

DOI 10.31718/2077–1096.21.4.73

УДК 616.12-089.8:615.825

Тесленко Ю.В., Писана Б.О., Рустамян С.Т.

ОСОБЛИВОСТІ СТАЦІОНАРНОГО ЕТАПУ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ КАРДІОХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ

Полтавський державний медичний університет

КП «Полтавський обласний клінічний медичний кардіоваскулярний центр Полтавської обласної ради»

Провідні позиції щодо найпоширеніших інвалідизуючих захворювань та основних причин смертності населення залишаються за серцево-судинними захворюваннями. Збільшення кількості проведених кардіохірургічних втручань обумовлює потребу в проведенні реабілітаційних заходів. У зв'язку з індивідуальними особливостями пацієнтів існує потреба у розробці та апробації індивідуальних програм реабілітації хворих, що перенесли аорто-коронарне шунтування, протезування клапанів. Метою проведеного дослідження було визначення особливостей кардіологічної реабілітації пацієнтів після кардіохірургічних втручань та оцінка ефективності багатокomпонентних індивідуалізованих програм кардіологічної реабілітації. Дослідження проводилося на базі нещодавно відкритого відділення реабілітації та планової кардіології Комунального підприємства «Полтавський обласний клінічний медичний кардіоваскулярний центр Полтавської обласної ради». Дослідження проводилось серед хворих після перенесеного аортокоронарного шунтування та протезування клапанів. При проведенні реабілітаційних заходів у пацієнтів після кардіохірургічних втручань актуальним є визначення рівня реабілітаційного потенціалу, що дає можливість підібрати оптимальний темп та обсяг реабілітаційних заходів, базуючись на індивідуальних показниках пацієнтів. Впровадження багатокomпонентних, індивідуалізованих щодо рівня реабілітаційного потенціалу, програм кардіологічної реабілітації у пацієнтів після проведених кардіохірургічних втручань достовірно дозволяє скоротити терміни перебування пацієнтів на стаціонарному етапі реабілітації та прискорити темпи розширення рухового режиму, а також сприяє більш високому рівню якості життя порівняно з пацієнтами після кардіохірургічних втручань, що реабілітовані за стандартними методиками. Рекомендованим є ранній початок реабілітаційних заходів у кардіохірургічних пацієнтів, зважаючи на ліпше відновлення втрачених функцій. Використання проби з 6-ти хвилинною ходьбою на початку та по завершенню стаціонарного етапу кардіологічної реабілітації пацієнтів після проведених кардіохірургічних втручань дозволяє проводити оцінку ефективності реабілітаційних заходів.

Ключові слова: кардіологічна реабілітація, кардіохірургічні втручання, аортокоронарне шунтування, протезування клапанів, проба з 6-ти хвилинною ходьбою

Робота є частиною науково-дослідної роботи кафедри внутрішньої медицини №2 з професійними хворобами Полтавського державного медичного університету «Клінічна оцінка поєданого впливу факторів кардіоваскулярного ризику на коморбідний перебіг артеріальної гіпертензії, ішемічної хвороби серця і хронічної хвороби нирок, особливості профілактики та реабілітації» № держреєстрації 0119U102851

Вступ

Щорічна статистика залишається незмінною щодо найпоширеніших інвалідизуючих захворювань та основних причин смертності населення. «Провідні» позиції залишаються за серцево-судинними захворюваннями (ССЗ). Лише за 2020 рік в Україні показник смертності від ССЗ склав 66,1% або 37618 випадків [1]. Найпоширенішими серед ССЗ є ішемічна хвороба серця, артеріальна гіпертензія, серцева недостатність та інсульт [2]. За останні роки удосконалення методів діагностики, технічного оснащення та підвищення компетентності лікарів дало можливість для раннього попередження тяжких перебігів ССЗ. Це зумовило необхідність активного впровадження у сучасну медичну практику не лише методів первинної та вторинної профілактики, а і методів кардіохірургічного лікування [3]. На сьогоднішній день в Україні функціонує 24 кардіохірургічних центра, в яких виконують близько 20 тисяч операцій на рік. Збільшення кількості проведених кардіохірургічних втручань обумовлює потребу в проведенні реабілітаційних заходів [4]. У зв'язку з індивідуальними особливостями пацієнтів (перебігу захворювання,

наявності коморбідної патології, медичного комплаєнсу, фізико-антропологічних та психологічних особливостей, а також соціальної складової) існує потреба у розробці та апробації індивідуальних програм реабілітації хворих, що перенесли аорто-коронарне шунтування (АКШ), протезування клапанів [5-11].

Мета

Визначення особливостей кардіологічної реабілітації пацієнтів після кардіохірургічних втручань та оцінка ефективності багатокomпонентних індивідуалізованих програм кардіологічної реабілітації.

Матеріали та методи

Дослідження проводилося на базі нещодавно відкритого відділення реабілітації та планової кардіології (ВРПК) Комунального підприємства «Полтавський обласний клінічний медичний кардіоваскулярний центр Полтавської обласної ради» (КП «ПОКМКЦ ПОР»).

Дослідження ефективності реабілітаційних заходів проводилось у хворих, що знаходились на лікуванні та реабілітації у ВРПК у пізньому післяопераційному періоді (≥5 доби після опера-

тивного втручання) та були переведені у відділення з кардіохірургічних центрів м.Київ (Національний Інститут хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова, Національний Інститут серцево-судинної хірургії імені М.М.Амосова, Інститут серця Міністерства охорони здоров'я України) та пацієнти, які були прооперовані у КП «ПОКМКЦ ПОР».

Дослідну групу (ДГ) склав 31 пацієнт після АКШ та протезування клапанів, з них 26 чоловіків (83,87 %), 5 жінок (16,13 %). Після протезування клапанів – 18 пацієнтів (58%), після АКШ – 13 (42%). Середній вік хворих складав $55,23 \pm 2,74$ роки.

Реабілітаційна модель, що впроваджувалася для пацієнтів ДГ, включала первинний огляд хворого мультидисциплінарною командою (огляд лікаря фізичної та реабілітаційної медицини (ФРМ), лікаря-кардіолога, лікаря-кардіохірурга, лікаря фізіотерапевта та психолога) з формуванням первинного реабілітаційного закінчення та складання індивідуальної програми кардіологічної реабілітації відповідно до можливостей та потреб пацієнта.

Первинне реабілітаційне закінчення включало в себе основні паспортні дані про пацієнта, діагноз у стаціонарі, реабілітаційний діагноз, який включав визначення класу тяжкості для пацієнтів після великих кардіохірургічних втручань (КХВ), наявністю та характером ускладнення в ранній післяопераційний період, функціональним класом (ФК) та толерантністю до фізичного навантаження (ТФН) за даними тестування з 6-ти хвилинною ходьбою (6MWT), що в сукупності визначало рівень реабілітаційного потенціалу (РП). Для оцінки обтяжуючої коморбідної патології застосовано індекс коморбідності Чарльсона. Також було враховано обсяг кардіохірургічного втручання, догоспітальний рівень фізичної активності за шкалою Ревермід (значення індексу мобільності Ріверміда - може становити від 0 до 15, де 0 – це неможливість виконувати будь-які довільні рухи, а 15 – можливість пробігти 10 метрів), розрахунковий тредміл-індекс Дюка, рівень фізичної активності на момент огляду та режим рухової активності.

Для хворих після протезування клапанів класи тяжкості та відповідно рівень реабілітаційного потенціалу визначали за допомогою шкали EuroScore II (European System for Cardiac Operative Risk Evaluation) за якою кількість балів від 0 до 5 – відповідала I класу тяжкості та високому РП, 6-10 – II класу тяжкості та середній РП, 11-15 – III класу тяжкості та низький РП, 16-21 – IV класу тяжкості та дуже низький РП).

Для пацієнтів після АКШ реабілітаційний потенціал визначався тяжкістю клінічного стану, розподіливши пацієнтів на 3 групи відповідно: 1 група – з неускладненим перебігом післяопераційного періоду, що корелює з високим РП, 2 група – з ускладненнями помірної тяжкості та відповідає середньому РП, 3 група – з післяопе-

раційними ускладненнями, що визначають низький РП.

Програма кардіологічної реабілітації, що проводилася ДГ мала багатокомпонентну структуру та складалася з преабілітації для пацієнтів, які оперувалися в КП «ПОКМКЦ ПОР», освітнього, респіраторного, фізичного, медикаментозного та психологічного компонентів. Кожен із компонентів програми був індивідуально адаптований під стан та фізичні особливості конкретного пацієнта для максимальної ефективності.

Контрольну групу (КГ) склали пацієнти, які були проліковані та реабілітовані у КП «ПОКМКЦ ПОР» в період з 01 січня 2021 по 31 травня 2021 року за стандартизованими схемами реабілітації, які включали медикаментозну терапію та стандартизоване розширення рухового режиму з проведенням проб з дозованим фізичним навантаженням (ДФН) у визначені терміни. КГ включала 35 пацієнтів, з них 28 чоловіків (80 %), 7 жінок (20 %). Після протезування клапанів – 22 пацієнта (62,85 %), після АКШ – 13 хворих (37,15%). Середній вік пацієнтів КГ склав $57,18 \pm 2,56$ років.

Оцінка ефективності реабілітаційних заходів у КГ та ДГ проводилася за середніми термінами перебування у стаціонарі та термінами досягнення рівня фізичної активності з ходьбою в межах 1000 метрів разової дистанції та освоєнням 22 сходинок з клінічно та електрокардіографічно (ЕКГ-графічно) адекватною реакцією на навантаження. Для контролю розширення рухового режиму використовувались проби ДФН: 200 метрів, 12 сходинок, 500 метрів, 22 сходинки та 1000 метрів.

Оцінка якості життя (ЯЖ) проводилася за допомогою шкали SF-36 (The Short Form-36). Опитування пацієнтів КГ та ДГ проводилося після проведення всіх реабілітаційних заходів стаціонарного етапу на момент виписки зі стаціонару.

З метою оцінки ефективності запропонованої програми реабілітації у пацієнтів ДГ проводилося первинне навантажувальне тестування (6MWT) на початку реабілітаційних заходів та контрольне тестування при виписці зі стаціонару.

Результати дослідження та їх обговорення

Запропонована модель індивідуальної програми реабілітації у пацієнтів ДГ після КХВ включала наступні компоненти:

1. Преабілітація. Складовою реабілітаційної програми у кардіохірургічних пацієнтів, котрі були прооперовані на базі КП «ПОКМКЦ ПОР», була передопераційна реабілітація (преабілітація) з освітнім компонентом. Вона включала попередню підготовку хворого, ще до проведення оперативного лікування. Метою преабілітації є підготовка хворого до хірургічного втручання, ознайомлення з методиками реабілітаційних заходів, які будуть проводитись у ранній післяопераційний період, первинне заняття з дихальної гімнастики: навчання вправ діафрагмального

дихання, подовжених вдихів та видихів, вправ на затримку дихання, освоєння основних вправ лікувальної фізкультури (ЛФК).

2. Освітня складова. З хворими проводилися регулярні бесіди щодо вторинної профілактики, модифікації способу життя, відмови від шкідливих звичок, догляду за раною, особливостей фізичної активності у ранні та пізні післяопераційні періоди, особливостей сексуальної активності після перенесених кардіохірургічних втручань, застереження щодо напруження груп грудних м'язів та особливостей ведення побутового життя, рекомендації з приводу необхідності грудного корсету та правил його експлуатації.

3 метою профілактики розходження груднини в перші 1-1,5 місяці не рекомендується: закидати руки за голову, розводити руками в різні боки, відводити руки за спину, в положенні лежачи піднімати ноги вверх (напружуючи м'язи пресу), виконувати нахили тулубу вперед, в боки, назад, виконувати обертальні рухи тулубом, спати в положенні на животі та на боці, підтягуватися, виконувати віджимання, їздити за кермом, відкривати туго закриті кришки, створи вікон чи двері.

Рекомендується: обмежити підйом ноші руками, їздити на задньому сидінні, приймати душ сидячи боком, використовувати спеціальний стільчик, взуватися, не нахилиючись всім корпусом тіла вниз до ніг, не піднімати більше 5 кілограмів, бути обережним при зміні положення тіла, уникати занять енергійними видами спорту, при відчутті «кляцання», хлопка, тріску в груднині – звернутися до лікаря.

3. Респіраторна підтримка. Освоєння вправ з дихальної гімнастики починалось ще на рівні преабілітації. З хворими проводилися заняття, які на початковому етапі контролювалися лікарем ФРМ. Згодом, хворі виконували дихальні вправи самостійно, тривалістю 3-5 хвилин, кожні 2-3 години. Акцентувалась увага на активне залучення діафрагми в акт дихання, збільшення екскурсії легень, зміну глибини дихання з метою попередження застійних явищ у післяопераційних хворих.

4. Фізичний компонент. Щоденно з хворими проводилися стаціонарні контрольовані заняття ЛФК. Зазначався руховий режим та ступінь рухової активності, дієта, комплекс ЛФК за Ароновим, тривалість виконання та кількість повторів. Вправи для ЛФК, їх загальна кількість та кількість повторів підбирались індивідуально для кожного пацієнта, враховуючи характер перенесеного КХВ, загальний стан хворого, реакцію серцево-судинної системи на фізичне навантаження (зміни показників артеріального тиску (АТ), частоти серцевих скорочень (ЧСС)), руховий режим. Фізична реабілітація передбачує щоденне розширення рухового режиму шляхом збільшення разової дистанції ходьби, загальної добової дистанції, освоєння ходьби по сходам методом приставного кроку, заняття на біговій доріжці під контролем АТ, ЧСС та ЕКГ. Контроль за ефективністю та динамікою розширення рухового режиму проводиться методом виконання контрольованих проб ДФН за індивідуально визначеним графіком.

5. Медикаментозний компонент. Кардіопротекторна терапія включала використання лікарських препаратів згідно стандартів та протоколів лікування під контролем лікаря-кардіолога.

6. Психологічний компонент. Хворим проводилося первинне консультування лікарем ФРМ. Пацієнти у яких було виявлено лабільність консультовані психологом з наданням відповідних рекомендацій.

Оцінка ефективності програм кардіологічної реабілітації ДГ та КГ проводилася за наступними критеріями: терміни перебування в стаціонарі, терміни розширення рухового режиму, показник ЯЖ по всім шкалам опитувальника SF-36.

Відмічалось статистично достовірне ($p < 0,05$) зменшення термінів перебування пацієнтів ДГ в стаціонарі порівняно з пацієнтами КГ. Так, середні терміни перебування в стаціонарі пацієнтів ДГ склали $13,2 \pm 1,44$ ліжко-днів для пацієнтів після протезування клапанів та $12,3 \pm 1,28$ ліжко-днів для пацієнтів після проведеного АКШ. Ці ж показники у пацієнтів КГ склали відповідно $15,3 \pm 1,84$ та $14,7 \pm 1,79$ ліжко-днів. (Мал. 1).



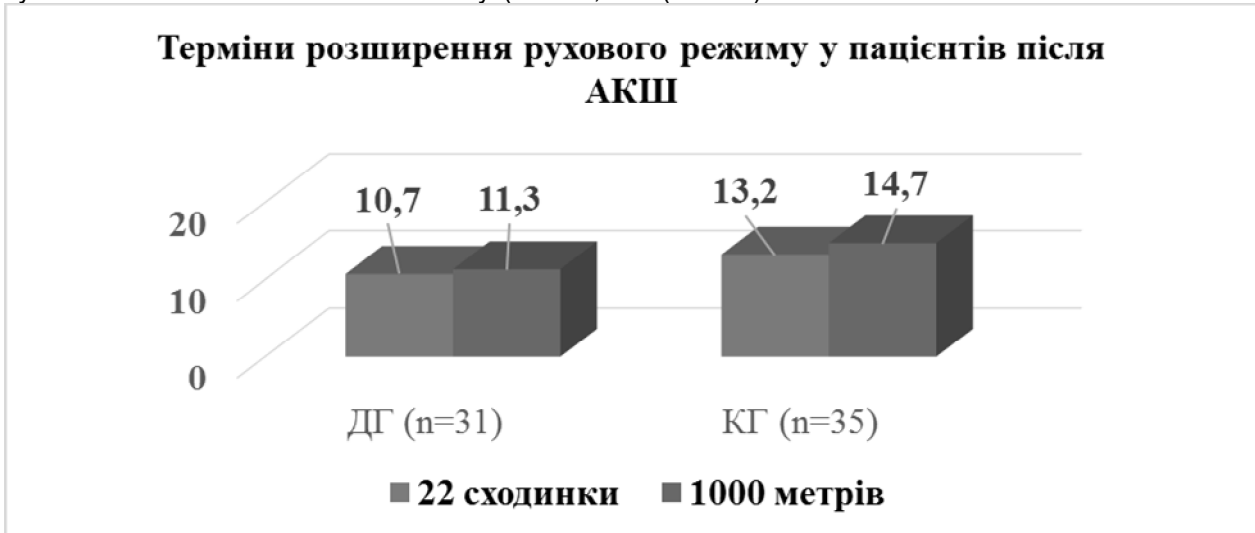
Мал. 1. Середні терміни перебування в стаціонарі пацієнтів ДГ та КГ

Прогнозована швидкість розширення рухового режиму відмічалась у орієнтовній програмі реабілітації після первинного огляду хворого мультидисциплінарною командою та визначення РП. Саме рівень РП встановлений за допомогою шкали EuroScore II для хворих з протезуванням клапанів та затяжкістю клінічного стану для пацієнтів з АКШ впливав на вибір методів та темпів реабілітаційних заходів. Пацієнти КГ включали 62 % пацієнтів з високим РП, 34 % пацієнтів з середнім РП, 4 % - з низьким РП. ДГ складала 60 % пацієнтів з високим РП, середнім – 35 %, низьким – 5 %.

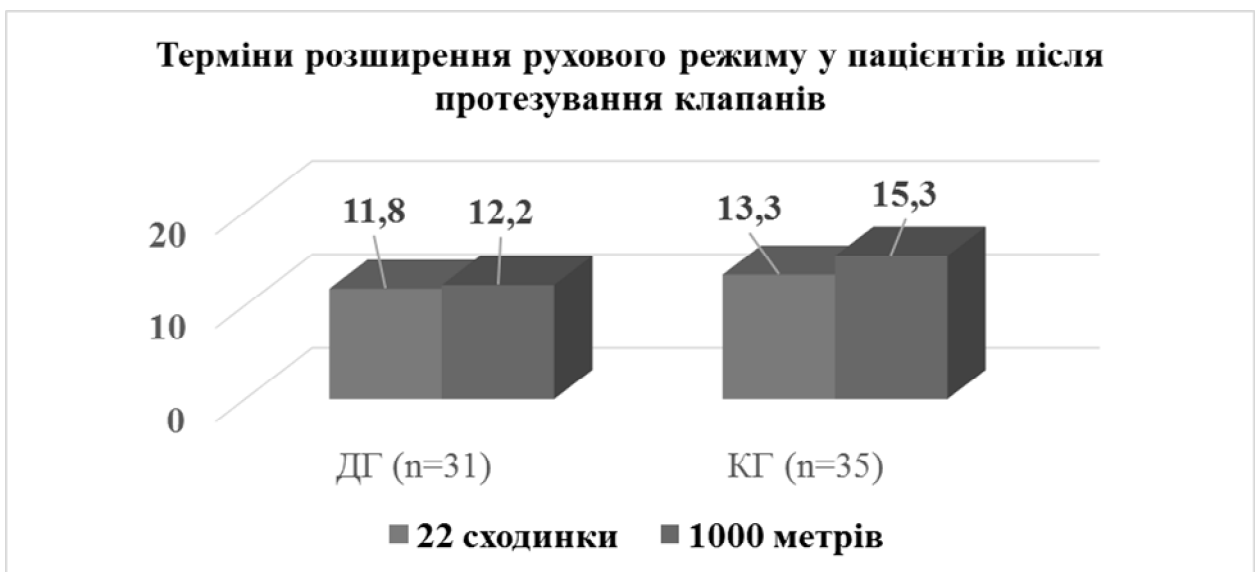
Оцінка термінів розширення рухового режиму проводилась відповідно до освоєння пацієнтами ДГ та КГ проб ДФН 1000 м. разової ходьби та підйом на 22 сходинки. Слід відмітити, що розширення рухового режиму у пацієнтів КГ відбувалось за стандартизованою методикою, що обумовлювала освоєння кожного етапу (200 м.;

12 сх.; 500 м.; 22 сх.; 1000 м.) з одноденним проміжком. Для пацієнтів ДГ проведення проб ДФН було адаптовано під індивідуальні особливості. При адекватній реакції на ЛФК, дихальну гімнастику та проби ДФН графік проведення контрольних проб коригувався (без днів перерви), зважаючи на ліпшу ТФН, що була досягнута за допомогою індивідуальних реабілітаційних програм.

При оцінці термінів досягнення рівня розширення рухового режиму до 1000 м. та 22 сходинки відмічалось статистично достовірне ($p < 0,05$) скорочення темпів розширення рухового режиму у пацієнтів ДГ ($n=31$) порівняно з пацієнтами КГ ($n=31$). Так, терміни розширення рухового режиму у пацієнтів ДГ після АКШ до рівня 22 сходинки та 1000 м. склали $10,7 \pm 1,43$ днів та $11,3 \pm 1,24$ днів порівняно з пацієнтами КГ, де ці ж показники склали $13,2 \pm 1,68$ та $14,7 \pm 1,79$ днів відповідно (Мал. 2).



Мал. 2. Терміни розширення рухового режиму пацієнтів ДГ та КГ після проведеного АКШ.



Мал. 3. Терміни розширення рухового режиму пацієнтів ДГ та КГ після протезування клапанів.

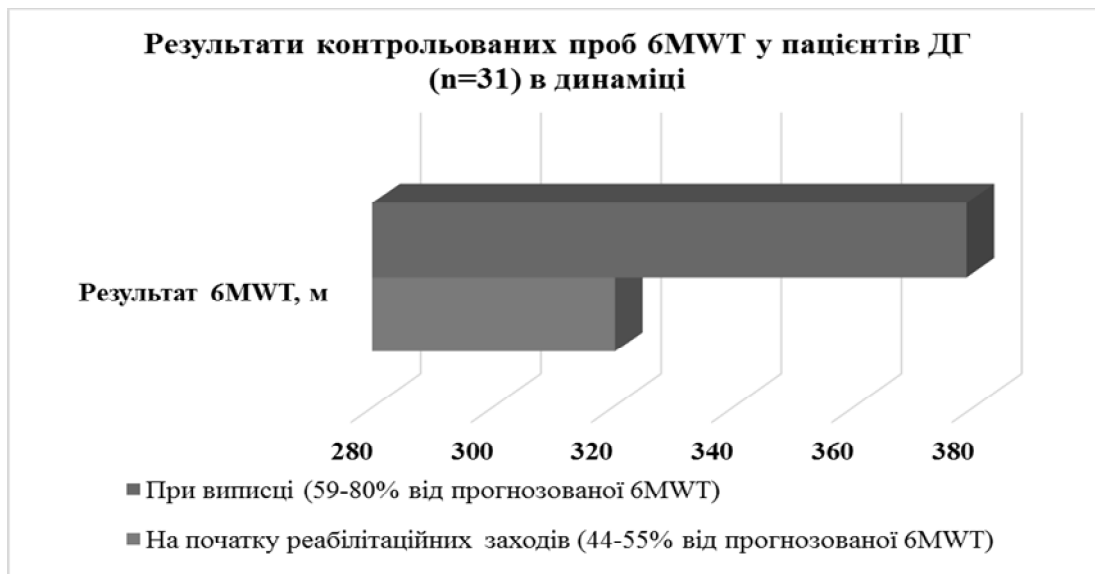
Терміни розширення рухового режиму у пацієнтів ДГ після протезування клапанів до рівня 22 сходинки та 1000 м. склали $11,8 \pm 1,36$ днів та $12,2 \pm 1,41$ днів порівняно з пацієнтами КГ, де ці ж показники склали $13,3 \pm 1,72$ та $15,3 \pm 1,84$ днів відповідно (Мал. 3).

У пацієнтів ДГ з метою оцінки ефективності індивідуалізованих програм кардіологічної реабілітації додатково було впроваджено первинне навантажувальне тестування методом 6MWT до початку реабілітаційних заходів та контрольне тестування 6MWT при виписці.

6MWT чудово демонструє початковий та досягнутий рівень індивідуальних фізичних можливостей пацієнта. При проведенні первинного та контрольного тестувань визначається дистанція,

яку пройшов пацієнт протягом 6 хвилин, що вимірюється в метрах та порівнюється з прогнозованим показником 6MWT. Прогнозований показник 6MWT розраховують за формулами, які враховують стать, вік, масу тіла, зріст, ІМТ.

При первинному тестуванні пацієнти ДГ мали рівень досягнутої активності згідно 6MWT в межах 44 % до 55 % прогнозованої дистанції, що в середньому склало $320,4 \pm 5,71$ метрів. При контрольному тестуванні, яке проводилось після проведення індивідуальних реабілітаційних заходів рівень досягнутої активності достовірно ($p < 0,05$) зріс і коливався в межах від 59 % до 80 % від прогнозованої, що в середньому склало $378,9 \pm 4,85$ метрів (Мал. 4).



Мал. 4. Результати контрольованих проб 6MWT у пацієнтів ДГ в динаміці.

Проведене дослідження також включало контроль рівня ЯЖ у пацієнтів КГ та ДГ за допомогою опитувальника SF-36, що включає 36 пунктів, які згруповані у 8 шкал: фізичне функціонування, рольове фізичне функціонування, інтенсивність болю, загальне здоров'я, життєздатність, соціальне функціонування, рольове емоційне функціонування та психологічне здоров'я.

У таблиці 1 наведено середні показники ЯЖ відповідно до проведеного анкетування за допомогою опитувальника SF-36.

Таблиця 1.

Показники ЯЖ у пацієнтів КГ та ДГ по завершенню лікувально-реабілітаційних заходів

Критерії ЯЖ за SF-36	КГ, n=35	ДГ, n=31
Фізичне функціонування	$45,3 \pm 3,4$	$52,2 \pm 4,3$
Рольове фізичне функціонування	$37,4 \pm 4,6$	$42,3 \pm 5,8$
Інтенсивність болю	$42,1 \pm 14,8$	$40,1 \pm 12,9$
Загальне здоров'я	$57,2 \pm 4,9$	$61,5 \pm 5,1$
Життєздатність	$55,5 \pm 4,2$	$57,6 \pm 6,8$
Соціальне функціонування	$60,2 \pm 5,5$	$64,6 \pm 4,2$
Рольове емоційне функціонування	$59,4 \pm 4,7$	$66,5 \pm 5,2$
Психологічне здоров'я	$49,3 \pm 6,7$	$51,8 \pm 5,9$

Відповідно до вказаних показників бачимо більш високий рівень ЯЖ при виписці у пацієнтів ДГ (n=31) порівняно з пацієнтами КГ (n=35), що свідчить про більшу ефективність запропонованих індивідуалізованих багатокomпонентних програм кардіологічної реабілітації у пацієнтів після КХВ.

Висновки

1. При проведенні реабілітаційних заходів у пацієнтів після КХВ актуальним є визначення рівня РП, що дає можливість підібрати оптимальний темп та обсяг реабілітаційних заходів, базуючись на індивідуальних показниках пацієнтів.

2. Впровадження багатокomпонентних, індивідуалізованих щодо рівня РП програм кардіологічної реабілітації у пацієнтів після проведених КХВ достовірно дозволяє скоротити терміни перебування пацієнтів на стаціонарному етапі реабілітації та прискорити темпи розширення рухового режиму.

3. Впровадження багатокomпонентних, індивідуалізованих щодо рівня РП програм кардіологічної реабілітації у пацієнтів після проведених КХВ сприяє більш високому рівню ЯЖ порівняно з пацієнтами після КХВ, що реабілітовані за стандартними методиками.

4. Рекомендується ранній початок реабілітаційних заходів у кардіохірургічних пацієнтів, зважаючи на ліпше відновлення втрачених функцій.

5. Використання багатокomпонентних індивідуальних адаптованих програм реабілітації збільшує ТФН у менші терміни перебування в стаціонарі, підвищує прихильність пацієнтів до медикаментозного лікування, запобігає виникненню ускладнень, покращує ЯЖ, відновлює працездатність та можливість повноцінновідновлення соціальної активності.

6. Використання проби 6MWT на початку та по завершенню стаціонарного етапу кардіологічної реабілітації пацієнтів після проведених КХВ дозволяє проводити оцінку ефективності реабілітаційних заходів.

Перспективи подальших досліджень

Планується продовжити розробку та впровадження комплексних, індивідуалізованих про-

грам медичної реабілітації пацієнтів кардіологічного профілю.

Література

1. Tsentr medychnoi statystyky MOZ [Center for Medical Statistics of the Ministry of Health] [Internet]. Available from: <http://medstat.gov.ua/ukr/statdanMMXIX.html> (Ukrainian).
2. Moon JR, Song J, Huh J et al. Analysis of cardiovascular risk factors in adults with congenital heart disease. 2015; 45(5):416-423.
3. Merbitz NH, Merbitz CT, Ripsch JP. Rehabilitation outcomes and assessment: toward a model of complex adaptive rehabilitation. Oxford handbook of rehabilitation psychology. Oxford: Oxford Univ. Press; 2012. P. 101-139.
4. Smithson EF, Kennedy P. Organization and planning in person-centered hospital-based rehabilitation services. Oxford handbook of rehabilitation psychology. Oxford: Oxford Univ. Press; 2012. P. 128-142.
5. Kovyazina MS, Varako NA, Rasskazova NI. Psikhologicheskiye aspekty problem reabilitatsii [Psychological aspects of rehabilitation problems]. Voprosy psikhologii. 2017; 3:40-50 (Russian).
6. Stiers W, Perry KN, Kennedy P, Scherer MJ. Rehabilitation psychology. IAAP handbook of applied psychology. Oxford: Wiley-Blackwell; 2011. p. 573-587.
7. Novi posady i multydiscyplinarna komanda: MOZ Ukrayiny prodovzhuye vprovadzhuvaty pidhid dokazovoyi reabilitatsiyi [New positions and the multidisciplinary team of the Ministry of Health of Ukraine continues to implement an evidence-based rehabilitation approach] [Internet]. Available from: <http://moz.gov.ua/article/news/novi-posady-i-multydiscyplinarna-komanda-moz-ukraini-prodovzhue-vprovadzhuvaty-pidhid-dokazovoyi-reabilitatsii> (Ukrainian).
8. Gillen G. Cognitive and perceptual rehabilitation: optimizing functioning. St Louis, MO: Mosby Elsevier; 2009.320 p.
9. Anayo L, Rogers P, Long L, et al. Exercise-based cardiac rehabilitation for patients following open surgical aortic valve replacement and transcatheter aortic valve implant: a systematic review and meta-analysis. Open Heart. 2019;6:e000922.
10. Abraham LN, Sibillit KL, Berg SK, et. al. Exercise-based cardiac rehabilitation for adults after heart valve surgery. Cochrane Database of Systematic Reviews 2021. 5(1): CD010876.
11. Teslenko YuV, Teslenko MM, Katerenchuk IP. Fizychna ta reabilitatsiina medytsyna v Ukraini: osnovni pryntsyipy ta napriamky, shliakhy udoskonalennia reabilitatsiinoi dopomohy [Physical and rehabilitation medicine in Ukraine: basic principles and directions, ways to improve rehabilitation care]. Visnyk problem biolohii i medytsyny. 2019. 2(2):58-63. (Ukrainian).

Реферат

ОСОБЕННОСТИ СТАЦИОНАРНОГО ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Тесленко Ю.В., Писана Б.А., Рустамян С.Т.

Ключевые слова: кардиологическая реабилитация, кардиохирургические вмешательства, аортокоронарное шунтирование, протезирование клапанов, проба с 6-ти минутной ходьбой.

«Ведущие» позиции по наиболее распространенным инвалидизирующим заболеваниям и основным причинам смертности населения остаются за сердечно-сосудистыми заболеваниями. Увеличение количества проведенных кардиохирургических вмешательств обуславливают потребность в проведении реабилитационных мероприятий. В связи с индивидуальными особенностями пациентов существует потребность в разработке и апробации индивидуальных программ реабилитации больных, перенесших аортокоронарное шунтирование, протезирование клапанов. Целью проведенного исследования было определение особенностей кардиологической реабилитации пациентов после кардиохирургических вмешательств и оценка эффективности многокомпонентных индивидуализированных программ кардиологической реабилитации. Исследование проводилось на базе недавно открытого отделения реабилитации и плановой кардиологии Коммунального предприятия «Полтавский областной клинический медицинский кардиоваскулярный центр Полтавского областного совета». Исследование проводилось среди больных после перенесенного аортокоронарного шунтирования и протезирования клапанов. При проведении реабилитационных мероприятий у пациентов после кардиохирургических вмешательств актуальным является определение уровня реабилитационного потенциала, что позволяет подобрать оптимальный темп и объем реабилитационных мероприятий, основываясь на индивидуальных показателях пациентов. Внедрение многокомпонентных, индивидуализированных по уровню реабилитационного потенциала, программ кардиологической реабилитации у пациентов после проведенных кардиохирургических вмешательств достоверно позволяет сократить сроки пребывания пациентов на стационарном этапе реабилитации и ускорить темпы расширения двигательного режима, а также способствует более высокому уровню качества жизни по сравнению с пациен-

тами после кардиохирургических вмешательств, которые были реабилитированы по стандартным методикам. Рекомендовано раннее начало реабилитационных мероприятий для кардиохирургических пациентов, учитывая лучшее восстановления потерянных функций. Использование пробы с 6-минутной ходьбой в начале и по завершению стационарного этапа кардиологической реабилитации пациентов после проведенных кардиохирургических вмешательств позволяет проводить оценку эффективности реабилитационных мероприятий.

Summary

PECULIARITIES OF INSTITUTIONAL STAGE OF INPATIENT REHABILITATION AFTER CARDIO-SURGICAL INTERVENTIONS

Teslenko Y.V., Pysana B.A., Rustamian S.T.

Key words: cardiac rehabilitation, cardiac surgery, coronary artery bypass grafting, valve prosthesis, 6-minute walk test.

Cardiovascular diseases are still ranking the leading position among the commonest disabling diseases and the causes of mortality. The increase in the number of cardiac surgical operations performed requires the development of effective rehabilitation measures. Due to the patient's individual characteristics, there is a need to develop and test rehabilitation programs for patients who have undergone coronary artery bypass grafting (CABG), or valve prosthetics. The aim of the study is to determine the principal features of cardiac rehabilitation for patients after cardiac surgery and to evaluate the effectiveness of multicomponent individualized cardiac rehabilitation programs. The study was conducted at the recently opened Department of Rehabilitation and Planned Cardiology of the Poltava Regional Clinical Medical Cardiovascular Center. The study involved patients, who underwent coronary artery bypass grafting and valve prosthetics. Effective rehabilitation for patients after cardiac surgery requires determining the level of their rehabilitation potential that enables to choose the optimal pace and scope of rehabilitation measures, based on individual indicators of patients. The implementation of multicomponent cardiac rehabilitation programs with an individualized approach based on rehabilitation potential in patients after cardiac surgery significantly reduces the length of hospital staying, promotes the widening in the range of motor modes; as well as contributes to improvement of the quality of life compared to the patients after cardiac surgery who received standard rehabilitation program. Early start of rehabilitation measures in patients after surgical operations also enhances better recovery of lost functions. The 6-minute walk test at the beginning and the end of the inpatient stage treatment enables to estimate the efficiency of rehabilitation measures.