

Streszczenie

Wstęp: Ostre zespoły wieńcowe, w tym zawały serca z uniesieniem odcinka ST (STEMI), stanowią poważny problem zdrowotny i są jedną z najczęstszych przyczyn hospitalizacji osób dorosłych. Wyniki badań oceniających wartość kliniczną rehabilitacji pozawałowej pochodzą z okresu przed wprowadzeniem nowoczesnej strategii leczenia reperfuzją mechaniczną tętnicy dozawałowej oraz złożonego leczenia farmakologicznego i mogą mieć ograniczone znaczenie we współczesnej kardiologii. Dane dotyczące przydatności pozawałowej ambulatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej u współcześnie leczonych pacjentów po zawale serca typu STEMI są ograniczone.

Cel: Celem pracy była ocena wpływu 12-tygodniowej ambulatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej drugiej fazy u chorych po pierwszorazowym zawale serca typu STEMI na wybrane parametry badań nieinwazyjnych i laboratoryjnych oraz porównanie uzyskanych wyników z wynikami pacjentów niepoddanych rehabilitacji w porównywalnym okresie czasu.

Material i metody: Do badania retrospektywnego wykorzystano dane 127 ambulatoryjnych pacjentów po pierwszorazowym zawale typu STEMI poddanych pierwotnej angioplastyce wieńcowej, skierowanych do Poradni Kardiologicznej z Dziennym Ośrodkiem Rehabilitacji. 56 pacjentów rehabilitowanych zostało poddanych interwencji treningowej według protokołu dwóch 45 - minutowych sesji treningu tygodniowo przez 12 tygodni. 71 chorych, którzy nie wyrazili zgody na rehabilitację, otrzymywali zalecenia zwiększenia aktywności ruchowej stosownie do wyniku elektrokardiograficznego testu wysiłkowego wykonanego w trakcie pierwszej wizyty szpitalnej w Poradni Kardiologicznej. Analizie poddano dane z badań pracownianych wykonanych w trakcie rutynowych wizyt wg obowiązującego w poradni kardiologicznej harmonogramu kontroli pacjentów po zawale (spoczynkowe badanie echokardiograficzne, elektrokardiograficzna próba wysiłkowa na bieżni ruchomej, 24 - godzinne monitorowanie EKG metodą Holtera) oraz wybrane badania laboratoryjne.

W badaniu echokardiograficznym oceniano wielkość frakcji wyrzutowej (EF), końcowo - rozkurczowy wymiar lewej komory (LVEDD) oraz rozkurczową grubość tylnej ściany lewej komory (PWT) i przegrody międzykomorowej (IVST).

W teście wysiłkowym oceniano ciśnienie tętnicze, tętno i pochodne parametry w spoczynku, na szczycie wysiłku, spadek częstości rytmu w 1 minucie od zaprzestania wysiłku, czas trwania testu wysiłkowego. W całodobowym zapisie EKG metodą Holtera oceniono średnią dobową częstość rytmu serca, liczbę przedwczesnych pobudzeń komorowych oraz parametry zmienności rytmu zatokowego: odchylenie standardowe odstępów NN (SDNN) i procent odstępów NN różniących się o 50 ms (pNN50).

Dodatkowo analizie poddano następujące badania laboratoryjne krwi: stężenie BNP, CRP, LDL, HDL, trójglicerydów oraz glikemię na czczo i 2 godziny po doustnym obciążeniu glukozą. W analizie statystycznej

wykorzystano testy nieparametryczne dla porównań zmiennych sparowanych (test Wilcoxon'a) i niesparowanych (test Mann-Whitney'a).

Wyniki: Porównując wartości wyjściowe z danymi po 12 tygodniach rehabilitacji lub obserwacji u chorych nierehabiltowanych u wszystkich badanych stwierdzono istotny statystycznie: wzrost frakcji wyrzutowej, częstości akcji serca, skurczowego ciśnienia tętniczego i produktu podwójnego na szczycie wysiłku, średniego ciśnienia tętniczego, częstości akcji serca na szczycie wysiłku wyrażony jako procentowy odsetek tętna maksymalnego dla wieku, SDNN oraz wydłużenie czasu trwania testu wysiłkowego. Jednocześnie obserwowano spadek średniej dobowej częstości tętna, stężenia CRP, BNP, LDL, trójglicerydów oraz glukozy w 2 godzinie doustnego testu obciążenia glukozą. Porównując między sobą osoby poddane i niepoddane rehabilitacji nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic a wartościach analizowanych parametrów.

Wnioski: Wydaje się, że zmiany w analizowanych parametrach u chorych po zawale typu STEMI wynikają z naturalnego przebiegu gojenia pozawałowego, zastosowanej wcześniej pierwotnej angioplastyki wieńcowej i złożonego leczenia farmakologicznego. Ambulatoryjna nadzorowana rehabilitacja kardiologiczna II fazy nie wpływa na wybrane parametry funkcji układu krążenia w porównaniu ze standardową „domową” aktywnością ruchową. Może to wskazywać na konieczność intensyfikacji programów treningowych i zastosowania alternatywnych metod treningu nadzorowanego szczególnie w dobie leczenia inwazyjnego i nowoczesnej optymalnej farmakoterapii.