

# МЕДИЧНІ НАУКИ

УДК 159.9:364.69,159.923.31:364.69

## ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ З ГОСТРИМ КОРОНАРНИМ СИНДРОМОМ БЕЗ ЕЛЕВАЦІЇ СЕГМЕНТА ST

**Нестерак Р.В.**

ДВНЗ «Івано-франківський національний медичний університет»

**Гасюк М.Б.**

ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника»

Емпірично досліджено якість життя пацієнтів з ішемічною хворобою серця (ІХС) з гострим коронарним синдромом (ГКС), без елевації сегмента ST, з консервативною чи інвазивною тактикою лікування. Здійснено комплексний аналіз причини зміни якості життя пацієнтів з ішемічною хворобою серця (ІХС). Сформульовано рекомендації, щодо вибору стратегії реабілітації кардіологічного хворого.

**Ключові слова:** ішемічна хвороба серця (ІХС), гострий коронарний синдром (ГКС), консервативна чи інвазивна тактика лікування, якість життя.

**Постановка проблеми.** Ішемічна хвороба серця (ІХС) залишається однією з причин зниження працездатності, інвалідності та високого рівня смертності населення в Україні.

Оцінка якості життя людини, у якій діагностовано ішемічну хворобу серця, набуває все більшого значення у світовій медичній та психологічній практиці як показник загального стану пацієнта, ефективності лікувальних та реабілітаційних заходів, як прогностичний показник розвитку захворювання, а також як важливий фармакоекономічний критерій оцінки стратегій лікування та реабілітації такого хворого.

Якість життя є характеристикою на основі суб'єктивного сприйняття фізичного, психологічного, емоційного і соціального функціонування. У медицині якість життя – рівень благополуччя і задоволення тими сторонами життя, на які впливає хвороба чи її лікування. Якість життя хворої людини є інтегральною характеристикою її стану, що складається з фізичного, психологічного, соціального компонентів, кожен із яких у свою чергу включає цілий ряд складових, наприклад, фізичний – симптоми захворювання, можливість виконання фізичної роботи, здатність до самообслуговування; психологічний – тривогу, депресію, ворожу поведінку; соціальний – соціальну підтримку, роботу, громадські зв'язки тощо [5].

Оцінка якості життя важлива не лише для визначення стану пацієнта на даний момент, вона може впливати і на вибір тактики реабілітації. Оптимальним вважається лікування, яке не лише збільшує тривалість життя, але і покращує його якість. Важливим при цьому є безпосередня участь пацієнта в оцінці свого стану та активне його залучення до співпраці, оскільки тільки хворий може надати адекватну інформацію про ступінь задоволення аспектами свого життя, пов'язаними безпосередньо з симптомами захворювання та його психологічними, соціальними та іншими наслідками [4].

Нагадаємо, що клінічними проявами ішемічної хвороби серця є безболіва ішемія, стабіль-

на і нестабільна стенокардія, інфаркт міокарда (ІМ), серцева недостатність та раптова смерть. Особливої уваги заслуговують пацієнти з гострим коронарним синдромом (ГКС). Основою причиною дестабілізації є розрив або ерозія атеросклеротичної бляшки з тромбозом різного ступеня.

Виділяють дві категорії пацієнтів на основі даних ЕКГ:

1. Пацієнти з гострим болем у грудях, стійкою елевацією сегмента ST тривалістю понад 20 хвилин. У таких хворих виникає гостре перекриття коронарної артерії із розвитком інфаркту міокарда (ІМ) та елевацією сегмента ST. Метою лікування на цьому етапі – швидка реперфузія за допомогою первинної ангіопластики або фібринолітичної терапії.

2. Пацієнти з гострим болем у грудях, але без елевації сегмента ST. Серед можливих механізмів може бути спазм коронарних артерій (стенокардія Принцметала), нестенозуюча бляшка, ускладнена гострим тромбозом із подальшою реканалізацією, коронарна емболізація та «синдром Х». Метою лікування є зменшення ішемії та симптомів, контроль ЕКГ, повторне вимірювання рівня маркерів некрозу міокарда. В залежності від рівня тропонінів встановлюється діагноз – нестабільна стенокардія або ІМ без елевації сегмента ST.

Надання допомоги хворим з ГКС полягає у реалізації етапів діагностичних та терапевтичних заходів, індивідуальний підхід до кожного пацієнта із врахуванням анамнезу, клінічного стану, доступних фармакологічних і нефармакологічних методів лікування. Використовується дві тактики лікування:

1. Консервативна тактика проводиться хворим із ГКС без елевації ST, відповідно до протоколів надання медичної допомоги. Включає у себе медикаментозне лікування із застосуванням антитромбоцитарних препаратів (ацетилсаліцилова кислота, тієнопіридинові похідні), антикоагулянтів (не фракціонований гепарин, низькомолекулярні гепарини), антиішемічної терапії (бета-бло-

катори, нітрати, блокатор кальцієвих каналів), статинів, інгібіторів АПФ.

2. Інвазивна тактика лікування полягає у проведенні коронарної ангіографії для оцінювання анатомічних особливостей та вибором подальшого об'єму втручання. У хворих із ГКС без елевації ST проводиться малоінвазивне коронарне втручання (ЧКВ) із постановкою стента у інфаркт-залежну коронарну судину. В залежності від термінів проведення існують такі стратегії втручання: термінове (< 2 год після першого проляву), раннє інвазивне (< 24 год) часу постановки, відстрочене (протягом 72 годин). При виборі тактики лікування враховується клінічний стан, супутні захворювання та їх вираженість, розповсюдженість коронарного атеросклерозу, характеристика уражень (уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної, третинної медичної допомоги та медичної реабілітації «Гострий коронарний синдром без елевації сегмента ST», наказ МОЗ України 03.03.2016 №164) [2].

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Уперше термін ЯЖ використовувався в «Annals of Internal Medicine», 1966 рік, де J.R. Elkkinton опублікував статтю під назвою «Медицина і якість життя», присвячену проблемі трансплантаційної медицини, Якість життя визначено як гармонію між внутрішнім світом людини і між людиною і світом, до якої прагнуть пацієнти, лікарі і суспільство.

Нині концепція ЯЖ сприймається як гуманістичний напрям в медичній практиці (І.В. Абрамова, І.Я. Гурович, Н.О. Марута, Т.В. Панько, Н.Н. Петрова, М.Ю. Поливняная, J.H. Foster, K.L. Kraemer, J.E. Mezzich).

**Постановка проблеми.** Дослідження особливостей якості життя кардіологічного хворого дасть змогу виокремити та диференціювати причини зниження якості життя такого хворого. Припускаємо, що причинами зниження якості життя є: захворювання та обрана тактика лікування, вікові та статеві особливості, тип ставлення до хвороби, соціальні чинники, тощо. Розділення таких причин дозволить розробляти програми реабілітації хворих з урахуванням чинників впливу та із залученням відповідних спеціалістів.

**Мета дослідження** – диференційний аналіз якості життя пацієнтів у яких діагностовано ішемічну хворобу серця (ІХС) з гострим коронарним синдромом (ГКС), без елевації сегмента ST, з консервативною чи інвазивною тактикою лікування.

#### **Завдання дослідження.**

1. Емпірично дослідити якість життя пацієнтів з ішемічною хворобою серця (ІХС) з гострим коронарним синдромом (ГКС), без елевації сегмента ST, з консервативною чи інвазивною тактикою лікування.

2. Здійснити комплексний аналіз причини зміни якості життя пацієнтів з ішемічною хворобою серця (ІХС).

3. Сформулювати рекомендації щодо вибору стратегії реабілітації кардіологічного хворого.

**Виклад основного матеріалу.** База дослідження: Івано-Франківський обласний клінічний кардіологічний центр, інфарктне відділення № 2 та реабілітації. Дослідження проводилось з листопада 2015 по грудень 2017 року.

**Вибірка.** Нами діагностовано 135 пацієнтів стаціонару у яких діагностовано ішемічну хворобу серця (ІХС) з гострим коронарним синдромом (ГКС), без елевації сегмента ST, яким за медичними показниками була призначена консервативна чи інвазивна тактика лікування. Досліджувані розподілені за тактикою лікування (консервативна чи інвазивна). Розкид вибірки за віком та статтю відповідає популяції (табл. 1).

Таблиця 1

#### **Вікові характеристики досліджуваних**

Вік	Стать	NSTEMI (n=135)	
		Консервативне (n=60)	Стентування (n=75)
менше 45 років	жін.	-	-
	чол.	-	2 (2,67%)
<b>Всього</b>		<b>1 (1,67%)</b>	<b>2 (2,67%)</b>
45-59 років	жін.	5 (8,33%)	4 (5,33%)
	чол.	10 (16,67%)	22 (29,33%)
<b>Всього</b>		<b>15 (25,00%)</b>	<b>26 (34,67%)</b>
60-74 років	жін.	13 (21,67%)	13 (17,33%)
	чол.	15 (25,00%)	18 (24,00%)
<b>Всього</b>		<b>28 (46,67%)</b>	<b>31 (41,33%)</b>
75 і більше років	жін.	10 (16,67%)	6 (8,00%)
	чол.	7 (11,67%)	10 (13,33%)
<b>Всього</b>		<b>17 (28,33%)</b>	<b>16 (21,33%)</b>
<b>Всього</b>		<b>60 (44%)</b>	<b>75 (56%)</b>

#### **Методи дослідження**

Основним діагностичним методом дослідження став Сіетлський опитувальник та SF-36 – коротка форма неспецифічного опитувальника для визначення якості життя (The 36-Item Short Form Health Survey); додаткові: бесіда, спостереження; застосовано адекватні методи статистичної обробки отриманої інформації.

Діагностика відбувалась суцільним методом, після перебування хворого у Відділенні анестезіології та реанімації за палатами інтенсивної терапії, де був встановлений діагноз, визначена тактика лікування (консервативна чи інвазивна) і пацієнт переводиться у реабілітаційне відділення. Саме на цьому етапі проводиться діагностика якості життя пацієнта.

Психолог, зі згоди лікаря, пропонував хворим взяти участь у дослідженні. Запинання були представлені на стандартизованих бланках і хворий у присутності психолога давав відповіді на запитання, або (за бажанням пацієнта) питання зачитувались та письмово фіксувались відповіді респондентів. Оцінка якості життя за допомогою опитувальника SF-36 складається із 36 питань, об'єднаних у 8 шкал. Аналізувались шкали: фізичне функціонування (PF), рольове функціонування, обумовлене фізичним станом (RP), інтенсивність болю (BP), загальний стан здоров'я (GH), життєва активність (VT), соціальне функціонування (SF), рольове функціонування, обумовлене емоційним станом (RE), психічне здоров'я (MH). Результати опитування при консервативній та інвазивній тактиці лікування хворих з гострим коронарним синдромом, без елевації сегмента ST представлені у табл. 2.

Таблиця 2  
Якість життя пацієнтів з ішемічною хворобою  
серця (ІХС) з ГКС, без елевації сегмента ST

Шкали якості життя	При поступленні в реабілітаційне відділення	
	Консервативна тактика лікування	Інвазивна тактика лікування
Фізичне функціонування (PF)	44±21	52,4±20
Рольове функціонування, обумовлене фізичним станом (RP)	39,3±25,4	43,3±25
Інтенсивність болю (BP)	45,5±23,6	50,1±22,6
Загальний стан здоров'я (GH)	38,9±14	45,3±14,5
Життєва активність (VT)	49,8±18	51,4±16
Соціальне функціонування (SF)	45,9±20	53,9±22
Рольове функціонування, обумовлене емоційним станом (RE)	42,55±28	45,71±28
Психічне здоров'я (MH)	45,1±16,5	48,1±17,2

Аналіз результатів дослідження пацієнта після переведення до реабілітаційного відділення показує, що існує істотна різниця між показниками пацієнтів у залежності від обраної тактики лікування. Високі показники за шкалою «Фізичне функціонування» (PF) в цілому вищі у хворих які отримали інвазивну тактику лікування. Причинами великого розкиду значень за шкалою є інтенсивність нападу, швидкість отримання першої допомоги, вік, тривожність, тип ставлення до хвороби, тощо.

Так, вищі показники у молодших пацієнтів (45–59 років та молодших) зумовлений фізичним ресурсом організму, і це характерно для обох груп. Підсилюється ефект у тих, хто вперше зіткнувся з хворобою. Низькі показники у пацієнтів цієї вікової категорії характерні для людей з іпохондричним та обсесивно-фобійним типом ставлення до хвороби: спостереження за такими пацієнтами дає можливість припускати що хвороба для них є чинником фрустрації і, як наслідок, виникає фіксація на симптомах хвороби, порушення тілесного образу «Я» і соціальна дезадаптація. Надвисокі показника характерні для людей з ейфорійним чи ергопатичним типом ставлення до хвороби. Для перших характерними є надмірна бравада, безпечність, ігнорування симптомів хвороби, тощо. Ергопатичне ставлення до хвороби провокує ігнорування захворювання, сприйняття його як виклику: такий хворий вважає, що можливо подолати симптом вольовими зусиллями тощо.

Низькі показники за фізичним функціонуванням ((PF)) у групі з консервативною тактикою лікування обумовлені, перш за все, віком хворого, тяжкістю захворювання, часом перебування у Відділенні анестезіології та реанімації з палатами інтенсивної терапії, незначними відчуттями покращенням клінічного стану, перспективою довготривалого лікування. Серед молодших пацієнтів низькі показники також характерні для дисгармонійних типів ставлення до хвороби, зо-

крема іпохондричного. Так, хворі, які отримали консервативну тактику лікування, низько оцінюють свої можливості у виконанні повсякденних обов'язків (шкала – рольове функціонування (RP)), вони відчують, що їх повсякденна діяльність значно обмежена хворобою. Додатковий аналіз причин великого розкиду значень за показником шкали показав, що величина показника залежить від низки чинників: інтенсивності нападу, усвідомлення вітальної загрози швидкості та якості отримання першої допомоги, віку, коморбідності, тривожності, типу ставлення до хвороби, тощо. У групі найстарших пацієнтів (75 і більше років) наднизькі показники детерміновані не тільки хворобою, але й віковими змінами досліджуваних і страх втрати контролю над своїм життям провокує прискіпливий аналіз втрат своїх можливостей і негативні прогнози щодо майбутнього.

Хворі які отримали інвазивну тактику лікування, відчують різку зміну стану: з одного боку – вони пережили хвилювання під час прийняття рішення про інвазивне втручання, з іншого – сама процедура була менш травматичною ніж очікування і відбулося значне покращення фізичного стану, що підтвердило вірність вибору та додало надія на повернення до звичних ролей. Молодші пацієнти стверджують, що «не втрачають позицій», «все ще попереду», старші надіються на можливість справлятися з побутом самостійно після виходу з лікарні.

Суб'єктивно оцінюють «Інтенсивність болю» (BP) як таку, яка значно заважає виконувати повсякденну діяльність, обмежує активність саме пацієнти з консервативною тактикою лікування, хоча розкид значень також є великим. Значно позитивніше оцінюють свій стан, і саме больові відчуття, пацієнти з інвазивною тактикою лікування: оперативне втручання надає швидкий ефект, різниця між станом під час нападу та актуальним станом після переведення у реабілітаційне відділення є відчутною. Низькі результати за шкалою характерні для пацієнтів з дисгармонійними типами ставлення до хвороби, для пацієнтів з повторними нападами, з коморбідністю, високим рівнем тривожності, тощо.

Шкала «Загальний стан здоров'я» (GH) допомагає оцінити хворим свій стан здоров'я зараз і перспективи майбутнього лікування. Низькі бали за шкалою у пацієнтів з консервативною тактикою лікування свідчать про недовіру до виздоровлення, знецінення прогресу між станом під час нападу і актуальним станом; цей показник показує також і недовіру до самого процесу лікування. Низькі показники характерні для людей пізнього старечого віку (80 років і вище). Дієвими є і попередньо означені причини великого розкиду значень за шкалою. Вищі показники за шкалою у пацієнтів з інвазивною тактикою лікування можна пояснити вірою у виздоровлення, відчуття прогресу у лікуванні, довіру до його процесу, прийняття перспективи позитивних результатів лікування. Цікавою особливістю є декларація прийнятих рішень щодо змін у повсякденному житті. В цілому такі пацієнти вище оцінюють свій загальний стан, є більш оптимістично налаштованими.

Особливу інформацію несе шкала «Життєздатність» (VT). Цікавим є те, що значущої різ-

ниці за шкалою відносно чинника «тактика лікування» не виявлено. Показники для обох груп є невисокими, пережитий напад, інтенсивна допомога, страх, пережитий при поступленні у лікувальний заклад і процеси прийняття хвороби забрали фізичні сили і психічну енергію у людей, стомили їх на фізичному та емоційному рівнях, їх життєва активність знижена. Цей показник показує і страх пацієнта за майбутнє, перед довготривалими процесами реабілітації і перед потребою змін у їх життєвому укладі. Показовим є нижчий розкид значень за цією шкалою, можемо відзначити своєрідну однотайність пацієнтів.

Істотна різниця між показниками і за шкалою «Соціальне функціонування» (SF). Досліджувані з консервативною тактикою лікування вважають, що хвороба значно обмежує їх соціальну активність, кількість та якість контактів зменшена. Якість спілкування страждає, на думку респондентів, саме через погіршення фізичного та емоційного стану.

Не набагато вищі показники групи з інвазивною тактикою лікування, та все ж ця категорія пацієнтів, відчуваючи обмеження у соціальному функціонуванні, більш позитивно налаштовані і мають надію на відновлення своєї соціальної активності. Спостереження та бесіда показують, що швидко зміна самопочуття, покращення фізичного стану у порівнянні з недалеким минулим покращують емоційний стан хворого. Вищі показники характерні для чоловіків працездатного віку, у яких до прояву симптомів захворювання була висока соціальна активність. Нижчі показники характерні для чоловіків старшого віку, які в минулому займали керівні посади чи за професією перебували у центрі соціальних подій; вікове зниження соціальної активності підсилюється погіршенням здоров'я. Низькі показники характерні і для пацієнтів з повторними проявами хвороби та дисгармонійними типами ставлення до хвороби.

Шкала «Рольове функціонування, обумовлене емоційним станом» (RE) оцінює ступінь, у якому емоційний стан заважає виконанню повсякденної діяльності. Низькі показники за шкалою у двох групах досліджуваних демонструють суб'єктивне відчуття втрати контролю над важливою частиною життя пацієнта. Так як переважаюча кількість досліджуваних є чоловіками і повсякденна діяльність є важливою частиною їх життя, то втрата цих можливостей негативно впливає на емоційний стан. Пацієнти, що отримали інвазивну тактику лікування, відзначають вплив страху перед втручанням та відчуття емоційної уразливості після втручання: більшість наголошують на переоцінці важливості сім'ї, значенні підтримки рідних у важку хвилину прийняття рішення. Передаючи частину відповідальності за своє життя рідним, вони приймають зміну свого рольового статусу. Пацієнти, що отримали консервативну тактику лікування, відзначають, що їхня хвороба – це рубіж, коли треба змиритись з хворобою, прийняти нові правила життя. В обох групах є великий розкид значень за показником. Можемо відзначити чіткий зв'язок розкиду значень з віком та статтю пацієнтів. Чим молодша людина (вікова група 45–59 років), тим більші надії на повернення до звичного стилю життя зі збереженням особливостей рольового функціонування.

Відмінністю є більш оптимістичне налаштування пацієнтів із інвазивною тактикою лікування, швидкі покращення стану дають надію на подолання захворювання і його наслідків. Саме у молодших пацієнтів вища мотивація до зміни стилю життя, подальшої реабілітації. Жінки цієї групи багато планують, визначають стратегії свого подальшого життя. Старші жінки (75 і більше років) більше аналізують минуле, відзначають жаль за зробленим / не зробленим, шукають причини захворювання, жаліються на втрату своїх можливостей. Старші чоловіки (75 і більше років) теж відзначають втрату можливостей, згадують професійні ролі, аналізують стреси пов'язані з діяльністю, планують діяльність пов'язану з хобі.

Молодші пацієнти з консервативною тактикою теж планують збереження свого рольового функціонування, але вони є менш оптимістичними, демонструють більше страхів. Старші пацієнти мають низькі значення за показником і демонструють загальну втому у різних сферах життя. На контакт ідуть важче.

Шкала «Психічне здоров'я» (MH) характеризує настрій, наявність депресії, тривоги та є загальним показником позитивних емоцій. І у цій шкалі є різниця між показниками груп досліджуваних, вищі показники спостерігаємо у групі з інвазивною тактикою лікування, нижчі з консервативною.

Додатковий аналіз результатів за додатковими методами які вивчають рівень тривоги та депресії дав змогу оцінити вікову динаміку їх прояву у пацієнтів. Так, у пацієнтів, молодших 45 років, виявлено при можливих високих рівнях ситуативної тривоги, депресія практично відсутня, ці відомості потребують додаткового аналізу так як кількість досліджуваних не є достатньою. Віковий проміжок 45–59 років характеризується високим рівнем тривоги і депресії у жінок і нижчим у чоловіків, віковий період 60–74 роки характерний дещо несподіваним зниженням депресії у обох статей (це зниження можемо спостерігати і в старшому віці). Причини таких результатів потребують більш глибокого подальшого дослідження.

#### **Висновки і пропозиції.**

1. Дослідження особливостей якості життя кардіологічного хворого є валідним способом оцінки якості та дієвості кардіореабілітаційних заходів. Така діагностика забезпечує оцінку окремого досліджуваного, що в подальшому дозволить забезпечити індивідуальний підхід у реабілітації до кожного пацієнта із врахуванням анамнезу, клінічного та психологічного стану, доступних фармакологічних і нефармакологічних методів лікування.

2. Комплексний аналіз причини зміни якості життя пацієнтів з ішемічною хворобою серця (ІХС), з гострим коронарним синдромом (ГКС) без елевачії сегмента ST дозволяє визначити причини зниження якості життя такого хворого. Зокрема, виявлено відмінності якості життя пацієнтів на першому етапі реабілітації, доведено, що існує залежність якості життя від обраної тактики лікування. Встановлено, що за більшістю шкал вища якість життя у пацієнтів, що отримали інвазивну тактику лікування, що зумовлено, яскравими змінами клінічного стану пацієнта.

3. У ході дослідження підтверджено, що важкими причинами зниження якості життя хво-

рого є вікові, індивідуально-психологічні та статеві відмінності. Не менш значущими є соціальні чинники та тип ставлення до хвороби. На фізичну компоненту якості життя впливають: швидкість надання допомоги, коморбідність, вікові особливості; на психологічну: ставлення до хвороби, її тривалість тривога, депресія тощо.

4. Диференціація виявлених факторів дозволить розробляти програми реабілітації хворих з урахуванням чинників впливу та залучення відповідних спеціалістів. Реабілітація кардіологічного хворого повинна включати: медичну, фізичну та психологічну частини із збереженням індивідуального підходу до пацієнта.

### Список літератури:

1. Мушкевич М.К., Корпач К.І. (2011) Концептуальні підходи вивчення феномену якості життя та його оцінки. Український науковий журнал «Освіта регіону: політологія, психологія, комунікації» 3:128.
2. Наказ МОЗ України від 03.03.2016 № 164 "Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при гострому коронарному синдромі без елевації сегмента ST vnmed3.kharkiv.ua.
3. Погосова Н.В., Байчоров И.Х., Юферева Ю.М., Колтунов И.Е. (2010) Качество жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями: современное состояние проблемы. Кардиология (4): 66–78. <https://cardio-journal.ru>.
4. Жолдасбекова А.С., Калматаева Ж.А. (2016) Современные подходы к изучению качества жизни в медицине и кардиологии. Вестник Казанского НМУ (3): 246–251.
5. Ягенський А.В., Січкарук І.М. (2007) Оцінка якості життя у сучасній медичній практиці. Інтернет видання журнал "Внутрішня медицина" (3) [www.mif-ua.com](http://www.mif-ua.com).
6. Nesterak R.V., Gasyuk M.B. (2017) Pilot investigation of the method of interactive training of patients at the stage of medical rehabilitation and treatment Deutscher Wissenschaftsherold / German Science Herald (4): 38–41.

#### Нестерак Р.В.

ДВНЗ «Ивано-Франковский национальный медицинский университет»

#### Гасюк М.Б.

ДВНЗ «Прикарпатский национальный университет имени Василия Стефаника»

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ЭЛЕВАЦИИ СЕГМЕНТА ST

### Аннотация

Эмпирически исследованы качество жизни пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) с острым коронарным синдромом (ОКС) без элевации сегмента ST, с консервативной или инвазивной тактикой лечения. Осуществлен комплексный анализ причин изменения качества жизни пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС). Сформулированы рекомендации по выбору стратегии реабилитации кардиологического больного.

**Ключевые слова:** ишемическая болезнь сердца (ИБС), острый коронарный синдромом (ОКС), консервативная или инвазивная тактика лечения, качество жизни.

#### Nesterak R.V.

Ivan Franko National Medical University

#### Gasyuk M.B.

Vasyl Stefanyk Precarpathian National University

## LIFE QUALITY OF PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME WITHOUT ST SEGMENT ELEVATION

### Summary

The life quality of patients with coronary heart disease (CHD) with acute coronary syndrome (GCS), without elevation of the ST segment, with conservative or invasive treatment tactics is empirically investigated. A comprehensive analysis of the causes of the patients' with ischemic heart disease (CHD) life quality changes has been performed. Recommendations on choosing a cardiologic rehabilitation strategy are formulated.

**Keywords:** ischemic heart disease (CHD), acute coronary syndrome (SCS), conservative or invasive therapy, quality of life.