

ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ, ЯКИМ ПРОВЕДЕНО АОРТОКОРОНАРНЕ ШУНТУВАННЯ, ТА ПОТРЕБА У ПСИХОЛОГІЧНОМУ СУПРОВОДІ

Р.В. Нестерак

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», м. Івано-Франківськ, Україна
Івано-Франківський обласний клінічний кардіологічний центр, м. Івано-Франківськ, Україна

Ключові слова:

ішемічна хвороба
серця, аортокоронарне
шунтування,
реабілітація, тривога,
депресія, сугестивна
терапія, навчання.

Буковинський медичний
вісник. Т.22, № 3 (87).
С. 60-66.

DOI:

10.24061/2413-0737.
XXII.3.87.2018.64

E-mail:

roxolana.
nesterak@gmail.com

Мета роботи — оцінити корекційний вплив сугестивних методів та навчально-корекційних програм на психоемоційний стан хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС), яким проведено аортокоронарне шунтування (АКШ), визначити взаємозв'язок емоційного стану і соматичних проявів.
Матеріал і методи. Об'єкт дослідження — 60 хворих на ІХС, яким проведено АКШ. Для оцінки психоемоційного стану хворих використали психометричний метод — госпітальну шкалу тривоги й депресії (HADS). Із корекційних заходів застосовано сугестивну терапію та корекційне навчання.

Результати. На основі вивчення психоемоційного стану пацієнтів, яким проведено АКШ, виявлено наявність проявів тривоги і депресії. Спостерігались субклінічні та клінічні рівні тривоги і депресії до оперативного втручання, у процесі психологічного супроводу із застосуванням корекційних методів відзначено зменшення цих проявів. Встановлено важливість застосування сугестивних методів та навчання хворих, яким проведено АКШ.

Висновки. З метою психопрофілактики на всіх етапах реабілітації хворих, яким проведено аортокоронарне шунтування, доцільно на основі оцінки психологічного статусу проводити корекційні заходи із застосуванням психологічних методів-сугестивної терапії та навчання пацієнтів перед оперативним втручанням, у післяопераційний період, а також протягом 6 місяців після втручання.

Ключевые слова:

ишемическая
болезнь сердца,
аортокоронарное
шунтирование,
реабилитация, тревога,
депрессия, сугестивная
терапия, обучение.

Буковинский медицин-
ский вестник. Т.22, № 3
(87). С. 60-66.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, КОТОРЫМ ПРОВЕДЕНО АОРТОКОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ, И ПОТРЕБНОСТЬ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ СОПРОВОЖДЕНИИ

Р.В. Нестерак

Цель работы — оценить коррекционное влияние сугестивных методов и учебно-коррекционных программ на психоэмоциональное состояние больных ишемической болезнью сердца (ИБС), которым проведено аортокоронарное шунтирование (АКШ) и определить взаимосвязь эмоционального состояния и соматических проявлений.

Материал и методы. Объект исследования — 60 больных ИБС, которым было проведено АКШ. Для оценки психоэмоционального состояния больных использовали психометрический метод — госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS). С коррекционных мероприятий применено сугестивную терапию и коррекционное обучение.

Результаты. На основе изучения психоэмоционального состояния пациентов, которым проведено аортокоронарное шунтирование, выявлено наличие проявлений тревоги и депрессии. По данным шкалы наблюдались субклинические и клинические уровни тревоги и депрессии до оперативного вмешательства, в процессе психологического сопрово-

ждения с применением коррекционных методов отмечено уменьшение этих проявлений. Установлено важность применения суггестивных методов и обучение больных, которым проведено АКШ.

Выводы. С целью психопрофилактики на всех этапах реабилитации больных, которым проведено АКШ, целесообразно на основе оценки психологического статуса проводить коррекционные мероприятия с применением психологических методов суггестивной терапии и обучения пациентов перед оперативным вмешательством, в послеоперационный период, а также в течение 6 месяцев после вмешательства.

Keywords: coronary heart disease, the coronary artery bypass surgery, rehabilitation, anxiety, depression, suggestive therapy, education.

Bukovinian Medical Herald. V.22, № 3 (87). P. 60-66.

PSYCHO-EMOTIONAL STATE OF PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE WHOM THE CORONARY ARTERY BYPASS SURGERY WAS CARRIED OUT AND THE NEED IN THE PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE

R.V. Nesterak

Objective: to evaluate the correcting influence of suggestive methods and instructional-correcting programmes on psycho-emotional state of the patients with coronary heart disease (CHD), whom the coronary artery bypass surgery (CABS) was conducted, and to define the interrelation of the emotional state and physical evidence.

Material and methods. The object was 60 patients whom the CABS was carried out. For the evaluation of psycho-emotional state, the psychometrical methods HADS were applied. Out of correcting measures, the suggestive therapy and correcting education were used.

Results. On the basis of learning the psycho-emotional state of the patients whom CABS was conducted the evidence of anxiety and depression was defined. According to the results of the scale, the subclinical and clinical anxiety and depressions to the surgical interference were observed. In the process of psychological assistance with the use of correcting methods, the reduction of these displays was marked. The importance of using suggestive methods and the patients' education, whom the CABS was conducted, has been established.

Conclusions. For the purpose of psycho prevention on all stages of patients' rehabilitation with CHD, whom CABS was conducted, it is reasonable, on the basis of the evaluation of psychological status, to conduct the correcting measures before surgical interference, during postsurgical period as well as during 6 months after the interference. In the correction of the psycho-emotional condition, there must be a multidiscipline and complex approach using the psychological methods of suggestive therapy and the patients' education.

Вступ. Ішемічна хвороба серця (ІХС), як хронічне захворювання, ставить пацієнта в особливі психологічні обставини. Психіка хронічних хворих набуває особливу специфіку, життєві цінності отримують інші змістові характеристики та емоційні реакції, змінюється відношення до оточуючих, самоусвідомлення стає іншим [1].

Психологічна реабілітація є невід'ємною складовою процесу відновного лікування хворих на ІХС. Особливої уваги заслуговують пацієнти, яким проведено оперативне лікування — аортокоронарне шунтування (АКШ), оскільки в таких осіб мають місце психоемоційні переживання, які впливають на перебіг ос-

новного захворювання. На даний час все більшої актуальності набуває врахування психоемоційного стану хворих, виявлення проявів тривоги та депресії з подальшою їх корекцією.

Значний відсоток хворих на ІХС, яким планується АКШ, є працездатного віку, які ведуть активний спосіб життя, операція дозволяє відновити кровопостачання в ураженій ділянці, але пацієнти не можуть повернутись до активної професійної діяльності і залишаються інвалідами. Причиною можуть бути психологічні особливості, адаптаційні порушення формування стереотипу поведінки.

Розлади нервово-психічної сфери спостерігаються

Оригінальні дослідження

в ранній післяопераційний період у 13–79% пацієнтів кардіохірургічних клінік і зберігаються протягом 6–12 місяців після операції в 5–35%. В амбулаторно-поліклінічних умовах частота депресивних розладів у пацієнтів з ІХС становить 32,1% [2, 3]

Встановлено, що очікування і невідомість про завершення втручання провокує розвиток невротичних, тривожно-фобічних розладів. Виявлено, що в більшості пацієнтів у період очікування операції підвищений рівень напруження, тривоги, депресії, які в сукупності підсилюють соматичні прояви. Психотерапію можна розглядати як засіб, який полегшує прояви депресії та покращує якість життя [4, 5].

Тому важливим завданням реабілітації хворих на ІХС після АКШ є психологічний супровід, в основі якого є формування адекватного ставлення до свого стану, зняття психоемоційного напруження, формування оптимістичних установок, адаптація до нових умов життя.

Мета роботи. Оцінити корекційний вплив сугестивних методів та навчально-корекційних програм на психоемоційний стан хворих на ІХС, яким проведено АКШ, та визначити взаємозв'язок емоційного стану і соматичних проявів.

Матеріал і методи. Обстежено 60 хворих на ІХС, яким було проведено АКШ, із використанням наступних методів дослідження: анамнестичного, діагностичного, психометричного (госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS), корекційного — сугестивна терапія та навчання.

Залежно від застосованих методів відновного лікування та реабілітації пацієнтів було розподілено у три групи, відповідно по 20 осіб у групі. Пацієнтам першої групи застосовано традиційні реабілітаційні заходи; у другій групі, поряд із традиційними реабілітаційними заходами, застосовано корекційний вплив-сугестивну терапію; третю групу склали пацієнти, у яких поряд із традиційними реабілітаційними заходами застосовано корекційне навчання у вигляді «Програми клініко-психологічної реабілітації кардіологічних хворих шляхом оптимізації внутрішньої картини здоров'я».

Для оцінки психоемоційного стану пацієнтів використали скринінговий метод, який дозволяє об'єктивно виділити групи осіб з актуальними психопатологічними розладами. Нами використано як психометричний метод госпітальну шкалу тривоги й депресії (HADS) [6].

Шкала включає 14 тверджень, з яких 7 — відповідають депресивним та 7 — тривожним розладам, що підраховуються окремо. Анкета-опитувальник заповнювалася самим хворим або методом інтерв'ювання. За результатами анкетування, оцінкою в балах, пацієнти були розподілені на групи з відсутністю виражених симптомів тривоги/депресії (бал 0–7), субклінічно виражена тривога/депресія (бал 8–11) та клінічно виражена тривога/депресія (бал біль-

ше 11). У всіх групах спостереження проводили при надходженні, упродовж першого тижня, через один та шість місяців.

Із корекційних заходів застосовано сугестивну терапію та корекційне навчання. Сугестивна терапія проводилась у вигляді автотренінгу з музикотерапією через день, тривалістю 20 хвилин, заняття проводились у палатах.

Навчання пацієнтів відбувалось із застосуванням авторської програми «Психологічної реабілітації хворих на ішемічну хворобу серця та інфаркт міокарда шляхом оптимізації внутрішньої картини здоров'я», що включала п'ять інтерактивних занять з використанням елементів тренінгу, тривалістю — 60 хвилин. Заняття проводились кардіологом та психологом, побудовані з урахуванням компонентів внутрішньої картини здоров'я (ВКЗ), кожна компонента розглядалась на окремому занятті. Заняття були циклічними, групи відкритими, кожен пацієнт міг приєднатися до групи у процесі її діяльності не втрачаючи логіки навчання. Упродовж участі в програмі, пацієнти вели щоденники, у якому після кожного заняття фіксували зміни, які відбулись.

Статистичну обробку проводили за допомогою програмного забезпечення «Microsoft Excel» та «Statistica» v. 10.0 StatSoft, USA. Для порівняння достовірності між групами дослідження щодо динаміки виникнення клінічних симптомів використали метод якісної статистики, при показниках менше 5 — точний критерій Фішера. Результати вважали статистично достовірними при значенні $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення.

Встановлено, що, за даними госпітальної шкали тривоги та депресії, у пацієнтів з ІХС при надходженні до стаціонару перед оперативним втручанням- АКШ, тривога спостерігалась у 50 хворих (83,33%), з них субклінічний рівень тривоги у 26 (43,33%) та клінічним рівнем тривоги у 24 (40,0%) (середній бал склав $13,35 \pm 0,75$). У 10 пацієнтів (16,67%) були відсутні виражені симптоми тривоги. Прояви депресії відзначались у 38 пацієнтів від субклінічних проявів у 25 осіб, що становило 41,67%, до клінічних проявів у 13 осіб (21,67%), відсутність ознак відзначалось у 36,67% пацієнтів.

Аналізуючи симптоми тривоги за шкалою HADS, до оперативного втручання пацієнти відчували напруженість, страх, що може статись щось жахливе, внутрішню напругу (відповідно 66,7%, 86,7% та 60,0%) (табл. 1). Після застосування корекційних методів прояви зменшились — напруженість у 13,3%, відчуття страху, що може щось трапитись — 8,9%, внутрішню напругу — 15,5% ($p < 0,05$).

Прояви депресії були більш вираженими: хворі відмічали відсутність задоволення від звичних справ — 36 (80,0%), відсутність бадьорості — 38 (84,4%), відсутність задоволення від звичних занять чи хоббі — 27 (64,3%), відчуття уповільнення виконан-

Таблиця 1
Симптоми за даними госпітальної шкали HADS у хворих на ішемічну хворобу серця, у яких проведено аортокоронарне шунтування (n=60)

Симптоми	При надходженні до стаціонару	1 тиждень	6 місяців
Симптоми тривожних проявів:			
- відчуття напруженості	30 (66,7%)	21 (46,7%)	6 (13,3%)
- відчуття страху, що може статись щось жахливе	39 (86,7%)	35 (77,8%)	4 (8,9%)
- метушливі думки в голові	11 (24,4%)	13 (28,9%)	9 (20,0%)
- неможливість сидіти та розслабитись	13 (28,9%)	8 (17,8%)	2 (4,4%)*
- відчуття внутрішньої напруги чи тремтіння	27 (60,0%)	20 (44,4%)	7 (15,5%)*
- відчуття неспокійності, потреба в постійному русі	10 (22,2%)	7 (15,5%)	3 (6,7%)*
- раптове відчуття паніки	12 (26,7%)	9 (20,0%)	2 (4,4%)*
Симптоми тривожних проявів:			
- відсутність задоволення від звичних справ	36 (80,0%)	33 (73,3%)	8 (17,8%)*
- неможливість розсміятися та углядіти у тій чи іншій події смішне	19 (42,2%)	13 (28,9%)	4 (8,9%)*
- відсутність бадьорості	38 (84,4%)	34 (75,5%)	7 (15,5%)*
- відчуття уповільнення виконання звичних справ	21 (46,7%)	16 (35,5%)	3 (6,7%)*
- відсутність бажання слідкувати за своєю зовнішністю	18 (40,0%)	15 (33,3%)	4 (8,9%)*
- відсутність відчуття задоволення від звичних справ (заняття, хоббі)	27 (64,3%)	24 (53,3%)	5 (11,1%)*
- відсутність отримання задоволення від цікавої книги, радіо- чи телепрограми	9 (20,0%)	7 (15,5%)	2 (4,4%)
Примітки:	1. У дужках вказаний відсоток осіб до загальної кількості осіб. 2. * - достовірність різниці показників через 6 місяців лікування порівняно з показниками до оперативного втручання (p<0,05).		

ня звичних справ та відсутність бажання слідкувати за своєю зовнішністю — відповідно 46,7% та 40,0%. При застосуванні психологічного супроводу ознаки зменшувались, проте у частини хворих зберігались, що вказувало на потребу в подальшій підтримці даного контингенту осіб.

У результаті розподілу пацієнтів, залежно від застосованих методів психологічного супроводу, нами проаналізовано динаміку показників тривоги у хворих, яким проведено АКШ (табл. 2). У всіх групах на протязі тижня після оперативного втручання спостерігалось незначне зменшення проявів тривоги, через

Оригінальні дослідження

Таблиця 2

Динаміка показників тривоги за шкалою HADS у хворих на стабільну ішемічну хворобу серця, яким проводилось аортокоронарне шунтування

Показник, одиниці виміру При надходженні до стаціонару	Термін спостереження			
	1 тиждень	1 місяць	6 місяців	
1	2	3	4	5
Традиційні реабілітаційні заходи (n=20)				
Прояви тривоги:				
- відсутність симптомів	3 (15,0%)	2 (10,0%)	8 (40,0%)	9 (45,0%)
- субклінічно виражена	9 (45,0%)	10 (50,0%)	6 (30,0%)	5 (25,0%)
- клінічно виражена	8 (40,0%)	8 (40,0%)	6 (30,0%)	5 (25,0%)
Середній бал тривоги	11,35±0,75	11,45±0,78	9,65±0,63	8,12±0,61
Δ		+0,9	-15,0	-28,5
Традиційні реабілітаційні заходи та методи сугестивної терапії (n=20)				
- відсутність симптомів	3 (15,0%)	5 (25,0%)	12 (60,0%)	15 (75,0%)*
- субклінічно виражена	10 (50,0%)	9 (45,0%)	5 (25,0%)	3 (15,0%)
- клінічно виражена	7 (35,0%)	6 (30,0%)	3 (15,0%)	2 (10,0%)
Середній бал тривоги	11,23±0,71	11,11±0,74	7,58±0,69	6,37±0,68**
Δ		-1,1	-22,6	-42,8
Традиційні реабілітаційні заходи та «Програма» (n=20)				
- відсутність симптомів	4 (20,0%)	7 (35,0%)	13 (65,0%)*	16 (80,0%)*
- субклінічно виражена	6 (30,0%)	5 (25,0%)	4 (20,0%)	3 (15,0%)
- клінічно виражена	9 (45,0%)	8 (40,0%)	3 (15,0%)	1 (5,0%)*
Середній бал тривоги	11,12±0,65	10,95±0,68	7,69±0,63	6,22±0,61**
Δ		-1,53	-30,8	-44,07
Примітки:	1. Вказані абсолютні числа. У дужках наведений відсоток до кількості осіб у групі хворих. 2. Достовірність різниці показників порівняно з величинами до лікування: *<0,05; **<0,01. 3. Δ – відсоток збільшення (+)/зменшення (-) порівняно з величинами до лікування.			

1 місяць відзначалось зменшення відсотка хворих з клінічними проявами тривоги, та збільшення пацієнтів із відсутністю виражених симптомів тривоги. Проте у групі осіб, яким поряд із традиційними методами реабілітації були застосовані корекційні методи, ці показники були достовірно вищими ($p<0,01$).

При аналізі проявів депресії отримали такі дані. На протязі тижня не відзначено значимої динаміки у всіх групах хворих. Через 1 місяць спостерігається зменшення проявів депресії, проте більш вираженими ці зміни спостерігались у групах із застосуванням психологічних методів. Так, при використанні сугестивних методів встановлено зменшення кількості осіб із проявами депресії, і відповідно зменшення середнього бала від 8,89±0,64 на початку лікування до 7,65±0,51 через 1 місяць. При участі хворих у програмі навчання середній бал становив 8,85±0,65 та 7,66±0,56 відповідно. Через 6 місяців у групі хворих із застосуванням тільки традиційних методів спостерігалось зменшення проявів на 25, 0%, при застосуванні сугестивних методів впливу — на 27,4%, та при проходженні навчання — на 32,5% ($p<0,01$).

Висновки

1. На основі вивчення психоемоційного стану пацієнтів перед аортокоронарним шунтуванням та в післяопераційний період, за допомогою даних госпітальної шкали тривоги та депресії, виявлено наявність проявів тривоги і депресії та встановлено важливість психологічного супроводу.

2. Психологічний стан впливає на перебіг основного захворювання, тому повинна проводитись оцінка психологічного статусу перед оперативним втручанням, у післяопераційний період, а також протягом 6 місяців із застосуванням психопрофілактичних заходів.

3. Використання сугестивних методів впливу сприяє покращенню психоемоційного стану, прихильності до лікування, зменшенню проявів тривоги та депресії, хворий отримує досвід керування своїми емоціями і тілом.

4. Залучення хворих до навчальних тренінгів сприяє переосмисленню свого стану, формує відповідальність пацієнта за своє здоров'я, покращує виконання та дотримання рекомендацій медичного персоналу.

Перспективи подальших досліджень.

Перспективним є у хворих на ІХС, яким планується проведення АКШ, виявлення проявів тривоги та депресії із проведення психологічного супроводу із використанням корекційних методів у вигляді сугестивних методів, навчальних тренінгів та інших методів корекції.

Список літератури

1. Корнацький ВМ, Третяк ІВ. Вплив психоемоційних порушень на розвиток і перебіг серцево-судинної патології. Український кардіологічний журнал. 2008;6:94–100.
 2. Шарбаро ВІ, Женчевская ЮВ, Иванова ТМ, Соцердотова АГ. Роль психосоциальных факторов риска возникновения и прогрессирования ишемической болезни сердца. Клиническая медицина. 2011;6:22–26.
 3. Гарганеева НІ, Петрова ММ, Евсюков АА, Штарик СЮ, Каскаева ДС. Влияние депрессии на течение ишемической болезни сердца и качество жизни пациентов. Клиническая медицина. 2014;12:30–37.
 4. Долженко ММ, Лучинська ЮО, Мимренко СМ, Круглова АЮ. Фізична та психологічна реабілітація хворих на ішемічну хворобу серця після аортокоронарного шунтування. Мистецтво лікування. 2013;3:7–10.
 5. Pogosova N, Saner H, Pedersen SS, Cupples ME, McGee H, Höfer S, et al. Psychosocial aspects in cardiac rehabilitation: From theory to practice. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation of the European Society of Cardiology. European Journal of Preventive Cardiology. 2015; 22 (10):1290–1306.
 6. Хобзей МК, Пінчук ІЯ, Марценковський ІА, та ін. Уніфікований клінічний протокол "Депресія". Наказ МОЗ України № 1003 від 25.12.2014 року. [Інтернет]. Доступно: http://moz.gov.ua/docfiles/dn_20141225_1003dod.pdf.
 7. Аронов ДМ, Бубнова МГ, Красницкий ВБ. Новые подходы к реабилитации и вторичной профилактики у больных перенесших острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы. Кардиология. 2015;12:5–11.
 8. Гасюк МБ, Гринів ОМ. До питання психотерапевтичної роботи з досліджуванним із психосоматичною симптоматикою. Актуальні проблеми психології: Психологія особистості. Психологічна допомога 2011;11:125–232.
 9. Максимов АІ, Рябов ВВ, Марков ВА, Карпов РС. Психические нарушения у пациентов с острым инфарктом миокарда и другими критическими состояниями в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии. Кардиология. 2010;5:47–53.
 10. Tze FL, Choi K, Chairl S. Psychological distress mediates the effects of socio-demographic and clinical characteristics on the physical health component of health-related quality of life in patients with coronary heart disease. European Journal of Preventive Cardiology. 2015;21 (1):107–16.
- References**
1. Kornats'kyi VM, Tretiak IV. Vplyv psykhoemotsiinykh porushen' na rozvytok i perebih sertsevo-sudynnoi patolohii [Influence of psychoemotional disorders on the development and course of cardiovascular pathology]. Ukrain's'kyi kardiologichnyi zhurnal. 2008;6:94-100. (in Ukrainian).
 2. Sharbaro VI, Zhenchevskaya YuV, Ivanova TM, Sotserdotova AG. Rol' psikhosotsial'nykh faktorov riska vznikhovniya i progressirovaniya ishemicheskoy bolezni serdtsa [The role of psychosocial risk factors for the onset and progression of ischemic heart disease]. Klinicheskaya meditsina. 2011;6:22-6. (in Russian).
 3. Garganeeva NP, Petrova MM, Evsyukov AA, Shtarik SYu, Kaskaeva DS. Vliyanie depressii na techenie ishemicheskoy bolezni serdtsa i kachestvo zhizni patsientov [The effect of depression on the course of coronary heart disease and the quality of life of patients]. Klinicheskaya meditsina. 2014;12:30-7. (in Russian).
 4. Dolzhenko MM, Luchyn's'ka YuO, Mymrenko SM, Kruhlova Au. Fizychna ta psykhologichna reabilitatsiia khvorykh na ishemichnu khvorobu sertsia pislia aortokoronarnoho shuntuvannia [Physical and psychological rehabilitation of patients with ischemic heart disease after coronary artery bypass grafting]. Mystetstvo likuvannia. 2013;3:7-10. (in Ukrainian).
 5. Pogosova N, Saner H, Pedersen SS, Cupples ME, McGee H, Höfer S, et al. Psychosocial aspects in cardiac rehabilitation: From theory to practice. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation of the European Society of Cardiology. European Journal of Preventive Cardiology. 2015;22(10):1290-306.
 6. Khobzei MK, Pinchuk Ia, Martsenkovs'kyi IA, Stepanenko AV, Burlachuk LF, Burlachuk OL, et al. Unifikovanyi klinichniy protokol "Depresii". Nakaz MOZ Ukrainy № 1003 vid 25.12.2014 roku. [Unified clinical protocol "Depression". Order of the Ministry of Health of Ukraine No. 1003 dated 25.12.2014]. (in Ukrainian).
 7. Aronov DM, Bubnova MG, Krasnitskiy VB. Novye podkhody k reabilitatsii i vtorichnoy profilaktiki u bol'nykh perenesshikh ostryy infarkt miokarda s pod'emom segmenta ST elektrokardiogrammy [New approaches to rehabilitation and secondary prevention in patients with acute myocardial infarction with ST-segment elevation of the electrocardiogram]. Kardiologiya. 2015;12:125-32. (in Russian).
 8. Hasiuk MB, Hryniv OM. Do pytannia psykhoterapevtychnoi roboty z doslidzhuvanyim iz psikhosomatychnoiu symptomatykoiu [On the issue of psychotherapeutic work with subjects having psychosomatic symptoms]. Aktual'ni problemy psikhologii: Psikhologhiia osobystosti. Psikhologichna dopomoha. 2011;11:125-32. (in Ukrainian).
 9. Maksimov AI, Ryabov VV, Markov VA, Karpov RS. Psikhicheskie narusheniya u patsientov s ostrym infarktomyokarda i drugimi kriticheskimi sostoyaniyami v usloviyakh otdeleniya reanimatsii i intensivnoy terapii [Mental disorders in patients with acute myocardial infarction and other critical conditions in the intensive care unit.]. Kardiologiya. 2010;5:47-53. (in Russian).
 10. Tze FL, Choi K, Chairl S. Psychological distress mediates the effects of socio-demographic and clinical characteristics on the physical health component of health-related quality of life in patients with coronary heart disease. European Journal of Preventive Cardiology. 2015;21(1):107-16.

Відомості про автора:

Нестерак Р.В. — кандидат медичних наук, доцент кафедри внутрішньої медицини № 2 та медсестринства ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет", м. Івано-Франківськ, Україна.

Оригінальні дослідження

Сведения об авторе:

Нестерак Р. В. — кандидат медицинских наук, доцент кафедры внутренней медицины № 2 и медсестринства ГБУЗ "Ивано-Франковский национальный медицинский университет", г. Ивано-Франковск, Украина.

Information about the author:

Nesterak R. V. — Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Internal Medicine № 2 and Nursing of SHEI "Ivano-Frankivsk National Medical University", Ivano-Frankivsk, Ukraine.

Надійшла до редакції 04.07.2018
Рецензент — проф. Сидорчук Л.П.
© Р.В. Нестерак, 2018
