

застосування у людини або для виробництва лікарських засобів; містить критерії якості до плазми, яку використовують для виготовлення медичних виробів для *in vitro* діагностичних цілей (тест-системи, тест-набори, тест-смужки, експрес-тести, діагностикуми, калібратори, контрольні речовини, тощо); стандартизує термін та умови її зберігання. Вперше розроблена та науково обґрунтована класифікація плазми для лабораторної діагностики *in vitro*, яка враховує цілу низку показників, зокрема, активність фактору згортання крові VIII, вміст загального білку, дані візуальної оцінки, та регламентує термін і умови зберігання.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ

Кіреєв І.В.¹, Рябова О.О.¹, Кашута В.Є.¹, Бакуменко М.Г.², Качанова О.О.²

¹ Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

² КНП «Міська студентська лікарня» ХМР, м. Харків, Україна

Проблема серцево-судинних захворювань в Україні є актуальною проблемою, що обумовлено високими показниками летальності, значним поширенням захворюваності, збільшенням кількості хворих молодого, працездатного віку, що призводить до зростання економічних витрат у вигляді тимчасової втрати працездатності, зниження активності й інвалідизації хворих. Значна увага на сьогоднішній день приділяється терапії та реабілітації хворих на гострий коронарний синдром (ГКС) як найпоширенішого та найтяжкого прояву ішемічної хвороби серця. ГКС – це клініко-електрокардіографічний симптомокомплекс, який розвивається при гострій невідповідності потреб міокарда у кисні та його доставки внаслідок тромботичної обструкції (до 95% випадків), або стійкого спазму (до 5% випадків) коронарної артерії. Для ГКС характерна наявність симптоматики, що дозволяє запідозрити розвиток у пацієнта або нестабільної стенокардії, або інфаркту міокарда, у поєднанні зі змінами на ЕКГ у вигляді підйому сегмента ST чи без підйому сегмента ST.

Основними цілями реабілітації хворих на ГКС є підвищення функціональної можливості, зменшення проявів ангінальних симптомів, збільшення фізичної активності, модифікація факторів ризику, покращення якості життя, покращення соціального функціонування, зменшення частоти госпіталізацій, зниження частоти повторних серцево-судинних подій, покращення виживання. Реабілітаційні заходи при ГКС проводяться у вигляді фізичної реабілітації, психологічної реабілітації та соціальної реабілітації. Велика увага приділяється питанням фізичної реабілітації. Регулярна фізична активність та навантажувальні тренування, що складають програму кардіореабілітації, позитивно впливають на різні фактори ризику: зростання фібринолітичної та зниження коагулянтної активності, протизапальні ефекти, покращення автономної функції, попередження та відновлення залежного від віку зниження ендотелій-залежної вазодилатації тощо. Користь від фізичного

тренування полягає у сповільненні прогресування коронарної хвороби серця. Протипоказаннями до проведення фізичної реабілітації є: нестабільна стенокардія; неконтрольована надшлуночкова та шлуночкова аритмія; неконтрольована серцева недостатність; високоступенева блокада без штучного водія ритму; тромбоемболія легеневої артерії та нещодавно перенесений тромбофлебіт; причини, не пов'язані з кардіальним захворюванням (ортопедичні та інші захворювання).

На сьогодні зберігається етапна реабілітація пацієнтів з ГКС, яка починається в стаціонарі, а потім продовжується на постстаціонарному етапі (амбулаторний чи санаторний). Фізичну активність хворих на ГКС у стаціонарі при неускладненому перебігу можна починати з наступного дня перебування. Після великого та/або ускладненого міокардіального ураження фізичну активність починають після клінічної стабілізації та поступово збільшують залежно від симптомів. При збереженій фізичній здатності без клінічних симптомів пацієнт може відновити звичайну фізичну активність тривалістю 30-60 хв. (швидка хода), доповнюючи збільшенням денної активності (такі як прискорення ходьби на роботі, у саду чи домашня робота); в інших випадках пацієнт може відновлювати фізичну активність на рівні 50% від максимальної фізичної здатності з поступовим зростанням. Фізична активність полягає у ходьбі, підйомі сходинок та їзді на велосипеді. При неускладненому Q-ІМ та після нестабільної стенокардії до виписки освоюється підйом на східчастий проліт в 22 сходинок та дистанційна ходьба на 1000 метрів за один етап. Активізація проводиться під контролем ЧСС, АТ та ЕКГ (реєстрація до і після дистанційної ходьби не рідше 1 разу на тиждень, а також до і після освоєння сходів). Допускається збільшення ЧСС на 20 ударів за хвилину в порівнянні зі спокоєм, але не більше ніж до 100-105 ударів за хвилину за абсолютним значенням. Підйом систолічного АТ не може перевищувати 20 мм рт.ст., а діастолічного 10 мм рт.ст., при зниженні вказаної величини в порівнянні зі станом спокою на 10 мм рт.ст. для систолічного АТ і 5 мм рт.ст. для діастолічного АТ. При цьому абсолютні величини АТ не повинні перевищувати 140/90 мм рт.ст.

Пацієнти, яким в гострому періоді проведена реваскуляризація міокарда за рахунок ангіопластики чи стентування, переважно входять до I групи (неускладнений перебіг). У випадках ускладненого перебігу інфаркту міокарда (II група) і захворювань, які призводять до тяжкого фізичного стану пацієнта, ті ж результати активізації досягаються пізніше, завдяки чому затримується розширення рухового режиму та підсилюється медикаментозне лікування. У частини пацієнтів (III група) не вдається досягти вказаного рівня активізації в стаціонарі. До кінця перебування в стаціонарі у пацієнтів II і III групи слід визначити рівень подальшого ризику перебігу захворювання. До реабілітації у санаторію пацієнтів з ГКС можна відправляти після нормального виконання 70%-го навантаження або після освоєння 1 км дистанції.

Таким чином, регулярна фізична активність та навантажувальні тренування є обов'язковою складовою реабілітаційної програми хворих на ГКС

та дають можливість значно покращити якість життя та соціальне функціонування пацієнтів.