

**ПІДХОДИ ДО КАРДІОРЕАБІЛІТАЦІЇ ХІРУРГІЧНО  
РЕВАСКУЛЯРИЗОВАНИХ ХВОРИХ З ГОСТРИМ КОРОНАРНИМ  
СИНДРОМОМ ЗАЛЕЖНО ВІД СТУПЕНЮ СИСТОЛО-  
ДІАСТОЛІЧНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ТА ОСОБЛИВОСТЕЙ СПЕКТРУ  
ВАРІАБЕЛЬНОСТІ РИТМУ СЕРЦЯ**

Швед М. І., Левицька Л. В., Цуглевич Л. В., Киричок І. Б., Гурський В. Т.

ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет

ім. І. Я. Горбачевського МОЗ України”, кафедра невідкладної та екстреної

медичної допомоги

(зав. - проф. М. І. Швед)

**Вступ.** В сучасній медичній практиці кардіологічна реабілітація є ефективним та економічно вигідним для охорони здоров'я і суспільства в цілому лікуванням хворих, які видужують після гострих серцево-судинних захворювань або оперативних втручань та інвазивних процедур. Однак, в Україні впровадження сучасних технологій та методів кардіореабілітації знаходиться на початковому етапі. Недостатньо апробовані і програми реабілітації хворих з гострим коронарним синдромом (ГКС), які перенесли оперативні втручання на коронарних артеріях.

Тому **метою** роботи було дослідити особливості та ефективність реабілітації хірургічно реваскуляризованих хворих, в тому числі корекції порушень систоло-діастолічної функції лівого шлуночка, варіабельності ритму серця на I та II етапах кардіореабілітації.

**Матеріал і методи.** Обстежено 40 хворих з гострим коронарним синдромом, яким проводили реваскуляризацію вінцевої артерії шляхом балонної ангіопластики та стентування. Діагноз ГКС із підйомом сегменту ST встановлено згідно клінічного протоколу у 25 (62,5%) пацієнтів, а ГКС без підйому ST - у 15 (37,5%) хворих. Середній вік обстежених становив  $52,6 \pm 6,7$  та коливався від 37 до 74 років. Пацієнти були розподілені на 2 репрезентативних групи. Перша підгрупа налічувала 21 (52,5%) хворого на ГКС, яким проводили реваскуляризаційну терапію у поєднанні зі стандартним

лікуванням та програмою реабілітації згідно затверджених протоколів МОЗ України. До другої підгрупи увійшло 19 (47,5%) пацієнтів на ГКС, яким проводили хірургічну реваскуляризацію у поєднанні із стандартною терапією та пришвидшеною програмою реабілітації. Програма включала вісім ступенів наростаючого фізичного навантаження (комплекси вправ, ходьба, тредміл, велоергометр), виконувалась під контролем та при допомозі медичного персоналу, а корекцію фізичного навантаження проводили після контролю адекватності компонентів програми шляхом аналізу клінічних показників, ЕКГ, біохімічних показників крові. Тривалість освоєння програми кардіореабілітації становила від 2 до 4 тижнів і залежала від функціонального класу пацієнта. Контроль ефективності відновних заходів проводили через 1 місяць від початку програми. Систолічну та діастолічну функцію ЛШ оцінювали за допомогою Ехо-КГ на апараті Philips HD11XE. Варіабельність ритму серця (BPC) оцінювалась при Холтерівському моніторингу ЕКГ апаратом CardioTens із визначенням спектральних показників. Рівень натрійуретичного пропептиду NTproBNP в сироватці крові визначали за допомогою набору для кількісного визначення NTproBNP.

**Результати й обговорення.** Через один місяць від початку лікування у хворих, які проходили пришвидшену програму кардіореабілітації, відмічено достовірне покращення загального клінічного стану за даними суб'єктивного, об'єктивного та лабораторно-інструментального дослідження. Так, в дослідній групі хворих самооцінка якості життя підвищилась на 18,4%, одночасно у цих пацієнтів були відсутні скарги на незадовільне самопочуття, на рецидиви ангінозного болю, на потребу в прийомі нітратів. Одночасно в кінці періоду спостереження у хворих дослідної групи рівень NT-proBNP становив  $10,14 \pm 1,05$  фмоль/мл, що у 2 рази нижче порівняно з контрольною групою.

Також у пацієнтів, яким проводилась пришвидшена програма реабілітації, за даними ехокардіоскопії спостерігалась позитивна динаміка нормалізації розмірів лівого передсердя, КДР та КСР лівого шлуночка, що супроводжувалось зростанням ФВ на 9,2%. Про покращення діастолічної

функції ЛШ після проведення місячної програми реабілітації у хворих обох груп свідчило збільшення часу сповільнення піку E (DT), який значимо подовжувався відповідно на 5,5 % та на 16,8% порівняно з вихідними даними. Значення IVRT (час ізволемічного розслаблення) у хворих першої та другої підгруп також було достовірно вищим (на 9,5 % та 27,9 % відповідно).

Після місячної пришвидшеної програми кардіореабілітації виявлено достовірне зростання загальної потужності спектру (TP) та значення LF (низькочастотний спектр) на 42,3%. Отримані дані свідчать про суттєве зростання парасимпатичних впливів на серце у категорії хворих, яким проводилась пришвидшена програма кардіореабілітації.

**Висновки:** 1. Використані методи контролю за ефективністю оригінальної програми кардіореабілітації у хворих з ГКС, яким проведено хірургічну реваскуляризацію коронарної артерії, а саме – динаміка рівня NT-proBNP, гемодинаміки і вегетативної регуляції серцевої діяльності виявились адекватними поставленій меті і дали можливість своєчасно коригувати медикаментозну терапію та саму програму фізичної реабілітації.

2. Застосування оригінальної пришвидшеної програми кардіореабілітації у хірургічно реваскуляризованих пацієнтів показало її перевагу в плані відновлення клінічного стану хворих з гострим коронарним синдромом, підвищення якості їх життя, зниження функціонального класу серцевої недостатності, нормалізації рівня NT-proBNP, відновлення систоло-діастолічної функції лівого шлуночка та симпато-парасимпатичної рівноваги.