



**Амеліна Т.М.**  
**РОЛЬ КІНЕЗІОФОБІЇ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ**  
**ІЗ ПОРУШЕННЯМИ СЕРЦЕВОГО РИТМУ**

*Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини*  
*Буковинський державний медичний університет*

Кардіореабілітація (КР) складається з трьох головних компонентів: фізичні навантаження (ФН), модифікація способу життя та психологічні втручання. Доведено, що використання фізичних вправ зменшує загальну та серцево-судинну смертність [0,87 (95% ДІ 0,75, 0,99) та 0,74 (95% ДІ 0,63, 0,87) відповідно], а також частоту госпіталізацій [0,69 (95% ДІ) 0,51, 0,93)] [V.Bellmann, 2020]. КР з адекватним фізичним навантаженням попереджає виникнення порушень ритму, зменшує епізоди фібриляції передсердь без серйозного ризику розвитку побічних ефектів [Benoit Robaye, 2019]. Однак, починати КР необхідно в максимально ранні терміни, застосовуючи індивідуальний і комплексний підхід при її проведенні та здійснюючи чітку спадкоємність на всіх її етапах дотриманням суворої дозованості й етапності, безперервності та регулярності з поступовим збільшенням обсягу й інтенсивності ФН [Шумаков В.О., 2020]. Однак встановлено, що однією з вагомих причин відмови від використання фізичної активності, особливо на амбулаторному етапі, є страх руху – кінезіофобія (КФ), який асоціюється із можливою дестабілізацією захворювання.

Метою дослідження стала оцінка наявності та причин кінезіофобії у пацієнтів із порушеннями ритму і провідності. Для вирішення поставленої мети обстежено 46 пацієнтів, середній вік яких становив  $42,48 \pm 2,88$ . Проведено аналіз клінічних та інструментальних (електрокардіографія (ЕКГ)) методів дослідження з врахуванням віку, статі, індексу маси тіла (ІМТ). Рівень КФ оцінювали за версією опитувальника Tampa Scale of Kinesiophobia Heart (TSK-Heart), що включає 17 питань, які оцінюють зв'язок виникнення дестабілізації стану з виконанням руху. Низький результат (17) вказує про відсутність КФ, зростання показника підтверджує наявність страху, пов'язаного з рухом. Серед обстежених виявлено шлуночкові екстрасистоли (ЕС) – 19, пароксизми фібриляції передсердь (ФП) – 27 випадків.

Аналізуючи результати TSK-Heart, нами підтверджено наявність КФ в обстежених пацієнтів, однак, на вираженість страху не впливала стать пацієнтів - індекс TSK-Heart у чоловіків становив  $40,14 \pm 2,28$ , у жінок -  $39,25 \pm 4,59$ . Виявлено достовірну різницю величини TSK-Heart залежно від клінічної нозології: у пацієнтів з ЕС рівень КФ складав  $34,83 \pm 1,75$ , при ФП -  $45,86 \pm 2,67$  ( $p < 0,05$ ). Встановлено позитивний кореляційний зв'язок між ІМТ і ступенем КФ ( $r_s = 0,61$ ,  $p < 0,05$ ), що підтверджує низький рівень фізичної активності пацієнтів. Наявність КФ у пацієнтів не корелювала з віком, тривалістю захворювання чи наявністю супутньої патології. Аналізуючи отримані результати слід зазначити, що використанням фізичних вправ хворими з порушеннями ритму обмежені наявною негативною симптоматикою під час дестабілізації захворювання, використання активних втручань хибно розглядається як тригер дестабілізації захворювання. Зазначене вимагає розробки та впровадження індивідуальних програм КР з включенням адекватного фізичного навантаження, які б за умови систематичного виконання створювали у пацієнта позитивну мотивацію до постійного виконання ФН, що призводить до зменшення прогресування і попередження дестабілізації захворювання.

Наявність кінезіофобії має нозологічну причину і пов'язана з вихідним рівнем фізичної активності пацієнтів. Виявлення причин кінезіофобії та їх усунення дозволить покращити функціональний стан пацієнти, якість життя та зменшити ризик розвитку порушень ритму та провідності.