УДК 616.12–005.4–085.127–036.82

І. П. Вакалюк, Р. В. Нестерак, В. І. Совтус
Івано-Франківський національний медичний університет

Курація хворих на гострий коронарний синдром у Прикарпатському реґіоні та ефективність їхньої кардіореабілітації після реваскуляризації міокарда

Вступ. Серед хвороб системи кровообігу ішемічна хвороба серця (ІХС) є основною причиною смертності. За поширеністю цієї хвороби Україна значно випереджає інші країни Європи [5, 6]. Епідеміолоґічні дослідження свідчать про збільшення поширеності ІХС серед чоловіків уже з 30–39 років із подальшим зростанням кількості випадків із віком: у 40–49 років страждає кожний дванадцятий, у 50–59 – кожний п'ятий, у 60–69 – кожний третій [4].

Застосування методу черезшкірного коронарного втручання (ЧКВ) значною мірою зменшує кількість аортокоронарних шунтувань [12, 14]. Проте й аортокоронарне шунтування зумовлює більшу кількість періопераційних ускладнень, і проведення стентування спричиняє у віддаленому періоді більшу кількість рестенозів, повторних інфарктів міокарда, тяжкі дистальні дифузні ураження вінцевих артерій [15]. Із огляду на це, необхідною складовою комплексної допомоги пацієнтам є кардіореабілітація.

Кардіореабілітація спрямована не тільки на оптимізацію психічного, фізичного, соціального стану пацієнтів із серцево-судинними хворобами. Вона включає також комплекс заходів, які уповільнюють наростання тяжкості хвороби і навіть зменшення атеросклерозу, що дає змогу знизити показники захворюваності та смертності [1, 7].

Психолоґічна реабілітація хворого передбачає формування адекватного ставлення до хвороби, зняття емоційної напруги, стресу, навчання засобів психічної самореґуляції. Своєчасне виявлення психопатолоґічних реакцій у пацієнтів і їх профілактика значною мірою впливають на ефективність лікування та реабілітації. Неґативний психолоґічний стан хворих не тільки знижує якість життя, але й є предиктором виникнення ускладнень, збільшує імовірність повторної реваскуляризації міокарда та смерті [8, 17].

Для підвищення якості реабілітації кардіолоґічних хворих може бути застосована суґестивна курація, мета якої – досягти стану комфортної релаксації вербальними та невербальними лікувальними суґестіями.

Дослідження ефективності релаксаційних методів лікування ІХС показали, що релаксаційна курація супроводжується зниженням частоти серцевих скорочень (ЧСС), частоти нападів стенокардії, зменшенням випадків аритмії та ішемії під час навантажувальних тестів [13].

Сьогодні для підвищення ефективності лікування хворих на ІХС важливого значення надають корекції внутрішнього стану через інтерактивне навчання. Поняття «внутрішній стан здоров'я» запропонували В. М. Смирнов і Т. Н. Рєзнікова, трактуючи його як особливе ставлення людини до свого здоров'я, що виражається в усвідомленні його цінності й намаганні вдосконалити [11]. О. С. Лісова вважає стан здоров'я суб'єктивним відображенням психосоматичного потенціалу особистості, яке реалізується через сенситивну, емоційну, коґнітивну, ціннісно-мотиваційну та поведінкову компоненти [9].

Психолоґічна адаптація суттєво впливає на відновне лікування і реабілітацію кардіолоґічних хворих. При цьому одним із ключових моментів є внутрішній стан здоров'я, який формується на підставі самооцінки фізичних і психолоґічних можливостей орґанізму [3].

Відсутність комплексної реабілітації, з одного боку, призводить до повторних кардіальних подій, а з іншого – є економічною проблемою, оскільки збільшуються витрати на лікування, догляд за хворими, погіршується проґноз, нівелюються досягнуті на попередньому етапі позитивні результати лікування ІХС, у тому числі й із використанням високотехнолоґічних методик [10, 16].

 © Вакалюк І. П., Нестерак Р. В., Совтус В. І., 2019

Мета дослідження. Охарактеризувати основні засади курації хворих на гострий коронарний синдром у Прикарпатському регіоні та оцінити ефективність їхньої кардіореабілітації після реваскуляризації міокарда.

Матеріали й методи дослідження. На *першому етапі* проаналізовано особливості перебігу та лікування гострого коронарного синдрому (ГКС) у період 2014–2018 рр. у Івано-Франківській області за інформацією локального реєстру.

На *другому етапі* обстежено 210 хворих (62 жінки, 148 чоловіків, вік 40–82 роки) на ІХС з різними клінічними варіантами та застосованими методами лікування. Хворих на стабільну ішемічну хворобу серця (СІХС), яким проведено ЧКВ, поділили на ґрупи залежно від методів відновного лікування та реабілітації. Хворим першої ґрупи застосовано традиційне лікування. Другій ґрупі пацієнтів проводили суґестивну курацію. У третій ґрупі поряд із традиційним лікуванням застосовано реабілітацію з оптимізацією внутрішнього стану у вигляді «Програми психологічної реабілітації кардіологічних хворих шляхом оптимізації внутрішньої картини здоров'я» [2].

Традиційне лікування включало медичну складову з немедикаментозними та медикаментозними впливами, а також фізичну складову, яка полягала у використанні залежно від функціональних можливостей хворого дихальної та лікувальної ґімнастики, дозованої ходьби за відповідними проґрамами.

Для підвищення якості реабілітації хворих застосовано суґестивну курацію – метод вербальних суґестій із музичним супроводом. За допомогою цього методу досягається релаксація, а музичний супровід створює певний емоційний стан. Заняття проводили кожного дня у палатах, за участі 3–9 осіб. Результати фіксували у протоколі спостереження до і після заняття. Записували самопочуття до заняття, артеріальний тиск (АТ), ЧСС, зацікавлення заняттям, відволікання, жести під час заняття, самопочуття після заняття, відчуття розслаблення.

Під час реабілітації із оптимізацією внутрішього стану здоров'я застосовували авторську проґраму «Психологічна реабілітація хворих на ішемічну хворобу серця та інфаркт міокарда шляхом оптимізації внутрішнього стану», що включала п'ять інтерактивних занять із використанням елементів навчання тривалістю 60 хв. Заняття, які проводили кардіолоґ і психолоґ, були побудовані з урахуванням компонентів внутрішнього стану здоров'я, коли кожен компонент розглядався на окремому занятті. Заняття були циклічними, ґрупи відкритими, кожен пацієнт міг приєднатися до ґрупи, не втрачаючи лоґіки навчання. Учасники проґрам вели щоденники, у яких після кожного заняття фіксували зміни, що відбулися [2].

Внутрішньосерцеву та системну гемодинаміку вивчали методом ехокардіоґрафії на апараті CARIS-PLUS (Biomedice, Італія). Визначали розмір лівого передсердя (ЛП), розмір лівого шлуночка (ЛШ) у систолу (КСР) і діастолу (КДР), товщину міжшлуночкової перегородки (МШП) і задньої стінки (ЗС) ЛШ у діастолу; розраховували фракцію викиду (ФВ) ЛШ, ударний об'єм (УО), кінцевий діастолічний об'єм (КДО), кінцевий систолічний об'єм (КСО).

Психоемоційний стан хворих оцінювали психометричним методом за шпитальною шкалою тривоги та депресії (HADS). Шкала включала 14 тверджень, із яких 7 відповідають депресивним і 7 тривожним розладам, що підраховуються окремо. Анкету-опитувальник заповнювали пацієнти особисто або за допомогою інтерв'ю. За результатами анкетування хворих розподіляли на ґрупи (оцінка в балах): без виражених симптомів тривоги/депресії (0–7), субклінічно виражена тривога/депресія (8–11) та клінічно виражена тривога/депресія (більше 11).

PHQ-9 – опитувальник, призначений для експрес-діаґностики депресії. За підрахунком суми балів визначали синдромальний діаґноз депресії: 0–4 – депресії немає, 5–9 – легка «субклінічна», 10–14 – помірної тяжкості, 15–19 – середньої тяжкості, 20–27 – тяжка депресія.

Якість життя вивчали за «Сієтлським опитувальником якості життя для хворих на стенокардію» (Seattle Angina Questionnaire - SAQ) та його шкалами: «Обмеження фізичних навантажень – PL», «Стабільність стенокардії – AS», «Частота нападів –AF», «Задоволення лікуванням – TS», «Ставлення до хвороби – DP». Залежно від варіанта відповіді на питання ставили від 1 до 5 балів із подальшим перерахунком.

Пацієнтів обстежували на початку лікування, через 1 місяць і 6 місяців відновного лікування.

Статистичну обробку проводили за допомогою проґрамного забезпечення Microsoft Excel і Statistica v. 10.0 StatSoft, USA, застосовуючи методи варіаційної статистики (середнє арифметичне, стандартна похибка, середньоквадратичне відхилення, довірчий інтервал). Вірогідність відмінностей між порівнюваними ґрупами визначали за допомогою параметричного критерію Стьюдента. Статистичну перевірку гіпотез для з'ясування відмінностей між непараметричними ознаками проводили з використанням χ^2-критерію і z-критерію. Статистично вірогідними вважали результати з $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення. *Перший етап дослідження.* У 2014–2018 рр. кількість гострих інфарктів міокарда (ГІМ) в Івано-Франківській області не змінювалася: 1190 у 2014 р., 1297 у 2016 р. і 1188 у 2018 р. Водночас спостерігали зменшення кількості хворих на ГКС із елевацією сеґмента ST (анґл. ST segment elevation myocardial infarction – STEMI) із 941 у 2015 р. до 815 й збільшення хворих на ГКС без елевації сеґмента ST (анґл. non-ST segment elevation myocardial infarction – NSTEMI) з 300 до 373 відповідно (рис. 1).

Кількість проведених ЧКВ у хворих на ГКС зі 105–114 стентувань у 2014–2015 рр. збільшилась до 239 у 2018 р. Серед планових втручань жодної закономірності не спостерігали (рис. 2).

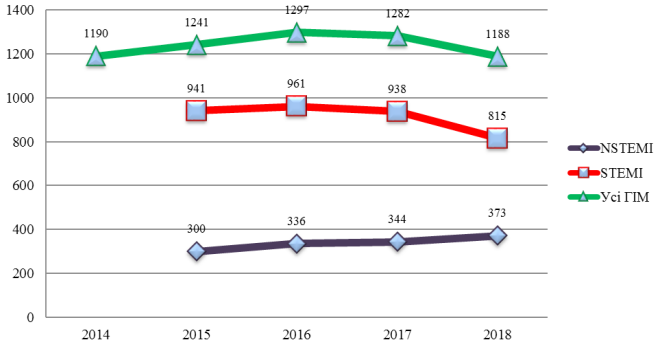

Рис. 1. Кількість інфарктів міокарда.

У 52,0 % хворих із NSTEMI спостерігали правий, у 32,0 % – лівий тип кровопостачання, а у 16,0 % він був збалансований. У 61,3 % з них усіх застосовували непокриті металеві стенти (анґл. bare-metal stent – BMS), а у третині випадків (38,7 %) – стенти з лікарським покриттям (анґл. drug-eluting stent – DES).

Рис. 2. Кількість проведених черезшкірних коронарних втручань.

За наявності STEMI у половини пацієнтів (51,3 %) був правий тип кровопостачання, у чверті – лівий (25,6 %) або збалансований (23,1 %). BMS-стенти застосовували у 76,9 % хворих зі STEMI і лише у 23,1 % – DES-стенти. У 50,8 % хворих, яким проведено планові ЧКВ, також був правий тип кровопостачання, у 26,3 % – лівий і у 22,8 % – збалансований. Більшості з них (96,5 %) встановлено DES-стенти і лише двом хворим (3,5 %) BMS-стенти (табл. 1).

Таблиця 1

Характеристика черезшкірних коронарних втручань залежно від клінічного варіанта ішемічної хвороби серця та урґентності стентування (*n*; %)

Типи кровопостачання і використаних стентів	Урґентне стентування		Планове стентування (*n* = 57)
	NSTEMI (*n* = 75)	STEMI (*n* = 78)	
Типи кровопостачання – правий	39 (52,0 %)	40 (51,3 %)	29 (50,9 %)
– лівий	24 (32,0 %)	20 (25,6 %)	15 (26,3 %)
– збалансований	12 (16,0 %)	18 (23,1 %)	13 (22,8 %)
Стентування – BMS	46 (61,3 %)	60 (76,9 %)	2 (3,5 %)
– DES	29 (38,7 %)	18 (23,1 %)	55 (96,5 %)

Примітка. Вказана абсолютна кількість пацієнтів, у дужках подано відсоток до абсолютної кількості обстежених.

Аналіз за статтю і віком засвідчив, що серед обстежених пацієнтів чоловіків було майже вдвічі більше, ніж жінок, більше третини хворих перебуває у віці 45–59 років (34,7 %) й у віці 60–74 років (41,3 %) із NSTEMI та відповідно 38,5 і 41,0 % – зі STEMI (табл. 2).

Таблиця 2

Розподіл хворих на ішемічну хворобу серця за статтю і віком, залежно від клінічного варіанту ішемічної хвороби серця та урґентності стентування (*n*; %)

Стать	Вік	Урґентне стентування		Планове стентування (*n* = 57)
		NSTEMI (*n* = 75)	STEMI (*n* = 78)	
жін.	менше 45 років	–	–	–
чол.		2 (2,7 %)	5 (6,4 %)	5 (8,8 %)
Усього		2 (2,7 %)	5 (6,4 %)	5 (8,8 %)
жін.	45–59 років	4 (5,3 %)	6 (7,7 %)	7 (12,3 %)
чол.		22 (29,3 %)	24 (30,8 %)	14 (24,6 %)
Усього		26 (34,7 %)	30 (38,5 %)	21 (36,8 %)
жін.	60–74 роки	13 (17,3 %)	10 (12,8 %)	10 (17,5 %)
чол.		18 (24,0 %)	22 (28,2 %)	12 (21,0 %)
Усього		31 (41,3 %)	32 (41,0 %)	22 (38,6 %)
жін.	75 років і більше	6 (8,0 %)	4 (5,1 %)	2 (3,5 %)
чол.		10 (13,3 %)	7 (9,0 %)	7 (12,3 %)
Усього		16 (21,3 %)	11 (14,1 %)	9 (15,9 %)

Примітка. Вказана абсолютна кількість хворих, у дужках подано відсоток до абсолютної кількості обстежених.

Мешканці міста становили 68,0 % у ґрупі зі NSTEMI, 46,2 % – зі STEMI і 68,4 % – у разі планового стентування. У більшості пацієнтів була артеріальна гіпертензія (АГ) II стадії, рідше – III. Жодних закономірностей залежно від варіанта ГКС не виявлено. Цукровий діабет (ЦД) 2-го типу спостерігався у 16,5 % хворих зі NSTEMI, у 19,2 % – зі STEMI й у 10,5 % хворих, скерованих на планове стентування. У 65,4 % хворих перебіг STEMI ускладнився гострою серцевою недостатністю (ГСН) за Th. Killip I (табл. 3).

Таблиця 3

Клінічна характеристика хворих залежно від клінічного варіанта ішемічної хвороби серця та урґентності стентування (*n*; %)

Клінічна характеристика	Урґентне стентування		Планове стентування (*n* = 57)
	NSTEMI (*n* = 75)	STEMI (*n* = 78)	
Мешканці міста	51 (68,0 %)	36 (46,2 %)	39 (68,4 %)
Мешканці села	24 (32,0 %)	42 (53,8 %)	18 (31,6 %)
Без АГ	5 (6,7 %)	8 (10,3 %)	-
АГ I стадії	3 (4,0 %)	2 (2,6 %)	10 (17,5 %)
АГ II стадії	48 (64,0 %)	43 (55,1 %)	41 (71,9 %)
АГ III стадії	19 (25,3 %)	25 (32,0 %)	6 (10,5 %)
ЦД 2-го типу	12 (16,0 %)	15 (19,2 %)	6 (10,5%)
ГСН за Th.Killip I	2 (2,7 %)	51 (65,4 %)	1 (1,8 %)
II	2 (2,7 %)	-	-
III	3 (4,0 %)	3 (3,8 %)	-
IV	-	1 (1,3 %)	-

Примітка. Вказано абсолютну кількість хворих, у дужках подано відсоток до абсолютної кількості обстежених.

Другий етап дослідження. Аналіз показників депресії за опитувальником PHQ-9 виявив найменші величини депресії у чоловіків віком до 45 років і понад 75 років, найбільші – у чоловіків 45–59 років. Аналогічну закономірність фіксували й у жінок. Так, показники за PHQ-9 за наявності NSTEMI у чоловіків віком менше 45 років склали 4,4 ± 1,2, у ґрупі осіб 45–59 років – 7,0 ± 1,4, 60–74 роки – 5,8 ± 1,1, у хворих віком понад 75 років – 4,7 ± 1,7. Відповідно у хворих зі STEMI фіксували вищі значення за PHQ-9 (табл. 4).

Таблиця 4

Показники депресії за опитувальником PHQ-9 у хворих на ішемічну хворобу серця (*n*; M ± m)

Стать	Вік	Урґентне стентування		Планове стентування (*n* = 57)
		NSTEMI (*n* = 75)	STEMI (*n* = 78)	
жін.	менше 45 років	—	—	—
чол.		4,4 ± 1,2	4,8 ± 1,1	4,9 ± 1,2
жін.	45–59 років	7,7 ± 1,3	8,7 ± 1,3	9,0 ± 1,4
чол.		7,0 ± 1,4	7,5 ± 1,4	8,2 ± 1,4
жін.	60–74 роки	6,6 ± 1,4	7,0 ± 1,3	6,8 ± 1,3
чол.		5,8 ± 1,2	6,4 ± 1,3	6,7 ± 1,3
жін.	75 років і більше	5,2 ± 1,2	5,8 ± 1,2	5,8 ± 1,2
чол.		4,7 ± 1,2	4,8 ± 1,2	4,8 ± 1,2

Традиційні реабілітаційні заходи впродовж 6 міс. у хворих із СІХС, яким проведено планове стентування вінцевих артерій, сприяли збільшенню кількості хворих без ознак тривоги з 47,4 % на початку лікування до 73,7 % через 6 міс. реабілітації, а також зменшенню кількості осіб із субклінічно вираженою тривогою з 31,6 до 15,8 %. Середній бал тривоги, що становив на початку 8,31 ± 0,61, зменшився до 6,58 ± 0,54. Поєднання реабілітаційних заходів та суґестивної курації давало більший ефект. Середній бал тривоги знизився з 8,23 ± 0,64 до 6,23 ± 0,43, відповідно субклінічно значуща тривога, зафіксована у 36,8 % хворих на початку лікування, через 6 міс. курації констатована лише в 10,5 %. Якщо на початку лікування відсутність ознак тривоги була у половини хворих (52,6 %), то через 6 міс. лікування – у 2/3 осіб (78,9 %). Застосування проґрами сприяло суттєвому зменшенню ознак тривоги упродовж 6 міс. лікування. Середній бал тривоги зменшився з 8,36 ± 0,61 на початку лікування до 5,88 ± 0,47 через 6 міс. курації, тобто на 29,7 % ($p < 0,05$).

Ознаки депресії у хворих із СІХС після стентування вінцевих артерій мали аналогічну закономірність. Найбільш стійкою була депресія у ґрупі, де застосовували традиційну реабілітацію (табл. 5).

Таблиця 5

Динаміка показників депресії за шкалою HADS у хворих зі стабільною ішемічною хворобою серця, яким проводили планове стентування вінцевих артерій (*n*; %)

Показники	Термін спостереження		
	На початку лікування	1 місяць	6 місяців
Традиційне лікування (*n* = 19)			
Прояви депресії:			
- відсутність симптомів	11 (57,9 %)	12 (63,1 %)	13 (68,4 %)
- субклінічно виражена	5 (26,3 %)	4 (21,0 %)	3 (15,8 %)
- клінічно виражена	3 (15,8 %)	3 (15,8 %)	3 (15,8 %)
Середній бал депресії	7,89 ± 0,54	7,10 ± 0,51	6,68 ± 0,46
Δ		-10,1	-15,5
Традиційне лікування із суґестивною курацією (*n* = 19)			
- відсутність симптомів	11 (57,9 %)	16 (84,3 %)	17 (89,4 %)
- субклінічно виражена	6 (31,6 %)	3 (15,8 %)	1 (5,3 %)
- клінічно виражена	2 (10,5 %)	1 (5,3 %)	1 (5,3 %)
Середній бал депресії	7,83 ± 0,52	6,18 ± 0,46	6,10 ± 0,51*
Δ		-21,1	-22,1
Традиційне лікування із навчанням за проґрамою (*n* = 19)			
- відсутність симптомів	10 (52,6 %)	17 (89,4 %)	17 (89,4 %)*
- субклінічно виражена	7 (36,8 %)	1 (5,3 %)	1 (5,3 %)*
- клінічно виражена	2 (10,5 %)	1 (5,3 %)	1 (5,3 %)
Середній бал депресії	7,76 ± 0,53	5,79 ± 0,47**	5,74 ± 0,46**
Δ		-25,3	-26,4

Примітки: вказані абсолютні числа, у дужках – відсоток до кількості осіб у ґрупі хворих; достовірність різниці показників порівняно з величинами до лікування: *<0,05; **<0,01; Δ – відсоток збільшення (+)/зменшення (-) порівняно з показниками до лікування.

Планове стентування з подальшою реабілітацією і відновним лікуванням за проґрамою сприяло позитивній динаміці у хворих із СІХС показників гемодинаміки. Вірогідно знизилися об'ємні показники ЛШ (КДО зменшився з 127,50 ± 6,12 до 109,50 ± 76,00 см^3; КСО – з 65,30 ± 3,20 до 54,40 ± 3,00 см^3 ($p < 0,05$). У ґрупі хворих, де застосовували методи суґестивної курації, динаміка об'ємних показників ЛШ була аналогічною, а в разі застосування традиційних реабілітаційних заходів спостерігалася лише тенденція до зменшення ознак дилятації ЛШ (табл. 6).

Таблиця 6

Динаміка показників скоротливості лівого шлуночка за результатами ехокардіографії у хворих зі стабільною ішемічною хворобою серця, яким проводили планове стентування (*n*; M ± m; *p*; Δ)

Показник, одиниця виміру	Термін спостереження		
	На початку лікування	1 місяць	6 місяців
Традиційне лікування (*n* = 19)			
КДО, см³	128,00 ± 6,34	118,30 ± 6,36	114,40 ± 6,40
		-7,58	-10,63
КСО, см³	64,00 ± 3,00	58,40 ± 3,09	57,00 ± 3,10
		-8,75	-10,94
КДР, см	4,94 ± 0,20	4,85 ± 0,18	4,83 ± 0,15
		-1,82	-2,23
КСР, см	3,23 ± 0,18	3,16 ± 0,16	3,14 ± 0,16
		-2,17	-2,79
ФВ, %	50,40 ± 1,19	52,00 ± 1,20	53,90 ± 1,20
		+4,37	+6,94
Традиційне лікування зі суґестивною курацією (*n* = 19)			
КДО, см³	129,50 ± 6,19	115,50 ± 6,11	111,40 ± 6,08*
		-10,81	-12,43
КСО, см³	63,70 ± 3,16	56,50 ± 3,03	54,50 ± 3,08*
		-11,30	-14,44
КДР, см	4,96 ± 2,19	4,86 ± 0,17	4,81 ± 0,16
		-2,02	-3,02
КСР, см	3,20 ± 0,17	3,11 ± 0,16	3,10 ± 0,15
		-2,81	-3,13
ФВ, %	50,00 ± 1,21	52,90 ± 1,18	54,60 ± 1,19*
		+5,80	+9,20
Традиційне лікування із навчанням за програмою (*n* = 19)			
КДО, см³	127,50 ± 6,12	114,70 ± 7,02	109,50 ± 7,60*
		-10,04	-14,12
КСО, см³	65,30 ± 3,20	55,30 ± 3,11	54,40 ± 3,00*
		-15,31	-16,69
КДР, см	4,95 ± 0,21	4,84 ± 0,18	4,79 ± 0,18
		-2,22	-3,23
КСР, см	3,21 ± 0,19	3,10 ± 0,17	3,09 ± 0,17
		-3,43	-3,74
ФВ, %	50,30 ± 1,20	53,20 ± 1,23	56,30 ± 1,22**
		+5,77	+11,93

Примітки: достовірність різниці показників порівняно з величинами до втручання: * <0,05; ** <0,01; Δ – відсоток збільшення (+)/зменшення (-) порівняно з показниками до лікування.

Аналізуючи показники якості життя упродовж 6 міс. реабілітації та відновного лікування, поряд із поліпшенням перебігу недуги у хворих із застосуванням суґестивної курації, а особливо проґрами, констатували зміну ставлення до хвороби (рис. 3). Так, у разі застосування традиційної реабілітації за шкалою «Ставлення до хвороби – DP» відсоток пацієнтів становив 60,0 ± 5,0 %, у ґрупі суґестивної курації – 80,0 ± 4,0 %, а з застосуванням проґрами – 93,0 ± 5,0 % ($p < 0,05$).

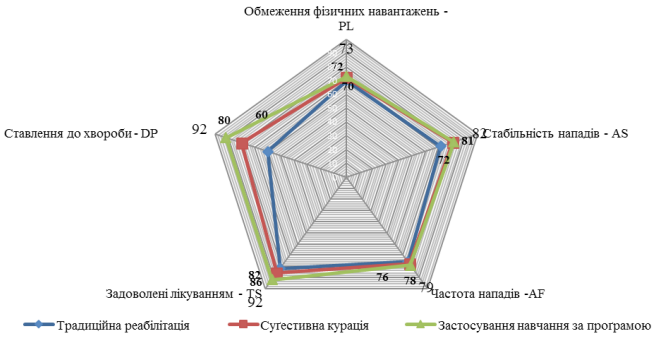

Рис 3. Показники оцінки якості життя за SAQ упродовж 6 місяців у пацієнтів із СІХС, яким проводили стентування вінцевих артерій.

Висновки. Аналіз особливостей перебігу та лікування хворих на гострий коронарний синдром у період з 2014–2018 рр. у Прикарпатському реґіоні показав, що впровадження сучасних методів відновлення вінцевого кровоплину із застосуванням урґентних і планових стентувань дає змогу суттєво вплинути на виникнення і перебіг захворювання.

Спостерігається збільшення кількості проведених черезшкірних коронарних втручань у хворих на гострий коронарний синдром. Серед планових втручань не виявлено жодних закономірностей.

Ефективність курації хворих на гострий коронарний синдром опосередковується низкою клінічних і психологічних характеристик, а саме –типом кровопостачання, обраним методом відновлення вінцевого кровоплину, його урґентністю виконання, змінами внутрішньосерцевої гемодинаміки та психоемоційним станом пацієнта.

Своєчасне відновлення вінцевої перфузії та ефективні реабілітаційні заходи у хворих на ішемічну хворобу серця забезпечують корекцію клінічного перебігу хвороби, зменшення ознак депресії і поліпшення якості життя пацієнтів.

Оцінюючи ефективність кардіореабілітації, констатували доцільність поєднання традиційного лікування із суґестивною курацією та навчання за програмою «Психологічна реабілітація хворих на ішемічну хворобу серця та інфаркт міокарда шляхом оптимізації внутрішнього стану».

Список літератури

1. Аронов ДМ, Бубнова МГ, Красницкий ВБ. Новые подходы к реабилитации и вторичной профилактике у больных, перенесших острый инфаркт миокарда с подьемом сегмента ST электрокардиограммы. Кардиология. 2015;55(12):5–11 (Aronov D, Bubnov M, Krasnytsky W. Patients undergoing myocardial infarction with an elevated ST segment of the electrocardiogram. Cardiology. 2015;55(12):5-11). (Russian).
2. Вакалюк ІП, Нестерак РВ, Гасюк МБ. Програма психологічної реабілітації кардіологічних хворих шляхом оптимізації внутрішньої картини здоров'я. Авторське свідоцтво № 75681 від 29.12.2017 (Vacalyuk I, Nesterak R, Gasyuk M. Program of psychological rehabilitation of cardiologic patients by optimizing the internal picture of health. Author's Certificate No. 75681 dated 29.12.2017) (Ukrainian).
3. Гасюк МБ, Нестерак РВ. Внутрішня картина здоров'я хворих, що перенесли ішемічну хворобу серця та інфаркт міокарда: емпіричне дослідження. Науковий вісник Херсонського державного університету. 2018; 2(2):149–155 (Gasiuk M, Nesterak R. Internal picture of the health of patients with coronary heart disease and myocardial infarction: an empirical study. Scientific Herald of Kherson State the University. 2018;2(2):149-155) (Ukrainian).
4. Горбась ІМ. Ішемічна хвороба серця: епідеміологія і статистика. Здоров'я України [Інтернет]. 2015 [цитовано 2015 Бер 27]. Доступно: http://health-ua.com/article/15840-shemchna-hvoroba-sertcya-epdemologya--statistika (Horbas MI. Ischemic heart disease: epidemiology and statistics. Health of Ukraine [Internet]. 2015 [cited 2015 March 27]. Available from: http://health-ua.com/article/15840-shemchna-hvoroba-sertcya-epdemologya--statistika). (Ukrainian).
5. Дячук ДД, Ященко ЮБ, Лисенко ІЮ. Поширеність хвороб системи кровообігу серед дорослого населення, якому надається медична допомога у ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС. Вісник проблем біології і медицини. 2015;2(1):290–294 (Dyachuk D, Yaschenko Y, Lysenko I. The prevalence of circulatory system diseases among the adult population, which is provided with medical aid at the DNU "NPC PKM" DUS. Bulletin of Biology and Medicine. 2015;2(1):290-294) (Ukrainian).
6. Клименко ВІ, Денисенко ІМ. Актуальні питання організації медичної реабілітації кардіологічних хворих у сучасних умовах. Україна. Здоров'я нації. 2010;2(14):79–83 (Klimenko V, Denisenko I. Topical issues of organization of medical rehabilitation of cardiological patients in modern conditions. Ukraine. The Health of the Nation. 2010;2(14):79-83) (Ukrainian).
7. Корчинський ВС. Кардіореабілітація: сучасний стан та пріоритети розвитку. Вісник Вінницького національного медуніверситету. 2015;19(11):244–247 (Korchinsky V. Cardio-rehabilitation: the current state and development priorities. Herald of Vinnytsia National Honey University. 2015;19(11):244-247) (Ukrainian).
8. 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 (Kudrya I, Shevchenko T. Assessment of the course and quality of life in patients with coronary heart disease after stenting coronary arteries. Topical Issues of Modern Medicine. 2014;14(2):19-22) (Ukrainian).
9. Лісова ОС. Внутрішня картина здоров'я. Психологія. Збірник наукових праць НПУ імені М. П. Драгоманова. 2002;15:69–77 (Lisova O. The internal picture of health. Psychology. Collection of scientific works NPU Named After MP Drahomanov. 2002;15:69-77 (Ukrainian).
10. Скопец ИС, Везикова НН, Марусенко ИМ, Малыгин АН. Острый коронарный синдром: комплексный взгляд на проблему, значение госпитального и амбулаторного этапов лечения пациентов. Архив внутренней медицины. 2012;3(5):58–64 (Skopets I, Vezikova N, Marusenko I, Malygin A. Acute coronary syndrome: a comprehensive view of the problem, the value of the inpatient and outpatient stages of treating patients. Archive of Internal Medicine. 2012;3(5):58-64) (Russian).
11. Смирнов ВМ, Резникова ТН. Основные принципы и методы психологического исследования внутренней картины болезни. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. 1983;38–62 (Smirnov V, Reznikova T. The basic principles and methods of psychological study of the internal picture of the disease. Methods of psychological diagnosis and correction in the clinic. 1983;38-62) (Russian).
12. Соколов МЮ и др. Реестр перкутанных коронарных вмешательств: сравнительный анализ 2014-2015 гг. Региональные реперфузионные сети в Украине – динамика развития. Серце і судини. 2016;3:14–34 (Sokolov M et al. Registry of percutaneous coronary interventions: a comparative analysis of 2014-2015. Regional reperfusion networks in Ukraine - the dynamics of development. Heart and Blood Vessels. 2016;3:14-34) (Russian).
13. Dixhoorna J, Adrian White A. Relaxation therapy for rehabilitation and prevention in ischaemic heart disease. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2005;3:193-202. https://doi.org/10.1097/00149831-200506000-00002
14. Cohen DJ, Van Hout B, Serruys PW, Mohr FW, Macaya C, den Heijer P et al. Quality of life after PCI with drug-eluting stents or coronary-artery bypass surgery. N Engl J Med. 2011;364(11):1016-1026. https://doi.org/10.1056/NEJMoa1001508
15. Kedhi E, Fabris E, van de Ent M, Buszman P, von Birgelen C, Roolvink V et al. Six months versus 12 months dual antiplatelet therapy after drug-eluting stent implantation in ST-elevation myocardial infarction (DAPT-STEMI): randomised, multicentre, non-inferiority trial. BMJ [Internet]. 2018 Oct. [cited 2018 Oct 2]; 363:k3793. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6167608/. https://doi.org/10.1136/bmj.k3793
16. Kwan G, Balady GJ. Cardiac Rehabilitation 2012 Advancing the Field Through Emerging Science. Circulation 2012;125:369-373. https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.112.093310
17. Wirtz PH, von Känel R. Pshychological stress, inflammation, and coronary heart disease. Curr Cardiol Rep. 2017;19:111. https://doi.org/10.1007/s11886-017-0919-x

Стаття надійшла до редакції журналу 28.06.2019 р.

Курація хворих на гострий коронарний синдром у Прикарпатському реґіоні та ефективність їхньої кардіореабілітації після реваскуляризації міокарда

І. П. Вакалюк, Р. В. Нестерак, В. І. Совтус

Вступ. Ішемічна хвороба серця є основною причиною смертності серед хвороб системи кровообігу. Застосування реваскуляризації міокарда сприяє поліпшенню перебігу хвороби. Поряд із застосуванням високотехнологічних методів діаґностики та лікування невід'ємною складовою є кардіореабілітація із пошуком нових методів її удосконалення.

Мета. Охарактеризувати основні засади курації хворих на гострий коронарний синдром у Прикарпатському реґіоні та оцінити ефективність кардіореабілітації таких хворих після реваскуляризації міокарда.

Матеріали й методи. Проаналізовано особливості перебігу та лікування гострого коронарного синдрому в період 2014–2018 рр. у Івано-Франківській області. Обстежено 210 хворих на ішемічну хворобу серця з різними формами та застосованими методами відновного лікування і реабілітації. Вивчали клінічно-анамнестичні показники, результати використання інструментальних, психометричних методик на початку лікування, через 1 місяць і 6 місяців курації.

Результати. Кількість черезшкірних коронарних втручань у Прикарпатському реґіоні щороку збільшується. Планове стентування з подальшою реабілітацією і відновним лікуванням за проґрамою сприяє позитивній динаміці показників гемодинаміки зі зниженням об'ємних показників лівого шлуночка (кінцевий діастолічний об'єм – зі 127,50 ± 6,12 до 109,50 ± 76,00 см^3, кінцевий систолічний об'єм – зі 65,30 ± 3,20 до 54,40 ± 3,00 см^3 ($p < 0,05$)). Поліпшення якості життя також залежало від лікування: за шкалою «Ставлення до хвороби» за традиційного лікування – 60,0 ± 5,0 %, у ґрупі суґестивної курації – 80,0 ± 4,0 %, а з застосуванням проґрами – 93,0 ± 5,0 % ($p < 0,05$). Констатовано зменшення проявів депресії і тривоги у хворих на стабільну ішемічну хворобу серця. Так, середній бал тривоги зменшився на 29,7 % з 8,36 ± 0,61 на початку лікування до 5,88 ± 0,47 бала через 6 місяців курації.

Висновки. Аналіз особливостей перебігу та лікування хворих на гострий коронарний синдром у Прикарпатському реґіоні показав, що впровадження сучасних методів відновлення вінцевого кровоплину дає змогу суттєво вплинути на виникнення і перебіг захворювання. Спостерігається збільшення кількості проведених черезшкірних коронарних втручань у хворих на гострий коронарний синдром. Ефективність курації хворих на гострий коронарний синдром опосередковується низкою клінічних і психологічних характеристик, а саме – типом кровопостачання, обраним методом відновлення вінцевого кровоплину, урґентністю виконання, змінами внутрішньосерцевої гемодинаміки та психоемоційним станом пацієнта. Ефективна кардіореабілітація забезпечує корекцію клінічного перебігу хвороби, зменшення ознак депресії, тривоги та поліпшення якості життя пацієнтів. Доцільно поєднувати традиційне лікування зі суґестивною курацією і навчанням за авторською програмою.

Ключові слова: стабільна ішемічна хвороба серця, черезшкірне коронарне втручання, реабілітація, програма, суґестія.

The Basic Principles of Follow-up Patients with Acute Coronary Syndrome in the Precarpathian Region and the Effectiveness of Cardiorehabilitation of These Patients After Myocardial Revascularization

I. Vakaliuk, R. Nesterak, V. Sovtus

Introduction. Coronary heart disease is the main cause of mortality among diseases of the circulatory system, and the use of myocardial revascularisation contributes to the improvement of the disease course. However, along with the use of high-tech diagnostic and treatment methods, cardio-rehabilitation is an integral part of the process with the search of the new methods for its improvement.

The aim of the study. To characterize the basic principles of curation of patients with acute coronary syndrome in the Carpathian region and to evaluate the effectiveness of cardio-rehabilitation of these patients after myocardial revascularization.

Materials and methods. The peculiarities of the course and treatment of acute coronary syndrome in the period from 2014 to 2018 in the Ivano-Frankivsk region were analyzed. There were 210 patients examined with coronary artery disease with different forms and used methods of treatment, patients with stable ischemic heart disease, who were performed percutaneous coronary intervetion; they were divided into groups depending on the methods of

restorative treatment and rehabilitation. In order to improve the quality of rehabilitation of patients the suggestive therapy with musical accompaniment was used. The rehabilitation was performed using the author's program "Psychological rehabilitation of patients with ischemic heart disease and myocardial infarction by optimization of the internal (inner) state", which included 5 interactive lessons with the use of the elements of the training. Lessons were performed by a cardiologist and psychologist and they were constructed taking into account the components of the inner picture of health. The clinical-anamnestic data, instrumental, psychometric methods were studied at the beginning of treatment, after 1 month and after 6 months of restorative treatment.

Results. Every year the number of percutaneous coronary interventions in the Precarpathian region increases. The study of the course of stable ischemic heart disease revealed that the lowest rates of depression were in men under 45 years and over 75 years old, the highest in men aged 45-59 years. The use of the program contributed to a significant reduction of the signs of anxiety during 6 months of treatment. Planed stenting with further rehabilitation and rehabilitation under the program contributes to the positive dynamics of hemodynamics with a decrease in left ventricle volume (end systolic volume from 127.50 ± 6.12 to 109.50 ± 76.00 cm^3; end diastolic volume from 65.30 ± 3.20 to 54.40 ± 3.00 cm^3 ($p < 0.05$); the improvement in quality of life also depended on the treatment used, on a scale "Attitude to illness" in traditional treatment - 60.0 ± 5.0 %, in the group of the suggestive 80.0 ± 4.0 and 93.0 ± 5.0 %, respectively ($p < 0.05$) were found to reduce depression and anxiety in patients with stable coronary heart disease. Thus, the average anxiety score decreased by 29.7 % from 8.36 ± 0.61 at the beginning of treatment to 5.88 ± 0.47 points after 6 months of curation.

Conclusions. Analyzing the peculiarities of the course and treatment of patients with acute coronary syndrome in the period 2014-2018 in the Carpathian region, it is found that the introduction of modern methods of restoration of coronary blood flow with the use of urgent on the planned stenting can significantly affect the occurrence of cases. There is an increase in the number of percutaneous coronary interventions performed in patients with acute coronary syndrome, and no regularities are noted among the planned interventions. The effectiveness of curation of patients with acute coronary syndrome is mediated by a number of clinical and psychological characteristics, namely the type of blood supply, the chosen method of restoration of the coronary flow, its urgent performance, changes in intracardiac hemodynamics and psycho-emotional state of the patient. Timely restoration of coronary perfusion and effective rehabilitation measures in patients with coronary heart disease provide correction of the clinical course of the disease, reducing the signs of depression and improving the quality of life of patients. Evaluating the effectiveness of cardiorehabilitation, a combination of traditional treatment of suggestive curation and training in the program of "Psychological rehabilitation of patients with coronary heart disease and myocardial infarction by optimizing the internal state" is inserted as appropriate.

Keywords: stable ischemic heart disease, percutaneous coronary intervention, rehabilitation, program, suggestion.