

**SECTION 2. HUMAN HEALTH, FITNESS
AND RECREATION, PHYSICAL EDUCATION
OF DIFFERENT GROUPS OF POPULATION,
PHYSICAL REHABILITATION**

DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-622-5-3>

**PSYCHOLOGICAL PORTRAIT OF A PATIENT
WITH PERIPHERAL ARTERY DISEASE AND THE IMPACT
OF EXERCISE BIKE TRAINING ON THE PATIENT'S
MENTAL HEALTH**

**ПСИХОЛОГІЧНИЙ ПОРТРЕТ ХВОРОГО НА ОБЛІТЕРУЮЧИЙ
АТЕРОСКЛЕРОЗ АРТЕРІЙ НИЖНІХ КІНЦІВОК ТА ВПЛИВ
ВЕЛОТРЕНАЖЕРНИХ ТРЕНУВАНЬ НА МЕНТАЛЬНЕ
ЗДОРОВ'Я ПАЦІЄНТА**

Baliaba M. Yu.

*ORCID ID: 0009-0004-3196-087X
PhD student (third level of higher
education, educational and scientific
degree) 017 Physical Culture and Sports
Petro Mohyla Black Sea National
University
Mykolaiv, Ukraine*

Баляба М. Ю.

*ORCID ID: 0009-0004-3196-087X
здобувач третього (освітньо-
наукового) рівня вищої освіти 017
Фізична культура та спорт
Чорноморський національний
університет імені Петра Могили
м. Миколаїв, Україна*

Мультифокальний атеросклероз – без перебільшення одна з пандемій сучасності, яка, як прийнято вважати, уражає переважно літнє населення планети. В умовах, значного розповсюдження захворюваності населення України, та світу в цілому, наявна велика проблема невідповідності можливостей реконструктивних та шунтуючих втручань реабілітації хворих. На фоні розвитку судинних методик, медикаментозного та технічного забезпечення лікування хворих, ситуація із реабілітацією пацієнтів залишається на початкових етапах. Хоча спроби немедикаментозного лікування та відновлення хворих були вже протягом двадцятого століття, реальна робота в цьому напрямку почала вестися лише протягом двадцять першого сторіччя. Невід'ємною частини будь-якої реабілітації, зокрема реабілітації хворих на облітеруючий атеросклероз артерій нижніх кінцівок, є

питання психологічного відновлення та підтримки, оскільки як і будь-яка інша когорта пацієнтів, ця також має свої особливості [1].

Більшість пацієнтів з ОАСНК – це особи середнього або старшого віку (переважно чоловіки 50–75 років), із тривалим анамнезом соматичних захворювань (гіпертонія, цукровий діабет, ішемічна хвороба серця), переважна більшість з них має обтяжуючий фактор у вигляді тривалого тютюнопаління. Часто це первинні звернення, оскільки ці люди з часом при звичаються до свого стану і звертаються за медичною допомогою лише у випадку критичної ішемії нижніх кінцівок (тобто появу більш спокую та трофічних порушень).

Вони часто мають раціональний, стриманий тип мислення, але одночасно – схильність до песимістичної оцінки свого стану, приховування та применшення своїх скарг. Формується установка на “невідворотність погіршення здоров’я”. Часто можна почути, що хворий «ставить на собі хрест» вже у 60–65 років. У 60–70 % хворих виявляються симптоми депресії різного ступеня: ангедонія, відчуття безпорадності, порушення сну (часто це комбінується з болями спокую, що унеможлиблює нормальне відновлення сил організму вночі) [2]. Підвищена тривожність та емоційна лабільність є частими проблемами. Страх болю, ампутації, втрати працездатності чи самостійності, що може клінічно може проявитися у будь-чому – від роздратування й агресії до відчуття безнадії та, навіть – апатії [3]. Відбувається зниження мотивації до активності – через біль при ходьбі (переміжна кульгавість), пацієнт уникає фізичних навантажень, замикається в собі, що ще більше обмежує його соціальну участь та призводить до соціальної ізоляції. Обмеження рухливості призводить до зменшення контактів, уникання публічних місць, пасивності [4]. Внаслідок порушення сімейних і професійних ролей пацієнти відчувають себе “тягарем”, що формує почуття провини та погіршує і без того важкий стан хворого. Навіть тимчасова втрата самостійності (допомога при пересуванні, гігієні, догляді) впливає на самоповагу. Окремо можна виділити порушення в когнітивній сфері: уповільнення мислення та концентрації як наслідок хронічної гіпоксії мозку (прояви ішемічної енцефалопатії), частих больових синдромів і втоми. Песимістичні когнітивні установки – “я більше не зможу нормально ходити”, “це вже кінець активного життя”, що призводить до зниження самооцінки та появи відчуття власної некомпетентності – особливо у чоловіків, для яких фізична активність і працездатність є важливими елементами ідентичності. Підсумовуючи вищенаведений психологічний портрет хворого на ОАСНК, стає зрозумілим, наскільки важким викликом для лікарів та реабілітологів стає співпраця з даною когортою пацієнтів.

Нашою командою проводиться експериментальне дослідження з метою створення альтернативної стартової методики реабілітації хворих на ОАСНК [5]. Згідно з авторською методикою реабілітації, усі хворі проходять опитування VASCUQOL-6 (Vascular Quality of Life Questionnaire) до та після завершення курсу реабілітації, в якому ми можемо чітко бачити початковий ментальний стан хворого та динаміку його зміни протягом усього періоду лікування. Додатково, пацієнтам буде наданий опитувальник SF-36. Найважчим для реабілітологів, що працюють з такими пацієнтами, для нашої команди, зокрема, є комплаєнс хворих, оскільки період лікування може тривати місяцями і не завжди бути успішним. Окремою проблемою є і те, що переважна більшість людей, що страждають на патологію периферичних артерій, єдиним форматом відпочинку та соціалізації для себе підсвідомо вибирають паління сигарет, що створює спотворену картину оточення, в якому більшість людей мають проблеми з палінням, але це вважається нормою. Тютюнопаління в свою чергу посилює болі, збільшує ішемію як кінцівок, так і головного мозку, що ще більше призводить до пригнічення когнітивних функцій. Представники даної когорти пацієнтів настільки звиклі і одночасно бояться болі, що це може впливати на якість їхнього лікування: зменшення навантаження, «жаління» себе, уникання пікового навантаження, що призводить до болю (нагадуємо, що за методикою «дозованої ходьби», саме ходьба кількох метрів після появи симптомів переміжної кульгавості є важливою з точки зору лікування) [6]. На відміну від дозованої ходьби (навіть на тремілі), поява симптомів переміжної кульгавості під час занять на велотренажері відбувається пізніше, що дозволяє більш активніше підходити до реабілітації з самого початку курсу [7]. Безбольові або менш болісні модальності (зокрема велотренажер) можуть зменшувати тривогу, страх болю та уникання активності, підвищуючи прихильність і опосередковано покращуючи психоемоційні домени якості життя хворих. Додавання когнітивно-поведінкових елементів та групової підтримки до домашніх програм посилює самоєфективність, мотивацію і, як наслідок, підвищення якості життя. Поліпшення фізичної витривалості не завжди прямо конвертується у приріст MCS, що вказує на роль емоційних/когнітивних факторів і необхідність комплексної реабілітації [8].

Література:

1. Chyrek-Tomaszewska A., Borkowska A., Katarzyna Popiołek A., Piskunowicz M., Budzyński J., Kazimierz Bieliński M.. (1 July 2024) Examining Psychological Factors in Peripheral Artery Disease: Affective

Temperament, Anxiety, and Depression in Patients Undergoing Revascularization Procedures. *Psychology Research and Behavior Management* 2024;17 2533–2543, Grudziądz, Poland.

2. Giosdekos A, Bakoyiannis C, Rizos E, et al. (October 01, 2025) Depression and Peripheral Artery Disease: A Narrative Review. *Cureus* 17(10): e93652. DOI 10.7759/cureus.93652

3. Thomas M., Krishna K. Patel, Gosch K., Labroschiano C., Mena-Hurtado C., Fitridge T. , John A. Spertus, Kim G. Smolderen (April 2020). Mental health concerns in patients with symptomatic peripheral artery disease: Insights from the PORTRAIT registry. *Journal of Psychosomatic Research. Article 109963*

4. Kim G. Smolderen, Ujueta Fr., Buckley Behan D., Johan W. S. Vlaeyen, Elizabeth A. Jackson, Peters M., Whipple M., Phillips K., Chung J., Mena-Hurtado C. (10 February 2025). Understanding the Pain Experience and Treatment Considerations Along the Spectrum of Peripheral Artery Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes* Volume 18, Number 3: 270–282.

5. Баляба М. Роль та інтеграція велотренажерних тренувань як стартової ланки у комплексному підході до реабілітації пацієнтів з патологією периферичних артерій нижніх кінцівок. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*. 2025. № 3 (143). С. 298–308.

6. Treat-Jacobson D., Mary M. McDermott, Ulf G. Bronas, Campia U., Tracie C. Collins, Michael H. Criqui, Andrew W. Gardner, William R. Hiatt, Judith G. Regensteiner, Rich K.. Optimal Exercise Programs for Patients With Peripheral Artery Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation* Volume 139, Issue 4, 22 January 2019; Pages 10–33.

7. Баляба М.Ю. Можливості використання велотренажеру для функціональної реабілітації хворих на облітеруючий атеросклероз артерій нижніх кінцівок(ОАСНК). *Науково-інформаційний супровід професійної підготовки фахівців в кризових умовах : матеріали II науково-практичного семінару (20 березня 2025 року, м. Київ, Україна))* ; відп. ред. і укл. Н. О. Терентьєва. Київ : Вид-во НУБіП України, 2025. 238 с. С.36-41.

8. Lanzi, S.; Calanca, L.; Berchtold, A.; Mazzolai, L. Improvement in 6-Minute Walking Distance after Supervised Exercise Training Is Related to Changes in Quality of Life in Patients with Lower Extremity Peripheral Artery Disease. *J. Clin. Med.* 2021, 10, 3330. [https:// doi.org/10.3390/jcm10153330](https://doi.org/10.3390/jcm10153330)