УДК 616.12-008.46-036.825
Гречко С.І., канд.мед.наук, доцент
Полянська О.С., д-р мед.наук, професор
Буковинський державний медичний університет
м. Чернівці, Україна

ОЦІНКА ПРИХИЛЬНОСТІ ДО ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА

Найпоширеніша група неінфекційна хвороб в усьому світі, а саме серцево-судинні захворювання (ССЗ), є також провідною причиною смертності, причому понад 80% смертей спостерігається в країнах з низьким і середнім рівнем доходу. Для зменшення впливу ССЗ на людей та суспільства необхідний комплексний підхід. Кардіореабілітація (КР) надання структурованих занять фізичними вправами, освітою та зниженням ризику, рентабельно, проте вона здатна знижувати смертність до 25%, покращувати функціональну здатність, а також зменшувати повторну госпіталізацію. Доступність КР набагато нижча, ніж у інших методів вторинної профілактики, заснованих на доказах, таких як реваскуляризація та фармакологічна терапія. Потрібні багаторівневі стратегії для збільшення потенціалу та доступності реабілітації при ССЗ на національному та міжнародному рівнях, такі як підтримуюча політика у сфері охорони здоров'я, систематичні стратегії та альтернативні моделі.

Обстежено 86 хворих на інфаркт міокарда, 56 з яких у ранньому післяінфарктному періоді проведено курс оригінальної індивідуалізованої адаптованої програми КР протягом 3-х місяців, і 30 пацієнтам контрольної групи, яких зіставили за віком, статтю та клінічними проявами інфаркту міокарда, проведено стандартну програму реабілітації. Оцінку ефективності обох програм кардіореабілітації виконували шляхом зіставлен-

ня редукції клінічних проявів інфаркту міокарда, відновлення параметрів систоло-діастолічної функції серця, ступеня толерантності до фізичних навантажень та оцінки якості життя пацієнтів. Для створення репрезентативної вибірки було проведено рандомізацію з урахуванням пропорційного розподілу у популяції за віком (до та старше 65 років) та статтю.

Позитивний ефект КР доводиться зниженням захворюваності та смертності, як загального, так і серцево-судинного, в тому числі, позитивно впливає на фізичний стан пацієнтів, їх вагу, артеріальний тиск, ліпідний профіль, глікемію та чутливість до інсуліну, фібринолітичну активність. Було помічено, що ектопічна активність міокарда зменшується, ангінозні напади зменшуються і збільшується споживання кисню після вправ. Серед інших переваг можна віднести менший рівень виникнення пухлинних захворювань, покращення якості життя та мінімізацію депресій. Наведено достатньо доказів того, що ризики КР часто завищені. Позитивний ефект від такого лікування доведений, а також ефект від фармакологічних чи інтервенційних та хірургічних методів лікування. Модель уникнення страху була запропонована як пояснювальна модель хронізації болю, і, отже, дані, включені в цю модель, часто використовуються стосовно кінезіофобії. Великий інтерес викликають певні фактори, такі як погіршення стану, чутливість до тривоги та інвалідність, щодо поведінки уникнення фізичного навантаження у пацієнтів з ІХС. На додаток до вимірювання страху, пов'язаного з поведінкою уникнення у пацієнтів з болем, вважається важливим ще кілька факторів, такі як мотивація, самоефективність та емоційний стан пацієнта. Ці зміни також можна взяти до уваги стосовно пацієнтів з ІХС. Аналіз цих факторів підтримує теорію, згідно з якою модель уникнення страху потрібно концептуально розширити та додатково перевірити, щоб забезпечити достатню клінічну корисність. Тому пропонується більше зацікавлення зосередити на відповідних заходах, щоб розширити наші знання про конструкції дисфункції та небезпеки.

Враховуючи слабкий, проте значний зв'язок між фізичною активністю та кількома маркерами серцевого ризику у пацієнтів з ІХС, отримані результати можуть свідчити про позитивний вплив фізичної активності на означені фактори ризику. Однак, дози фізичної активності, необхідні для досягнення позитивного впливу на маркери серцевого ризику при вторинній профілактиці ІХС, залишаються дозованими лише частково. Ця сфера мала б користь від майбутніх інтервенційних досліджень, включаючи довгострокове спостереження, перш ніж можна буде сформулювати клінічні наслідки. Виходячи з літератури на сьогоднішній день, пацієнтам з ІХС рекомендується брати участь у реабілітації серця на основі фізичних вправ на користь більш загальної рекомендації щодо підвищення рівня фізичної активності. Програми реабілітації є більш складними, ніж це, і їх потрібно визначати індивідуально, щоб досягти встановлених переваг для здоров'я. Крім того, для підвищення рівня інтенсивності протягом всієї програми вправ є необхідним додаткове тестування на придатність фізіотерапевта, який володіє навичками з фізіології вправ. Позитивні ефекти реабілітації серця на основі фізичних вправ встановлені науково. Однак справжньою проблемою на майбутнє повинно бути подальше розширення ефективності різноманітних підходів до програм вправ в рамках кардіологічної реабілітації, спрямованих на збільшення доступності, поглинання та довготривалого дотримання для кожного пацієнта.

У пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями кінезіофобія має багатопричинну природу і є значно більшою у пацієнтів з NYHA III, та особливо-IV класу. Вплив на кінезіофобію було виявлено за клінічними змінними, що впливали на результати реабілітації та прогноз, представляючи всі компоненти МКФ, медичні змінні та якість життя, пов'язану зі здоров'ям, у пацієнтів з ІХС. Враховуючи ці висновки при реабілітації пацієнтів з ІХС необхідно враховувати кінезіофобію.