

чин смерті (63,6 %), при цьому гострий інфаркт міокарда займає 66,7 % в структурі смертності та є основною причиною інвалідизації серед людей працездатного віку. У хворих на інфаркт міокарда (ІМ) фібриляція передсердь (ФП) вдвічі збільшує ризик летальності та кількість ускладнень основного захворювання (Soliman E.Z. et al., 2016). Вчасні превентивні заходи та кардіореабілітація для даної категорії пацієнтів покращують якість життя та зменшують частоту виникнення серцево-судинних подій (Taylor R.S. et al., 2004; Anderson L. et al., 2016).

**Мета** – вивчити особливості клінічного перебігу інфаркту міокарда з фібриляцією передсердь, виявити маркери підвищеного ризику кардіо-васкулярних подій та знижених кардіопульмональних резервів для контролю за ефективністю реабілітаційного процесу в даній категорії пацієнтів.

**Матеріали та методи.** Виконано обстеження 353 хворих на гострий інфаркт міокарда, менеджмент яких здійснювався згідно з чинними протоколами. Використано результати загальноклінічних, лабораторних та інструментальних даних обстежень пацієнтів (холтеровське моніторування ЕКГ, ехокардіографія), проводилась оцінка функціонального стану організму шляхом тесту 6-хвилинної ходьби (ТШХ) відповідно на 10 та 30 день від надходження в клініку. Статистичний аналіз результатів дослідження здійснено за допомогою програмних продуктів MS Excel 2010 та SPSS 2019.

**Результати.** Середній вік пацієнтів склав 66,24 ± 10,44 років, серед них було 32,0 % жінок та 68,0 % чоловіків. Було діагностовано 82 пацієнта на ІМ з ФП, що мали вперше виявлену форму ФП – 14,6 % (12 осіб), пароксизмальну ФП – 20,7 % (17 осіб), персистуючу ФП – 45,1 % (37 осіб), постійну ФП – 19,5 % (16 осіб). Перебіг гострого періоду інфаркту міокарда для пацієнтів з ФП супроводжувався появою гострої лівошлуночкової недостатності за Killip клас II-III – 21,8 %, кардіогенного шоку – 5,1 %, гострої ниркової недостатності АКІН стадія I-III – 10,3 %. При дослідженні взаємозв'язку загальноклінічних параметрів у пацієнтів з ФП було виявлено кореляційний зв'язок з віком ( $r=0,220$ ), підвищеним систолічним артеріальним тиском ( $r=0,407$ ); серед лабораторних параметрів з рівнем глюкози ( $r=0,212$ ), креатиніну ( $r=0,209$ ) та тропоніну Т ( $r=0,129$ ,  $p<0,05$ ). При дослідженні параметрів внутрішньо-серцевої гемодинаміки було виявлено достовірні кореляційні зв'язки з розміром лівого передсердя ( $r=0,486$ ), показниками фракції викиду лівого шлуночка ( $r=0,714$ ), помірною та вираженою мітральною недостатністю ( $r=0,429$ ,  $p<0,05$ ). Толерантність до фізичного навантаження у хворих на ІМ з ФП була достовірно нижчою в порівнянні з пацієнтами з синусовим ритмом (ТШХ10фп 72,32 ± 32,79 vs ТШХ10безфп 128,76 ± 24,03 ( $p<0,001$ ); ТШХ30фп

128,742 ± 46,054 vs ТШХ30безфп 201,154 ± 46,07 ( $p<0,001$ )).

**Висновки.** У хворих на інфаркт міокарда з фібриляцією передсердь клінічними маркерами високого ризику кардіоваскулярних подій та знижених кардіопульмональних резервів були гостра лівошлуночкова недостатність, кардіогенний шок, гостра ниркова недостатність, підвищений систолічний артеріальний тиск; лабораторними маркерами – глюкоза, креатинін та тропонін Т, тому моніторинг цих показників сприятиме більш контрольованому та ефективному процесу реабілітації.

## Ризики порушень ліпідного обміну у персистуючих курців після перенесеного гострого коронарного синдрому на етапі кардіореабілітації

В.Л. Луцька, І.М. Бігун

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

**Мета** – встановити ризики порушень ліпідного обміну у персистуючих курців після перенесеного гострого коронарного синдрому (ГКС) на етапі відновного лікування.

**Матеріали та методи.** Обстежено 68 пацієнтів з фактором куріння (група І). Наприкінці санаторного етапу реабілітації для оцінки ефективності програми відновного лікування група І була розподілена на дві підгрупи: ІА – пацієнти-курці, які відмовились від куріння в процесі кардіореабілітації (КР), та ІБ – пацієнти-курці, які продовжували курити. Визначали основні показники ліпідного обміну та ризики їх порушень в динаміці реабілітаційного лікування.

**Результати.** Проведений аналіз показав, що курці, що продовжують курити мали значно підвищений ризик недосягнення цільового значення ЗХС < 4,5 ммоль/л – на 55 % (OR=1,55, CI=1,15-2,26), ТГ < 1,7 ммоль/л – на 23 % (OR=1,23, CI=1,05-1,43), ХС ЛПНГ < 1,4 ммоль/л – в 3,2 рази (OR=3,24, CI=1,14-9,54), ХС ЛПВГ > 1,3 ж, (>1,0 ч) ммоль/л і ХС не-ЛПВГ < 2,6 ммоль/л – в 2,5 рази (OR=2,48, CI=1,24-4,99) (OR=2,51, CI=1,18-4,74). У свою чергу, відмова від куріння значно знижує ризики недосягнення цільових рівнів показників ліпідного обміну: ризик недосягнення ХС ЛПНГ < 1,4 ммоль/л був підвищеним на 45 % (OR=1,45, CI=1,00-2,11), ХС ЛПВГ > 1,3 ж, (>1,0 ч) ммоль/л – на 36 % (OR=1,36, CI=1,04-1,76) та ТГ < 1,7 ммоль/л – на 19 % (OR=1,19, CI=1,06-1,34).

**Висновки.** Персистуюче куріння під час проходження програми КР значно підвищує ризик дис-

лілідемії проатерогенної спрямованості. Відмова від куріння покращує результати та ефективність реабілітаційного лікування.

## **Ефективність використання медичних інтервенцій в кардіореабілітації**

О.С. Полянська, І.О. Маковійчук, С.І. Гречко

Буковинський державний медичний університет, Чернівці

Кардіологічна реабілітація (КР) включає комплексну програму відновлення функції серцево-судинної системи під медичним наглядом. Вона дає позитивні результати для пацієнтів з будь-якими захворюваннями серця, включаючи ішемічну хворобу серця, стенокардію, серцеву недостатність, серцевий напад або операцію на серці.

**Мета** – оцінити ефективність використання медичних інтервенцій при реабілітації хворих на інфаркт міокарда.

**Матеріали та методи.** Клінічний матеріал склали 711 хворих на інфаркт міокарда, середній вік яких склав  $58,3 \pm 2,1$  років. Усім пацієнтам проведена коронарографія з подальшим стентуванням.

**Результати.** Програма КР починається з ретельного аналізу стану та потреб пацієнта, прийому ліків, підтримання відповідного режиму рухової активності, навчанням здорового способу життя. В гострому періоді хвороби пацієнт знаходиться на стаціонарному лікуванні і фахівець з реабілітації оцінює стан пацієнта, надає йому інформацію щодо стану здоров'я, контролює артеріальний тиск, ЧСС, визначає функцію верхніх кінцівок та силу нижніх кінцівок, навчає догляду за собою та управління своїми психологічними реакціями на подію, працює з сім'єю або близькими, щоб забезпечити належний догляд і підтримку вдома. Фізичний терапевт розробляє контрольовану та дуже обмежену програму вправ низької інтенсивності: повертання, сидіння в ліжку, вставання, перевірка діапазону руху і далі ходіння по коридору. При виписці пацієнта оцінюється можливість безпечно повернутися додому та планується потреба пацієнта в реабілітації вдома, амбулаторно чи в громаді. Надаються рекомендації фахівців щодо безпечного обмеженого плану вправ, чіткого розуміння свого стану і напрямку реабілітації, знання про самостійний догляд за ранами, доступ до домашньої кисневої терапії (за потреби). Більшість пацієнтів виписувалась із стаціонару до 12-13 дня і продовжували реабілітаційну програму на амбулаторному етапі. В підгострому періоді може надаватись амбулаторна реабілітаційна допомога терміном до 6 місяців з навантаженням високої інтенсивності. Проводиться ретельний моніторинг гемодинаміки на фізичні вправи, контролюються

зміни способу життя, збільшення фізичного навантаження, незалежності пацієнта. На довготривалому періоді проводиться інтенсивна амбулаторна реабілітація з використанням велотренажера або бігової доріжки, тренування з опором, самостійні вправи та самоконтроль. В подальшому пацієнт повинен дотримуватися вказівок щодо фізичних вправ, відмовитись від куріння, вживання продуктів з низьким вмістом солі, цукру та трансжирів з включенням фруктів та овочів, продуктів з цільного зерна та нежирного білка і управління стресом.

**Висновки.** Науково обґрунтований підхід до використання медичних інтервенцій в кожному періоді реабілітації при інфаркті міокарда дасть можливість адаптувати пацієнтів до фізичних навантажень та відновити толерантність до фізичного навантаження.

## **Adherence to physical rehabilitation and the level of kinesiophobia in patients with coronary failure**

S.I. Hrechko, I.V. Trefanenko, T.L. Kolodnitska

Bucovinian State Medical University, Chernivtsi

The most common group of non-communicable diseases worldwide, namely cardiovascular disease (CVD), is also the leading cause of death, with more than 80 % of deaths occurring in low- and middle-income countries. Coronary heart disease (CHD) is the leading cause of death in the world. A comprehensive approach is needed to reduce the impact of CVD on people and society. Cardiovascular rehabilitation (CR) – providing structured exercise, education and risk reduction, is cost-effective, however can reduce mortality by up to 25 %, improve functional capacity, and possibility to reduce re-hospitalization. The availability of CR is significantly lower than other evidence-based methods of secondary prevention, such as revascularization and pharmacological therapy. Multilevel strategies are needed to increase the capacity and accessibility of CVD rehabilitation at the national and international levels, such as supportive health policies, systematic strategies and alternative models. However, insufficient participation and adherence to rehabilitation programs are an increasing problem for this population due to the limited daily life activities. Meanwhile the patients with chronic diseases or avoidance behavior in pain characterize an adaptive part of the behavior as a natural response to damage and only part of them will suffer true kinesiophobia without being able to avoid their fear. Kinesiophobia is a fear of physical exercises that might get worse the case of cardiovascular disease.

The purpose of the study was to assess the level of kinesiophobia due to cardiac function evaluated by clin-