



VALOAREA APLICATIVĂ A TESTULUI DE EFORT CARDIOPULMONAR DUPĂ PROCEDURILE DE REVASCULARIZARE MIOCARDICĂ.

Cazacu Janna, Disciplina Cardiologie, Departamentul Medicină Internă, USMF „Nicolae Testemițanu”

Introducere: Testul de efort cardiopulmonar (TECP) este un instrument util pentru aprecierea capacității funcționale după suportarea unor evenimente coronariene acute.

Cuvinte-cheie: test de efort cardiopulmonar, capacitate de efort, revascularizare miocardică.

Scop: evaluarea capacității de efort prin intermediul TECP la 3 luni după revascularizare miocardică prin by-pass coronarian (B/Pc) sau angioplastie coronariană percutană (PCI).

Materiale și metode: Studiu prospectiv care a inclus 114 pacienți (61,0±8,2ani, 89,4%-bărbați), divizați în funcție de tipul revascularizării miocardice suportate 3 luni în urmă: B/Pc (40,3%) sau PCI (59,7%). Ecocardiografia și TECP s-au efectuat tuturor subiecților.

Tabel 1. Performanța TECP la 3 luni după revascularizare miocardică prin B/Pc sau PCI.

Parametrii TECP	Post B/Pc	Post-PCI	p
Efortul fizic efectuat, W	104,5±35,5	112,2±34,5	
Frecvența cardiacă maximă atinsă raportată la cea maximă prezisă, %	67,8±9,4	72±10,6	<0,05
Consum de oxigen în repaus, ml/min	498,2±121,9	497±70,5	
Consum de oxigen de vârf, ml/min	1108,4±370	1280±351,0	<0,05
Pragul anaerob, %VO _{2max}	45,5±18	52,5±25,4	
Pulsul de oxigen, ml/bătaie	10,3±3,2	11,2±2,9	
Rata schimbului respirator	1,03±0,09	1,04±0,09	
Ventilația minut, l/min	43,2±14,9	47,0±14,9	
Rezerva respiratorie, %	54,3±14,5	46,1±19,7	<0,05
VE/VCO ₂	31,1±5,4	29,2±6,09	
PetCO ₂	34,7±5,1	36,7±5,2	
OUES	1809±479	2011,7±481	<0,05

Notă: B/Pc- by-pass coronarian, OUES- curba eficienței captării oxigenului, PCI- angioplastie percutană coronariană, PetCO₂ – presiunea end- inspiratorie a dioxidului de carbon, TECP- test de efort cardiopulmonar, VE/VCO₂ – curba ventilatie-producere de dioxid de carbon, VO_{2max}-consum maxim de oxigen, W – Watt.

Rezultate:

Frecvența cardiacă (FC) inițială a fost semnificativ mai mare la pacienții post-B/Pc. FC maximă atinsă în timpul efortului fizic a prevalat în grupul post-PCI, iar rezerva FC a fost semnificativ mai mică la bolnavii post-PCI. (Fig. 1.)

Consumul de oxigen de vârf (VO_{2p}), precum și VO_{2p} raportat la masa corporală și la efortul efectuat au fost semnificativ superioare la bolnavii post-PCI. (Fig.2.)

Curba eficienței captării oxigenului (OUES) a înregistrat valori superioare în grupul post-PCI. (Tabel 1.)

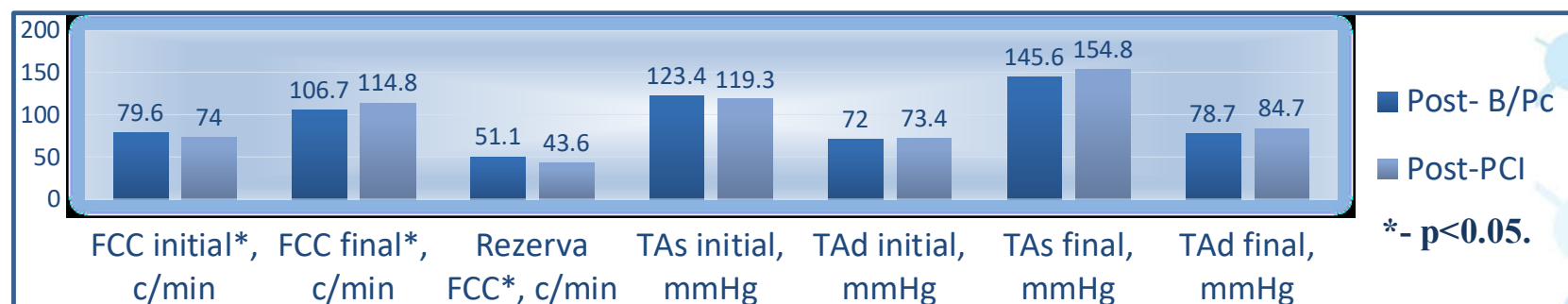


Fig. 1. Parametrii hemodinamici înregistrați în timpul TECP la 3 luni după revascularizare miocardică prin by-pass coronarian sau angioplastie coronariană percutană.

Notă: B/Pc- by-pass coronarian, FCC- frecvența contracțiilor cardiace, PCI- angioplastie percutană coronariană, TAd- tensiunea arterială diastolică, TAs- tensiunea arterială sistolică, TECP- test de efort cardiopulmonar.

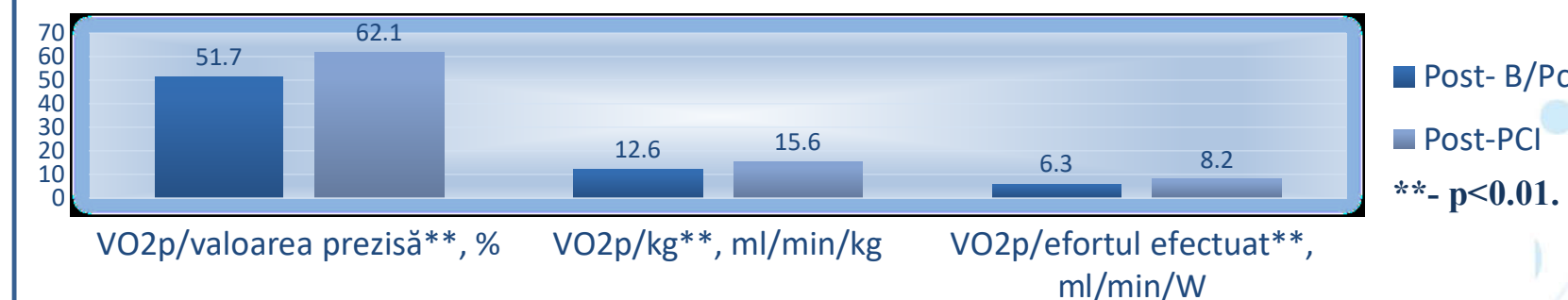


Fig. 2. Consumul de oxigen apreciat prin intermediul TECP la 3 luni după revascularizare miocardică prin by-pass coronarian sau angioplastie coronariană percutană.

Notă: B/Pc- by-pass coronarian, PCI- angioplastie percutană coronariană, TECP- test de efort cardiopulmonar, VO_{2p}- consum de oxigen de vârf, VO_{2p}/valoarea prezisă- procentajul VO_{2p} atins de către pacient în timpul TECP față de consumul de oxigen maxim prezis în funcție de vârstă, sex, masa corporală, VO_{2p}/kg- VO_{2p} raportat la masa corporală, VO_{2p}/efortul efectuat- VO_{2p} raportat la efortul fizic efectuat în timpul TECP.

Concluzii: Deși capacitatea de efort este similară la 3 luni după revascularizarea miocardică prin B/Pc sau PCI, VO_{2p}, VO₂/kg, VO₂/efortul efectuat și OUES sunt semnificativ mai mari la bolnavii post-PCI.