

Динаміка клініко-анамнестичних даних хворих після інфаркту міокарда під впливом застосування авторської програми фізичної реабілітації в домашніх умовах

Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки (м. Луцьк)

Постановка наукової проблеми та її значення. У формуванні сучасних негативних медико-демографічних тенденцій в Україні провідну роль відіграють хвороби системи кровообігу. Саме вони істотно впливають на основні показники здоров'я: захворюваність, смертність, інвалідність, тривалість і якість життя населення [1; 4]. Однією з найпоширеніших гострих форм серцево-судинної патології є інфаркт міокарда (ІМ), який призводить до тимчасової, а інколи й постійної втрати працездатності, знижуючи таким чином трудові резерви суспільства.

Отож проблема реабілітації осіб після ІМ набуває важливого соціально-економічного значення [2; 5]. Варто врахувати той факт, що значна кількість хворих після лікування в стаціонарі продовжує відновне лікування не в реабілітаційних центрах, спеціалізованих кардіологічних відділеннях та санаторіях, а в домашніх умовах, що відбувається внаслідок різних чинників, серед яких домінує фінансова неспроможність самих хворих. Тому важливо акцентувати увагу на вдосконаленні реабілітаційних програм для хворих після ІМ, які не мають змоги продовжувати реабілітацію на наступних її етапах.

Аналіз досліджень цієї проблеми. Аналіз літературних джерел із досліджуваної проблеми свідчить про доцільність, ефективність і доступність застосування дозованих фізичних навантажень після ІМ у домашніх умовах після виписки хворого зі стаціонару. Проте існує низка суперечливих питань та протиріч, що стосується, насамперед, виду й кратності фізичних навантажень. Нечітко визначені терміни, тривалість, інтенсивність, темпи нарощування фізичних навантажень та ефективні засоби контролю за якістю проведення реабілітаційних заходів на ранньому післялікарняному етапі в домашніх умовах [6; 10]. Ці питання набувають ще більшої значущості у зв'язку з тенденцією до скорочення термінів перебування хворих ІМ на стаціонарному лікуванні [8].

Недостатньо висвітлюються індивідуальні підходи у провадженні реабілітаційних заходів для післяінфарктних хворих з урахуванням концепції корекції факторів ризику серцево-судинних захворювань та психоемоційного стану пацієнтів [1; 7].

Ураховуючи вищезазначене, констатуємо необхідність наукового обґрунтування й розробки програми фізичної реабілітації в домашніх умовах для осіб другого зрілого віку після ІМ у післялікарняний період, упровадження її в практику профільних лікувально-профілактичних закладів з метою вторинної профілактики ускладнень, відновлення працездатності та повернення до трудової діяльності післяінфарктних хворих.

Завдання роботи – вивчити вплив авторської програми фізичної реабілітації в домашніх умовах на суб'єктивні показники хворих після ІМ у післялікарняний період.

Методи дослідження – теоретичний аналіз та узагальнення літературних джерел; соціологічні, медико-біологічні й лабораторні методи дослідження; методи математичної статистики.

Організація дослідження. У дослідженні брали участь 60 осіб, які були 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 й 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 – $52,69 \pm 3,95$ років, у порівняльній – $53,40 \pm 3,22$.

Етапний контроль проводили під час виписки хворих основної групи та групи порівняння з кардіологічного відділення Луцької міської клінічної лікарні, а також з інтервалом у два, шість і дванадцять тижнів із моменту виписки хворих зі стаціонару.

Методологія побудови авторської програми фізичної реабілітації ґрунтувалася на засадах комплексності й індивідуалізації реабілітаційного процесу та 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, переносимості фізичних навантажень та процедур. До того ж здійснювали умовний поділ хворих на функціональні групи залежно від ступеня їх фізичної активності, що дало можливість більш диференційовано, з урахуванням індивідуальних особливостей хворих, підійти до вибору безпечної програми фізичної реабілітації в домашніх умовах.

Авторська програма фізичної реабілітації осіб у домашніх умовах після виписки зі стаціонару передбачала поступову адаптацію пацієнтів до навантаження побутового характеру, подальше тренування серцево-судинної системи й поділялася на три періоди: перший – підготовчий (два тижні) відбувався в щадному режимі; другий – основний (чотири тижні) – проводили в щадно-тренувальному режимі; третій – підтримувальний – здійснювався в тренувальному режимі та був необмеженим у часі.

Особливістю авторської програми фізичної реабілітації в домашніх умовах для хворих після ІМ було виконання хворим ранкової гігієнічної гімнастики; комплексу гімнастичних вправ загально-розвивального характеру, дихальних і спеціальних вправ динамічного характеру для шийного та шийно-грудного відділів хребта, які впливають на мотовісцеральні рефлекси, іннервують серце, стимулюючи центральні й периферичні механізми кровообігу; дозованої ходьби, підйому східцями, водних процедур, побутових навантажень. Крім того, для підвищення прихильності хворих до активної участі в програмі фізичної реабілітації та вторинній профілактиці ІМ організовано систему навчання хворих за посередництва створення «Школи для пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями» та впроваджено дистанційне навчання за допомогою інтернет-сайту (<http://heart.lirol.com.ua/>) підтримки таких хворих.

Для оцінки ефективності фізичної реабілітації хворих обох груп і її корекції використовували оперативний, поточний та етапний види контролю.

Етапний контроль проводили під час виписки хворих основної групи й групи порівняння з кардіологічного відділення Луцької міської клінічної лікарні, а також з інтервалом у два, шість і дванадцять тижнів із моменту виписки хворих зі стаціонару.

Виклад основного матеріалу й обґрунтування отриманих результатів дослідження. Для більш повної оцінки ефективності застосування авторської програми ми вивчали суб'єктивні показники пацієнтів досліджуваної вибірки й аналізували їх динаміку.

При опитуванні пацієнтів основної групи та групи порівняння на початку дослідження отримано низку скарг: біль стискаючого характеру в ділянці серця, пов'язаний із фізичними й психоемоційними навантаженнями, задишку під час фізичних навантажень, приступи серцебиття, запаморочення, головний біль, підвищену втому, скарги на порушення сну. Переважною причиною суб'єктивних симптомів хворих було атеросклеротичне ураження коронарних судин серця, що підтверджувалося підвищеним рівнем холестерину, наявністю приступів стенокардії й ІМ в анамнезі, а також функціональними розладами відповідних органів і систем.

За результатами проведеного дослідження у пацієнтів основної групи та групи порівняння спостерігали достовірну позитивну динаміку щодо більшості основних суб'єктивних симптомів через два тижні з моменту виписки зі стаціонару. Ця тенденція була більш вираженою до кінця проведення спостереження в основній групі пацієнтів, на відміну від групи порівняння.

У представників основної групи біль у ділянці серця, пов'язаний із фізичним навантаженням, виникав на початку дослідження у 86,7 % осіб, у групі порівняння – у 80 %. Починаючи з другого тижня, відзначалося достовірне зменшення відсотка такої скарги, а саме: її реєстрували в 56,6 % осіб основної групи хворих та в 53,3 % із групи порівняння ($p < 0,05$), а через шість тижнів – у 50 % пацієнтів основної групи хворих й у 53,3 % хворих із групи порівняння ($p < 0,05$). Проте під кінець дослідження виражені достовірні зміни при порівнянні з початковими результатами відзначали тільки в основній групі – 33,3 % ($p < 0,001$).

Ті самі результати ми спостерігали щодо скарг на біль у ділянці серця, пов'язаний із нервово-психічним навантаженням, а саме: на початку дослідження він виникав у 66,7 % пацієнтів основної групи та в 73,3 % із групи порівняння. Більш виражене достовірне зменшення відсотка скарг фіксували через шість тижнів досліджень у пацієнтів основної групи. Він виникав у 26,7 % хворих, порівняно з вихідними даними ($p < 0,05$), і через два тижні досліджень – у 40 % хворих групи порівняння ($p < 0,05$).

Наприкінці дослідження більш достовірні зміни, порівняно з початковими результатами, відзначали в основній групі хворих – 23,3 % ($p < 0,001$), стосовно групи порівняння таких результатів не фіксували.

Також на завершення дослідження достовірні зміни спостерігали в основній групі хворих, відносно результатів групи порівняння – відповідно, 23,3 % та 60 % ($p < 0,01$).

Таку ж тенденцію спостерігали щодо скарг у стані спокою. На початку дослідження вони виникали в 36,7 % пацієнтів основної групи та в 33,3% хворих групи порівняння. Виражене достовірне зменшення скарг у стані спокою фіксували через шість тижнів у 10 % ($p < 0,05$) і через 12 – відповідно, 6,7 % ($p < 0,01$) у пацієнтів основної групи хворих. У групі порівняння теж прослідковували позитивну динаміку, проте вона не досягла рівня достовірності.

За результатами дослідження в основній групі пацієнтів спостерігали виражену позитивну динаміку стосовно частоти приступів стенокардії, починаючи з другого тижня занять за авторською програмою фізичної реабілітації в домашніх умовах. Так, на початку дослідження частота приступів стенокардії за тиждень становила $6,2 \pm 0,4$, а до кінця 12-го тижня спостереження кількість випадків приступів стенокардії в пацієнтів за тиждень дорівнювала $1,4 \pm 0,1$ ($p < 0,001$), що достовірно відрізнялося від показників групи порівняння за той самий проміжок часу (відповідно, $4,6 \pm 0,4$ ($p < 0,001$)). У хворих групи порівняння впродовж дослідження теж помічали достовірне зменшення частоти приступів стенокардії (за тиждень), проте не таке виражене, як в основній групі.

Як видно з наведених даних, половина хворих основної групи та групи порівняння скаржилася на задишку, проте тільки в основній групі відзначали позитивну динаміку з дванадцятого тижня занять за авторською програмою. Так, на початку дослідження таку скаргу фіксували в 56,7 % пацієнтів, наприкінці – 26,7 % ($p < 0,05$); у групі порівняння через два тижні спостережень відзначали тенденцію до зменшення кількості хворих із такими скаргами, проте до кінця дослідження простежували ту ж кількість хворих із задишкою, що й під час виписки зі стаціонару.

Такі скарги хворих, як приступи серцебиття, головний біль, запаморочення, підвищена втома, порушення сну, мали більш виражену позитивну динаміку до зменшення із 6-го тижня занять за авторською програмою, а також наявність скарг під час помірних фізичних навантажень. Окрім того, кількість випадків приступів серцебиття та підвищеної втоми в основній групі хворих, які займалися за авторською програмою фізичної реабілітації в домашніх умовах, достовірно відрізнялися від даних хворих групи порівняння з дванадцятого тижня спостережень.

Поряд із вищезазначеними показниками, які доповнюють клінічну характеристику захворювання, проаналізовано наявність основних факторів ризику серцево-судинних захворювань. На початку проведеного дослідження результати були такими: надлишкову масу тіла мали 73,3% пацієнтів основної групи й 80 % пацієнтів групи порівняння; індекс маси тіла в пацієнтів основної групи в середньому становив $28,67 \pm 4,62$ кг/м², у групі порівняння – $28,28 \pm 4,26$ кг/м²; середні показники окружності талії складали $101,10 \pm 12,23$ см у пацієнтів основної групи й $103,33 \pm 9,52$ см – у групі порівняння; середні показники окружності стегон становили $102,67 \pm 9,41$ см – в основній групі та – $103,73 \pm 8,84$ см – у пацієнтів групи порівняння; індекс талія/стегно для визначення розподілу жирової маси дорівнював $0,98 \pm 0,08$ в основній групі та $1,00 \pm 0,08$ – у групі порівняння; абдомінальне ожиріння виявлено в 14 (46,7 %) пацієнтів основної групи та в 16 (53,3%) – із групи порівняння. Підвищений артеріальний тиск (АТ) ($140/90$ мм рт. ст. і більше) на момент обстеження виявлено у 12 (40 %) хворих основної групи й у 13 (43,3 %) – із групи порівняння. Серед пацієнтів основної групи 22 (73,3 %) особи та 24 (80 %) із групи порівняння мали підвищений рівень загального холестерину ($\geq 4,5$ ммоль/л); середній показник загального холестерину становив $5,14 \pm 1,01$ ммоль/л у пацієнтів основної групи й $5,34 \pm 1,05$ ммоль/л – у групі порівняння, що значно вище за цільові рівні цієї категорії хворих. Раніше діагностований цукровий діабет був у двох (6,7 %) хворих з основної групи та групи порівняння, палили 11 (36,7%) пацієнтів основної групи й шість (20 %) – із групи порівняння.

Отже, під час оцінки основних факторів ризику серцево-судинної патології в пацієнтів основної групи та групи порівняння на початку дослідження встановлено, що надмірна вага, абдомінальне ожиріння, підвищений АТ, гіперхолестеринемія, тютюнопаління є найбільш поширеними факторами ризику серед осіб досліджуваної групи, тоді як частота випадків цукрового діабету не перевищувала 6,7 %.

Після проведеного курсу фізичної реабілітації в осіб після ІМ виявлено значні позитивні зміни. Так, в основній групі пацієнтів, урахувавши показники індексу маси тіла (ІМТ), значення якого вказує на прямий зв'язок із ризиком супутніх ускладнень, на 18,2 % зменшилася кількість випадків надмірної маси тіла через 12 тижнів занять за авторською програмою фізичної реабілітації в домашніх умовах.

Показник ІМТ в основній групі пацієнтів наприкінці дослідження становив $26,45 \pm 1,24$ кг/м² і достовірно відрізнявся від цього показника на початку дослідження в основній групі, ($28,67 \pm 1,62$ кг/м²) (табл. 1).

Суттєвої достовірної різниці щодо показника ІМТ за вказаний період у групі порівняння не фіксували. Проте відзначали достовірну різницю показника ІМТ між основною групою пацієнтів та групою порівняння через 12 тижнів занять, а саме: в основній групі цей показник становив $26,45 \pm 1,24$ кг/м², у групі порівняння – $29,49 \pm 1,90$ кг/м² ($p < 0,01$) (табл. 1).

За результатами дослідження частота випадків реєстрації коефіцієнта обвід талії/обвід стегон (ОТ/ОС) > 1,0 наприкінці дослідження в основній групі пацієнтів зменшилася на 8,8 %, а в групі порівняння – навпаки, збільшилася на 13,4 %, проте достовірної різниці не виявлено. Під час аналізу показників ОТ й ОС в основній групі та групі порівняння за період спостереження також достовірної різниці між групами не простежено.

У патогенезі ішемічної хвороби серця провідна роль належить атеросклерозу, який здебільшого є результатом порушень синтезу й обміну різних ліпопротеїдів. Згідно з Європейськими рекомендаціями з профілактики серцево-судинних захворювань, у клінічній практиці підвищеним уважався рівень загального холестерину понад 4,5 ммоль/л [9].

Таблиця 1

Динаміка основних факторів ризику серцево-судинних захворювань у пацієнтів основної групи та групи порівняння за період дослідження

Фактор ризику	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.
Частота випадків реєстрації надмірної маси тіла при ІМТ > 24,9 кг/м ²	73,3 %	70 %	70 %	60 %	80 %	76,7 %	76,7 %	83,3 %
ІМТ, кг/м ²	28,67±1,62	28,50±1,64	27,96±1,24	26,45±1,24* [^]	28,28±1,26	27,98±1,18	28,16±1,15	29,49±1,90
Частота випадків реєстрації ОТ/ОС > 1,0	46,7 %	43,3 %	43,3 %	36,6 %	53,3 %	50 %	46,7 %	60 %
ОТ, см	101,10±12,23	100,87±12,13	100,70±11,99	100,13±11,53	103,33±9,52	103,07±9,29	103,68±9,01	106,11±8,03
ОС, см	102,67±9,41	102,67±9,41	102,67±9,41	102,63±9,43	103,73±8,84	103,73±8,84	103,89±9,13	103,96±9,28
Індекс ОТ/ОС	0,98±0,08	0,98±0,08	0,98±0,08	0,98±0,08	1,00±0,08	1,00±0,08	1,00±0,07	1,02±0,08
Частота випадків реєстрації ЗХ ≥ 4,5 ммоль/л	73,3 %	46,7 %* [*]	40 %** ^{**}	40 %** [^]	80 %	46,7 %** ^{**}	53,3 %* [*]	66,7 %
ЗХ, ммоль/л	5,25±0,35	4,87±0,37	4,62±0,33* [^]	4,56±0,38* [^]	5,23±0,24	4,89±0,38	5,09±0,33	5,14±0,38
Частота випадків підвищ. АТ ≥ 140/90 мм рт. ст	40 %	26,7 %	26,7 %	23,3 %	43,3 %	26,7 %	33,3 %	46,7 %
АТ сист., мм рт. ст	148,47±3,15	142,07±3,14	138,10±3,49	137,00±3,43* [^]	146,33±3,82	139,90±3,48	140,63±4,02	143,37±3,66
АТ діаст., мм рт. ст	83,37±2,93	81,97±2,81	79,60±2,42	79,13±2,55	83,57±2,54	82,57±2,20	83,23±2,29	82,77±2,45
Тютюнокуріння	36,7 %	30 %	30 %	26,7 %	20 %	16,7 %	20 %	20 %

Примітки.

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

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

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

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

Аналіз частоти випадків реєстрації холестерину $\geq 4,5$ ммоль/л засвідчив, що в пацієнтів основної групи тенденцію до зменшення спостерігали протягом усього періоду спостережень: наприкінці

дослідження (порівняно з вихідним рівнем) на 33,3% зменшилася кількість пацієнтів із показником холестерину $\geq 4,5$ ммоль/л; у групі порівняння через два тижні занять за програмою фізичної реабілітації в умовах відділення реабілітації кількість пацієнтів із показником холестерину $\geq 4,5$ ммоль/л зменшилася на 40 %, через шість тижнів спостереження – на 26,7 %, а через 12 тижнів – на 13,3 % випадків.

Ризик розвитку серцево-судинних захворювань та їх ускладнень прогресивно зростає з підвищенням рівня АТ, проте адекватний контроль перебігу артеріальної гіпертензії у випадку вторинної профілактики ІМ запобігає розвитку ускладнень і повторних госпіталізацій [1–3]. Результати досліджень динаміки АТ засвідчили, що частота випадків підвищеного АТ $\geq 140/90$ мм рт. ст у пацієнтів основної групи протягом дослідження мала тенденцію до зменшення й через 12 тижнів спостережень на 16,7 % випадків зменшилася, порівняно з вихідним рівнем. Проте в групі порівняння частота випадків підвищеного АТ $\geq 140/90$ мм рт. ст. на 16,6 % випадків зменшилася, порівняно з вихідним рівнем через два тижні занять хворих за програмою фізичної реабілітації в умовах відділення реабілітації, а до кінця спостереження – навпаки, спостерігали збільшення пацієнтів з АТ $\geq 140/90$ мм рт. ст. на 3,4 %, порівняно з вихідними даними, проте ці показники не досягли рівня достовірності.

Значення тютюнопаління як фактора ризику серцево-судинних захворювань і передчасної смерті доведено численними дослідженнями. Аналіз частоти випадків тютюнопаління свідчить, що прослідковувалася позитивна динаміка до кінця дослідження в основній групі пацієнтів, тобто на 10 % зменшилася кількість хворих, які палять цигарки, хоча достовірної різниці не виявлено. У групі порівняння через два тижні спостережень частота випадків тютюнопаління зменшилася на 3,3 %, а до кінця дослідження – навпаки, повернулася до попереднього рівня.

Висновки й перспективи подальших досліджень. Отже, запропонована авторська програма фізичної реабілітації в домашніх умовах для хворих основної групи сприяла істотному зменшенню частоти основних суб'єктивних симптомів як у стані спокою, так і під час фізичних навантажень, порівняно із загальноприйнятою програмою фізичної реабілітації. Варто зазначити, що в основній групі пацієнтів відбулося зменшення під дією авторської програми тих показників, які доповнюють клінічну картину хвороби й виступають у ролі основних факторів ризику, а саме: зниження маси тіла, рівня загального холестерину, систолічного АТ. Значне та стабільне зниження вищеназваних показників свідчить про адекватність підібраних фізичних навантажень, а також є наслідком впливу дозованих регулярних тренувань у домашніх умовах.

Джерела та література

1. Горбась І. М. Епідеміологічна ситуація щодо серцево-судинних захворювань в Україні: 30-річне моніторування [Електронний ресурс] / І. М. Горбась // Практическая ангиология – 2010. – № 10 (38). – Режим доступу : <http://angiology.com.ua/article/357.html>.
2. Зозуля І. С. Епідеміологія цереброваскулярних захворювань в Україні [Електронний ресурс] / І. С. Зозуля, А. І. Зозуля // Укр. мед. часоп. – 2011. – № 5 (85) Т. 9. – Режим доступу : <http://www.umj.com.ua/>.
3. Кваша О. О. Популяційна оцінка внеску факторів ризику серцево-судинних захворювань в смертність за даними 20-річного проспективного дослідження : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : [спец.] 14.01.11 «Кардіологія» / Кваша Олена Олександрівна. – К., 2008. – 40 с.
4. Коваленко В. М. Виконання Державної програми боротьби з гіпертензіями в Україні / В. М. Коваленко, В. М. Корнацький // Укр. кардіологічний журн. – 2010. – № 6. – С. 72.
5. 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.
6. Мохаммед А. Х. Клинико-физиологическое обоснование для создания программы физической реабилитации больных стенокардией / А. Х. Мохаммед // Физическое воспитание студентов. – 2012. – № 4. – С. 97–100.
7. Оцінка поширеності та контролю факторів ризику серцево-судинних захворювань серед населення та лікарів [Електронний ресурс] / І. М. Горбась, О. М. Барна, В. Ю. Сакалош, М. А. Бакуменко // Ліки України плюс. – 2010. – № 1. – Режим доступу : http://archive.nbuv.gov.ua/e-journals/liku/2010_1/2_Zmist_indeksniy%20fail_%20HTML/index.html.
8. 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.
9. EUROASPIRE III: a survey on the lifestyle, risk factors and use of cardioprotective drug therapies in coronary patients from 22 European countries / K. Kotseva, D. Wood, G. De Backer [et al.] // Eur. J. of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. – 2009. – Vol. 6. – P. 121–137.

10. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): the fifth joint task force of the European society of cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts) / J. Perk, G. De Backer, H. Gohlke [et al.] // Eur Heart J. – 2012. – Vol. 33 (13). – P. 1635–1701.

Анотації

У статті представлено результати клініко-анамнестичних даних хворих після інфаркту міокарда в післялікарняний період реабілітації та проаналізовано їх динаміку. У хворих основної групи під впливом авторської програми фізичної реабілітації в домашніх умовах встановлено істотне зменшення частоти основних суб'єктивних симптомів, а також показників, які доповнюють клінічну картину хвороби й виступають у ролі основних факторів ризику, а саме: зниження маси тіла, рівня загального холестерину, систолічного артеріального тиску. Значне та стабільне зниження вищезазначених показників свідчить про ефективність запропонованої програми фізичної реабілітації для осіб після інфаркту міокарда в післялікарняний період.

Ключові слова: інфаркт міокарда, фактори ризику, фізична реабілітація.

Светлана Индыка. Динамика клинико-анамнестических данных больных после инфаркта миокарда под влиянием применения авторской программы физической реабилитации в домашних условиях. В статье представлены результаты клинико-анамнестических данных больных после инфаркта миокарда в послебольничный период реабилитации и проанализировано их динамику. У больных основной группы под влиянием авторской программы физической реабилитации в домашних условиях установлено существенное уменьшение частоты основных субъективных симптомов, а также показателей, которые дополняют клиническую картину болезни и выступают в качестве основных факторов риска, а именно: снижение массы тела, уровня общего холестерина, систолического артериального давления. Значительное и стабильное снижение вышеперечисленных показателей свидетельствует об эффективности предложенной программы физической реабилитации для лиц после инфаркта миокарда в послебольничный период.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, факторы риска, физическая реабилитация.

Svitlana Indyka. Dynamics of Clinic-anamnestic Data of the Ill After Cardiac Infarction Under the Influence of Applying of the Author Program of Physical Rehabilitation Domiciliary. In the article it is presented the results of clinic-anamnestic data of the ill after cardiac infarction after medical rehabilitation and analyzed their dynamics. Ill of the main group under the influence of the author program of physical rehabilitation domiciliary were observed significant decrease in the frequency of the main subjective symptoms, and indicators which add up to clinical picture of illness and are the main risk factors, in particular: lowering of body weight, total cholesterol level, systolic blood pressure. Significant and steady reduction of the above parameters witnesses the effectiveness of the proposed program of physical rehabilitation for persons after cardiac infarction after medical rehabilitation.

Key words: cardiac infarction, risk factors, physical rehabilitation.