

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ СЕРДЕВО-СУДИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ В ПРОЦЕСІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Кононенко Н.М.

Національний фармацевтичний університет,
м. Харків, Україна, kononenkonn76@gmail.com

Вступ. У національному масштабі смертність від серцево-судинних захворювань (ССЗ) за останні 29 років зростає майже на 8 %: до 449 376 у 2019 році і складає 64,3 % від загальної кількості смертей, тоді як у 1990 році зафіксували 350 605 смертей від серцево-судинних захворювань, що склало 56,5 % відповідно. Ішемічна хвороба серця (ІХС) - найпоширеніша форма серцево-судинних захворювань, що є провідним чинником втрати здоров'я в Україні. Підвищений артеріальний тиск може призвести до інфаркту, інсульту, ниркової чи серцевої недостатності, погіршення зору та інших ускладнень. Навіть помірне підвищення артеріального тиску пов'язане зі зменшенням очікуваної тривалості життя. В Україні проводиться комплекс заходів, спрямованих на створення системи реабілітації серцево-судинних хворих як доповнення до системи лікувально-профілактичної допомоги.

Метою даного дослідження став аналіз якості життя (ЯЖ) хворих на серцево-судинні захворювання (ССЗ), що брали участь у програмах фізичної реабілітації різної тривалості.

Матеріали та методи. Обстежено 193 хворих. До I групи увійшли 92 пацієнти (51 чоловік та 41 жінка) у віці 61 ± 1 рік з ІХС, артеріальною гіпертензією (АГ) 2-3 ступеня та хронічною серцевою недостатністю (ХСН) (NYHA II:III - 54%:46% випадків, відповідно) з фракцією викиду лівого шлуночка $44 \pm 1,3\%$. Після стабілізації стану на тлі стандартної медикаментозної терапії хворі I групи були залучені до програми короткострокової стаціонарної фізичної реабілітації, що складалася із щоденних контрольованих занять дозованою ходьбою. Інтенсивність аеробного навантаження була помірною і ранжувалася пацієнтами самостійно за допомогою 10-бальної шкали Борга.

До II групи увійшли 101 хворий (74 жінки та 27 чоловіків) у віці 44 ± 1 рік з АГ 1-2 ступеня та ожирінням I ступеня (індекс маси тіла (ІМТ) – $32,9 \pm 0,85$ кг/м²). Усі пацієнти були залучені до 6-місячної програми фізичної реабілітації, що включала аеробні навантаження на біговій доріжці до 60 хвилин 2 рази на тиждень помірної інтенсивності.

До та після завершення програми фізичної реабілітації у всіх хворих оцінювалися: переносимість фізичних навантажень за допомогою тесту з 6-хвилинною ходьбою (ТШХ), доповненого 10-бальною шкалою Борга, пацієнтів; ЯЖ - вивчення якого використовувалася неспецифічна методика SF-36.

Результати та їх обговорення. Вихідні показники переносимості фізичного навантаження у I групі були закономірно низькими: за 6 хвилин стрес-тесту пацієнти долали до $308 \pm 10,7$ метра, показники ЯЖ хворих I групи виявилися значно зниженими.

Після стабілізації стану хворі I групи приступали до контрольованих щоденних індивідуальних занять дозованої ходьбою. Пацієнти встигали відвідати 9-11 тренувань, освоюючи дистанції до 2050 ± 138 метрів протягом 54 ± 3 хвилин. Підвищення фізичної працездатності хворих підтверджувалося збільшенням результатів заключного ТШХ (361 ± 10 метрів, $p < 0,05$). Незважаючи на короткостроковість програми фізичної реабілітації, заключне дослідження підтвердило значне поліпшення ЯЗ пацієнтів (підшкала SF - $58,5 \pm 2,6$ бала перед випискою зі стаціонару проти вихідних $55,5 \pm 2,5$ бала, $p < 0,05$).

При вихідному обстеженні пацієнтів II групи результати ТШХ у середньому становили 600 ± 11 метрів. Вихідне значення ЯЗ пацієнтів з АГ та ожирінням було знижено, виявлено кореляційний зв'язок з величиною прохідної за 6 хвилин навантажувальної проби дистанції ($r = 0,51$, $p < 0,05$). На тлі стабільної стандартної медикаментозної терапії всі хворі II групи були залучені до програми 6-місячної фізичної реабілітації, що включала помірні аеробні тренування, внаслідок яких спостерігалось значне зменшення ІМТ – до $29,8 \pm 0,68 \text{ кг/м}^2$ ($p < 0,05$). Незважаючи на те, що після завершення програми фізичних тренувань достовірних змін переносимості заключного ТШХ (624 ± 23 метри, $p > 0,05$) виявити не вдалося, у пацієнтів II групи була зареєстрована позитивна динаміка фізичної складової ЯЗ: фізичного функціонування (підшкала PF - $88,7 \pm 2,7$ бала $p < 0,05$) та енергійності (підшкала VT - $62,7 \pm 3,4$ бала $p < 0,05$).

Висновки. Методика дослідження якості життя може бути рекомендована як інформативний інструмент індивідуалізованої оцінки результатів короткострокового (у тому числі стаціонарного) та довгострокового фізичного реабілітаційного втручання у хворих на серцево-судинні захворювання.