

ограничения движений только в лучезапястном суставе 1 степени. После проведенных занятий ЛФК и физиопроцедур в течение 3 недель объем движений в локтевом и лучезапястном суставах был восстановлен в полном объеме. Больные полностью могли себя обслуживать без ограничений в течение всего периода фиксации аппаратом поврежденных костей предплечья. Проведение восстановительного лечения после демонтажа аппарата не потребовалось.

Сравнительный анализ функциональных результатов лечения диафизарных переломов костей предплечья показал, что применение чрескостного остеосинтеза имеет преимущество перед погружным, поскольку положительные исходы, соответственно, получены в 96,9% и 92,4% наблюдений. Выводы.

1. Восстановление функции травмированной верхней конечности зависит не только от характера повреждения костей предплечья, но и от способа лечения.

2. Комплекс физио-функциональных мероприятий, применяемый у больных в послеоперационном периоде, должен быть направлен на стимуляцию трофических расстройств, оптимизацию процессов костной регенерации и раннее восстановление объема движений в смежных предплечью суставах.

### **Литература**

1. Гайко Г. В. Причини і структура інвалідності внаслідок травм верхньої кінцівки: Тези доп. наук.-практ. конф. з міжнар. участю, 17-18 трав. 2007 р., Київ / Г. В. Гайко, С. С. Страфун, І. М. Курінний. - К., 2007. - С. 15-16.

2. Горячев А. Н. Ротационная контрактура у больных с переломами костей предплечья / А. Н. Горячев, А. А. Фоминых, А. М. Игнатъев // Гений ортопедии. - 2001. - № 2. - С. 97 - 98.

3. Усманов Ф. М. Отдаленные результаты хирургического метода лечения диафизарных переломов костей предплечья / Ф. М. Усманов, Б. У. Шадиев // Центрально - Азиат. мед. журнал. - 2006. - Т. XII. - Приложение 3. - С. 18.

4. Comminuted diaphyseal fractures of the radius and ulna: does bone grafting affect nonunion rate? / D. Ring, R. Rhim, C. Carpenter [et al.] // J. Trauma. - 2005, Aug.; 59(2): 438-41.

Работа поступила в редакцию 17.09.2014 года.

Рекомендована к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования

УДК 616.831

*В. Й. Тешук, В. В. Тешук*

## **ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРИХ ПОРУШЕНЬ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ У ПАЦІЄНТІВ З ФІБРИЛЯЦІЮ ПЕРЕДСЕРДЬ**

Військово-медичний клінічний центр Південного регіону, м. Одеса;  
Обласна клінічна лікарня, м. Київ

**Реферат.** В. И. Тешук, В. В. Тешук **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ.** Обследовано 167 пациентов в возрасте 45 - 75 лет с неклапанной формой фибрилляции предсердий (ФП), причиной которой были гипертоническая болезнь и атеросклероз. У всех пациентов были определены признаки острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК). Особенностью течения различных форм ОНМК у пациентов с ФП является наличие различных форм пароксизмальных

состояний (обморочных, вестибулярных, вегетовисцеральных, эпилептиформных, дроп-атак, транзиторных ишемических атак (ТИА) - чаще в каротидном бассейне, а также наличие фобического синдрома. Определенные особенности когнитивных нарушений свидетельствуют, о том, что у пациентов с ФП отмечается более быстрый темп формирования когнитивного дефицита. Особенностью морфофункциональных изменений у больных с ФП является наличие лакунарных немых мозговых инфарктов, преимущественно в подкорковом белом веществе и в стволе головного мозга. Явления лейкоареозиса также чаще определялись у больных с ФП. Данные исследования мозговой динамики свидетельствуют, о том, что у пациентов данного профиля имеются более выраженные явления гипоперфузии головного мозга, обусловленные нарушениями общей гемодинамики за счёт ФП. Проведённые исследования свидетельствуют о том, что этим пациентам показано комплексное лечение (Неотон, магнито-лазерная терапия), которое предупреждает развитие осложнений ОНМК и нарушения общей гемодинамики, явления сосудистой деменции.

**Ключевые слова:** острые нарушения мозгового кровообращения, фибрилляция предсердий, когнитивный дефицит.

**Реферат.** В. Й. Тешук, В. В. Тешук **ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБИГУ ГОСТРИХ ПОРУШЕНЬ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ У ПАЦІЄНТІВ З ФІБРИЛЯЦІЮ ПЕРЕДСЕРДЬ.** Обстежено 167 пацієнтів у віці 45 - 75 років з неклапанною формою фібриляції передсердь (ФП), причиною якої були гіпертонічна хвороба і атеросклероз. У всіх пацієнтів були визначені ознаки гострих порушень мозкового кровообігу (ГПМК). Особливістю течії різних форм ГПМК у пацієнтів з ФП є наявність різних форм пароксизмальних станів (запаморочних, вестибулярних, вегетовісцеральних, епілептиформних, дроп-атак, транзиторних ішемічних атак (ТІА) – частіше в каротидному басейні, а також наявність фобічного синдрому. Визначені особливості когнитивних порушень свідчать про те, що у пацієнтів з ФП відзначається більш швидкий темп формування когнитивного дефіциту. Особливістю морфофункційних змін у хворих з ФП є наявність лакунарних німих мозкових інфарктів, переважно у підкірковій білій речовині і в стовбурі головного мозку. Явища лейкоареозису також частіше визначалися у хворих з ФП. Дані дослідження мозкової динаміки свідчать про те, що у пацієнтів даного профілю присутні більш виражені явища гіперперфузії головного мозку, обумовлені порушеннями загальної гемодинаміки за рахунок ФП. Проведені дослідження свідчать про те, що цим пацієнтам показане комплексне лікування (Неотон, магніто-лазерна терапія), яке попереджує розвиток ускладнень ГПМК і порушення загальної гемодинаміки, явища судинної деменції.

**Ключові слова:** гострі порушення мозкового кровообігу, фібриляція передсердь, когнитивний дефіцит.

**Summary.** V. I. Teschuk, V. V. Teschuk **FEATURES OF ACUTE CEREBROVASCULAR DISTURBANCES IN THE PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION.** 167 patients aged 45 - 75 years old with non-valvular atrial fibrillation (AF) caused by hypertension and atherosclerosis have been examined. In all patients the signs of stroke (CVA) have been identified. Flow feature various forms of stroke in patients with AF is the availability of various forms of paroxysmal states (fainting, vestibular, vegetovistseralnyh, epileptiform, drop attacks, transient ischemic attack (TIA) - often in the carotid, and the presence of a phobic syndrome. Certain features of cognitive impairment suggest that in patients with AF is marked more fast paced form of cognitive deficits. The morphology and function changes in patients with AF is the presence of silent lacunar cerebral infarcts, mainly in the subcortical white matter and brainstem. Leykoareozisa phenomenon also often detected in patients with atrial fibrillation. These studies of brain dynamics suggest that patients of this profile are more significant signs of hypoperfusion of the brain caused by violations of general hemodynamics due to AF. Studies suggest that these patients should be comprehensive treatment (Neoton, magnetolaser therapy), which prevents the development of complications of stroke and distortion of the overall hemodynamic effects of vascular dementia.

**Key words:** acute disturbances of cerebral circulation, atrial fibrillation, cognitive deficiency

В останні роки було досягнуто значних успіхів у лікуванні та реабілітації хворих з гострими порушеннями мозкового кровообігу (ГПМК) та з ішемічною хворобою серця (ІХС), головним чином завдяки зниженню летальності у разі гострого інфаркту міокарда. В той же час, Україна впевнено займає перше місце в Європі по захворюваності на ГПМК. В Україні щорічно від 100 до 120 тисяч жителів країни вперше захворюють інсультом. В 2011 році захворюваність мозковим інсультом (МІ) в країні складала 294,6 на 100 тис. населення, тобто 110 753 українця перенесли ГПМК. За цього 35,5% всіх випадків МІ відбулося у людей працездатного віку. Смертність від МІ в 2010 році складала 86,7 на 100 тис. населення [1]. Кількість пацієнтів з ГПМК буде щорічно неухильно зростати, в зв'язку із старінням нації, та збільшенням кількості хворих з коморбідною патологією. Актуальність вивчення захворювань серця, їх важливе значення у формуванні та перебігу цереброваскулярних захворювань (ЦВЗ) приваблюють до себе все більше уваги дослідників. Подальшого зниження смертності та поліпшення якості життя хворих на ІХС, фібриляцію передсердь (ФП) можна досягти шляхом профілактики ГПМК та гострих коронарних синдромів (ГКС), патофізіологічною основою яких є артеріальний тромбоз. Артеріальний тромбоз (АТ) є однією з найчастіших причин смерті у світі. Тільки в країнах Західної Європи та США за рік з цієї причини помирає близько 1 мільйона хворих. Особливий інтерес викликають порушення серцевого ритму, зокрема фібриляція передсердь (ФП), в зв'язку з її небезпекою в плані розвитку загрозливих вітальних порушень (ВП), левову частку котрих складають тромбоемболії в церебральне русло [2,3].

ФП є найбільш частою та стійкою аритмією в популяції. Відомо, що її наявність призводить до виникнення різноманітних форм цереброваскулярної патології (ЦВП) [4, 5]. Проведені багаточисельні дослідження впевнено свідчать про вплив ФП на ризик розвитку кардіоемболічного інсульту (КЕІ) [6, 7]. Дослідження останніх років свідчать про те, що ФП ускладнює перебіг ГПМК, підвищує ризик смертності та розвитку повторного МІ [8, 9]. Залишається недостатньо вивченим питання про вплив ФП на ризик розвитку хронічних форм порушень мозкового кровообігу - дисциркуляторних енцефалопатій (ДЕ), котрі, як правило, передують розвитку МІ та часто закінчуються деменцією. Тому вивчення особливостей перебігу ДЕ у пацієнтів з ФП представляє величезний інтерес.

**Мета дослідження:** вивчити особливості перебігу, структурних змін речовини головного мозку та церебральної гемодинаміки у пацієнтів, котрі перенесли ГПМК та страждають постійною та пароксизмальною формами ФП, під дією неогону та магнітолазерної терапії.

Для вирішення поставленої мети в роботі були використані наступні методи дослідження: клініко-неврологічний, психодіагностичний (із застосуванням тесту Mini-mental, методик: «Запам'ятовування десяти слів», «Запам'ятовування сюжетного оповідання», «Запам'ятовування геометричних фігур», а також «Таблиці Шульте»). Для оцінки стану речовини головного мозку пацієнтам проводили КТГМ та МРТ ГМ. Томографічний аналіз включав загальну візуальну оцінку та кількісні показники. Враховувались розміри, локалізація та кількість осередків, наявність дифузного зниження щільності білої речовини в перивентрикулярних зонах та семіовальних центрах, стан лікворовміщуючих просторів. Для вивчення стану кровотоку проводилась ультразвукова доплерографія (УЗДГ) та транскраніальна доплерографія (ТКДГ).

Нами в умовах ангіоневрологічного відділення клініки нейрохірургії та неврології Військово – медичного клінічного центру Південного регіону (ВМКЦ ПР,м. Одеса) було обстежено 167 пацієнтів у віці від 45 до 75 років з неклапанною формою ФП, котра виникла на фоні ІХС, причиною якої була гіпертонічна хвороба та атеросклероз. Всі пацієнти перенесли ГПМК за ішемічним типом, підтвержені результатами КТГМ та МРТ ГМ. Тривалість ФП складала від 3 до 10 років. Постійна форма ФП була діагностована у 82 (49,1%) пацієнтів, у 85 (50,9%) - пароксизмальна форма миготливої аритмії. Кількість пароксизмів складала від 1 до 3-х разів на добу. Порівняльний гурт складав 50 пацієнтів відповідного віку з ДЕ III ст., обумовленої гіпертонічною хворобою та церебральним атеросклерозом без порушень ритму. На основі проведених клініко-неврологічних досліджень в обстежених пацієнтів було встановлено наявність дисциркуляторної енцефалопатії III ст..

Провідними неврологічними симптомами в клінічній картині був

головний біль у 93 (55,7%) пацієнтів, частіше розпираючого або тупого характеру, переважно потиличної локалізації; головокружіння у 86 (51,5%) пацієнтів, переважно системного характеру; парези (переважно геміпарези) у 79 (47,3%); порушення координації у 68 (40,7%); похитування при ходьбі у 64 (38,3%); афатичні та дизартричні порушення у 62 (37,1%); розлади чутливості (переважно гемігіпестезії) у 57 (34,1%) хворих; шум (дзвін) в голові - у 44 (26,3%); болі в ділянці серця відмічали 112 обстежених (67,1%); серцебиття було зафіксоване у 83 (49,7%) хворих; задуху відмічали у 76 (45,5%) пацієнтів; підвищену стомлюваність відмічали 75 пацієнтів (44,9%); нестійкість настрою відмічена в 55 (32,9%) хворих; страх смерті в 49 (29,3%) пацієнтів; страх зупинки серця у 38 (22,7%) пацієнтів; приливи жару в 35 (21%) пацієнтів; метеолабільність у 33 (19,8%) хворих. Ряд клінічних симптомів слід вважати характерними для обох гуртів пацієнтів: головний біль, важкість в голові, головокружіння, шум в голові, зниження пам'яті.

Особливістю клінічного перебігу ГПМК у пацієнтів з ФП була наявність різноманітних видів пароксизмальних порушень. У 34 (20,3%) пацієнтів відмічалися пароксизми втрати свідомості; вегетативно-вісцеральні пароксизми (ВВП) відмічали 29 (17,4%) хворих; вестибулярні у 24 (14,3%); епілептоформні у 11 (6,6%); дроп-атаки у 3 (1,8%) пацієнтів; повторні транзиторні ішемічні атаки (ТІА) були відмічені у 2 пацієнтів (1,2 %), частіше в каротидному басейні.

За цього синкопальні стани відмічалися переважно у пацієнтів з пароксизмальною формою ФП під час пароксизму (тахісистолічної та брадісистолічної форми). У хворих з постійною формою ФП відмічалися ТІА, переважно в каротидному басейні. В гурті порівняння тільки у 2-х пацієнтів були зафіксовані вегетативні судинні кризи. Провідними клінічними синдромами в обстежених пацієнтів були: лікворо-гіпертензивний у 89 (53,3%); вестибуло-атактичний у 79 (47,3%) пацієнтів; підкірковий у 74 (44,3%); кардіофобічний у 73 (43,7%) хворих; астенічний у 69 (41,3%) пацієнтів. Для пацієнтів з ФП характерною була наявність фобічного синдрому (страх смерті, боязнь втрати свідомості, боязнь зупинки серця), котрий відмічався у 92 (55,1%) пацієнтів. Астенічний, антеро-депресивний та іпохондричний синдроми були характерні для обстежуваних обох гуртів.

Проведені дослідження показали, що когнітивний дефіцит при ГПМК, котрі виникли на фоні гіпертонічної хвороби, в поєднанні з ФП по своїй структурі має типовий характер в порівнянні з такими при ГПМК, котрі були обумовлені гіпертонічною хворобою та церебральним атеросклерозом. Разом з тим, поряд із загальними ознаками мають місце ряд характерних особливостей, котрі відображують певну своєрідність синдромів когнітивних порушень у пацієнтів з П та ФП. Головною особливістю є в цілому більш швидкий темп формування когнітивного дефіциту. Тобто темп формування когнітивних розладів, котрий відображає, в свою чергу, функціональну недостатність структур головного мозку, у цих пацієнтів був вищий. Наявні і ознаки якісної своєрідності структури когнітивних розладів, а саме: більш виразні порушення короткострокової пам'яті, уваги та селективності психічних функцій. Відмічені змістовні особливості порушень психічних функцій свідчать про більш чіткий функціональний дефіцит неспецифічних глибинних структур мозку у даних гуртів пацієнтів.

Всім пацієнтам було проведено КТГМ та МРТ ГМ. У всіх пацієнтів були виявлені гіподенсивні осередки, різних розмірів. В більшості хворих як основного так і порівняльного гуртів, було діагностовано розширення шлуночків (у 90% пацієнтів основного гурту та 80% пацієнтів порівняльного гурту) та субарахноїдальних просторів (у 90% пацієнтів основного гурту та в 60% хворих порівняльного гурту). Явища кортикально-субкортикальної гіпотрофії виявлені у 53% основного гурту та у 40% - гурту порівняння. Виразність атрофічних змін була пов'язана зі ступенем хронічних цереброваскулярних порушень. Слід відмітити, що за цими показниками два гурти були подібні. Характерною особливістю морфо-функціональних змін у пацієнтів з ФП була наявність німих інфарктів, переважно в підкірковій білій речовині та стовбурі головного мозку, котрі були виявлені у 55,7% пацієнтів основного гурту та в 25% хворих гурту порівняння. Також в 25% пацієнтів основного гурту були виявлені дифузні зміни щільності речовини головного мозку - явища лейкоареозису. В хворих порівняльного гурту ці зміни були виявлені в 10%.

Проведений порівняльний даних отриманих методами УЗДГ та ТКДГ, свідчать про те, що у пацієнтів основного гурту стенозуючі ураження магістральних артерій голови (МАГ) зустрічалися частіше у 117 (70,1%) пацієнтів, в той же час як в порівняльному

гурті у 50%, з них множинні ураження у 74 (44,3%) пацієнтів (у пацієнтів порівняльного гурту 40%); гемодинамічні значимі стенози сонних та хребтових артерій були відмічені у 67 (40,1%) хворих, в той же час, як в групі порівняння у 20% обстежених. Більш значимі зміни цереброваскулярної динаміки у вигляді феномену гіперперфузії були виявлені в гурті пацієнтів з постійною формою миготливої аритмії. Зміни мозкового кровообігу в період пароксизму фібриляції передсердь (тахісistolічна форма), зареєстровані в 11 (6,6%) пацієнтів. Є більш виразні в порівнянні з міжпападним періодом, а також порівняно з показниками церебральної гемодинаміки у пацієнтів з ГПМК та постійною формою ФП. При застосуванні комплексного лікування (Неотон в поєднанні з магніто-лазерною терапією) через 5 та 10 діб ми відмітили регрес неврологічного дефіциту, нормалізацію серцевого ритму та покращення церебральної гемодинаміки. Середня лінійна швидкість кровотоку (ЛШК) у всіх пацієнтів в міжпападний період у внутрішній сонній артерії (ВСА) була в межах ( $34,8 \pm 8,2$ ) см/сек; в момент нападу ( $27,6 \pm 6,2$ ) см/сек; в середній мозковій артерії (СМА) відповідно ( $46,0 \pm 7,2$ ) см/сек та ( $26,4 \pm 6,8$ ) см/сек; в основній артерії ( $40,4 \pm 5,6$ ) см/сек та ( $34,4 \pm 6,8$ ) см/сек. Після проведеного комплексного лікування відмічено покращення ЛШК у ВСА до  $36,2 \pm 7,6$  см/сек; в СМА відповідно -  $46,4 \pm 6,8$  см/сек, та в басейні основної артерії  $41,2 \pm 5,4$  см/сек. Також у пацієнтів з ФП в порівнянні з гуртом порівняння відмічалися більш низькі показники ЛШК по інтракраніальних артеріях. Наявні порушення церебральної гемодинаміки, очевидно, обумовлені порушеннями загальної гемодинаміки за рахунок ФП. Таким чином, проведені нами дослідження свідчать про те, що практично у всіх хворих з ФП відмічаються ознаки хронічної недостатності мозкового кровообігу, в той же час застосування запропонованого комплексного лікування (Неотон та магніто-резонансна терапія) значно покращує стан мозкового кровообігу у пацієнтів основного гурту.

Характерною особливістю клінічного перебігу ГПМК у пацієнтів з ФП є наявність різноманітних форм пароксизмальних станів (запаморочення; вестибулярні, вегетовісцеральні, епілептоформні прояви; дроп-атаки, ТІА - частіше в каротидному басейні), а також наявність фобічного синдрому. Виявлені особливості когнітивних розладів показали, що в пацієнтів з ФП відмічається більш швидкий темп формування когнітивного дефіциту (більш виразні порушення короткочасної пам'яті, уваги та селективності психічних функцій). Відмічені змістовні особистості порушень психічних функцій свідчать про більш чіткий функціональний дефіцит неспецифічних глибинних структур мозку.

Характерною особливістю морфофункціональних змін у пацієнтів з ФП є лакунарні, німі інфаркти мозку, переважно в підкірковій білій речовині та стовбурі головного мозку. Також характерним є наявність дифузних змін речовини головного мозку, явища лейкоареозису також частіше були виявлені у пацієнтів з ФП.

Таким чином, дані дослідження мозкової динаміки свідчать про те, що у пацієнтів з ФП є більш виразні явища гіперперфузії головного мозку, про що свідчать більш низькі показники ЛШК по інтракраніальним артеріях, очевидно, обумовлені порушенням загальної гемодинаміки за рахунок миготливої аритмії. Окрім цього, у цих пацієнтів виявлені ознаки стенозуючих процесів магістральних артерій голови, регіонарної дисциркуляції. Проведені дослідження вказують, що цим пацієнтам показано комплексне лікування (Неотон, магніто-лазерна терапія), котре попереджає розвиток ускладнень ГПМК та порушення загальної гемодинаміки, явища судинної деменції. Аналізуючи отримані дані, було відмічено, що в пацієнтів, котрі отримували запропоноване лікування, спостерігалось менше епізодів ФП, менше епізодів ангіозного болю та депресій сегменту ST, менше епізодів різноманітних пароксизмальних станів, напади тривали менше, краще знімались. У пацієнтів даного гурту також відмічалось більш швидке покращення загального стану.

### **Література:**

1. Benjamin E. J., Wolf P. A., d 'Agostino R.V., Silber-shalz H., Kannel W. B., Levy D. Impact of atrial fibrillation on the risk of death. The Framing-ham Heart Study// Circulation.- 1998.- Vol. 98. - P. 946-952.
2. Bogouslavsky J. Stroke Prevention by the Practitioner //Cerebrovascular diseases.- 1999.- N9.- P.55-57.
3. Sano R. H. Risk factors, outcomes, and stroke subtypes for ischemic stroke//

Neurology.-1997– Vol. 49.- P. 39 - 44.

4. Бойцов С. А. Мерцательная аритмия. - СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2001. - 335с.

5. Волошин П. В., Мищенко Т. С. Профилактика мозгового инсульта // Здоров'я України. – 2002. - № 5. - С. - 14.

6. Мищенко Т.С. Вопросы и ответы в неврологии: справочник врача/ под ред. Мищенко Т.С. - К.: ООО «Доктор-Медиа», 2012. - С.17.

7. Мищенко Т. С. Профилактика цереброваскулярных заболеваний у больных с фибрилляцией предсердий // Практична ангіологія – 2006. - Вип.1 - С. 8 - 12.

8. Преображенский Д. В., Сидоренко Б. А., Киклив В. Г. и др. Инсульт и другие тромбоэмболические осложнения при мерцании предсердий // Кардиология.- 2006. - №3. - С. 83 - 90.

Работа поступила в редакцию 02.09.2014 года.

Рекомендована к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования

УДК 616.127-005.8-036.8:615.84

*С. А. Новиков, В. Б. Яблонская*

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОСНА В КОМПЛЕКСЕ САНАТОРНОГО ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

Одесский национальный медицинский университет

**Реферат.** С. А. Новиков, В. Б. Яблонская **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОСНА В КОМПЛЕКСЕ САНАТОРНОГО ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА.** На фоне перенесенного инфаркта миокарда у пациентов пожилого возраста развиваются психоэмоциональные расстройства тревожно-депрессивного типа, что обуславливает целесообразность применения на санаторном этапе реабилитации электросна – лечебного физического фактора, нормализующего психосоматический статус, снижающего артериальное давление и способствующего успешному выполнению больными физических нагрузок, что повышает эффективность постинфарктной восстановительной терапии в подострой стадии заболевания.

**Ключевые слова:** постинфарктная реабилитация, пожилой возраст, электросон.

**Реферат.** С. А. Новіков, В. Б. Яблонська. **ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ЕЛЕКТРОСНУ У КОМПЛЕКСІ САНАТОРНОГО ЕТАПУ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДУ ПОХИЛОГО ВІКУ.** На тлі перенесеного інфаркту міокарда у пацієнтів похилого віку розвиваються психоемоційні розлади тривожно-депресивного типу, що обумовлює доцільність застосування на санаторному етапі реабілітації електросну – лікувального фізичного чинника, що нормалізує психосоматичний статус, знижує артеріальний тиск та сприяє успішному виконанню хворими фізичних навантажень, що підвищує ефективність постінфарктної відновлювальної терапії на підгострій стадії захворювання

**Ключові слова:** постінфарктна реабілітація, похилий вік, електросон.