

УДК 616.12-001-082

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РАНЕНИЯМИ СЕРДЦА

В.В. Масляков, П.С. Доржиев,

НОУ ВПО «Медицинский институт «РЕАВИЗ», филиал, г. Саратов

Масляков Владимир Владимирович – e-mail: maslyakov@inbox.ru

Представлены результаты изучения отдаленного послеоперационного периода и качества жизни 30 пациентов, оперированных по поводу ранений сердца. 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: травма сердца, отдаленный послеоперационный период, качество жизни.

Results of studying of the remote postoperative period and quality of life of 30 patients operated concerning heart wounds are presented. 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 the developed 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.

Key words: injury of the heart, remote postoperative period, quality of life.

Актуальность

Проблема травмы сердца является одной из наиболее сложных и актуальных в современной хирургии. По литературным данным ранения сердца при проникающих травмах грудной клетки составляют большие цифры. Несмотря на общепризнанность высокого уровня летальности при повреждениях сердца расхождения в приводимых литературных данных значительны. Общая летальность при закрытой травме сердца колеблется от 4,6 до 90% [1], а при открытой травме от 8,0 до 81,3% [2, 3, 4, 5]. Основными причинами летальных исходов являются массивная кровопотеря, острая тампонада сердца, обширные разрушения внутрисердечных структур [5]. Среди основных осложнений, отмеченных в ближайшем послеоперационном периоде у пострадавших с ранениями сердца, отмечают перикардит, посттравматический плеврит, ишемию

миокарда, нагноение послеоперационной раны [4, 5]. 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.

Несмотря на достаточно большое количество публикаций, посвященных проблемам ранений сердца, многие вопросы остаются нерешенными. Это касается, в первую очередь, отдаленных результатов и изучения качества жизни таких пациентов.

Цель исследования: изучить отдаленные результаты лечения больных с ранениями сердца и качество жизни таких пациентов.

Материалы и методы

С целью изучения отдаленных результатов и определения влияния выбранной операции на качество жизни оперированных пациентов нами изучено течение отдаленного послеоперационного периода в сроки от 1 года до 8 лет у 30 пациентов, оперированных по поводу ранений сердца. Обследование пациентов проводилось в амбулаторных условиях с помощью специально разработанной анкеты, включающей в себя максимальное число жалоб, наиболее часто встречаемых у оперированных на этом органе (по данным, представленным в литературе и результатам собственных исследований). После тщательного заполнения предложенной анкеты пациенты осматривались врачом и расписывались в ней. Средний возраст обследованных составил 38 ± 2 года. Из 30 человек мужчин было 27, женщин – 3. Кроме того, в отдаленном послеоперационном периоде проводили углубленное обследование, включавшее спирографию, флюорографию, рентгенографию, ЭКГ, УЗИ сердца и велоэргометрию. Спирография осуществлялась на аппарате Spiro Pro, Viasys Jaeger (Германия), предназначенном для скрининговых обследований с целью выявления первичных признаков obstructивных и реструктивных заболеваний у взрослых и детей. Флюорография и рентгеноскопия проводились на рентгеновском флюорографическом малодозном аппарате «Ренекс-флюоро» и стационарном рентгенодиагностическом комплексе «Sireskor-CX». Ультразвуковое обследование сердца проводилось на аппарате Nemio Toshba SSA-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) – интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, которая является важной и в ряде случаев основным критерием, определяющим эффективность лечения во многих клинических исследованиях. Качество жизни (КЖ) изучали с помощью русской версии опросника «The MOS 36-item Short-Form Hervey». 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 соответствует более высокому уровню КЖ.

Шкала ФФ (Physical Functioning – PF) – физического функционирования – определяет возможность выполнения физических нагрузок: минимальной – возможность

самообслуживания (способность больного самостоятельно умыться, одеться. Максимальной – способность свободного выполнения всех видов физической активности (длительная ходьба, бег, занятия спортом) без ограничений.

Прямой критерий: чем выше показатель, тем большую физическую нагрузку, по мнению респондента, он может выполнить.

Шкала РФФ (Role-Physical – RP) – ролевого физического функционирования – определяет способность к исполнению типичной для специфического возраста, социальной принадлежности определенной деятельности (ходьба на работу, сама работа, ведение домашнего хозяйства).

Низкая физическая роль оценивается при возникновении проблем в работе или любой другой ежедневной привычной нагрузке из-за состояния здоровья. У лиц с высокой физической ролью проблем в выполнении ежедневной работы не возникает.

Обратный критерий: чем выше показатель, тем меньше, по мнению респондента, проблем со здоровьем ограничивают его повседневную деятельность.

Шкала Б (Bodily Pain – BP) – боли – выясняется значение физической боли, которая может ограничивать обычную активность больного. Локализация боли не имеет значения. Во внимание принимается как головная боль, так и зубная и боль любой локализации. Шкала боли предполагает возникновение очень сильного или продолжительного болевого синдрома, который не может не сказаться на качественной оценке жизни.

Другой крайний вариант оценки этой шкалы – полное отсутствие боли. Существуют также промежуточные состояния: непродолжительная боль, боль, не препятствующая выполнению привычных действий, боль, мешающая общению с друзьями, и т. д.

Обратный критерий: чем выше показатель, тем меньше, по мнению респондента, болевые ощущения вмешиваются в его повседневную деятельность.

Шкала ОЗ (General Health – GH) – общего здоровья – оценивает субъективное восприятие предшествующего и настоящего здоровья и позволяет определить его перспективы. Наименьшее значение шкалы соответствует либо оценке состояния здоровья как «плохого», либо указывает на возможность того, что состояние здоровья ухудшится. Максимальное значение шкалы соответствует личному убеждению пациента о прекрасном состоянии здоровья.

Прямой критерий: чем выше показатель, тем лучше воспринимает респондент свое здоровье в целом.

Шкала Ж (Vitality – VT) – жизнеспособности – оценивает ощущение внутренней энергии, отсутствие усталости, желание выполнять энергичные действия. Ее значения варьируют от минимального при ощущении утомляемости большую часть времени, чувства снижения работоспособности – до максимального при ощущении себя энергичным, жизнеспособным, полным сил в течение большей части времени.

Прямой критерий: чем больше показатель, тем выше респондент оценивает свой жизненный тонус, т. е. больше времени он ощущает себя бодрым и полным сил.

Шкала СФ (Social Functioning – SF) – социального функционирования – отражает способность развиваться,

полноценно общаться с родственниками, друзьями, семьей, возможность адекватного профессионального общения. По данной шкале можно определить как максимальное препятствие для нормальной социальной активности, обусловленное физическими или эмоциональными проблемами, так и максимальную социальную эффективность без физических и эмоциональных проблем.

Прямой критерий: чем выше показатель, тем выше респондент оценивает уровень своих социальных связей.

Шкала РЭФ (Role-Emotional – RE) – ролевого эмоционального функционирования – отражает эмоциональный статус больного, влияние эмоций на повседневные занятия, взаимоотношения с окружающими. Оценивается наличие или отсутствие затруднений, связанных с работой и другой привычной активностью в результате возникновения эмоциональных проблем.

Обратный критерий: чем выше показатель, тем меньше, по мнению респондента, его эмоциональное состояние вмешивается в повседневную деятельность.

Шкала ПЗ (Mental Health – MH) – психологического здоровья – отражает наличие невротизации, склонность к депрессивным состояниям, ощущение счастья, умиротворенности и душевного спокойствия.

Прямой критерий: чем выше показатель, тем лучше настроение респондента, т. е. он больше времени чувствует себя спокойным и умиротворенным.

Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи непараметрического метода U–критерия теста Mann-Whitney (пакет программ Statistica 6.0.).

Результаты и их обсуждение

В результате исследования установлено, что 30 обследованных пациентов субъективно хорошо чувствовали и не предъявляли никаких жалоб 12 (40%) человек, остальные 18 (60%) предъявляли различные жалобы, связанные с ранее перенесенной операцией. Повторные операции перенесли 3 (10%) обследованных, во всех наблюдениях повторные операции были связаны с гнойно-септическими осложнениями – остеомиелит ребра, причем в 1 наблюдении операции по поводу этого заболевания были выполнены 3 раза, вначале секвестроэктомии, а затем резекция ребра. У этого же пациента во время одной из повторной операции развилось послеоперационное осложнение – пневмония. Развитие гнойно-септических осложнений в отдаленном послеоперационном периоде не носили массового характера и, возможно, были связаны с индивидуальными особенностями иммунной системы данного пациента. Самой распространенной жалобой, выявленной в этой группе обследованных, были боли в области сердца без видимой причины, которые выявлены у 18 (60%) пациентов. Этиологически эти боли могут быть проявлением спаечного процесса в грудной клетке после оперативного вмешательства. Одышку после небольшой физической нагрузки выявили у 7 (23,3%) обследованных. Развитие данного осложнения может быть связано со спаечным процессом органов грудной клетки. Вегетососудистые нарушения, проявляющиеся головной болью, головокружением, были выявлены у 4 (13,3%) обследованных, развитие этого осложнения может быть связано с сопутствующей травмой головы после сочетанной травмы. Из 18 пациентов, у которых были выявлены различные

жалобы, количество жалоб распределилось следующим образом: 1–2 жалобы – 3 человека; 2–4 жалобы – 8 человек, более 4 жалоб – 7 человек.

С целью подтверждения ранее высказанного предположения о наличии спаечного процесса в грудной полости и влияния его на течение отдаленного послеоперационного периода, а также состояния сердца и перикарда нами проведено инструментальное обследование пациентов этой группы. При спирографическом обследовании у 24 (80%) 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-лечные-диффогмальные спайки. Из общего количества обследованных у 10 (33,3%) человек выявлен диффузный пневмосклероз и уплотнение корней легких, еще у 8 (26,6%) 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 26 (86,6%) обследованных отмечается уплотнение листков перикарда, свидетельствующее о наличии у них спаечного процесса между серозными поверхностями перикарда. Кроме того, у 3 (10%) человек была диастолическая сепарация листков перикарда до 2 мм и выпот до 50 мл. У 2 (6,6%) пациентов имелось расширение корня аорты с неспецифическими дегенеративными изменениями ее стенок, причем вплоть до развития аортальной недостаточности I степени. У 8 (26,6%) пациентов, раненых 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 2 (6,6%) пациентов с ранением правого желудочка обнаружена недостаточность трикуспидального клапана I степени. При проведении электрокардиографического исследования у 10 (33,3%) пациентов выявили отклонение электрической оси сердца влево, у 18 обследованных это отклонение сочеталось с гипертрофией левого желудочка. Нарушения реполяризации выявлены у 6 (20%) обследованных: у 4 пациентов нарушения были обусловлены синдромом ранней реполяризации желудочков, у 2 – метоболическими нарушениями. Возникновение единичных экстрасистол выявлено у 3 (10%) пациентов. Велоэргометрическое обследование проведено у 17 бывших пациентов. Следует отметить, что двоих из 17 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 (17,6%) 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 12 (35,2%) человек (мощность нагрузки в момент ее прекращения была равна 150 Вт). 5 (29,4%) 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 9 (52,9%) обследованных была нормэргическая реакция на нагрузку, у 8 (47%) – 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 (29,4%) обследованных. Восстано-вительный 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. Изучались физические и психологические параметры КЖ, группу сравнения составили 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.

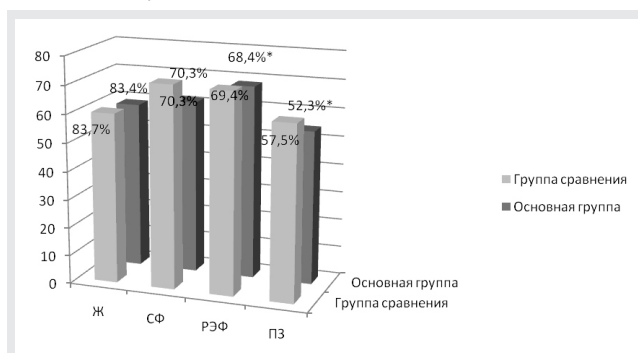


РИС. 1.
Показатели КЖ, иллюстрирующие физический компонент здоровья.

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 сокращать 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.

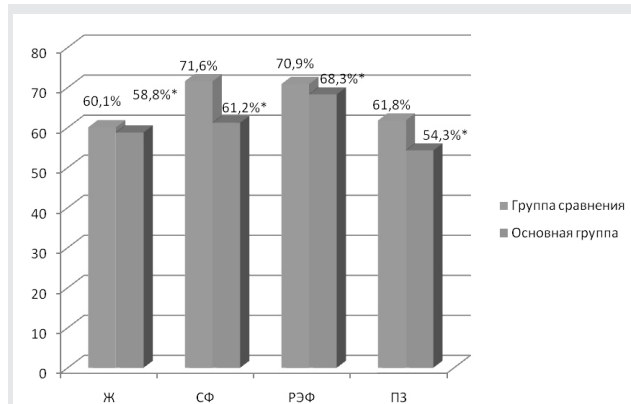


РИС. 2.
Результаты оценки показателей КЖ, характеризующих психологические компоненты здоровья.

Из рис. 2 следует, что 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 таких пациентов обнаружена склонность к развитию депрессивных состояний (шкалы РЭФ и ПЗ).

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. Такие результаты показаны на рис. 3.

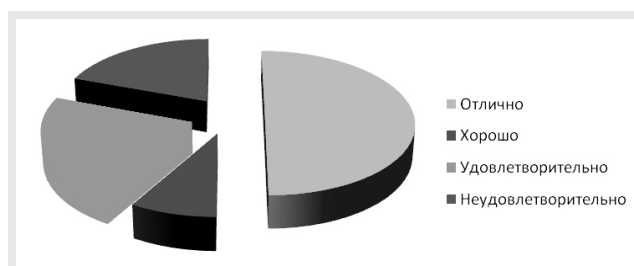


РИС. 3.
Отдаленные результаты хирургического лечения ранений сердца.

Из данных, представленных на рис. 3, видно, что в большинстве наблюдений (60%) отдаленные результаты можно расценить как «отличные», в 26,6% результаты можно расценить как «хорошие», «удовлетворительные» результаты отмечены в 23,3% наблюдений и «неудовлетворительные» 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: отмечается утомляемость, отсутствие чувства внутренней энергии и снижение работоспособности, снижение социальной активности, обнаружены склонности к развитию депрессивных состояний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воскресенский О.В., Жестков К.Г., Абакумов М.М. и др. Видеоторокоскопия в лечении пострадавших с проникающими ранениями груди. Хирургия. 2006. № 1. С. 22-28.
2. Сотниченко Б.А., Иорданова А.С., Лемешко И.К. и др. Открытые повреждения груди мирного времени. Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 1999. № 3. С. 11-14.
3. Вагнер Е.А., Субботин В.М., Брунс В.А. и др. Повреждения сердца при изолированных и сочетанных ранениях. Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. 1990. № 9. С. 84-87.
4. Подкаменный В.А. Ближайшие и отдаленные результаты лечения колото-резаных ранений сердца и перикарда: Автореф. ...канд. мед. наук. Иркутск. 1989. 24 с.
5. Шапкин Ю.Г., Мухина В.М. Исходы хирургического лечения при ранениях сердца. Анналы хирургии. 2008. № 1. С. 33-34.

