

РОЛЬ ЛІКАРЯ ФІЗИЧНОЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ В ОЦІНЦІ РИЗИКУ ПАЦІЄНТА НА АМБУЛАТОРНОМУ ЕТАПІ КАРДІОРЕАБІЛІТАЦІЇ

О.Р. Макар¹, Г.П. Сябренко²

¹Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького

²Обласний клінічний госпіталь ветеранів війни
Кіровоградської обласної ради

Вступ. Серцево-судинні захворювання посідають провідне місце в структурі смертності серед дорослого населення. За період повномасштабного вторгнення частота розвитку серцево-судинних подій збільшилась, а середній вік пацієнтів з інфарктами та інсультами знизився в середньому на 10 років.

Актуальність. Проведення оцінки (стратифікація) ризику пацієнта є надзвичайно важливим завданням на всіх етапах кардіореабілітації. Лікар фізичної та реабілітаційної медицини (ФРМ) відіграє консультативну роль під час гострого реабілітаційного періоду на стаціонарному етапі лікування, і провідну роль - в підгострому періоді на амбулаторному етапі кардіореабілітації. Правильно проведена стратифікація ризику пацієнта забезпечує ефективність та результативність реабілітаційних заходів, а також – убезпечує від можливих ускладнень під час кардіореабілітації.

Мета – провести стратифікацію ризику пацієнтів після перенесеного інфаркту міокарда та визначити оптимальні рівні навантаження, відповідно до результатів клінічного аналізу.

Матеріали та методи. Проведено клінічну оцінку 54 пацієнтів після перенесеного інфаркту міокарда на момент початку амбулаторного етапу кардіореабілітації. Середній вік пацієнтів 59 ± 6 років. Серед них було 32 чоловіків, і 22 жінки. Всім пацієнтам на етапі стаціонарного лікування проведено черезшкірне коронарне втручання - стентування інфаркт-залежної коронарної артерії. Середній термін від моменту госпіталізації в стаціонар до початку амбулаторного етапу кардіореабілітації становив 8 ± 2 дні.

Результати. Проведено аналіз даних анамнезу, клінічного огляду, ЕКГ-графіки, ехокардіографії, коронароангіографії та результатів визначення толерантності до фізичного навантаження. Відповідно до цього всі пацієнти розподілені за загальноприйнятими критеріями на 3 групи: низького ризику (8 пацієнтів), середнього (42 пацієнти) і високого (4 пацієнти). Відповідно до проведеної стратифікації ризику пацієнтам призначено групові кардіотренування на велоергометрі в наступних параметрах: пацієнтам низького ризику середній початковий рівень навантаження становив 25 ± 5 Вт, цільовий - 75 ± 5 Вт; для пацієнтів середнього ризику – початковий 15 ± 5 Вт, цільовий 55 ± 5 Вт; для пацієнтів високого ризику – 5 Вт, цільовий – 35 ± 5 Вт. Тривалість амбулаторної кардіореабілітації для всіх пацієнтів становила 14 сесій. В комплексі кардіореабілітаційних заходів пацієнтам проведено лекції про здоровий спосіб життя та відмову від шкідливих звичок, а також – оцінку наявності депресивних симптомів і ризику розвитку депресії. Також передбачені були групові заняття фізичними вправами з фізичним терапевтом, при потребі – консультація і супровід психолога/психіатра.

Висновки. Кардіореабілітація ґрунтується на принципах мультидисциплінарності, проте саме лікар ФРМ повинен проводити комплексну стратифікацію ризику пацієнта, що забезпечує безпечний та ефективний процес відновлення. На даний час ми потребуємо імплементації міжнародних рекомендацій, з врахуванням психологічного стану пацієнтів та додаткових ризиків для здоров'я, пов'язаних з військовими діями в Україні.

