

Особливості показників якості життя у хворих після інфаркту міокарда під впливом програми фізичної реабілітації в домашніх умовах

Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки (м. Луцьк)

Постановка наукової проблеми та її значення. Аналіз досліджень цієї проблеми. Нині серцево-судинні захворювання займають провідне місце в структурі захворюваності населення, зумовлюють третину причин інвалідності, суттєво впливають на тривалість життя і його якість, на показники втрат життєвого потенціалу українців. Приблизно половина летальних випадків від хвороб системи кровообігу обумовлені інфарктом міокарда (ІМ) [2; 3; 4].

Ураховуючи викладене вище, очевидно, що, реабілітація хворих після ІМ набуває важливого соціально-економічного значення. Розв'язання проблеми запобігання або мінімізації виникнення ускладнень у результаті перенесеного гострого ІМ, покращення якості життя цієї категорії хворих вимагають пошуку нових науково обґрунтованих, безпечних і доступних реабілітаційних програм та методів оцінювання їхньої ефективності [6; 7].

Одним із перспективних напрямів фізичної реабілітації є її застосування в домашніх умовах, що обумовлено її ефективністю й доступністю. Оскільки значна частина хворих, котрим рекомендовані контрольовані тренування, не в змозі брати в них участь через різні причини, актуальним є розроблення програми індивідуальних занять у домашніх умовах та формування у хворих бажання до її виконання. Такі програми розроблено недостатньо або ж рекомендовано переважно для віддалених строків реабілітації.

Завдання дослідження – вивчити вплив авторської програми фізичної реабілітації в домашніх умовах на показники якості життя у хворих після ІМ у післялікарняний період.

Виклад основного матеріалу й обґрунтування отриманих результатів дослідження. У нашому дослідженні брали участь 60 осіб, які перебували у фазі відновлення після гострого ІМ та закінчили повний курс стаціонарного лікування в кардіологічному відділенні Луцької міської клінічної лікарні. Методом випадкової вибірки сформовано основну групу та групу порівняння (по 30 пацієнтів чоловічої статі в кожній). Хворі основної групи займалися за авторською програмою фізичної реабілітації в домашніх умовах. Група порівняння проходила курс реабілітації в спеціалізованому реабілітаційному відділенні Луцької міської клінічної лікарні. Вік осіб – від 47 до 60 років, середній вік в основній групі – $52,69 \pm 3,95$ роки, у порівняльній – $53,40 \pm 3,22$ роки.

Методологія побудови авторської програми фізичної реабілітації осіб після ІМ у домашніх умовах передбачала суворе дозування й поступове підвищення фізичних навантажень за обсягом та інтенсивністю, кількістю й складністю вправ, з урахуванням клінічних особливостей перебігу основного захворювання та супутньої патології, віку хворих, аналізу лабораторних й інструментальних даних, функціональних методів. Запропонована програма фізичної реабілітації поділялася на три періоди: перший – підготовчий період (два тижні) проводився в щадному режимі; другий – основний період (чотири тижні) – у щадно-тренувальному режимі; третій – підтримувальний – у тренувальному режимі (шість тижнів).

Особливістю авторської програми фізичної реабілітації для хворих після ІМ у домашніх умовах було виконання пацієнтом ранкової гігієнічної гімнастики; комплексу гімнастичних вправ загально-розвивального характеру, дихальних і спеціальних вправ динамічного характеру для шийного та шийно-грудного відділу хребта, дозованої ходьби, підйому східцями, водних процедур, побутових навантажень.

Оцінку ефективності програми фізичної реабілітації здійснювали за комплексом показників, що мають різний ступінь інформативності. Важлива також оцінка якості життя (ЯЖ) хворого. Варто зазначити, що поряд із традиційними показниками високу прогностичну значущість після ІМ мають показники ЯЖ. Між ними й динамікою захворювання простежуються чіткі паралелі, адже для кожного пацієнта важливі не лише його фізичні показники, а й загальна задоволеність життям [1; 5; 8].

Визначення якості життя хворих після ІМ проводили з допомогою стандартизованої методики «Якість життя хворих із серцево-судинними захворюваннями», запропонованої А. Г. Гладковим та співавторами (1982 р.), що дає змогу здійснювати кількісну оцінку ЯЖ як за сумарним балом, так і за

окремими шкалами. Згідно з результатами дослідження, зниження показників ЯЖ респондентів свідчило про погіршення якості життя, а підвищення – про покращення.

Аналіз динаміки стану пацієнтів після ІМ за допомогою методики «Якість життя» виявив на початку дослідження низькі показники в обох групах, а саме: в основній групі цей показник становив $(-9,27 \pm 1,38)$ балів, у групі порівняння – $(-9,33 \pm 1,25)$. У жодного хворого до початку реабілітації сумарний показник ЯЖ не перевищував нульової межі. Упродовж дослідження спостерігали позитивну динаміку до підвищення сумарного показника ЯЖ.

Так, позитивну динаміку щодо приросту рівня показника ЯЖ помічено в основній групі пацієнтів уже через шість тижнів досліджень, порівняно з вихідними даними, тобто цей показник зріс на 3,37 бала й становив $(-5,90 \pm 0,88)$, ($p < 0,05$); через 12 тижнів він збільшився на 5,74 бала й складав $(-3,53 \pm 0,53)$, ($p < 0,01$). У групі порівняння теж із шостого тижня спостережень простежено підвищення сумарного показника ЯЖ на 1,85 бала, що становило $(-7,48 \pm 0,54)$; через 12 тижнів він збільшився на 2,63 бала і складав $(-6,70 \pm 0,56)$, ($p < 0,05$) (табл. 1).

Також достовірну різницю прослідкували через 12 тижнів спостережень між даними сумарного показника ЯЖ основної групи пацієнтів та групи порівняння – відповідно, $(-3,53 \pm 0,53)$ балів і $(-6,70 \pm 0,56)$, ($p < 0,05$) (табл. 1).

Таблиця 1

Динаміка показників ЯЖ у пацієнтів основної групи та групи порівняння за період дослідження, $M \pm m$

Показник ЯЖ, балів	Основна група				Група порівняння			
	початок дослідж.	через 2 тиж.	через 6 тиж.	через 12 тиж.	початок дослідж.	через 2 тиж.	через 6 тиж.	через 12 тиж.
	$-9,27 \pm 1,28$	$-8,27 \pm 1,03$	$-5,90 \pm 0,88$ *	$-3,53 \pm 0,53$ **^A	$-9,33 \pm 1,25$	$-8,67 \pm 0,88$	$-7,48 \pm 0,54$	$-6,70 \pm 0,56^*$

Примітки:

* – достовірні зміни, порівняно з початковими результатами ($p < 0,05$); ** - ($p < 0,01$);

^ – достовірні зміни, порівняно з результатами групи порівняння ($p < 0,05$).

Варто зазначити, що впродовж дослідження відбувся перерозподіл у групах хворих із дуже низькими (-10) – (-12) й низькими (-7) – (-9) початковими показниками ЯЖ. Якщо до початку реабілітації пацієнти основної групи та групи порівняння, котрі входили до групи з дуже низькими показниками ЯЖ, становили понад 50,0 % від загальної кількості пацієнтів, то, починаючи із шостого тижня спостережень і до кінця дослідження, у групі особливого ризику не зареєстровано жодного хворого (табл. 2).

Таблиця 2

Динаміка перерозподілу пацієнтів основної групи та групи порівняння за період дослідження залежно від показників ЯЖ

ЯЖ, балів	Основна група, кількість хворих				Група порівняння, кількість хворих			
	початок дослідж.	через 2 тиж.	через 6 тиж.	через 12 тиж.	початок дослідж.	через 2 тиж.	через 6 тиж.	через 12 тиж.
(-10) – (-12)	18	11	0***	0***	17	10	0***	0***
(-7) – (-9)	6	11	13*	0**#	8	16*	18**	15
(-3) – (-6)	6	8	16**	18**	5	4	10	12*
0– (-2)	0	0	0	11***#	0	0	0	0

Примітки:

* – достовірні зміни, порівняно з початковими результатами ($p < 0,05$);

** – достовірні зміни, порівняно з початковими результатами ($p < 0,01$);

*** – достовірні зміни, порівняно з початковими результатами ($p < 0,001$);

– достовірні зміни, порівняно з результатами групи порівняння ($p < 0,001$).

Щодо групи хворих із низькими початковими показниками ЯЖ, то отримано такі результати: в основній групі через шість тижнів спостережень простежено достовірну позитивну динаміку, яка характеризувалася збільшенням кількості пацієнтів указаної групи майже удвічі від вихідного рівня, а саме: 13 осіб проти шести на початку дослідження ($p < 0,05$). Через 12 тижнів в основній групі хворих

узагалі не зареєстровано осіб із низькими початковими показниками ЯЖ. В осіб групи порівняння з друго до шостого тижня спостережень фіксували удвічі більше хворих від вихідного рівня з показниками ЯЖ у межах (-7)–(-9) балів, а саме: 16 ($p<0,05$); 18 ($p<0,01$) осіб; через 12 тижнів – 15 осіб проти восьми на початку дослідження. Проте варто зазначити, що через 12 тижнів спостережень у групі порівняння було 15 осіб із низькими початковими показниками ЯЖ, а в основній групі хворих не зареєстровано осіб із такими результатами ($p<0,001$).

Варто зауважити, що в основній групі досліджуваних із шостого тижня спостережень також збільшилася кількість осіб із показниками ЯЖ у межах (-3)–(-6) балів, а саме: 16 осіб проти шести на початку дослідження ($p<0,01$) та 18 осіб через 12 тижнів спостережень ($p<0,01$). Щодо групи порівняння, то з такими показниками ЯЖ фіксували збільшення хворих через 12 тижнів досліджень – 12 осіб проти п'яти на початку дослідження ($p<0,05$). На особливу увагу заслуговує той факт, що у пацієнтів групи порівняння впродовж дослідження не зареєстровано жодної особи з показниками ЯЖ у межах 0–(-2) бали, за винятком хворих основної групи, де наприкінці дослідження зареєстровано 11 осіб із такими показниками ($p<0,001$) (табл. 2).

За допомогою методики «Якість життя» проаналізовано джерела занепокоєння хворих, спричинені перенесеним ІМ, та виявлено, що порядок ранжування причин зниження ЯЖ в основній групі й групі порівняння був приблизно однаковим. Для представників основної групи та групи порівняння максимального значення щодо зниження показників ЯЖ на початку дослідження набувала тетрада причин, а саме: необхідність лікуватись, обмеження фізичних зусиль й емоційного напруження, зниження активності в щоденному житті та низка інших причин.

Упродовж дослідження простежуємо позитивну динаміку до зменшення значення найбільш поширених причин зниження ЯЖ в обох групах, проте ця тенденція була більш вираженою в основній групі пацієнтів.

Так, за даними спостережень, через 12 тижнів досліджень фіксувалося виражене достовірне зменшення кількості осіб, які зазначали причину зниження ЯЖ як «необхідність лікуватись», порівняно з початковими результатами, а саме: в основній групі хворих – на 62,6 % ($p<0,01$), у групі порівняння – на 16,6 % хворих, проте в останній різниця не досягла рівня достовірності. Також наприкінці дослідження достовірні зміни помічено в основній групі хворих щодо вказаної причини, порівняно з результатами іншої групи – відповідно, 7 (23,3 %) та 18 (60 %) осіб ($p<0,05$).

Обмеження фізичних зусиль й емоційного напруження – одна з найбільш поширених причин зниження ЯЖ на початку дослідження в основній групі (25 (83,3%) осіб) і групі порівняння (26 осіб, 86,7%). Із шостого до 12 тижня досліджень помічено позитивну динаміку до зменшення кількості хворих в основній групі та групі порівняння, які вказували саме цю причину, а саме: 15 (50 %), ($p<0,05$) і вісім (27,6%) осіб ($p<0,01$), у групі порівняння – 18 (60%), ($p<0,05$). Також на кінець дослідження достовірні зміни простежено в основній групі хворих щодо вказаної причини при порівнянні з результатами групи порівняння – відповідно, вісім (26,7%) та 18 (60%), ($p<0,05$).

Зниження активності в щоденному житті як одну з причин зниження ЯЖ зазначала на початку дослідження більшість осіб обох груп, проте впродовж дослідження відсоток зазначеної відповіді після ІМ змінився. В основній групі хворих із шостого тижня спостерігали достовірне зменшення кількості осіб із зазначенням вказаної причини, тобто 5 (16,7 %) ($p<0,05$) хворих, через 12 тижнів – троє (10 %), ($p<0,01$). Щодо групи порівняння, то достовірні зміни зафіксовано через 12 тижнів спостережень, тобто дев'ять осіб (30%), ($p<0,05$). Також під кінець дослідження достовірні зміни відбулися в основній групі хворих, порівняно з результатами іншої групи – відповідно, три (10 %) та дев'ять (30 %) осіб ($p<0,05$).

Привертає увагу той факт, що такі причини зниження ЯЖ, як обмеження в роботі й обмеження дозвілля вказали більше третини опитаних хворих обох груп на початку дослідження. Проте достовірну позитивну динаміку до зменшення вказаних причин зниження ЯЖ відзначено лише в основній групі хворих через 12 тижнів спостережень ($p<0,05$), що свідчить про зростання соціальної активності хворих основної групи, бажання повернутися до активної трудової діяльності. Те саме варто зауважити щодо вказаної причини «зниження заробітної плати». У групі порівняння впродовж дослідження теж зазначено позитивну динаміку, проте достовірних змін не виявлено.

Обмеження занять фізичною культурою й спортом як одну з причин зниження ЯЖ та обмеження в харчуванні відзначили 11 (36,7 %) хворих на початку дослідження. Упродовж дослідження зафіксовано позитивну динаміку до зменшення кількості зазначених причин в анкетах обох груп, проте достовірну різницю простежено в основній групі осіб, починаючи з 12-го тижня, щодо обмеження занять фізичною культурою й спортом, зокрема цю причину зазначили три (10 %) особи. Також наприкінці дослідження

достовірні зміни виявлено в основній групі хворих, порівняно з результатами іншої – відповідно, 3 (10 %) та 9 (30 %), ($p < 0,05$).

Обмеження паління та зміни в статевому житті – це теж причини зниження ЯЖ, які зазначав майже кожен п'ятий хворий обох груп. Упродовж дослідження помічено достовірні зміни до зменшення вказаних причин як таких, що негативно впливають на показники ЯЖ, проте достовірної різниці не виявлено.

Позитивним маркером ефективності обраної авторської програми фізичної реабілітації для осіб основної групи можна вважати той факт, що наприкінці дослідження 23 (76,7 %) обстежуваних пацієнтів не вважали своє життя неповноцінним ($p < 0,01$). Аналогічний показник реєстрували в контрольній групі – тільки у 18 (60 %) осіб ($p < 0,05$).

Висновки й перспективи подальших досліджень. Ефективність використання розробленої авторської програми фізичної реабілітації після ІМ у домашніх умовах підтверджено даними вираженої позитивної динаміки підвищення сумарного показника ЯЖ в основній групі хворих, який у 36,7 % хворих перевищував нульову межу наприкінці дослідження ($p < 0,05$). Зазначимо, що до кінця дослідження 76,7 % представників основної групи не вважали своє життя неповноцінним ($p < 0,01$). Також виявлено джерела занепокоєння хворих та визначено тетраду причин зниження ЯЖ в обох групах хворих, а саме: необхідність лікуватись, обмеження фізичних зусиль, зняття емоційного напруження, зниження активності в щоденному житті.

Отже, застосування методики «Якість життя» виявило досить високу її чутливість щодо тестування хворих після перенесеного ІМ, що дає підставу рекомендувати її як для оцінки особистісних характеристик осіб цієї категорії, так і для визначення ефективності програм фізичної реабілітації.

Джерела та література

1. Абдуллаева Т. И. Качество жизни инвалидов, больных ишемической болезнью сердца / Т. И. Абдуллаева // Вестник врача общей практики. – 2001. – № 2. – С. 13–16.
2. Горбась І. М. Епідеміологічна ситуація щодо серцево-судинних захворювань в Україні: 30-річне моніторування / І. М. Горбась // Практическая ангиология. – 2010. – № 10 (38).
3. Коваленко В. М. Профілактика та лікування інфаркту міокарда в Україні / В. М. Коваленко // Укр. кардіологічний журн. – 2009. – № 4.
4. Коваленко В. М. Хвороби системи кровообігу у структурі смертності населення України: міфи і реальність / В. М. Коваленко, А. П. Дорогой, Ю. М. Сіренко // Укр. кардіологічний журн. – 2013. – № 9. – С. 22–29.
5. Мохаммед А. Х. Фізична реабілітація хворих ішемічною хворобою серця зі стабільною стенокардією напруги : автореф. дис. ... канд. наук. з фіз. виховання і спорту : [спец.] 24.00.03 «Фізична реабілітація» / Мохаммед Алі Халіл. – К., 2013. – 23 с.
6. Следзевська І. К. Практичні рекомендації з фізичної реабілітації хворих з гострим порушенням коронарного кровообігу / І. К. Следзевська, Л. М. Бабій, Я. Ю. Щербак // Укр. кардіологічний журн. – 2011. – № 1. – С. 62–65.
7. Швед М. І. Сучасні стратегії лікування та реабілітації хворих на інфаркт міокарда : [монографія] / М. І. Швед, Л. В. Левицька. – К. : Медкнига, 2013. – 143 с.
8. Юшковська О. Г. Відновлення роботоздатності та якості життя хворих на ішемічну хворобу серця на санаторно-курортному етапі реабілітації : дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.33 / Юшковська Ольга Геннадіївна. – Одеса, 2007. – 233 с.

Анотації

У статті представлено результати кількісної оцінки показників якості життя хворих після інфаркту міокарда за сумарним балом, який упродовж дослідження мав більш виражену позитивну динаміку в осіб основної групи, що свідчать про ефективність запропонованої авторської програми фізичної реабілітації для осіб після інфаркту міокарда в післялікарняному періоді в домашніх умовах. Проаналізовано джерела занепокоєння хворих, спричинені цією патологією, та виявлено тетраду причин, що набули максимального значення щодо зниження показників якості життя, а саме: необхідність лікуватись, обмеження фізичних зусиль й емоційного напруження, зниження активності в щоденному житті.

Ключові слова: інфаркт міокарда, фізична реабілітація, домашні умови, якість життя.

Светлана Индыка, Наталья Беликова. Особенности показателей качества жизни у больных после инфаркта миокарда под влиянием программы физической реабилитации в домашних условиях. В статье представлены результаты количественной оценки показателей качества жизни больных после инфаркта миокарда с суммарным баллом, который на протяжении исследования имел более выраженную положительную динамику у лиц основной группы, что свидетельствует об эффективности предложенной авторской программы физической реабилитации для лиц после инфаркта миокарда в послебольничном периоде в домашних условиях. Проанализированы источники беспокойства больных, вызванные данной патологией, и выявлена тетрада причин, которая имеет максимальное значения по снижению показателей качества жизни, а именно: необходимость лечиться,

ограничение физических усилий и эмоционального напряжения, снижение активности в повседневной жизни.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, физическая реабилитация, домашние условия, качество жизни.

Svitlana Indyka, Nataliya Belikova. Peculiarities of Life Quality Indices Among the ill After Myocardial Infarction Under the Influence of Physical Rehabilitation in Home Conditions. The article presents the results of quantitative estimation of life quality indices of the ill after myocardial infarction with the total score that during the study had more expressed positive dynamics among the people of the main group of study that proves the effectiveness of proposed authoring program of physical rehabilitation for the people after myocardial infarction in post-hospital period in home conditions. It was analyzed the sources of disturbance of the ill which are caused by this pathology and it was defined the tetrad of reasons, in particular: need to be treated, limited physical and emotional loads, decrease of activity in everyday life.

Key words: myocardial infarction, physical rehabilitation, home conditions, life quality.