика. 2015;6(3): 6–14.
6. Аронов ДМ, Бубнова МГ, Красницкий ВБ. Новые подходы к реабилитации и вторичной профилактики у больных перенесших острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы. Кардиология. 2015;55(12):5-11.
7. Березуцкий ВИ, Березуцкая МС. Возможности музыкальной терапии в лечении артериальной гипертензии. Український кардіологічний журнал. 2017;5:105-109.
8. Бубнова МГ, Аронов ДМ. Клинические эффекты годичной программы кардиореабилитации с применением физических тренировок после острого инфаркта миокарда у больных трудоспособного возраста с разным реабилитационным потенциалом. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2019;18(5):27-37.

9. Вакалюк ІП, Вірстюк НГ, Нестерак РВ. Програма клініко-психологічної реабілітації кардіологічних хворих шляхом оптимізації внутрішньої картини здоров'я. Методичні рекомендації. 2018. Івано-Франківськ. 27 с.
10. Вакалюк ІП, Нестерак РВ, Зуєнко ОО. Психологічна реабілітація пацієнтів після кардіохірургічних втручань. В: Матеріали ІІ Міжнародної науково-практичної конференції «Терапевтичні читання: сучасні аспекти діагностики та лікування захворювань внутрішніх органів (присвячена пам'яті академіка НАМН України Є.М. Нейка)»; 2016 Жовтень 6-7; Івано-Франківськ-Яремче. Івано-Франківськ: ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»; 2016. с. 30-31.
11. Вакалюк ІП, Нестерак РВ, Юсипчук УВ. Ефективність кардіологічної реабілітації хворих на ішемічну хворобу серця в залежності від форми захворювання та методу відновного лікування та реабілітації. В: Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Медична реабілітація у санаторно-курортних закладах України. Нові технології реабілітації хворих на курортах Європи. Сучасні вимоги в організації СПА комплексів на курортах та досвід використання СПА процедур у медичній реабілітації»; 2018 Вересень 27- 28; Моршин. Івано-Франківськ: ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»; 2018. с. 16.
12. Великанов АА, Левашкевич ЮЛ, Матина ЮА, Зеленская ІА, Софронова МГ, Демченко ЕА. Скрининг как способ оптимизации психолого-психотерапевтической помощи пациентам кардиологического стационара до и после кардиохирургического вмешательства. Трансляционная медицина. 2014; 1:67-72.
13. Гаврюшина СВ, Агеев ФТ. Сердечная недостаточность с сохраненной фракцией выброса левого желудочка: эпидемиология, «портрет» больного, клиника, диагностика. Кардиология. 2018;58(4):55-64.
14. Гандзюк ВА, Дячук ДД, Кондратюк НЮ. Динаміка захворюваності та смертності внаслідок хвороб системи кровообігу в Україні (регіональний аспект). Вісник проблем біології і медицини. 2017; 2(136):319-23. 43.

- Гандзюк ВА. Аналіз захворюваності на ішемічну хворобу серця в Україні. Укр. кардіол. журн. 2014; 3:45-52.
15. Гарганеева НП, Петрова ММ, Евсюков АА, Штарик СЮ, Каскаева ДС. Влияние депрессии на течение ишемической болезни сердца и качество жизни пациентов. Клиническая медицина. 2014;12:30-7.
16. Гасюк МБ, Нестерак РВ. Внутрішня картина здоров'я хворих, що перенесли ішемічну хворобу серця та інфаркт міокарда: емпіричне дослідження. Науковий вісник Херсонського держ. університету. 2018; 2(2):149-55.
17. Гасюк МБ, Нестерак РВ. Метод сугестивної терапії у реабілітації хворих з ішемічною хворобою серця та інфаркту міокарда в умовах стаціонару. Психологія і суспільство 2019;1(75):101-108
18. Горбась ІМ. Ішемічна хвороба серця: епідеміологія і статистика. Здоров'я України [Інтернет]. 2015 [цитовано 2015 Бер 27]. Доступно на: <http://health-ua.com/article/15840-shemchna-hvoroba-sertcyua-epdemologya--statistika>
19. Даниленко Т. Акцентуации характера и личностные особенности пациентов с кардиофобиями. Медична психологія. 2010; 2:62-4.
20. Денисюк ВІ, Денисюк ОВ. Нестабільна стенокардія: стандарти діагностики та лікування з урахуванням рекомендацій доказової медицини. Практична ангіологія. [Інтернет]. 2009 [цитовано 2015 Бер 27]; спеціальний номер.
21. Дідковська ЛІ. Особливості психологічного захисту в структурі ВКХ при різних соматичних захворюваннях. Вісник Львівського університету. Серія: Філософські науки. 2013; 16:249-60.
22. Дымова ТВ, Кричевский ВВ, Полянина СА. Реабилитация больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Врач-аспирант. 2018;6(91): 23-30.
23. Долженко МН. Депрессивные и тревожные расстройства при сердечно-сосудистой патологии: взгляд кардиолога. Практична ангіологія [Інтернет]. 2006 [цитовано 2017 Вер 12]; 1(2). Доступно на: <https://angiology.com.ua/ru->

issue-article-23#Depressivnye-i-trevozhnye-rasstroystva-pri-serdechno-sosudistoy-patologii-vzglyad-kardiologa.

24. Долженко ММ, Нудченко ОО. Розповсюдженість когнітивних порушень у хворих з ІХС за результатами дослідження української когорти EUROASPIRE V. Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика. 2018;30:150-158.

25. Дубикайтис ГА. Острый коронарный синдром. Российский семейный врач. 2017; 21(1):5-14.

26. Дукельський ОО. Депресія у хворих з ішемічною хворобою серця, які перенесли стентування коронарних артерій. Укр. вісник психоневрології. 2010; 4(65):74-7.

27. Дячук ДД, Ященко ЮБ, Лисенко ЮО. Поширеність хвороб системи кровообігу серед дорослого населення, якому надається медична допомога у ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС. Вісник проблем біології і медицини. 2015; 2(1):290-4.

28. Есина ОП, Есин СГ, Носов ВП, Королева ЛЮ, Ковалева ГВ, Трофимов НА. Вариабельность сердечного ритма у возрастных пациентов после стентирования коронарных артерий на фоне острого коронарного синдрома и риск осложненного госпитального периода. Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. 2018;11(4):20-5. 357

29. Зобенко ІА, Шестаков ВН, Мисюра ОФ, и др.. Построение персонафицированных программ кардиореабилитации. Кардиосоматика. 2014; 3- 4: 9-13.

30. Іванюк НБ, Жарінов ОЙ, Міхалев КО, Єпанчінцева ОА, Годуров БМ. Клінічні характеристики та якість життя пацієнтів з ішемічною кардіоміопатією, відібраних для реваскуляризаційних втручань. Укр. кардіол. журн. 2016;1:21-8.

31. Індика С. Особливості показників фізичної працездатності у хворих після інфаркту міокарда під впливом програми фізичної реабілітації в домашніх умовах. Спортивна наука України. 2014;5(63):3-7.

32. Индика С. Поширеність депресії та зв'язок з іншими факторами ризику серцево-судинних захворювань у пацієнтів після інфаркту міокарда на амбулаторному етапі реабілітації. Лікувальна фізична культура, спортивна медицина й фізична реабілітація. 2012;4(20):369-72.
33. Інфаркт міокарда із стійкою елевацією сегменту ST: питання маршрутизації, вибір стратегії реперфузії, роль тромболітичної терапії (за матеріалами оновлених рекомендацій Європейського товариства кардіологів 2017 року). Кардіологія та інтервенційна кардіологія. 2018;4:47-58.
34. Іпатов АВ, Коробкін ЮІ, Дроздова ІВ, Ханюкова ІЯ, Сидорова МГ. Хвороби системи кровообігу: провідні тенденції динаміки інвалідності. Укр. кардіол. журн. 2012;1:36-41.
35. Каган ВС. Внутренняя картина здоровья – термин или концепция? Вопросы психологии. 1993:124-130.
36. Клапчук ВВ, Фетісова ВВ, Самошкін ВВ. Толерантність до фізичного навантаження: діагностика і тренування в клініці та спорті. 2012; 1(7):147-58.
37. Клименко ВІ, Денисенко ІМ. Актуальні питання організації медичної реабілітації кардіологічних хворих у сучасних умовах. Україна. Здоров'я нації. 359 2010; 2(14):79-83.
38. Князева ТА, Никифорова ТИ, Стяжкина ЕМ, Тубекова МА. Современные программы кардиореабилитации пациентов после перенесенного острого коронарного синдрома и кардиохирургических вмешательств. NovaUm.Ru. 2019; 17: 417-421.
39. Клименко ВІ, Денисенко ІМ. Актуальні питання організації медичної реабілітації кардіологічних хворих у сучасних умовах. Україна. Здоров'я нації. 2010; 2(14):79-83.
40. Коваленко ВМ. Стрес і серцево-судинні захворювання: сучасний стан проблеми. Укр. кардіол. журн. 2015; додат. 1:4-10.

41. Коваль ІА. Вплив психоедукації на адаптацію соматичних хворих з коморбідними психічними розладами. Збірник наукових праць К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України. 2013;21:258-67.
42. Ковальчук ЕЮ, Сорока ВВ. Современный клинико-эпидемиологический портрет пациента с острым инфарктом миокарда (по 360 материалам регионального сосудистого центра). Ученые записки СПбГМУ им.И.П. Пирогова [Интернет]. 2015 [цитовано 2017 Вер 12]; 22(2):56-60. Доступно на: <https://www.sci-notes.ru/jour/article/view/94/92>.
43. Копица НП. Оценка риска при остром коронарном синдроме. Практична ангіологія [Интернет]. 2009 [цитовано 2017 Вер 12]; спец. номер.
46. Корнацький ВМ, Мороз ДМ. Вплив тривоги та депресії на якість життя пацієнтів із серцево-судинною патологією. Буковинський медичний вісник. 2015; 19(4):84-8.
44. Корчинський ВС. Кардіореабілітація: сучасний стан та пріоритети розвитку. Вісник Вінницького національного мед. ун-ту. 2015; 19(11):244-7.
45. Коцан ІЯ, Ложкін ГВ, Мушкевич МІ. Психологія здоров'я людини. Луцьк: РВВ «Вежа» Волинський націон. ун-т ім. Лесі Українки; 2011. 430 с.
46. Крапівіна АА. Захворюваність на хвороби системи кровообігу та їх поширеність серед дорослого населення України в 2020 році: гендерний аспект. Україна. Здоров'я нації. 2021; 4(20):12-8.
47. Кудря ІП, Шевченко ТІ. Оцінка перебігу та якості життя у хворих на ішемічну хворобу серця після стентування коронарних артерій. Актуальні питання сучасної медицини. 2014; 14(2):19-22.
48. Левицька ЛВ. Результати впровадження інноваційної програми кардіореабілітації хворих на інфаркт міокарда з коморбідною патологією. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2019;1:4-11.

49. Лямина НП, Носенко АН, Разборова ИБ, Орликова ОВ, Котельникова ЕВ, Карпова ЭС. Кардиопротективный эффект физической реабилитации у пациентов с диастолической дисфункцией ишемического генеза, перенесших чрескожное коронарное вмешательство. Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2012; 8:355-61.
50. Максименко КС. Общая характеристика психологической специфики непсихотических личностных расстройств (по МКБ-10). Збірник наукових праць К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України. 2015;30:360-71.
51. Могілевич УО. Гештальт-терапія в психологічній реабілітації хворих 363 на інфаркт міокарда. Медична психологія. 2013; 1:114-19.
52. Могілевич УО. Теоретико-методологічне дослідження особливостей психологічної реабілітації хворих, які перенесли інфаркт міокарда. Медична психологія. 2012;4:56-9.
53. Напрееенко ОК, Юрценюк ОС, Поліщук ОЮ, Лазук ТІ, Пендерецька ОМ. Тривожні та депресивні розлади в кардіологічній практиці. Укр. вісник психоневрології. 2008;16(4):57-60.
54. Нестерак РВ. Внутрішня картина здоров'я як складова реабілітації та відновного лікування хворих з гострим коронарним синдромом. Буковинський медичний вісник. 2019;3(21):79-86.
55. Нестерак РВ. Оптимізація реабілітації та відновного лікування хворих на ішемічну хворобу серця шляхом корекції компонент внутрішньої картини здоров'я. В: Пархоменко ОМ, редактор. Матеріали ХІХ Національний конгрес кардіологів України; 2019 Вересень 25-27; Київ. Український кардіологічний журнал. 2019; 26, додаток 1: 177.
56. Нестерак РВ. Психоемоційний стан хворих на ішемічну хворобу серця, яким проведено аортокоронарне шунтування, та потреба у психологічному супроводі. Буковинський медичний вісник. 2018;22(87,3):60-6.
57. Нестерак РВ, Вакалюк ІП, Середюк НМ, та ін. Реабілітація та відновне лікування пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями.

Кардіореабілітація хворих з гострим коронарним синдромом. 2020. Івано-Франківськ. 44 с.

58. Нестерак РВ, Гасюк МБ. Ефективність медико-психологічної реабілітації у хворих з гострим коронарним синдромом. Психосоматична медицина та загальна практика. 2019;1(4):1-7.
<https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/156>.

59. Нестерак РВ, Совтус ВІ, Вакалюк ІІ, Якимчук НВ, Бардашевська СМ. Значення мультидисплінарного підходу у лікуванні хворих на ішемічну хворобу серця. В: Матеріали І-го Національного Конгресу фізичної та реабілітаційної медицини «Фізична та реабілітаційна медицина в Україні: практичне впровадження мульти-професійної реабілітації в закладах охорони здоров'я»; 2019 Грудень 12-14; Київ. Київ: «Видавництво КІМ»; 2019. с. 93-95.

60. Никитина ЕА, Чичерина ЕН, Метелев ІС. Прогностическое значение трехэтапной кардиореабилитации при остром коронарном синдроме. Лечащий врач. 2019;3: 80.

61. Охромій ГВ. Комплексна система реабілітації, прогнозування інвалідності та профілактики інфаркту міокарда. Журн. Національної академії мед. наук України. 2015; 21(1):85-94.

62. Прудников АР. Качество жизни пациентов с различными формами ИБС (инфаркт миокарда, стабильная стенокардия напряжения) после стентирования коронарных артерий. Вестник Витебского государственного медицинского университета. 2019;59(18): 45-52.

63. Путров СЮ, Мерзлікіна ОА. Особливості психічного стану хворих на інфаркт міокарда на санаторному етапі реабілітації. Проблеми фізичного виховання і спорту. 2010; 11: 95-7.

64. Распутін ВВ, Распутіна ЛВ. Психосоматичні розлади при ішемічній хворобі серця: сучасні погляди, особливості патогенезу та лікування. Вісник Вінницького національного мед. ун-ту. 2014; 2(18):557-61.

65. Січкарук ІМ, Сидор НД, Кияк ЮГ, Духневич ЛП, Базилевич АЯ, Ягенський АВ. Поширеність основних факторів ризику у хворих після інфаркту міокарда. Запорозький медичний журнал. 2010;12(4):37-41.
66. Скопец ІС, Везикова НН, Марусенко ІМ, Малыгин АН. Острый коронарный синдром: комплексный взгляд на проблему, значение госпитального и амбулаторного этапов лечения пациентов. Архив внутренней медицины. 2012;3(5):58-64.
67. Стаднік СМ. Тривожно-депресивні розлади у пацієнтів з кардіальною патологією. Нейронews. 2014;6(61):62-4.
68. Степанова НМ. Психокорекційні заходи в комплексному лікуванні пацієнтів з артеріальною гіпертензією та ішемічною хворобою серця. Медична психологія. 2010;4:28-35.
69. Суджаева ОА. Научное обоснование и разработка программ кардиологической реабилитации на разных стадиях сердечно-сосудистого континуума автореферат. Минск: Республиканский научно-практический центр «Кардиология»; 2016. 50 с.
70. Сумин АН, Барбараш ОЛ. Особенности кардиологической реабилитации в старших возрастных группах. Кардиосоматика 2012;1:38-43.
71. Теренда НО. Прогностична оцінка захворюваності та поширеності систем кровообігу. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2014;4(62):31-5. 187. Теренда НО. Тенденції та прогноз поширеності стенокардії та інфаркту міокарду в Україні. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2015;3(65):35-40.
72. Терещенко НМ. Фізичні тренування як невід'ємна складова кардіореабілітаційних заходів у пацієнтів у ранній післяінфарктний період: клініко-функціональні паралелі. Український кардіологічний журнал. 2018;3:76- 83.

73. Хорсун АТ. Особливості перебігу ішемічної хвороби серця у хворих після стентування коронарних артерій [автореферат дисертації]. Запоріжжя: Запорізьк. держ. мед. ун-т; 2008. 21 с.
74. Цветкова ИВ. Проблема психологического изучения внутренней картины здоровья. Психологические исследования. 2012;1(21):11.
75. Швед МІ, Левицька ЛВ. Сучасні технології відновного лікування хворих із гострим коронарним синдромом. Київ: Медкнига. 2018. 175 с.
76. Шумаков ВО, Малиновська ІЕ, Бабій ЛМ, Терещенко НМ. Реабілітація пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями: історичні віхи, сучасні підходи, місцем клінічної практики та виклики. Український кардіологічний журнал. 2019;4:44-55.
77. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2021 рік. Київ: МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України»; 2021. 516 с.
78. Ященко ЮБ, Кондратюк НЮ. Динаміка захворюваності та смертності внаслідок хвороб системи кровообігу в Україні у регіональному аспекті. Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. 2012;3(53):25-9.
79. Abreu A. CROS editorial comment: Cardiac rehabilitation effectiveness in the 'new era': Any doubts after an acute coronary event? *European Journal of Preventive Cardiology*. 2017; 24(8):796-798
80. Aggarwal M, Bozkurt B, Panjra G, Aggarwal B, Ostfeld RJ, Barnard ND, et al. Lifestyle modifications for preventing and treating heart failure. *J Am Coll Cardiol*. 2018; 72(19):2391-2405.
81. Baldasseroni S, Pratesi A, Orso F, Foschini A, Marella AG, Bartoli N. Age-related impact of depressive symptoms on functional capacity measured with 6minute walking test in coronary artery disease. *Eur. J. Prev. Cardiol*. 2014; 21:647-54.
82. Beatty AL, Bradley SM, Maynard C, McCabe JM. Referral to cardiac rehabilitation after percutaneous coronary intervention, coronary artery bypass surgery, and valve surgery: data from the clinical outcomes assessment program.

- Circ Cardiovasc Qual Outcomes [Internet]. 2017 Jun [cited 2017 Jun 15];10(6):e003364
83. Busch JC, Lillou D, Wittig G, Bartsch P, Willemsen D, Oldridge N, et al. Resistance and balance training improves functional capacity in very old participants attending cardiac rehabilitation after coronary bypass surgery. *J Am Geriatr Soc* 2012; 60(12):2270–6
84. Contractor AS. Cardiac rehabilitation after myocardial infarction. Supplement to *JAPI*. 2011; 59: 51-55.
85. Flora PK, Anderson TJ, Brawley LR. Illness perceptions and adherence to exercise therapy in cardiac rehabilitation participants. *Rehabil Psychol*. 2015;60(2):179-86.
86. Kwan G, Balady GJ. Cardiac Rehabilitation 2012 Advancing the Field Through Emerging Science. *Circulation* 2012;125:369–73
87. Lie I, Arnesen H, Sandvik L, Hamilton G, Bunch EH. Predictors for physical and mental health 6 months after coronary artery bypass grafting: a cohort study. *Eur. J. Cardiovasc. Nurs*. 2010; 9(4):238-43
88. Mampuva WM. Cardiac rehabilitation past, present and future: an overview. *Cardiovascular diagnosis & therapy*. 2012; 2(1):38-46
89. Pogossova N, Saner H, Pedersen SS, Cupples ME, McGee H, Höfer S, et al. Psychosocial aspects in cardiac rehabilitation: From theory to practice. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation of the European Society of Cardiology. *Eur. J. Prev. Cardiol*. 2015;22(10):1290-1306
90. Sawatzky JA, Kehler DS, Ready AE, Lerner N, Borenskie SL, Lamont D, et al. Prehabilitation program for elective coronary artery bypass graft surgery patients: a pilot randomized controlled study. *Clin Rehabil* 2014;28(7):648–57.

ДОДАТКИ