

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

Кассирский Г. И.

Институт кардиохирургии им. В. И. Бураковского НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, Москва

Актуальность проблемы реабилитации больных после хирургического лечения врожденных пороков сердца определяется постоянно возрастающим числом операций. Так, по данным Л. А. Бокерия и Р.Г. Гудковой [1] в 1999 г. в нашей стране произведено более 6000 операций при врожденных пороках сердца, из них более 3000 с искусственным кровообращением. Число больных, нуждающихся в хирургическом лечении, значительно больше. Социальная значимость проблемы определяется тем фактом, что причиной инвалидности у 26 тысяч детей до 15 лет включительно в 1998 г. были врожденные пороки сердца.

За последние три десятилетия проведенные исследования позволили накопить значительный опыт по различным аспектам реабилитации больных после хирургической коррекции приобретенных пороков сердца на санаторном и поликлиническом этапах реабилитации, а также разработать ряд принципиальных методических подходов при исследовании кардиохирургических больных с целью обоснования программы реабилитации и контроля за её эффективностью [4].

Что касается реабилитации больных, оперированных по поводу врожденного порока сердца, то в отношении исследований по этой проблеме и практической реализации имеется существенное отставание. Каковы причины его? Их несколько. Прежде всего, надо учитывать, что в подавляющем большинстве случаев речь идет об операциях у детей. В социально-экономическом плане это как бы снижает «сиюминутную» значимость проблемы, хотя общество должно учитывать отдаленные последствия отсутствия системы реабилитации этого контингента (будущие трудовые резервы). Весьма существенным обстоятельством является и то, что взрослый человек осознанно определяет свое отношение к необходимости реабилитации, у детей же это решение зависит от родителей и педагогов, от их понимания значения реабилитации, желания и возможности ее проведения. Следует оговориться, что реализация программы реабилитации в её полном объеме возможна лишь при понимании ребенком указаний врача во время выполнения велоэргометрической пробы и занятий лечебной гимнастикой (обычно, начиная с возраста 7-8 лет). Что касается организационной стороны реабилитации детей, оперированных по поводу врожденных пороков сердца, то на сегодня не существует регламентированной системы санаторного и поликлинического этапа. Педиатрическая служба страны не участвует в решении этих вопросов. Лишь в некоторых детских кардиоревматологических санаториях осуществляются отдельные реабилитационные мероприятия.

Рассмотрим прежде всего медицинский аспект реабилитации оперированных больных. При этом целесооб-

разно выделить две группы. I группа: больные после хирургической коррекции «бледных» неосложненных пороков сердца (открытый артериальный проток, дефекты межпредсердной и межжелудочковой перегородки, неполная форма атриовентрикулярной коммуникации, изолированный стеноз легочной артерии). У большинства больных этой группы нет выраженных признаков недостаточности кровообращения. II группа: больные после хирургической коррекции «синих» (цианотических) пороков сердца, сложных врожденных пороков сердца (тетрада Фалло, аномалия Эбштейна, атрезия трикуспидального клапана, транспозиция крупных сосудов, атрезия легочной артерии и др.), а также пороков, осложненных легочной гипертензией. У больных этой группы имеются признаки недостаточности кровообращения.

Пациенты I группы после хирургической коррекции порока практически не нуждаются в каких-либо специальных медицинских мерах. При этом имеется в виду именно реабилитационная направленность, так как в ближайшем послеоперационном периоде могут иметь место некоторые особенности течения, требующие соответствующего лечения. В этом периоде, а также в последующем действует общее правило: наличие осложнений является препятствием для проведения программы реабилитации. Она может проводиться только после ликвидации этих осложнений.

Больные II группы нуждаются в лечении недостаточности кровообращения, которое осуществляется по общетерапевтическим принципам на стационарном и санаторном этапах и в последующем на поликлиническом этапе в виде поддерживающей или профилактической терапии. Причинами сохраняющейся недостаточности кровообращения являются изменения в миокарде: дистрофические, кардиосклеротические, гипертрофия. При ряде сложных пороков невозможна полная анатомическая коррекция. Так, например, при атрезии трикуспидального клапана выполняется операция Фонтена - гемодинамическая коррекция, при которой выключается из функции правый желудочек или даже все правое сердце. Такие больные нуждаются в кардиальной терапии.

Важнейшим аспектом реабилитации больных после операции при врожденном пороке сердца является физический аспект. Прежде всего, следует остановиться на методике исследования пациентов для установления их физической работоспособности и реакции сердечно-сосудистой системы на дозированную нагрузку, что лежит в основе определения программы физической реабилитации и оценки её эффективности. Оптимальной следует признать велоэргометрическую пробу, которую на распространенных моделях велоэргометров можно прово-

дить детям, начиная с возраста 7-8 лет (рост 130-140 см). Принципы проведения пробы у кардиохирургических больных были изложены нами ранее [4]. Особенностью пробы для детей является определение уровня субмаксимума. Наш опыт позволяет считать приемлемым и безопасным уровнем для больных в раннем периоде после операции (до 1-3 мес., с учетом состояния) частоту сердечных сокращений (ЧСС) 150 в 1 мин (PWC 150), а в отдаленные сроки после операции - ЧСС 170 в 1 мин (PWC 170). Не останавливаясь на других изложенных нами ранее критериях оценки пробы, отметим, что особое значение мы придаем исследованию гемодинамической реакции на нагрузку, определяемой нами неинвазивным методом тетраполярной грудной импедансметрии с помощью автоматизированной компьютерной системы «Импекард». При этом получаемые нами показатели насосной и сократительной функции сердца в покое и на ступенях нагрузки (ЧСС, УИ, СИ, УПСС и ДНЛЖ) оцениваются по своим абсолютным величинам (в сравнении с нормами, полученными у здоровых детей) и по их динамике. Последняя позволяет выявить важный показатель - уровень миокардиального резерва (нагрузка, при которой прекращается рост сердечного выброса). Интегральным показателем является физическая работоспособность на субмаксимальном или пороговом уровне, которая у здоровых детей составляет 2,0-2,5 Вт. кг. Все эти данные позволяют обосновать уровень тренировочной нагрузки. При этом мы используем алгоритм, изложенный нами в соответствующей работе [3]. Принцип заключается в том, что тренирующая нагрузка устанавливается на одну ступень ниже пороговой или субмаксимальной нагрузки с учетом показателей сердечного выброса и сократимости миокарда. Объем статьи не позволяет нам останавливаться на методах физической реабилитации, в основе которой лежит лечебная гимнастика, спортивные игры и занятия физкультурой в школе.

В качестве примера эффективности реабилитации приведем данные исследований, проведенных нашей сотрудницей Т.Н. Татариновой, у больных после радикальной коррекции тетрады Фалло. 62 из них прошли 2-х годичную реабилитацию (основная группа) и 20 больных не проходили реабилитацию (контрольная группа) и обследовались также через 2 года после операции. Физическая работоспособность - этот важный интегральный показатель велоэргометрической пробы в основной группе был: 2,0 Вт.кг (100% от уровня здоровых) у 48% пациентов; 1,5 Вт.кг (75% от уровня здоровых) у 52% пациентов. В контрольной группе эти данные были существенно хуже: 2,0 Вт.кг - лишь у 25% пациентов, 1,5 Вт.кг - у 75% пациентов. Не останавливаясь на конкретных показателях насосной и сократительной функции сердца при велоэргометрической пробе (УИ, СИ, миокардиальный резерв и индекс сократимости), отметим, что гемодинамическое обеспечение физической нагрузки, особенно высокого уровня - 2,0 Вт.кг было более адекватным в реабилитационной группе.

Большое значение в программе реабилитации больных после хирургического лечения врожденных пороков

сердца имеет психологический аспект. Он находится в стадии научной и практической разработки и нуждается в отдельном рассмотрении. Имеющийся у нас опыт позволяет выделить основные моменты. К ним относятся: изучение познавательной деятельности и эмоционально-личностной сферы, влияния соматического состояния на формирование психических особенностей, определение социальной адаптации-дезадаптации, роли семейных и детско-родительских отношений в формировании психологического статуса, разработка методики психодиагностики и поиск основных направлений психокоррекционной работы.

Исследованиями, проведенными Т. Г. Горячевой с соав. [2,5] было установлено: что пациенты, оперированные по поводу врожденных пороков сердца, отличаются рядом особенностей, обусловленных как самим пороком, так и пред- и послеоперационным состоянием. Изменения в сфере познавательной деятельности характеризуются нарушением памяти и внимания, инертностью, трудностью переключения, повышенной истощаемостью. В эмоциональной сфере: незрелостью, инфантильностью, неуверенностью в своих силах, несамостоятельностью и неадекватной самооценкой. Большое значение в процессе реабилитации имеют детско-родительские отношения, которые должны быть направлены на формирование адекватного отношения к состоянию ребенка, поддержки его активности и преодолению неблагоприятных последствий болезни. Все это способствует полноценной социальной адаптации. Особо следует подчеркнуть тот факт, что, чем раньше проведено хирургическое лечение, тем меньше психология ребенка отличается от психологии здоровых сверстников.

У оперированных детей не стоит вопрос о трудовой реабилитации и экспертизе трудоспособности. Его решение в последующем должно проводиться не только с учетом характера проведенной операции, её результата по данным клинко-инструментального исследования, но и на основе показателей велоэргометрической пробы, позволяющей наиболее точно решить вопрос о трудовой нагрузке. В период реабилитации, как показали наши данные, подавляющее большинство оперированных детей имеют инвалидность, которая определяется не в соответствии с их состоянием, а вследствие современных социально-экономических условий в нашей стране (материальные пособия, льготы на медикаменты и пр.). На сохранении инвалидности, в частности, настаивают, как правило, родители ребенка.

В заключение мы хотели бы подчеркнуть, что проблема реабилитации больных после хирургического лечения врожденных пороков сердца, учитывая большое число таких пациентов и постоянный рост операций в связи с существующей потребностью в них, имеет важное социальное и гуманное значение. Необходимы определенные организационные меры и дальнейшее научное изучение медицинского, физического и психологического аспектов реабилитации, обоснование и разработка реабилитационных программ, их практическая реализация.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Бокерия Л. А., Гудкова Р. Г. Здоровье населения Российской Федерации и хирургическое лечение болезней сердца и сосудов в 1999 г/М.- Издательство НЦССХ им. А. Н. Бакулева.- 2000.- с.30.
2. Горячева Т. Г., Трофимчук О. Н., Чернова М.П. Психологические особенности и социально-психологическая адаптация больных, перенесших кардиохирургическую операцию в раннем возрасте// Кардиология. - 1994. - № 6. - с. 134-156.
3. Кассирский Г. И., Грошева Т. В. Определение уровня тренировочной нагрузки у больных после протезирования аортального клапана с учетом показателей насосной и сократительной функции сердца// Кардиология. - 1996. -№7. - с. 57-60.
4. Кассирский Г. И., Дегтярева Е. А., Грошева Т. В., Горячева Т. Г. Реабилитация больных после хирургической коррекции приобретенных пороков сердца// М. -1998.
5. Султанова А. С., Васина А. Н., Горячева Т. Г., Кокшенев И. В., Амиркулов Б. Д. Социальная адаптация детей, перенесших хирургическую коррекцию врожденного порока сердца синего типа// Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. -1997. -№2.- с. 155-156.

Поступила 13.11.2000

* * *