

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ РАНЕНИЙ СЕРДЦА

Масляков В.В.¹, Дадаев А.Я.², Хасиханов С.С.², Доржиев П.С.¹

¹НОУ ВПО «Саратовский филиал медицинского института «РЕАВИЗ»

²ФГБОУ ВПО «Чеченский государственный университет»

Проведено изучение отдаленного послеоперационного периода и качество жизни у 67 пациентов, оперированных по поводу ранений сердца в срок после операции от 1 года до 8 лет. В результате проведенных исследований установлено, что в отдаленном послеоперационном периоде, у пациентов, оперированных по поводу ранений сердца, осложнения развиваются в 60% наблюдений. Большинство осложнений связаны с развившимся спаечным процессом в грудной полости. В отдаленном послеоперационном периоде выполненная операция не влияет на физический компонент здоровья. При этом изменяется психологический компонент здоровья: отмечается утомляемость, отсутствие чувства внутренней энергии и снижение работоспособности, снижение социальной активности, обнаружены склонности к развитию депрессивных состояний.

Ключевые слова: ранения сердца, отдаленный послеоперационный период, качество жизни.

THE REMOTE RESULTS OF TREATMENT AND QUALITY OF LIFE OF THE PATIENTS OPERATED CONCERNING WOUNDS OF HEART

Maslyakov V.V.¹, Dadayev A.Y.², Hasikhanov S.S.², Dorzhiyev P.S.¹

¹Non-state educational institution of higher education Saratov branch «Medical institute «REAVIZ»

²Federal public budgetary educational institution of higher education «Chechen state university»

Studying of the remote postoperative period and quality of life at 67 patients operated concerning wounds of heart in time after operation from 1 year till 8 years is carried out. As a result of the conducted researches it is established that in the remote postoperative period, at the patients operated concerning wounds of heart, complication develop in 60% of supervision. The majority of complications are connected with развившимся adhesive process in a chest cavity. In the remote postoperative period the executed operation don't influence a physical component of health. Thus the psychological component of health changes: fatigue, absence of feeling of internal energy and decrease in working capacity, decrease in social activity is noted, tendencies to development of depressions are found.

Keywords: heart wounds, remote postoperative period, quality of life.

Введение. По литературным данным, ранения сердца при проникающих травмах грудной клетки составляют 10–19,5% [1; 4; 5]. При этом летальность достигает 50% [2; 6; 7]. Основными причинами летальных исходов являются массивная кровопотеря, острая тампонада сердца, обширные разрушения внутрисердечных структур [2]. Среди основных осложнений, отмеченных в ближайшем послеоперационном периоде у пострадавших с ранениями сердца, отмечают перикардит, посттравматический пульпит, плеврит, ишемию миокарда, нагноение послеоперационной раны [2; 8]. При лечении больных с ранениями сердца хирург вынужден решать не только диагностические, лечебные и реабилитационные задачи, но и давать оперированным рекомендации по режиму двигательной активности в быту и на производстве, что делает актуальной проблему изучения не только ближайших, но и отдаленных исходов у пациентов с ранением сердца.

Цель исследования – изучить отдаленные результаты лечения ранений сердца и качество жизни таких пациентов.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели проведено изучение отдаленного послеоперационного периода у 67 пациентов, оперированных по поводу ранений сердца, в срок после операции от 1 года до 8 лет с помощью специально разработанной анкеты. Кроме того, в отдаленном послеоперационном периоде проводили углубленное обследование, включавшее спирографию, флюорографию, рентгенографию, ЭКГ, УЗИ сердца и велоэргометрию.

Спирография осуществлялась на аппарате SpiroPro, ViasysJaeger (Германия), предназначенном для скрининговых обследований с целью выявления первичных признаков обструктивных и реструктивных заболеваний у взрослых и детей.

Флюорография и рентгеноскопия проводились на рентгеновском флюорографическом малодозном аппарате «Ренекс-флюоро» и стационарном рентгенодиагностическом комплексе Sireskop-CX.

Ультразвуковое обследование сердца проводилось на аппарате NemioToshibaSSA-550A. Данная система позволяет определить размеры и функцию сердца, аорты, а также состояние листков перикарда и наличие выпота.

Электрокардиография проводилась на аппарате Mac 5000 ST, обладающем возможностью записи и интерпретации ЭКГ покоя с использованием 12 стандартных и 3 дополнительных отведений.

Велоэргометрическое обследование проводилось с использованием велоэргометра Ergoline и компьютерной стресс-тест системы X-SCRIBE, обладающей возможностью постоянного компьютерного анализа уровня и наклона сегмента RS-T в процессе стресс-теста по всем 12 отведениям ЭКГ одновременно и постоянного автоматического анализа нарушений ритма сердца.

Качество жизни (КЖ) изучали с помощью русской версии опросника «The MOS 36-item Short-FormHervey». Опросник разработал John E. Ware в Институте здоровья США. Именно этот опросник использован в Международном проекте оценки КЖ, целью которого явились перевод и валидация опросника SF-36 для получения популярных норм КЖ для различных стран. Опросник состоит из 36 вопросов и включает 8 шкал. Ответы на вопросы выражены в баллах от 0 до 100. Большее количество баллов шкалы соответствует более высокому уровню КЖ.

Полученные в исследованиях данные подвергались статистической обработке на ПЭВМ с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0.473.0. Значимость различий двух совокупностей оценивали с использованием критериев Стьюдента-Фишера, χ^2 , Манна-Уитни. Различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. В результате проведенного исследования установлено, что из 67 пациентов не предъявляли ни каких жалоб и чувствовали себя удовлетворительно 46 (68,6%) пациентов, у 21 (31,3%) пациента выявлены различные жалобы, основные из которых – на сердцебиение при интенсивной физической нагрузке. 15 (22,3%) обследованных связывали сердцебиение с интенсивной физической нагрузкой, у 3 (4,4%) пациентов боли в области сердца возникали в покое, острые кратковременные боли в области сердца при интенсивной нагрузке с иррадиацией в левую руку и под левую лопатку ощущали 3 (4,4%) опрошенных. Помимо болей в сердце, жалобы на одышку смешанного характера, возникающую при интенсивной физической нагрузке, предъявляли 17 (25,3%) человек. Необходимо отметить, что все оперированные пациенты находились под наблюдением кардиолога поликлиники и получали соответствующую терапию.

При спирографическом обследовании у 53 (79,1%) обследованных выявлены умеренные изменения реструктивного типа, что может быть обусловлено развитием спаечного процесса в плевральной полости.

Развитие спаечного процесса подтверждается и рентгенологическим исследованием, при котором у всех обследованных выявлены послеоперационные плевро-легочные диафрагмальные спайки. Из общего количества обследованных у 10 (14,9%) человек выявлен диффузный пневмосклероз и уплотнение корней легких, еще у 8 (11,9%) пациентов – поднятие купола диафрагмы на одно ребро и смещение верхушки сердца в IV межреберье, а также облитерация левого синуса.

В результате проведения ультразвукового исследования нами выявлено, что у 57 (85,0%) обследованных отмечается уплотнение листков перикарда, свидетельствующее о наличии у них спаечного процесса между серозными поверхностями перикарда. Кроме того, у 13 (19,4%) человек была диастолическая сепарация листков перикарда до 2 мм и выпот до 50 мл. У 12 (17,9%) пациентов имелось расширение корня аорты с неспецифическими дегенеративными изменениями ее стенок, причем у 7 вплоть до развития аортальной недостаточности I степени. У 8 (11,9%) пациентов, раненных в левый желудочек, выявлены признаки гипертрофии левого желудочка и развитие диастолической дисфункции по релаксационному типу, пролапс митрального клапана I степени, митральная недостаточность II степени, незначительная дилатация левого предсердия. Еще у 9 (13,4%) пациентов с ранением правого желудочка обнаружена недостаточность трикуспидального клапана I степени.

При проведении электрокардиографического исследования у 23 (34,3%) пациентов выявили отклонение электрической оси сердца влево, у 18 обследованных это отклонение сочеталось с гипертрофией левого желудочка. Нарушения реполяризации выявлено у 16

(23,8%) обследованных, у 10 пациентов нарушения были обусловлены синдромом ранней реполяризации желудочков, у остальных 6 – изменения процессов реполяризации были обусловлены метаболическими нарушениями. Возникновение единичных экстрасистол выявлено у 9 (13,4%) пациентов.

Велоэргометрическое обследование проведено у 37 бывших пациентов. Следует отметить, что 2 из 37 пациентов проба с физической нагрузкой не проводилась из-за выраженной артериальной гипертензии (220 и 130 мм рт. ст.). Данное обследование проводилось методом дозированной ступенчато возрастающей непрерывной нагрузки в положении обследуемого сидя на велоэргометре с частотой педалирования 60 об/мин. Начальная ступень нагрузки составила 25 Вт, с увеличением на последующих ступенях до 50, 100 и 150 Вт до достижения у больного субмаксимальной частоты сердечных сокращений. У 3 (8,1%) пациентов проведение пробы было остановлено в связи с появлением общей слабости, головокружения, одышки, чувства нехватки воздуха и отказа обследуемых от дальнейшего проведения пробы. Высокую толерантность к физической нагрузке имели 19 (51,3%) человек (мощность нагрузки в момент ее прекращения была равна 150 Вт). 13 (35,1%) имели среднюю толерантность к физической нагрузке, которая была прекращена при мощности в 100 Вт из-за развития общей слабости, головокружения, одышки, чувства нехватки воздуха. В ходе проводимого исследования проводилась запись ЭКГ и измерение АД по Н.С. Короткову. У 19 (51,3%) обследованных была нормергическая реакция на нагрузку. У 9 (24,3%) гипертоническая, так как отмечался подъем артериального давления до 210 и 110 мм рт. ст. На высоте нагрузки в 150 Вт у 12 (32,4%) пациентов зафиксированы единичные желудочковые экстрасистолы. Косовосходящее смещение сегмента RS-T до 0,7 мм зарегистрировано у 5 (13,5%) обследованных. Восстановительный период у всех обследованных протекал без особенностей. В результате проведения велоэргометрии ни у одного пациента признаков ишемии не выявлено.

С целью определения КЖ пациентов, оперированных по поводу ранений сердца, нами изучены основные показатели КЖ у 30 пациентов в отдаленном послеоперационном периоде с помощью анкет (приложение 2). Изучались физические и психологические параметры КЖ группы сравнения 20 относительно здоровых добровольцев того же возраста и пола.

Показатели КЖ, иллюстрирующие физический компонент здоровья (показатели шкал ФФ, РФФ, Б и ОЗ), представлены на рис. 1.

Как видно из данных, представленных на рис. 1, полученные результаты в основной группе существенно не отличались от данных, полученных в группе сравнения. Все опрашиваемые хорошо переносили физические нагрузки, как тяжелые, так и умеренные, ни один из пациентов не утратил способности к самообслуживанию (шкала ФФ). Большинство

пациентов не испытывали затруднений в профессиональной или повседневной деятельности, поэтому им не пришлось сократить время, затрачиваемое на работу или выполнение домашних дел. Подобные затруднения возникли лишь у 4 (13,3%) пациентов (шкала РФФ). Физическая боль снижала КЖ у 14 (46,6%) пациентов. Наиболее часто пациенты предъявляли жалобы на головные боли, боли в области сердца.

Результаты оценки показателей КЖ, характеризующих психологические компоненты здоровья, представлены на рис. 2.

Как видно из данных на рис. 2 (показатели КЖ, характеризующие психологические компоненты здоровья), 18 (60%) пациентов предъявляли жалобы на быструю утомляемость, отсутствие чувства внутренней энергии и снижение работоспособности (шкала Ж). 12 (40%) отметили снижение социальной активности (шкала СФ). При изучении характеристик, иллюстрирующих эмоциональную сферу и психологическое здоровье этих пациентов, установлено, что они нарушены у 3 (10%) обследованных. У этих пациентов обнаружены склонности к развитию депрессивных состояний (шкалы РЭФ и ПЗ).

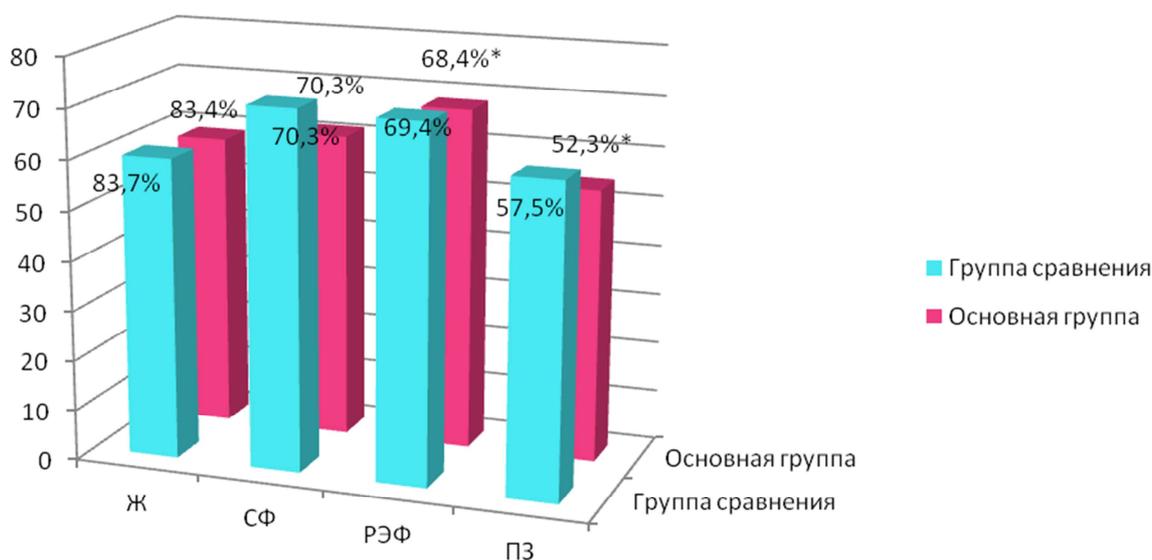


Рис. 1. Показатели КЖ, иллюстрирующие физический компонент здоровья

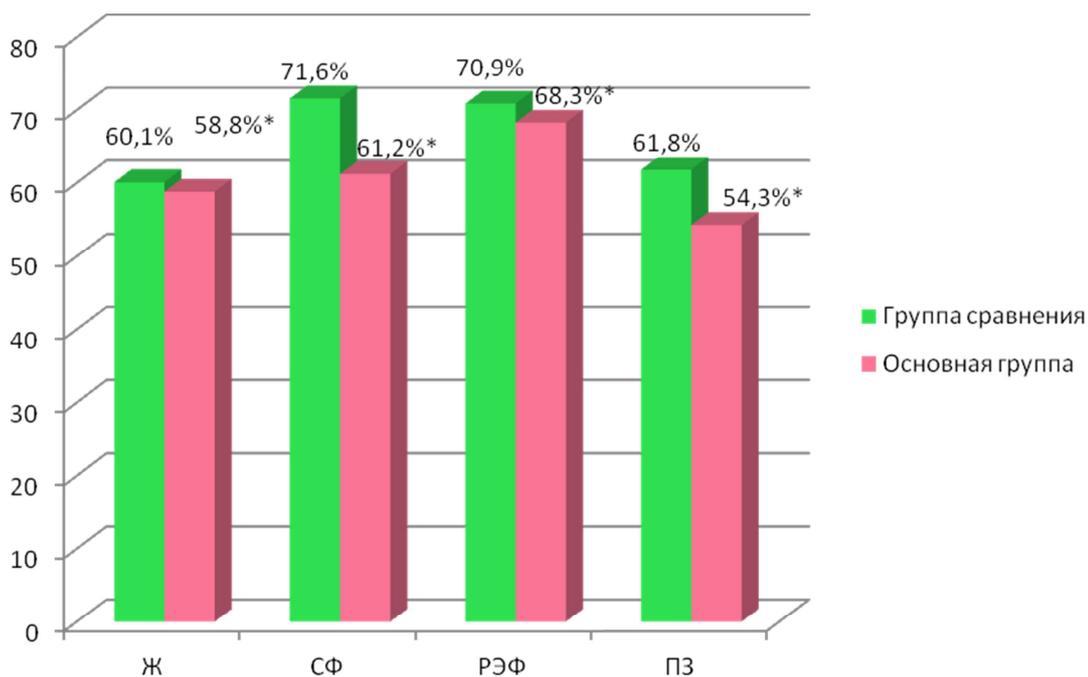


Рис. 2. Результаты оценки показателей КЖ, характеризующих психологические компоненты здоровья

Подводя итог исследованию, мы разделили отдаленные результаты операции на «отличные» – жалоб, связанных с операцией, нет, жизненная и трудовая деятельность без ограничений; «хорошие» – одна жалоба, связанная с операцией, жизненная и трудовая деятельность незначительно ограничена; «удовлетворительные» – до трех жалоб, связанных с операцией, ограничение трудовой и жизненной деятельности; «неудовлетворительные» – более трех жалоб, связанных с операцией одновременно, существенное ограничение трудовой и жизненной деятельности. Результаты показаны на рис. 3.



Рис. 3. Отдаленные результаты хирургического лечения ранений сердца

Из данных, представленных на рис. 3, видно, что в большинстве наблюдений 60% отдаленных результатов можно расценить как «отличные», 26,6% результатов можно расценить как «хорошие», «неудовлетворительные» результаты отмечены в 23,3% наблюдений и «хорошие» в 10% наблюдений.

Таким образом, проведенные исследования показывают, что операции, выполненные на сердце по поводу его ранений, существенно влияют на качество жизни оперированных пациентов в отдаленном послеоперационном периоде.

Выводы

1. В отдаленном послеоперационном периоде у пациентов, оперированных по поводу ранений сердца, осложнения развиваются в 60% наблюдений. Большинство осложнений связаны с развившимся спаечным процессом в грудной полости.

2. В отдаленном послеоперационном периоде выполненная операция не влияет на физический компонент здоровья. При этом изменяется психологический компонент здоровья: отмечается утомляемость, отсутствие чувства внутренней энергии и снижение работоспособности, снижение социальной активности, обнаружены склонности к развитию депрессивных состояний.

Список литературы

1. Джанилидзе Ю.Ю. Ранения сердца. – М., 1941.
2. Шапкин Ю.Г., Мухина В.М. Исходы хирургического лечения при ранениях сердца // *Анналы хирургии*. – 2008. - № 1. – С. 33–34.
3. Blake D.P., Gisbert V.L., Ney A.L. Survival after emergency department versus operating room thoracotomy for penetrating cardiac injuries // *Am. Surg.* - 1992. - Vol. 58. - № 6. - P. 329-332.
4. Bolton J.W., Bynoy R.P., Lazar H.L. Two-dimensional echocardiography in the evaluation of penetrating intrapericardial injuries // *Ann. Thorac. Surg.* - 1993. - Vol. 56. - № 3. - P. 506-509.
5. Corfitsen M.T., Petersen A.O., Jorgensen S.J. Transport time and early treatment-important factors in knife injuries // *Ugeskr. Laeger.* - 1990. - Vol. 30. - № 152 (31). - P. 2227-2229.
6. Cserhati G. Successful management of penetrating cardiac injuries // *Orv. Hetil.* - 1996. - Vol. 19. - № 137 (20). - P. 1089-1090.
7. Demetriades D. Late sequelae of penetrating cardiac injuries // *Br. J. Surg.* - 1990. - Vol. 77. - P. 813-814.
8. Deng M.C., Tjan T.D., Rocder N. et al. Perioperative notfalle und ihrebehandlungnachtsoperationen // *Intensiv. Und.Notfallbehandlung.* - 1998. - Vol. 23. - № 2. - P. 73-84.

Рецензенты:

Чалык Ю.В., д.м.н., профессор, профессор кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России», г. Саратов.

Капралов С.В., д.м.н., профессор, заведующий 1 хирургическим отделением МУЗ «Городская клиническая больница № 2 им. В.И. Разумовского», г. Саратов.