

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО І СТАРЕЧОГО ВІКУ З ПРИВОДУ УРАЖЕННЯ КЛАПАНІВ СЕРЦЯ

А. В. Судус

Івано—Франківський національний медичний університет,
Клінічний лікувально—діагностичний центр "Сімедгруп", м. Івано—Франківськ

SURGICAL TREATMENT OF ELDERLY AND SENILE PATIENTS FOR AFFECTION OF CARDIAC VALVES

A. V. Sudus

Найбільш частою причиною захворюваності і смертності населення є серцево—судинні захворювання. ІХС є найбільш поширеним захворюванням серця в Україні [1, 2].

На тлі прогресуючого старіння населення ураження клапанів серця є важливою проблемою, особливо у хворих похилого і старечого віку. Найбільш ефективним методом лікування тяжких форм ураження клапанів серця є хірургічна корекція розладів внутрішньосерцевої гемодинаміки [3].

Проте, у пацієнтів старечого віку хірургічне лікування складне через наявність численних супутніх захворювань [4].

У теперішній час в кардіохірургічних клініках України спеціалізовану допомогу надають значній кількості пацієнтів похилого і старечого віку.

Правильна оцінка загального стану хворого і адекватна підготовка до операції, а також постійне вдосконалення технічних прийомів зумовлюють досягнення хороших безпосередніх і віддалених результатів хірургічного лікування [5]. Бездоганна хірургічна техніка, гемостаз, захист міокарда, адекватна анестезіологічна підтримка — основні вимоги до кардіохірургічних втручань у пацієнтів похилого і старечого віку [6].

Мета роботи: оцінити особливості виконання та безпосередні результати хірургічного лікування ураження клапанів серця у пацієнтів віком старше 70 років.

Реферат

На базі клінічного лікувально—діагностичного центру "Сімедгруп" Івано—Франківського національного медичного університету у 2012 — 2015 рр. у 188 хворих виконані операції на відкритому серці, з них у 62 (32,9%) — протезування клапанів. Показаннями до виконання оперативного втручання вважали гемодинамічно значущі вади мітрального клапана (МК) та/або клапана аорти (КА). За супутньої ішемічної хвороби серця (ІХС) здійснювали поєднане хірургічне втручання — протезування клапана та коронарне шунтування. Пацієнтам похилого і старечого віку потрібна більш тривала реабілітація.

Ключові слова: протезування клапанів серця; похилий і старечий вік.

Abstract

Operations on the open heart, of them in 62 (32.9%) — the valves prosthesis, were conducted on the base of Clinical Treatment—Diagnosis Centre "Simedgroup" of Ivano—Frankivskiy National Medical University in 2012 — 2015 yrs in 188 patients. Hemodynamically significant failures of a mitral valve and/or the aortal valve were considered as indications for the operative treatment conduction. Combined surgical treatment — the valve prosthesis and coronary shunting — were conducted in coincident ischemic heart disease. More durable rehabilitation is needed for elderly and senile patients.

Key words: cardiac valves prosthesis; elderly and senile age.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Операції на серці в умовах штучного кровообігу в Івано—Франківській області започатковані на базі клінічного лікувально—діагностичного центру "Сімедгруп" Івано—Франківського національного медичного університету у червні 2012 р. За цей період оперовані 188 хворих, з них 62 (32,9%) — здійснене протезування клапанів серця.

Хворих віком старше 70 було 17 (27,4%) — основна група. В групу порівняння включені 45 (72,6%) хворих віком від 29 до 69 років. Порівняльна характеристика хворих представлена у *табл. 1*.

З супутніх захворювань в основній групі поліморбідність встановлена у 10 (58,8%) пацієнтів

(гіпертонічна хвороба, коронарний атеросклероз, атеросклероз сонних артерій, хронічні обструктивні захворювання легень — ХОЗЛ та ін.); коморбідність — у 6 (35,3%), в 1 (5,9%) пацієнта основної групи супутні захворювання не виявлені.

Структура супутніх захворювань у пацієнтів основної групи представлена у *табл. 2*.

Показаннями до виконання оперативного втручання — ізольованого протезування клапанів — у хворих обох груп вважали гемодинамічно значущі вади МК та/або КА відповідно до загальноприйнятих рекомендацій [8]. За супутньої ІХС проводили поєднане хірургічне втручання — протезування клапана та коронарне шунтування. Показаннями до оперативного втручання

при ІХС були: стеноз стовбура лівої вінцевої артерії (ЛВА) понад 50%, ураження кількох вінцевих артерій та проксимальних відділів передньої міжшлуночкової артерії (ПМША) понад 75% [9].

За наявності хронічної аневризми висхідної частини аорти та гемодинамічно значущої вади КА здійснивали протезування клапана та висхідної частини аорти, а також реімплантацію вічок вінцевих артерій — операцію Бенгала.

Всі оперативні втручання виконували в умовах комбінованої (тотальної інтравенозної та інгаляційної) анестезії з штучною вентиляцією легень, штучного кровообігу та помірної гіпотермії (28 — 30°C). Для захисту міокарда під час основного етапу операції використовували кров'яну холодову гіперкалієву кардіоплегію через кожні 20 — 25 хв. В усіх хворих встановлені штучні механічні протези різних фірм—виробників (Saint Jude, ATS, On—x) відповідних розмірів. Під час поєднаних операцій для шунтування ПМША використовували ліву внутрішню грудну артерію, інших вінцевих артерій — велику підшкірну вену ноги.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Проаналізовано структуру оперативних втручань у хворих обох груп (табл. 3). У хворих основної групи переважали вади КА неревматичного генезу, а саме дегенеративні, вікові зміни стулок, часто з вираженим фіброзом та масивним кальцинозом, значний стеноз. Протезування КА здійснене у 16 (94,1%) хворих віком старше 70 років. У 6 (35,3%) пацієнтів виявлені супутні захворювання, що потребувало розширення обсягу оперативного втручання — протезування клапанів та коронарного шунтування.

В групі порівняння співвідношення вад КА та МК, які потребували хірургічної корекції, було іншим. У 23 (51,1%) хворих виявили ізольовану ваду КА, у 18 (40%) — МК. Поєднання ураження клапанів з ІХС відзначене у 7 (15,5%) хворих, тобто вдвічі рідше, ніж в основній групі.

Таблиця 1. Порівняльна характеристика груп хворих

Показник	Величина показника в групах	
	порівняння (n=45)	основній (n=17)
Вік, років ($\bar{x} \pm m$)	54,8 ± 10,1	73,7 ± 3,1
Стать ч/ж	22/23	10/7
Оцінка ризику втручання за шкалою STS*, балів	1,26	2,06
Фракція викиду ЛШ до операції, % ($\bar{x} \pm m$)	52,3 ± 5,4	53,1 ± 5,5
Набуті вади клапанів серця		
ревматичного генезу	17	—
неревматичного генезу	28	16
внаслідок інфекційного ендокардиту	9	1
<i>Примітка.</i>	Шкала STS — європейська шкала оцінки інтраопераційного та раннього (30 діб) післяопераційного ризику хворих [7].	

Таблиця 2. Структура супутніх захворювань у хворих основної групи

Захворювання	Кількість хворих	
	абс.	%
Поліморбідність (гіпертонічна хвороба, атеросклероз сонних артерій, ХОЗЛ)	10	58,8
Коморбідність	6	35,3
гіпертонічна хвороба III стадії	2	11,7
стенозуючий атеросклероз артерій плечо-головного стовбура	2	11,7
хронічна хвороба нирок з хронічною нирковою недостатністю	1	5,9
ХОЗЛ	1	5,9

Таблиця 3. Порівняльна характеристика оперативних втручань в групах хворих

Показник	Кількість спостережень в групах			
	порівняння		основній	
	абс.	%	абс.	%
Протезування КА	19	42,2	9	52,9
Протезування МК	16	35,6		
Протезування обох клапанів	2	4,4	1	5,9
Протезування КА та коронарне шунтування	4	8,9	5	29,4
Протезування МК та коронарне шунтування	2	4,4	1	5,9
Протезування обох клапанів та коронарне шунтування	1	2,2	—	—
Протезування КА та висхідної частини аорти	1	2,2	1	5,9

У хворих групи порівняння віком до 70 років часто причиною вади клапанів серця, особливо МК, був ревматизм — у 17 (37,8%) хворих, у 9 (20,0%) — інфекційний ендокардит, в основній групі — в 1 (5,9%) хворого.

Тривалість штучного кровообігу в основній групі становила 147 хв, в групі порівняння — 131 хв. У пацієнтів віком старше 70 років намагалися проводити більш ретельний гемостаз та надійне зашивання груднини з метою уникнення ранніх післяопераційних ускладнень, зокрема, кровотечі та нестабільності

груднини, що значно складніше коригувати у таких хворих.

В ранньому періоді після операції значну увагу приділяли постійному моніторингу показників центральної гемодинаміки, водного балансу, газового складу і кислотно—основного стану венозної та артеріальної крові, біохімічних та загальноклінічних показників. Важливе значення для післяопераційної реабілітації мали рання активізація хворого, дозована ходьба, дихальна гімнастика, дренальний масаж грудної клітки, які розпочинали на 2 — 3—тю добу після операції.

Після операції ускладнення виникли у 3 (17,6%) хворих основної групи: нагноєння рани (в 1), нестабільність груднини (в 1), гостра нирково—печінкова недостатність (в 1). У групі порівняння післяопераційних ускладнень не було.

В основній групі в госпітальному періоді помер 1 (5,9%) хворий, віком 81 рік, оперований повторно після операції мамарокоронарного шунтування — встановлений шунт (ЛВА до ПМША) на працюючому серці з приводу ІХС. Через 5 міс у пацієнта після лікування у стоматолога з'явилася лихоманка. Після обстеження встановлений діагноз: вторинний інфекційний ендокардит з ураженням КА, вегетації на клапані, значна недостатність КА, септицемія. Хворому призначено оперативне лікування за життєвими показаннями з

вкрай високим передопераційним ризиком (за шкалою STS 40,5 бала). Виконане оперативне втручання — санація камер серця, протезування КА в умовах штучного кровообігу. Хворий помер у першу добу після операції від прогресуючої серцевої та ниркової недостатності. У групі порівняння всі пацієнти живі.

Тривалість лікування у стаціонарі хворих основної групи становила у середньому ($10,1 \pm 4,8$) дня, у хворих групи порівняння — ($8,5 \pm 2,5$) дня. Пацієнтам похилого і старечого віку потрібна більш тривала реабілітація. Всі хворі продовжили реабілітацію в Обласному кардіологічному диспансері.

ВИСНОВКИ

1. Похилий і старечий вік не є протипоказанням до протезування клапанів серця, оскільки довготривала користь та покращення якості життя переважають ризик операції.

2. Зважаючи на високу потребу населення в кардіохірургічній допомозі, особливо пацієнтів похилого і старечого віку, слід приділяти максимальну увагу комплексному лікуванню та передопераційній підготовці хворих, ретельному, чіткому (за протоколом) веденню їх в ранньому та пізньому післяопераційному періоді, якісній реабілітації, швидкій активізації та поверненню до соціальної активності.

ЛІТЕРАТУРА

1. Державна служба статистики України. Охорона здоров'я. Захворюваність населення (1990 — 2011) [Електронний ресурс]. — 2012. — Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/> — назва з титул. екрану.
2. Устинов А. В. Кардиохирургия и интервенционная кардиология: проблемы и перспективы развития / А.В.Устинов // Укр. мед. часопис. — 2012. — № 1(87). — С. 8 — 10.
3. Хирургическое лечение приобретенных пороков сердца у больных пожилого возраста / Б. М. Тодуров, Г. И. Ковтун, С. А. Шелудько [та ін.] // Вісн. серцево—судин. хірургії. — 2014. — Вип. 22. — С. 346 — 350 с.
4. Late outcomes of open heart surgery in patients 70 years or older / J. H. Khan, S. Magnetti, E. Davis [et al.] // Ann. Thorac. Surg. — 2000. — Vol. 69. — P. 165 — 170.
5. Burden of valvular heart diseases: a population—based study / V. T. Nkomo, J. M. Gardin, T. N. Skelton [et al.] // Lancet. — 2006. — Vol. 368. — P. 1005 — 1011.
6. Cardiac surgery in elderly patients / R. Rafael, T. Asuncin, G. Pilar, R. Aida // Rev. Esp. Cardiol. — 2002. — Vol. 55, N 11. — P. 1159 — 1168.
7. Online STS Adult Cardiac Surgery Risk Calculator (2002 — 2006) [Електронний ресурс]. — 2007. — Режим доступу: <http://riskcalc.sts.org/stswebriskcalc/> — назва з титул. екрану.
8. Guidelines on the management of valvular heart disease (version 2012) / A. Vahanian, J. Alfieri, F. Andreotti [et al.] // Eur. Heart J. — 2012. — Vol. 33. — P. 2451 — 2496.
9. 2011 ACCF/AHA Guideline for coronary artery bypass graft surgery: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines / L. D. Hillis, P. K. Smith, J. L. Anderson [et al.] // Circulation. — 2011. — Vol. 124. — P. 652 — 735.

