## Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>

**АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ**

**НАЦІОНАЛЬНИЙ НАУКОВИЙ ЦЕНТР**

**«ІНСТИТУТ КАРДІОЛОГІЇ імені АКAДЕМІКА М.Д. СТРАЖЕСКА»**

**КІСІЛЄВИЧ ЛІЛІЯ ФРАНЦІВНА**

УДК: 616. 127 - 005.4 + 616.12 - 004.6] - 036.82/.86 - 089.8

**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ІХС**

# У ХВОРИХ З ПІСЛЯІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ

**І ЗНАЧЕННЯ ОПЕРАЦІЇ АКШ ДЛЯ ОЦІНКИ РЕЗУЛЬТАТІВ ВІДНОВЛЮВАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ**

14.01.11 - Кардіологія

**Автореферат**

дисертації на здобуття наукового ступеня

кандидата медичних наук

Київ - 2007

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в Національному науковому центрі “Інститут кардіології імені академіка М.Д.Стражеска” АМН України, м. Київ.

**Науковий керівник:**

доктор медичних наук **Бабій Ліана Миколаївна**, провідний науковий співробітник відділу інфаркту міокарда та відновлювального лікування Національного наукового центру “Інститут кардіології імені академіка М.Д.Стражеска” АМН України, м. Київ.

**Офіційні опоненти:**

доктор медичних наук, професор **Ілляш Марія Григорівна**, завідуюча відділенням фармакотерапії і функціональної діагностики Національного наукового центру “Інститут кардіології імені академіка М.Д.Стражеска” АМН України, м. Київ.

доктор медичних наук, професор **Долженко Марина Миколаївна**, професор кафедри кардіології та функціональної діагностики Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, МОЗ України, м. Київ.

Захист відбудеться «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2007 року о \_\_\_\_ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.616.01 при Національному науковому центрі “Інститут кардіології імені академіка М.Д.Стражеска” АМН України, за адресою: 03680, м. Київ, вул. Народного ополчення, 5.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Національного наукового центру “Інститут кардіології імені академіка М.Д.Стражеска” АМН України (03680, м. Київ, вул. Народного ополчення, 5).

Автореферат розісланий «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2007 р.

**Вчений секретар**

**спеціалізованої вченої ради С.І.Деяк**

**ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ**

**Актуальність теми.** Незважаючи на значні успіхи в профілактиці й лікуванні ІХС, це захворювання, як і раніше, посідає провідне місце в структурі захворюваності й смертності населення економічно розвинених країн світу і в Україні. Зокрема, питома вага смертності від ІХС (за даними аналізу 2006 р.) становить 70,21% від рівня смертності серед захворювань серцево-судинної системи.

Інвалідізація хворих із серцево-судинними захворюваннями в Україні посідає перше місце в структурі загальної картини інвалідності й досягла 31,5% серед дорослого населення і 19,8% - серед працездатного (Власюк В.В., Жебель В.М., Бланарь О.Л. та інші, 2004 ; Охромій Г.В., 2004 ).

Реабілітація — відновлення функціонального, психологічного та соціального статусу після захворювання. Основи реабілітації хворих інфарктом міокарда (ІМ) були закладені в 70-і роки (Всесвітня організація охорони здоров'я /ВООЗ/, 1968) і одержали подальший розвиток у Рекомендаціях Європейської спілки кардіологів (2003, 2006). В Україні здійснюється етапна реабілітація: з першим етапом у стаціонарі, другим — у реабілітаційному центрі й третім протягом усього життя. Етапна система реабілітації дозволила зменшити частоту смертельних наслідків; скоротити термін перебування хворих у стаціонарі; підвищити фізичну активність; збільшити кількість пацієнтів, що повернулися до праці, і скоротити строки тимчасової непрацездатності (Шхвацабая І.К., Аронов Д.М., Ніколаєва Л.Ф., 1978; De Busk R.F. і співавт., 1984; Wurzburg M. і співавт., 1984; Goble A., Workaster M., 1985; Klimt C.R. і співавт., 1986; І.К. Следзевська, Л.О.Кравцова, 1989; І.К. Следзевська, Л.О.Кравцова, Ю.Ж. Головко і співавт., 1990; Fletcher G.F. і співавт., 1999; Аронов Д.М., Оганов Р.Г., 2001; Stenlund T., 2005; Велітченко В.К., 2006; Кудаєв М.Т. і співавт, 2006; Горбаченков О.О., 2006; Аронов Д.М. і співавт , 2006; Сумін О.М. і співавт., 2007)

У той же час, застосування сучасних методів медикаментозного лікування й етапної реабілітації призвели до збільшення виживаності хворих з найбільш важким перебігом захворювання, що в значній мірі ускладнило наступні перспективи відновлення цього контингенту хворих. За даними літератури (Бабій Л.М, 2000 ) у 50-55% хворих відновлення відбувається до рівня III ФК стенокардії, а у 20% має місце стійка втрата працездатності. Результати багатоцентрових досліджень, спрямованих на порівняльний аналіз двох методів лікування ІХС — хірургічного та медикаментозного (CASS, 1982; VA, 1984; ECSS, 1988) — вказують на поліпшення виживаності, якості життя, підвищення фізичної активності, однак залишається невирішеним питання щодо частоти й терміну відновлення працездатності в пацієнтів після аорто-коронарного шунтування (АКШ) із різними клінічними характеристиками, а також вивчення подальшого перебігу ІХС у групі осіб з післяінфарктним кардіосклерозом (ПІКС), яким за наявності рекомендованого оперативного втручання, операція АКШ не була зроблена.

Крім того, у великому масиві досліджень результати спостереження були отримані від груп пацієнтів з ІХС, але без перенесеного ІМ. Лише в кількох роботах можна знайти оцінку ефективності АКШ у хворих після ІМ (Л.Г.Тепляков і співавт., 2001; Ю.В.Бєлов і співавт., 2003; Долженко М.М., 2007). З цих позицій цікавим є вивчення ефективності АКШ у хворих, які мали ІМ.

Усе вищевикладене стало основою для здійснення цієї роботи.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами** Дисертаційна робота виконувалася в рамках наукової тематики відділу інфаркту міокарда та відновлювального лікування Національного наукового центру «Інститут кардіології ім. академіка М.Д. Стражеска»: «Розробка заходів щодо підвищення ефективності реабілітації хворих, які перенесли інфаркт міокарда, на основі тривалого спостереження після хірургічного втручання на коронарних судинах», № державної реєстрації 0100U002842. Строки виконання: 2004-2006 р. Автор була співвиконавцем зазначеної теми.

**Мета і задачі дослідження:** Підвищення ефективності реабілітаційних заходів у хворих з післяінфарктним кардіосклерозом після медикаментозного лікування і операції АКШ.

Для досягнення мети були встановлені наступні **задачі:**

1. Оцінити результати тривалого спостереження (протягом двох років) за клінічними проявами ІХС (виживаністю, частотою повторних коронарних конфліктів, розвитком серцевої недостатності) у двох категорій хворих з післяінфарктним кардіосклерозом, залежно від тактики лікування (медикаментозного або медикаментозного й АКШ).

2. Оцінити стан коронарного резерву за даними навантажувального тестування групи АКШ.

3. На підставі аналізу отриманих даних запропонувати додаткові критерії до відбору хворих, які потребують операцію АКШ, з урахуванням оптимізації строків проведення хірургічного втручання після ІМ.

4. Оцінити якість життя за даними анкети SF-36 у хворих з післяінфарктним кардіосклерозом після операції АКШ.

*Об'єкт дослідження –* післяінфарктний кардіосклероз.

*Предмет дослідження* – клінічний перебіг ІХС, розвиток кінцевих точок, толерантність до фізичного навантаження, якість життя у хворих з ПІКС після операції АКШ протягом двох років спостереження, у порівнянні із перебігом післяінфарктного періоду у хворих з показаннями до АКШ, але без цього оперативного втручання.

*Методи дослідження –* аналіз клінічного перебігу захворювання за дворічний період спостереження з оцінкою кінцевих точок і якості життя; коронароангіографія (КАГ); ехокардіографія; навантажувальне тестування; добове моніторування ЕКГ.

**Наукова новизна отриманих результатів.** Вперше в Україні, за даними дворічного спостереження, у хворих з ПІКС після операції АКШ зареєстровано значне зниження частоти розвитку нових коронарних конфліктів та смертності.

Показано, що в пацієнтів після операції АКШ відновлення працездатності перевищує рівень легкої праці в переважної більшості хворих уже протягом першого року спостереження. При цьому, питома вага хворих, що досягли рівня I-II ФК була приблизно однаковою протягом першого та другого років спостереження.

Вперше використане анкетування для оцінки якості життя, відповідно до програми SF-36 у хворих з ПІКС після операції АКШ.

Вперше встановлене значне зниження розвитку кінцевих точок захворювання, що дозволяє розглядати АКШ не тільки як метод підвищення ефективності реабілітації, але і як метод вторинної профілактики ІХС.

Показано, що у хворих з ПІКС без АКШ, незважаючи на виживаність до 88,5% протягом двох років, спостерігається прогресування і більш частий розвиток нових випадків серцевої недостатності. Виявлені гемодинамічні маркери, які достовірно мали значення для розвитку зазначених ускладнень, що вимагає оптимізації строків проведення АКШ у цієї категорії хворих.

**Практичне значення отриманих результатів.** На підставі результатів виконаної роботи встановлено, що пацієнтам з показаннями до операції АКШ оперативне лікування повинне бути здійснене протягом першого року після перенесеного ІМ.

Збільшення дилатації лівого шлуночка (ЛШ), погіршення кінезу міокарда, збільшення співвідношення КСО/УО>0,8 є додатковими критеріями до прискорення проведення АКШ.

Встановлено, що підставою до можливого повернення до трудової діяльності є не строки від проведення операції, а ступінь функціонального відновлення хворого.

Результати дослідження впроваджені в практику роботи відділення інфаркту міокарда та відновлювального лікування, поліклінічного відділення ННЦ «Інститут кардіології ім. академіка М.Д. Стражеска», що підтверджуються актами впровадження.

Підготовлено інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я в Укрмедпатентінформ МОЗ України - «Пропозиція щодо зниження трудових втрат після операції АКШ у хворих, які перенесли інфаркт міокарда» (червень 2007 р.).

**Особистий внесок здобувача.** Дисертаційна робота була виконана безпосередньо автором. Самостійно був проведений патентний пошук. Автор вивчила літературу стосовно теми, зібрала більшу частину клінічного матеріалу й здійснила його аналіз. Здобувач брала безпосередню участь у відборі хворих для проведення КАГ, в організації й обстеженні значної частини хворих протягом дворічного спостереження. Виконувала самостійно ехокардіографічне дослідження хворих, тести з фізичним навантаженням (ВЕМ, тредміл-тест, 6-хвилинна ходьба). Самостійно створена база даних в персональному комп’ютері. Дисертант здійснила аналіз всіх отриманих результатів, їхню статистичну обробку та інтерпретацію клінічного матеріалу. Здобувачем написані всі розділи роботи. Мета, задачі дослідження, висновки та практичні рекомендації сформульовані автором разом з науковим керівником, а також забезпечене їхнє впровадження в практику й відображення в опублікованих матеріалах.

**Апробація результатів дисертації.** Основні положення та результати дисертації були викладені і обговорювалися на VII Національному конгресі кардіологів України (Дніпропетровськ, 2004), науково-практичній конференції з міжнародною участю (Мінськ, 2005), Ювілейній науково-практичній конференції з міжнародною участю, присвяченій 80-річчю Українського науково-дослідного інституту медико-соціальних проблем інвалідності (Дніпропетровськ, 2006), VIII Національному конгресі кардіологів України (Київ, 20-22 вересня 2007).

Матеріали дисертації доповідалися на засіданні апробаційної ради ННЦ “Інститут кардіології ім. академіка М.Д. Стражеска” АМН України за участю співробітників відділів інституту: інфаркту міокарда та відновлювального лікування, атеросклерозу і хронічної ішемічної хвороби серця, радіоізотопних методів дослідження 12 квітня 2007 року, протокол

№ 140.

**Публікації.** За матеріалами дисертації опубліковано 7 наукових праць, у тому числі 4 статті в провідних наукових виданнях, рекомендованих ВАК України, 3 тези доповідей на наукових конференціях, з'їздах.

**Структура й обсяг дисертації.** Дисертація викладена на 151 сторінках друкованого тексту, ілюстрована 30 таблицями й 4 рисунками. Дисертація складається із вступу, огляду літератури, опису клінічної характеристики хворих та методів дослідження, трьох розділів результатів власних досліджень, підсумків, висновків, практичних рекомендацій, переліку використаних джерел, що містить 314 літературних найменувань, із них 99 кирилицею й 215 латиницею.

**ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ**

**Матеріал і методи дослідження.** Дослідження виконане на підставі тривалого (дворічного) спостереження за 169 хворими з післяінфарктним кардіосклерозом (через 3 місяці від розвитку ІМ), які проходили лікування у відділенні інфаркту міокарда та відновлювального лікування ННЦ «Інститут кардіології ім. академіка М.Д. Стражеска» за період 2000-2006 рр. та ретроспективного аналізу даних обстеження хворих за період 1996-1999 рр.

Аналізували клінічний перебіг захворювання з оцінкою кінцевих точок і якості життя протягом дворічного спостереження.

Залишкову працездатність визначали на підставі результатів навантажувального тесту на велоергометрі (ВЕМ), тредмілі. ВЕМ - дослідження проводили на велоергометрі “ВЕ-02” із записом ЕКГ на 6-ти канальному самописці “Bioset” (Німеччина) в 12-ти стандартних відведеннях, відповідно до загальноприйнятої методики (ВООЗ, 1974). Тредміл-тест здійснювали за допомогою комп'ютерної стрес-тест системи “Cardio Control”. Пацієнтам обох груп, у яких перебіг ІХС ускладнився розвитком серцевої недостатності СН II-A ст. проводили тест - проба з 6- хвилинною ходьбою відповідно до рекомендацій Нью-Йоркської Асоціації серця (NYHA), як найбільш безпечну й адекватну їхньому стану форму фізичного навантаження.

Для оцінки основних параметрів гемодинаміки проводили ехокардіографічне дослідження в М- і В-режимах на апараті цифрової системи ультразвукової діагностики “SA-9900” (компанія Medison CO, Ltd., Корея). Обчислювалися наступні кількісні показники: ЛП (см), КДР (см), КСР (см), Тмшп у діастолі (см), Тзст у діастолі (см), КДО (мл), ІКДО (мл/м2), КСО (мл), ІКСО (мл/м2), УО (мл), ФВ (%), ММЛШ (г), ІММЛШ (г/м2) за формулами, закладеними в комп'ютерну програму.

Проводили Холтерівський моніторинг з використанням двоканальних рекордерів і реєстрацією відведень, які відповідали точкам V2 й V5 стандартної ЕКГ. Комп'ютерний аналіз отриманих результатів (кількість епізодів ішемії міокарда, тривалість добової ішемії, максимальна депресія сегмента ST) виконувався за допомогою апарату фірми «Сusto» (Німеччина).

Для оцінки якості життя хворим після операції АКШ було застосоване анкетування за програмою SF-36. Анкети заповнювалися на підставі відповідей хворих на 36 запитань. Оцінка здійснювалася за допомогою визначення шкал у межах від 0 до 100 балів до операції АКШ і через два роки після її проведення.

Результати дослідження математично оброблялися за допомогою програмного забезпечення персонального комп'ютера з використанням системи збору даних “ACCESS”, а також програм порівняння середніх величин, середньоквадратичного відхилення, оцінки t - критеріїв Ст’юдента “Statistics for WINDOWS”.

Основну групу склали 108 хворих, яким, крім медикаментозної терапії, було виконано операцію АКШ; до контрольної групи (КГ) увійшов 61 пацієнт, де застосовувалося лише медикаментозне лікування. Порівнювані групи не відрізнялися за основними клініко-функціональними характеристиками, параметрами внутрішньосерцевої гемодинаміки та Холтерівського моніторингу, даними КАГ. Середній вік хворих склав 57,80,9 та 54,61,75 років у групі АКШ і КГ відповідно.

Питома вага повторних ІМ в анамнезі в групі АКШ склала 33%, у КГ — 26%. Частота високого, (III-IV) ФК стенокардії склала 86% в основній групі, у контрольній — 80%. За кількістю епізодів ішемії міокарда, максимальної депресії сегмента ST, тривалістю добової ішемії обидві групи були порівнянні. Зокрема, кількість епізодів ішемії за добу в оперованій групі: 4,161,14; в КГ — 4,000,48; тривалість добової ішемії відповідно 80,6721,25 хв. та 62,1011,64 хв.; максимальна депресія сегмента ST відповідно 1,730,18 мм та 1,980,12 мм.

Супутня артеріальна гіпертензія (АГ) спостерігалася приблизно у 70% хворих групи АКШ та 75% КГ.

СН II-A ст. зустрічалася приблизно у чверті хворих обох груп. При цьому, показники фракції викиду (ФВ) ЛШ у них перевищували 45%. У пацієнтів обстежених груп мало місце збільшення обсягів ЛШ: КДО 184,76,6 мл, ІКДО 87,93,1 мл/м2; КСО 93,17,3 мл, ІКСО 44,33,5 мл/м2 в оперованій групі і 198,8 9,9 мл, 94,74,7 мл/м2, 107,76,3 мл, 51,33,0 мл/м2 у контрольній групі відповідно, з великим систолічним залишком (КСО/УО 0,8).

Серед переважної більшості пацієнтів обох груп знаходили три та більше судинних уражень. Наявність оклюзій і субоклюзій мала місце практично у всіх пацієнтів (94% в основній та 100% у контрольній групі). Досить часто діагностувалося ураження стовбура ЛКА — у 18% хворих оперованої групи та 16% групи контролю.

В обстеження не включали пацієнтів з СН II-Б - СН III ст., порушеннями мозкового кровообігу в анамнезі, цукровим діабетом I типу, значними порушеннями опорно-рухового апарату, аліментарним ожирінням II ст. і вище, дестабілізацією супутніх захворювань.

У гострому періоді ІМ тромболітична терапія була застосована до 18,7% пацієнтів основної групи й 26,2% контрольної групи. Стентування обстеженим хворим не проводилося. Гепарин та низькомолекулярні гепарини вводили 84,6% хворих у групі АКШ й 80,3% групи контролю. Пацієнти отримували стандартну терапію із застосуванням бета-блокаторів (метопролол — 57,294,63 мг, бісопролол – 4,061,38 мг), ІАПФ (еналаприл — 15,871,53 мг), дезагрегантів (аспірин — 220,212,4 мг, клопідогрель —75 мг), нітратів пролонгованої дії (нітросорбід – 62,611,65 мг, кардікет —233,41 мг), статинів (сімвастатин — 21,52,33 мг). За показаннями, частина хворих приймали сечогінні, антиаритмічні препарати, антагоністи альдостерону.

Відбір хворих на коронароангіографію здійснювали в стаціонарі протягом 3-6 тижнів з моменту розвитку ІМ, зважаючи на особливості клінічного перебігу захворювання, результати навантажувального тестування хворих, що дозволяли віднести їх до групи середнього та високого ризику. Пацієнтам коронароангіографія проводилася у відділі інтервенційної кардіології та рентген-хірургії ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д.Стражеска» (керівник професор Соколов Ю.М) або в відділенні рентген-хірургічних методів діагностики захворювань серця і судин Національного інституту серцево-судинної хірургії імені М.М. Амосова (керівник професор Панічкін Ю.В.).

Операція АКШ або АКШ із аневризмектомією у переважної більшості хворих проводилася у відділенні хірургічних методів лікування коронарної недостатності Національного інституту серцево-судинної хірургії (керівник професор Руденко А. В.).

Приблизно в половині випадків було застосовано метод АКШ на «працюючому серці», з накладенням артеріальних шунтів. Більш ніж у половини пацієнтів накладено три й більше шунтів (середня кількість — 2,80,11).

**Результати дослідження та їхнє обговорення.** Після операції АКШ, у найближчий термін (7-10 днів), хворі поступали у відділення інфаркту міокарда та відновлювального лікування Інституту кардіології ім. академіка М.Д. Стражеска для наступного обстеження й лікування. Частину хворих після стаціонару направляли на санаторний етап реабілітації.

Подальше спостереження й обстеження пацієнтів відібраних груп здійснювали протягом двох років з оцінкою основних кінцевих точок, особливостей клінічного перебігу захворювання, якості життя, показників внутрішньосерцевої гемодинаміки й навантажувальних проб.

Після операції АКШ протягом 3-х місяців у жодного хворого стенокардія не відновлювалася. Однак, уже до кінця першого року спостереження у 15% хворих, при збільшенні фізичного навантаження, відзначалися ангінозні болі. Питома вага хворих (до 15%) зі стенокардією зберігалася також до кінця другого року спостереження.

Аналіз даних анкетування якості життя хворих у форматі SF-36 після операції АКШ, свідчить про підвищення рівня фізичного функціонування на 41%. Останній показник визначав рівень, на якому стан здоров'я пацієнта дозволяє виконувати фізичні навантаження такі як самообслуговування, ходьба та здолання сходів, можливість піднімати й нести певну вагу, нахилятися, переносити значні фізичні навантаження. Поліпшення на 48,6% показника RP свідчить не тільки про підвищення фізичних можливостей пацієнтів, але й про поліпшення їхнього соціального функціонування. Ці дані підтверджують збільшення на 44% показника SF, який, власне, встановлює рівень, на якому фізичний та емоційний стан обмежує соціальну активність хворого.

Найменші зміни відбулися в оцінці пацієнтами загального стану свого здоров'я (показник GH) — збільшення на 27,4% і на 28,9% показника VT, що характеризує приплив життєвих сил, підвищення енергійності й життєздатності. У цілому, показник загального фізичного здоров'я підвищувався на 43,9%, показник загального психічного здоров'я — на 31,7%.

У таблиці 1 наведені дані показників якості життя за результатами анкетування, відповідно до програми SF-36 у хворих, які перенесли операцію АКШ, в кінці періоду спостереження.

Таблиця 1

Динаміка показників якості життя за даними анкети SF-36 у групі хворих, які перенесли операцію АКШ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Шкала | До операції  (n= 21) | Після операції  (n= 21) | Достовірність |
| PF - фізичне функціонування, у.о. | 31,6 2,1 | 44,6 1,1 | p< 0,05 |
| RP - рольове функціонування, у.о. | 25,7 2,5 | 38,2 2,9 | p< 0,05 |
| BP- фізичний біль, у.о. | 30,6 2,2 | 48,9 2,0 | p< 0,05 |
| GH - сприйняття загального стану здоров'я, у.о. | 26,6 1,4 | 33,9 1,3 | p< 0,05 |
| VT – енергійність /  життєздатність, у.о. | 38,4 2,2 | 49,5 2,6 | p< 0,05 |
| SF - соціальне функціонування, у.о. | 32,9 3,3 | 47,4 1,7 | p< 0,05 |
| RE - рольові обмеження (емоційні), у.о. | 28,3 4,3 | 41,6 2,9 | p< 0,05 |
| MN – психічне здоров'я, у.о. | 35,4 2,2 | 46,5 1,8 | p< 0,05 |
| Загальне фізичне здоров'я, у.о. | 28,9 1,7 | 41,6 1,2 | p< 0,05 |
| Загальне психічне здоров'я, у.о. | 35,6 3,0 | 46,9 2,0 | p< 0,05 |

Таким чином, найзначніші зміни (збільшення на 59,8%) сталися в оцінці пацієнтами інтенсивності больового синдрому та його впливу на можливість займатися повсякденною діяльністю, включаючи хатні справи, садибу, город тощо (показник BP).

У контрольній групі хворих, яким оперативне втручання не було проведене, до кінця дворічного спостереження частота III-IV ФК стенокардії збільшувалася й склала 95%. У цій же групі, в порівнянні із групою оперованих хворих, були більш частими госпіталізації, як за рахунок розвитку повторних коронарних подій (41% проти 5,6%), так і за рахунок прогресування або розвитку нових випадків СН II-A ст. (42,6% проти 17,6%).

Серцево-судинні події, зареєстровані у пацієнтів обох груп протягом двох років спостереження, представлені в таблиці 2.

Таблиця 2

Клінічний перебіг ІХС у хворих обстежених груп протягом дворічного спостереження

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Кінцеві точки | 1-й рік | | 2-й рік | | За 2 роки | | | |
| АКШ  (n=108) | КГ  (n=61) | АКШ (n=108) | КГ  (n=57) | АКШ  (n=108) | | КГ  (n=61) | |
| Абс.  (%) | Абс.  (%) | Абс.  (%) | Абс.  (%) | Абс.  (%) | | Абс.  (%) | |
| Смерть | 0(0) | 4(6,6) | 0(0) | 3(5,3) | 0(0) | | 7(11,5)\* | |
| Реінфаркт (нефатальний) | 4  (3,7) | 6  (9,8) | 1  (0,9) | 4  (7,0) | 5 (4,6) | 10 (16,4)\* | |
| Нестабільна стенокардія | 0  (0) | 6  (9,8) | 1  (0,9) | 9  (15,8) | 1  (0,9) | 15  (24,6) \* | |
| Реінфаркт + нестабільна стенокардія | 4  (3,7) | 12  (19,7)\* | 2  (1,9)\* | 13  (22,8)\* | 6  (5,6) | 25  (41)\* | |
| Наявність СН II-A | 25  (23,1) | 24  (39,3)\* | 22  (20,4) | 22  (38,6)\* | 25  (23,1) | 24  (39,3) \* | |

Примітка: \* - статистично достовірні розходження (p<0,05), в порівнянні із групою АКШ.

Із таблиці 2 виходить, що в групі АКШ не було летальних випадків. У КГ 11,5% пацієнтів померли протягом дворічного спостереження, при цьому в зв'язку з повторними фатальними ІМ — 86% (6 із 7). Частота повторних коронарних конфліктів (нефатальний реінфаркт, нестабільна стенокардія) була достовірно вищою в групі контролю (в 41% порівняно з 5,6% випадків). В обох групах найбільша частота нефатальних реінфарктів реєструвалася протягом першого року спостереження тобто в найближчий період від інфаркту міокарда.

Використовуючи метод актуарних кривих (Каплан-Мейєра), було визначене кумулятивне виживання пацієнтів обстежених груп до кінця 2-х річного спостереження (рис. 1).

Дані актуарних кривих за методою Каплан-Мейєра підтверджують результати виживання в обох групах за дворічний період спостереження. Таким чином, виживаність у групі АКШ склала 100%, а в КГ — 88,5%.

У групі оперованих хворих протягом двох років спостереження не зареєстровано нових випадків серцевої недостатності, у той час як у контрольній групі вже до кінця першого року спостереження частота серцевої недостатності сягала 39% за рахунок нових випадків. Таке ускладнення клінічного перебігу захворювання в групі контролю утримувалось до кінця періоду спостереження. Ці дані відображені в таблиці 3.

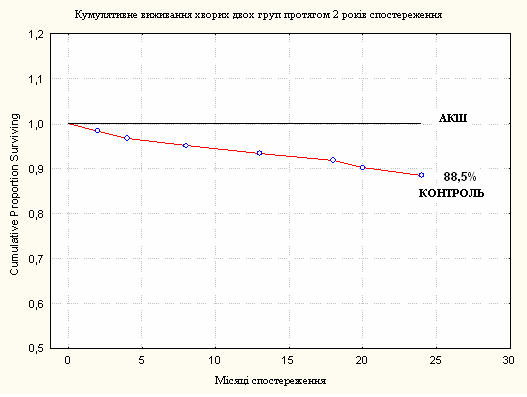


Рис. 1. Актуарні криві виживання групи АКШ і контролю за місяцями спостереження.

Таблиця 3

Частота СН II-A ст. в обстежуваних групах при дворічному спостереженні

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Термін спостереження | АКШ, абс., % | КГ, абс., % |
| Висхідні дані | 29/108 (26,9%) | 15/61 (24,6%) |
| 1-й рік | 25/108 (23,1%) | 24/61 (39,3%)\* |
| 2-й рік | 22/108 (20,4%) | 22/57 (38,6%)\* |

Примітка: \* — статистично достовірна різниця (p<0,05), у порівнянні із групою АКШ.

Аналізуючи причини нових випадків СН II-A у контрольній групі, було встановлено, що вони мали місце як після розвитку повторних коронарних подій (в 44% випадків), так і без них (у 56% випадків).

Проаналізовано дані внутрішньосерцевої гемодинаміки з метою виявлення найбільш інформативних показників, які мали значення для розвитку СН II-A у групі контролю. Відібрано достовірні (p< 0,05) показники внутрішньосерцевої гемодинаміки в КГ, які наведено в таблиці 4.

Таблиця 4

Частота найхарактерніших показників гемодинаміки (%), що мають значення для розвитку СН II-А в КГ

|  |  |
| --- | --- |
| Показники гемодинаміки | Частота ознаки |
| Дилатаційний тип | 93\* |
| КСО/УО>0,8 | 93\* |
| Виражені порушення кінезу | 73\* |
| Наявність аневризми ЛШ | 73\* |
| ФВ>30% - <45% | 60 |

Примітка: \* — статистично достовірна різниця (p<0,05), в порівнянні з підгрупою, де СН II-А не реєструвалась.

Таким чином, найбільшу значимість мали: дилатаційний тип ремодулювання ЛШ і співвідношення КСО/УО>0,8 (Патент. Україна, u200503300. Спосіб визначення стану скоротливої функції міокарда у хворих на інфаркт міокарда. Следзевська І.К. та співавтори. Заявл. 11.04. 05; опубл. 15.11.05. – 3 с.). Меншу інформативність мала ФВ>30% - <45%.

Розвиток дилатації ЛШ навіть без АГ супроводжувався збільшенням вмісту альдостерону (Савицький С.Ю. та співавтори, 2007 ), що підтверджує наявність у цих хворих серцевої недостатності.

Нами було встановлено, що у хворих КГ частота випадків підвищеного рівня альдостерону в групі зі збільшеним КДО (в 22 із 23 хворих – 95,74,2%) статистично достовірно більша (p<0,01), ніж у хворих з нормальними значеннями КДО (1 із 14 хворих – 7,16,8%). Частота виявлення підвищеного рівня альдостерону у хворих з ІММ більше 125 г/м2 : в 22 з 31 хворого – 71,0 8,1% й в 9 з 31 хворого –29,08,0%.

З метою оцінки ефективності оперативного лікування у 62 (57,4%) хворих групи АКШ були проведені навантажувальні проби протягом періоду спостереження, у терміни від 12 до 24 місяців. За перший рік спостереження навантажувальний тест проведено 32 пацієнтам й 30 — протягом наступного року. На ВЕМ навантажувальне тестування було виконане 30 хворим, на тредмілі — 15 хворим і 17 - 6 - хвилинна ходьба за NYHA.

До операції АКШ із пацієнтів, що пройшли навантажувальне тестування до IV ФК було віднесено 19 хворих (31%), до III ФК — 33 хворих (53%) і 10 хворих (16%) - до II ФК.

Таблиця 5 демонструє розподіл пацієнтів згідно з ФК після оперативного втручання.

Таблиця 5

Розподіл хворих групи АКШ згідно ФК після тесту з ФН протягом 1-го та 2-го року спостереження

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Строки обстеження | I ФК  n=23 | II ФК  n=27 | III ФК  n=12 | IV ФК n=0 | Всі п\групи  n=62 |
| До 12-ти місяців | 15 | 12 | 5 | 0 | 32 |
| До 24-х місяців | 8 | 15 | 7 | 0 | 30 |

Відмінними рисами отриманих даних є наступні: 23 (37,1%) пацієнта досягли рівня I ФК; кількість пацієнтів, які були віднесені до III ФК, становила 12 (19,5%), при цьому жоден оперований хворий не залишився на рівні IV ФК. Таким чином, кількість пацієнтів, котрі до операції були в підгрупі III-IV ФК, зменшилася в 4,3 рази.

Рис. 2. Відновлення залишкової працездатності (%) після операції АКШ.

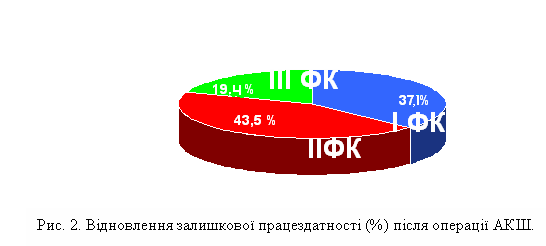


Рис. 2 відображає результати навантажувального тестування пацієнтів групи АКШ за період дворічного спостереження, а саме, що 80,6% цих хворих досягли відновлення вище рівня III ФК.

Показано також, що питома вага хворих на рівні I-II ФК була приблизно однаковою протягом 1-го року, і за весь період дворічного спостереження — відповідно 84% й 81%. Таким чином, вже на етапі 1-го року спостереження 84% хворих після АКШ, яким проведено тест з ФН, досягли відновлення вище рівня легкої роботи. У контрольній групі кількість хворих з високим (III-IV) ФК збільшувалась від 86% до 90% протягом періоду спостереження.

Результати навантажувального тесту на велоергометрі у групі оперованих

хворих за дворічний період спостереження відображає таблиця 6.

Таблиця 6

Результати навантажувального тесту (ВЕМ) у хворих групи АКШ за два роки спостереження

|  |  |
| --- | --- |
| Параметри проби з ФН | Середні показники проби з ФН (n=30) |
| W порог.(Вт) | 96,0  4,42 |
| ЧСС вих., уд/хв. | 67,2  1,63 |
| ЧСС порог., уд/хв. | 93,5  2,48 |
| САТ вих., мм рт. ст. | 128,43  2,01 |
| САТ порог., мм рт. ст. | 163,8  4,33 |
| ДАТ вих., мм рт. ст. | 83,4  1,3 |
| ДАТ порог., мм рт. ст. | 94,83  1,77 |
| ПД вих. | 86,16  2,29 |
| ПД порог. | 154,0  6,68 |
| Робота (А, кДж) | 68,57  5,34 |
| ПД/А (у.о.) | 0,96  0,12 |

Отримані нами дані при проведенні ВЕМ пацієнтам оперованої групи свідчать, що середня потужність навантаження, виконана робота відповідала рівню I-II ФК.

Дані навантажувального тесту групи АКШ на тредмілі за період двохрічного спостереження наведені в таблиці 7.

Таблиця 7

Результати навантажувального тесту на тредмілі у хворих групи АКШ за два роки спостереження

|  |  |
| --- | --- |
| Параметри тесту з ФН | Середні показники тесту з ФН (n=15) |
| Порогове навантаження (МЕТ) | 7,330,61 |
| ЧСС вих., уд/хв. | 78,872,75 |
| ЧСС порог., уд/хв. | 118,473,72 |
| САТ вих., мм рт. ст. | 133,03,75 |
| САТ порог., мм рт. ст. | 172,676,07 |
| ДАТ вих., мм рт. ст. | 86,531,37 |
| ДАТ порог., мм рт. ст. | 94,472,54 |
| ПД вих. | 105,645,87 |
| ПД порог. | 205,6911,2 |

Наведені в таблиці результати демонструють, що середні показники виконання пирогового навантаження підгрупи хворих із групи АКШ відповідають рівню I ФК.

Проведений аналіз причин за якими навантажувальний тест було зупинено. Найхарактернішими причинами зупинки щодо всіх навантажувальних проб були: для I ФК — досягнення розрахункового навантаження (47,8%), для II ФК — задишка й зміни показників ЕКГ (по 37% відповідно), для III ФК — задишка (50%).

В основній групі близько 70% хворих мали супутню АГ. За результатами ВЕМ у пацієнтів після АКШ із АГ рівень порогового навантаження не відрізнявся від даних у хворих без АГ і склав відповідно 98,045,18 Вт й 97,59,1 Вт. Проаналізовано результати ВЕМ при відновленні працездатності до рівня I ФК окремо в пацієнтів з АГ і без неї. Продемонстровано, що в пацієнтів з I ФК і наявністю АГ вартість одиниці виконаної роботи достовірно більша ( ПД/А 0,970,14 у групі з АГ та 0,540,1 без АГ) за рахунок вищого порогового систолічного АТ.

Ці дані наведені в таблиці 8.

Таблиця 8

Показники навантажувального тестування у хворих I ФК після операції АКШ в залежності від наявності артеріальної гіпертензії

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показники ВЕМ | З АГ (n=10) | Без АГ (n=5) |
| Порогове навантаження, Вт | 117,00+5,33 | 110,00+8,51 |
| Виконана робота, кДж | 97,1+9,0 | 87,0+8,5 |
| ЧСС вихідна, уд./хв. | 65,30+2,04 | 73,6+5,2 |
| ЧСС порогова, уд./хв. | 97,70+4,59 | 93,0+6,6 |
| САТ вихідний, мм рт ст. | 130,50+3,88 | 119,00+5,33 |
| ДАТ вихідний, мм рт.ст. | 84,80+2,69 | 79,01+2,45 |
| САТ пороговий, мм рт.ст. | 179,50+9,35 \* | 144,0+5,1 |
| ДАТ, пороговий, мм рт.ст | 97,50+3,89 | 87,01+3,74 |
| ∆ПД/А, у.о. | 0,97+0,14\* | 0,54+0,1 |
| Зміни ЕКГ, чол. | 0 | 0 |

Примітка \*- Р<0,05, в порівнянні з групою без АГ.

За даними анкетування, наприкінці терміну спостереження 77% хворих, реабілітованих після операції АКШ, відновлюють працездатність, переважно інтелектуальну.

**ВИСНОВКИ**

Дисертація містить теоретичне обґрунтування й практичне вирішення актуального наукового завдання, спрямованого на підвищення ефективності комплексу реабілітаційних заходів у хворих на ІХС із післяінфарктним кардіосклерозом.

За даними дворічного спостереження виконання операцій АКШ хворим, що перенесли ІМ, за наявності відповідних показань до оперативного втручання, істотно впливає на результати реабілітації цього контингенту хворих, характеризується поліпшенням основних показників клінічного перебігу ІХС, якості життя та більш значним рівнем відновлення працездатності.

1. За результатами дворічного спостереження після оперативного втручання відбувається зниження рівня смертності (0% у групі АКШ проти 11,5% у КГ), зменшення частоти повторних коронарних конфліктів (5,6% у групі АКШ проти 41% у КГ).

2. Зниження ФК стенокардії, яке відбувалося після АКШ, характеризується відновленням працездатності вище рівня легкої роботи у 84% хворих, котрі пройшли тест із фізичним навантаженням протягом першого року спостереження.

3. Артеріальна гіпертензія, за умови відкоригованого АТ у оперованих хворих, не знижувала рівень функціонального відновлення, але демонструвала більшу енергетичну вартість одиниці виконаної роботи.

4. Відсутність реалізації наявних показань до проведення АКШ спричиняє формування групи ризику більш важкого перебігу ІХС за рахунок розвитку серцевої недостатності вже до кінця першого року спостереження (39% проти 25% в вихідних даних, p<0,05), що підтверджується клініко-гемодинамічними показниками, а також певними нейрогуморальними чинниками (альдостерон).

5. Операція АКШ достовірно поліпшує якість життя за даними оцінки спеціальної програми SF-36. Зокрема, показник загального фізичного здоров'я підвищився на 43,9% (p< 0,05), показник загального психічного здоров'я — на 31,7% (p< 0,05).

6. Отримані результати дозволяють розглядати АКШ як один із методів вторинної профілактики ІХС у хворих з післяінфарктним кардіосклерозом.

**ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

1. Пацієнтам з показаннями до операції АКШ оперативне лікування

повинне бути здійснене протягом першого року після перенесеного ІМ.

2. За умови збереження високого (III-IV) ФК після закінчення гострого періоду ІМ збільшення дилатації ЛШ, порушення кінезу міокарда й збільшення співвідношення КСО/УО>0,8 є додатковими показниками до прискорення проведення операції АКШ.

3. Підставою до можливого повернення до трудової діяльності після АКШ є не термін, який пройшов після операції, а ступінь функціонального відновлення хворого, що може бути використане в роботі медико-соціальних експертних комісій (МСЕК).

**СПИСОК ПРАЦЬ ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ**

**ДИСЕРТАЦІЇ**

1. Следзевская И.К., Бабий Л.Н., Савицкий С.Ю., Малидзе Д.Т., Голубь Н.С., Кисилевич Л.Ф., Хоменко Ю.О. Особенности течения ишемической болезни сердца после проведения операции аорто-коронарного шунтирования у больных, перенесших инфаркт миокарда (данные двухлетнего наблюдения). //Український. кардіологічний журнал.- 2003. - №5. – с. 18-22. (Автор брала участь в обстеженні хворих, статистичній обробці і аналізі отриманих результатів, підготовці статті до друку).
2. Следзевська І.К., Бабій Л.М., Руденко А.В., Габріелян А.В., Кісілєвич Л.Ф. Аналіз результатів АКШ протягом двох років у хворих з постінфарктним кардіосклерозом з урахуванням клінічного перебігу, якості життя й особливостей медикаментозного лікування. // Серцево-судинна хірургія. Щорічник наукових праць Асоціації серцево-судинних хірургів України. – Випуск 11.- 2003.-с. 339-342. (Особисто здобувачем проводилось обстеження хворих, анкетування за програмою якості життя SF-36; брала участь в аналізі отриманих даних, підготовці статті до друку).
3. Следзевська І.К., Бабій Л.М., Савицький С.Ю., Кісілєвич Л.Ф. Виживання і стан деяких нейро-гуморальних чинників у хворих, які перенесли інфаркт міокарда і операцію АКШ. // Серцево-судинна хірургія. Щорічник наукових праць Асоціації серцево-судинних хірургів України. – Випуск 13. – 2005.- с.98-101. (Особисто автором проводилось ехокардіографічне обстеження хворих; брала участь в аналізі отриманих результатів дослідження, статистичній обробці, підготовці статті до друку).
4. Следзевская И.К., Бабий Л.Н., Кисилевич Л.Ф., Савицкий С.Ю., Строганова Н.П. Операция аорто-коронарного шунтирования и эффективность реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда. // Український кардіологічний журнал. – 2007. - №2. – с. 45-49.(Автор особисто проводила тести з фізичним навантаженням пацієнтам досліджуваних груп, статистичну обробку і аналіз отриманих результатів; брала участь в підготовці статті до друку).
5. Руденко А.В., Следзевская И.К., Бабий Л.Н., Бендет Я.А., Габриелян А.В., Купчинский А.В., Кисилевич Л.Ф. Результаты длительного наблюдения при проведении аорто-коронарного шунтирования у больных с постинфарктным кардиосклерозом. // Матеріали VII Національного конгресу кардіологів України. Тези наукових доповідей.- 21-24 вересня 2004 р., м. Дніпропетровськ. – С. 272. (Автор приймала участь в клініко-інструментальному обстеженні пацієнтів, аналізі отриманих результатів, написанні тез).
6. Следзевская И.К., Бабий Л.Н., Кисилевич Л.Ф. Оценка качества жизни у больных, перенесших инфаркт миокарда и операцию аорто-коронарного шунтирования. // Матеріали практичної конференції з міжнародною участю. Тези наукових доповідей.- 26-28 травня 2005р., Мінськ. – С. 102-103. (Особисто здобувачем проводилось обстеження, анкетування хворих у форматі програми оцінки якості життя SF-36; брала участь в аналізі отриманих даних, написання тез).
7. Бабий Л.Н., Кисилевич Л.Ф. Особенности течения ИБС у больных с постинфарктным кардиосклерозом, которым была проведена операция АКШ. // Матеріали VIII Національного конгресу кардіологів України. Тези наукових доповідей.- 20-22 вересня 2007р., м. Київ. – С. 153. (Автором особисто проведене клініко-інструментальне обстеження хворих, статистична обробка і аналіз отриманих даних, написання тез).

**АНОТАЦІЯ**

**Кісілєвич Л.Ф. Особливості перебігу ІХС у хворих з післяінфарктним кардіосклерозом і значення операції АКШ для оцінки результатів відновлювального лікування. –** Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.11 – кардіологія. АМН України, Національний науковий центр – “Інститут кардіології ім. академіка М.Д.Стражеска ”, м. Київ, 2007.

В дисертаційній роботі наведені дані тривалого спостереження (два роки) з аналізом кінцевих точок (смерть, реінфаркт, дестабілізації, серцева недостатність) у хворих з післяінфарктним кардіосклерозом після операції АКШ в порівнянні з аналогічною групою хворих, які мали показання щодо оперативного втручання**,** але воно не було проведене

Отримані результати свідчать, що проведення операції АКШ (за наявності показань), згідно з даними тривалого спостереження, впливає на результати реабілітації цього контингенту хворих, зменшує частоту смертельних наслідків, повторних коронарних конфліктів, підвищує якість життя. У 84% хворих після АКШ, які пройшли тест з фізичним навантаженням, відбувається відновлення працездатності вище рівня легкої праці вже протягом першого року після оперативного втручання.

Хворі, яким вінцеве шунтування не було виконане, становлять групу підвищеного ризику за рахунок прогресування й розвитку нових випадків серцевої недостатності. Тому операцію АКШ можна вважати не тільки як метод функціонального відновлення хворих, а і як метод вторинної профілактики ІХС.

**Ключові слова**: ішемічна хвороба серця, післяінфарктний кардіосклероз, аорто-коронарне шунтування, реабілітація, навантажувальне тестування, кінцеві точки.

**ABSTRACT**

L. F. Kisilievich, The Specifics of Ischemic Heart Disease with Postinfarction Cardiosclerosis and the Importance of Coronary Artery Bypass Surgery in Assessing the Results of Restorative Treatment. Manuscript

Thesis on competition of candidate medical scientific degree in specialty 14.01.11 - Cardiology. - National scientific center “The M.D.Strazhesko Institute of cardiology” Academy of Medical Sciences of Ukraine, Kyiv, 2007.

The dissertation cites statistics gathered during a two-year study of patients with postinfarction cardiosclerosis and includes an analysis of endpoints (death, reinfarction, destabilization, cardiac insufficiency) in patients with postinfarction cardiosclerosis after coronary artery bypass surgery, compared to a similar group of patients showing indications for surgical intervention, which was never done.

The results obtained prove that, according to the data from the long-term study, bypass surgery has an impact on the results of rehabilitation in this group of patients, reduces mortality and repeat heart attacks, and improves quality of life. The renewal of physical capacity above the light-work level already during the first year after bypass surgery is observed in 84 percent of post-bypass patients who passed physical endurance tests.

Patients who did not have bypass surgery constitute a high risk group, with progression and development of cardiac insufficiency. Therefore, coronary artery bypass surgery should be regarded not only as a method for the functional rehabilitation of patients but also as a method for secondary prevention of ischemic heart disease.

**Key words:** ischemic heart disease; postinfarction cardiosclerosis; coronary artery bypass surgery; rehabilitation, load testing; endpoints.

**АННОТАЦИЯ**

**Кисилевич Л.Ф. Особенности течения ИБС у больных с постинфарктным кардисклерозом и значение операции АКШ для оценки результатов восстановительного лечения.** – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.11 – кардиология. АМН Украины, Национальный научный центр “Институт кардиологии им. академика Н.Д.Стражеско”, г. Киев, 2007.

Диссертация посвящена проблеме реабилитации контингента больных с ИБС, перенесших ИМ, которым проводилось медикаментозное лечение и операция АКШ. На основании результатов длительного (в течение 2-х лет) наблюдения за 169 больными ИБС с ПИКС показано, что проведение АКШ существенно влияет на результаты реабилитации этого контингента больных, характеризуется улучшением основных показателей клинического течения ИБС, качества жизни и более значительным восстановлением работоспособности.

Полученные нами результаты длительного (в течение двух лет) наблюдения показывают статистически достоверные различия (p<0,05) по конечным точкам между группой пациентов с ПИКС после операции АКШ и группой, которая получала только медикаментозную терапию. Так, в оперированной группе не было смертельных исходов, а в КГ умерло 7 чел. (11,5%); реинфаркты и дестабилизации в группе без АКШ имели место у 25 чел. (41%) против 6 чел. (5,6%) после АКШ.

У части больных оперированной группы изучены показатели качества жизни в соответствии с программой SF-36 до и через 2 года после операции АКШ. Получено достоверное (p < 0,05) улучшение показателей физического и психического здоровья у этих больных. Наиболее значимые изменения (увеличение на 59,8%, p< 0,05) произошли в оценке наличия и интенсивности стенокардии и ее влияния на возможность заниматься повседневной деятельностью.

В группе пациентов после операции АКШ тест проведен 62 чел., что составило 57,4%. В течение первого года наблюдения нагрузочный тест прошли 32 чел. (51,6%) и 30 чел. (48,4%) – в течение второго года.

По данным анализа сравнительной характеристики ФК пациентов до проведения операции АКШ и после нее отмечено, что в результате оперативного вмешательства 23 пациента (37,1%) достигли уровня I ФК, 27 пациентов (43,5%) – II ФК, а количество больных, которые остались на уровне III ФК уменьшилось в 4,3 раза. При этом, удельный вес больных достигших уровня I-II ФК был примерно одинаков в течение первого года наблюдения и за двухлетний период – соответственно 84% и 81%. Артериальная гипертензия, при скоррегированном АД у оперированных больных, не снижала уровень функционального восстановления, но сочеталась с большей энергетической стоимостью единицы выполненной работы.

Наиболее характерным фактором для возвращения к труду является ослабление или отсутствие приступов стенокардии после операции АКШ. Согласно данным нашего исследования около 85% больных не имеют приступов стенокардии в течение двух лет после операции; возврат к трудовой деятельности пациентов оперированной группы, где средний возраст 57,80,87 лет, составил 77%, что позволяет учитывать полученные данные при проведении трудовой экспертизы для сокращения трудовых потерь.

Следующим аспектом нашей работы было изучение особенностей клинического течения ИБС у больных, которым операция АКШ по результатам КАГ была показана, но по ряду причин не реализована. Эта группа пациентов (контрольная) получала только медикаментозную терапию.

Цель проведения тестирования у больных контрольной группы – определение ФК стенокардии. По результатам нагрузочного теста на ВЭМ, который проведен 37 больным (60%), ко II ФК отнесено 9 чел. (24%), III ФК – 18 (49%), IV ФК – 10 чел. (27%). Эти данные свидетельствуют, что около 80% обследованных больных КГ имели III-IV ФК стенокардии.

За два года наблюдения у 39% (p<0,05) пациентов КГ имело место прогрессирование СН и развитие новых случаев СН II-A. Показано, что возникновение симптомов дисфункции ЛЖ наблюдалось как после развития повторных коронарных событий (в 44% случаев), так и без них (в 56% случаев). Анализ причин частоты госпитализаций этих больных за весь период наблюдения подтверждает, что основной причиной явилась декомпенсация сердечной деятельности (42,6%). В результате анализа причин развития СН II-A отобраны следующие значимые параметры внутрисердечной гемодинамики по частоте признака: дилатационный тип (93%, p<0,05), показатель КСО/УО>0,8 (93%, p<0,05), выраженные нарушения кинеза и наличие аневризмы (по 73% соответственно, p<0,05). Меньшую информативность имела ФВ > 30% - < 45% (60%).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что при отсутствии оперативного вмешательства формируется группа высокого риска с наиболее тяжелым течением ИБС.

Полученные результаты позволяют рассматривать АКШ как один из методов в комплексе вторичной профилактики у больных с постинфарктным кардиосклерозом.

**Ключевые слова:** ишемическая болезнь сердца, постинфарктный кардиосклероз, аорто-коронарное шунтирование, реабилитация, нагрузочное тестирование, конечные точки.

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ**

АГ - артеріальна гіпертензія

АТ – артеріальний тиск

АКШ - аорто-коронарне шунтування

ВЕМ - велоергометрія

ВСІ - внутрішньосерцевий індекс

ДАТ – діастолічний артеріальний тиск

ІАПФ - інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту

ІКДО – індекс кінцево-діастолічного об’єму

ІКСО – індекс кінцево-систолічного об’єму

ІХС - ішемічна хвороба серця

ІМ - інфаркт міокарда

ІММЛШ - індекс маси міокарда лівого шлуночка

КДО - кінцево-діастолічний об’єм

КСО - кінцево-систолічний об’єм

КГ - контрольна група

КАГ - коронароангіографія

ЛШ - лівий шлуночок

ЛКА - ліва коронарна артерія

НД - не достовірно

ГІМ - гострий інфаркт міокарда

ПІКС – післяінфарктний кардіосклероз

СН - серцева недостатність

САТ – систолічний артеріальний тиск

УО - ударний об’єм

ФК - функціональний клас

ФВ - фракція викиду

ФН – фізичне навантаження

ХМ ЕКГ - Холтерівський моніторинг електрокардіограми

ЕКГ - електрокардіограма

Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>