

2. LaPar DJ, Ailawadi G, Harris DA, Hajzus VA, Lau CL, Kern JA, Kron IL. A protocol-driven approach to cardiac reoperation reduces mortality and cardiac injury at the time of re sternotomy. // Ann Thorac Surg. 2013 Sep;96(3):865-870; discussion 870.

3. Pineda AM, Santana O, Lamas GA, Lamelas J. Is a minimally invasive approach for re-operative aortic valve replacement superior to standard full re sternotomy? // Interact Cardiovasc Thorac Surg. 2012 Aug;15(2):248-252.

4. Sagatov I. Ye. Modeling of the operational risk in patients of cardiosurgical profile // 22<sup>nd</sup> Annual Meeting of the ASCVTS – Istanbul, Turkey – 2014 – P.789.

5. Tsiouris A, Brewer RJ, Borgi J, Hodari A, Neme H W, Cogan CM, Paone G, Morgan JA. Is re sternotomy a risk for continuous-flow left ventricular assist device outcomes? // J Card Surg. 2013 Jan;28(1):82-87.

### Түйін

Жүректің ишемиялық ауруы, жүрек қақпақшаларының жүре пайда болған ақаулары және жүректің туа біткен ақаулары бар науқастардың оталаудан кейінгі алғашқы кезеңдегі рестернотомия себептері талқыланған. Рестернотомия себептерінің ішінде әр-түрлі этиологиясы бар қан кету жиі кездесті, оның жиілігі 84,2% құрады.

**Түйінді сөздер:** рестернотомия, жүректің ишемиялық ауруы, жүрек ақаулары.

### Summary

The re sternotomy reasons in the early postoperative period in patients operated concerning ischemic heart disease, the acquired heart diseases and congenital heart diseases are analysed. Among all reasons of repeated sternotomy the various etiology bleeding is the most frequent, it is frequency made 84,2% of cases.

**Key words:** re sternotomy, ischemic heart disease, heart disease.

---

УДК 616.12-007.1-053.1-089.168-058

## ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ОДНОЖЕЛУДОЧКОВОЙ КОРРЕКЦИИ

*И. Е. Сагатов*

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей

Национальный научный центр хирургии им. А. Н. Сызганова,

### АННОТАЦИЯ

Приведена оценка качества жизни пациентов с врожденными пороками сердца, которые перенесли одножелудочковую коррекцию по Фонтену. Оказалось, что качество жизни пациентов после операции Фонтена в модификациях предсердно-легочного анастомоза, тотального кавопульмонального анастомоза и экстракардиального кондукта несколько ниже, чем среднестатистические показатели, хотя достаточно высоки. Наиболее высокие показатели опросника SF-36 были характерны для операции Фонтена в модификации экстракардиального кондукта, наименьшие – предсердно-желудочкового анастомоза.

**Ключевые слова:** качество жизни, врожденный порок сердца, одножелудочковая коррекция.

**Введение.** На сегодняшний день в оценке эффективности хирургического лечения, в том числе гемодинамической коррекции сложных врожденных пороков сердца (ВПС) с одножелудочковой гемодинамикой, исследования качества жизни приобретают весьма важное значение [1-4]. Это во многом обусловлено тем обстоятельством, что в большинстве случаев сведения о социальных и психологических составляющих состояния больных в отдаленные сроки после операции, как правило, остаются вне поля зрения врача. Кроме того, понятие качества жизни в последнее время превратилось в предмет научных изысканий, и в показатель, имеющий свои методы определения и критерии

количественной оценки. В связи с этим, одним из важнейших критериев адекватной и полноценной оценки эффективности оказания хирургической помощи больным с ВПС является качество жизни [5-11].

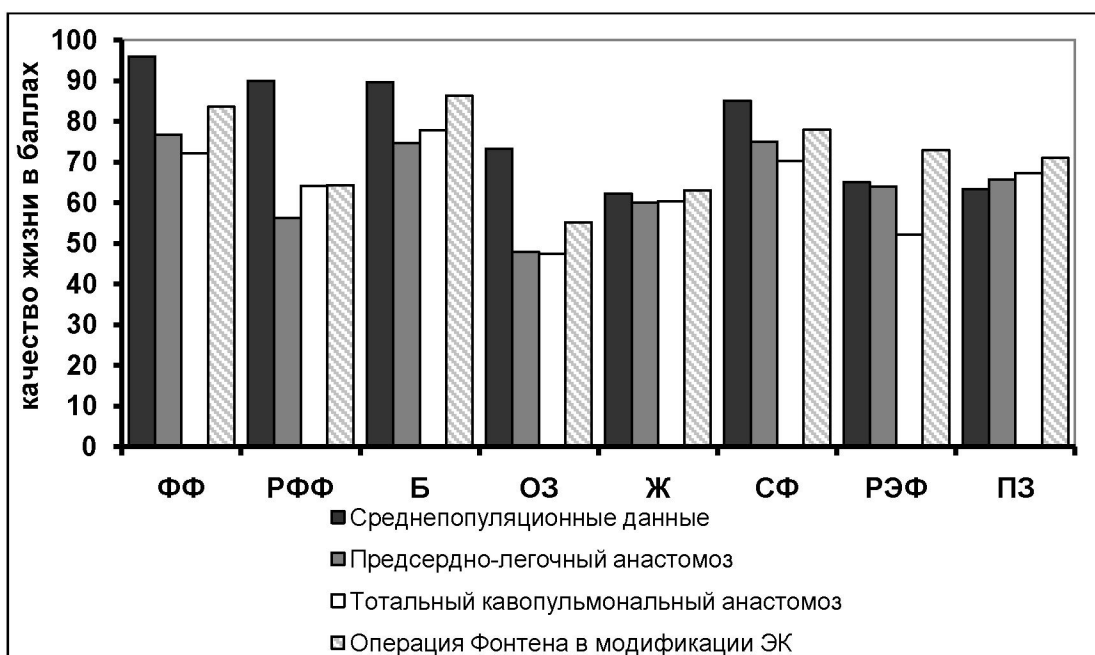
**Целью исследования-** оценить качество жизни пациентов с ВПС в отдаленные сроки после операции Фонтена при помощи опросника общего профиля SF-36.

**Материал и метод исследования.** В исследовании приняли участие 67 пациентов с ВПС, которым выполнена операция Фонтена в различных модификациях. 62 пациента оперированы с 1989 по 2004 год в отделении хирургического лечения ВПС у детей старшего возраста НЦССХ им. А.Н. Бакулева (рук. – академик РАМН В.П. Подзолков), 5 пациентов – в различных клиниках Казахстана за период с 2004 по 2009 год. Операция Фонтена выполнялась в модификациях правопредсердно-легочного анастомоза (ПЛА), тотального кавопульмонального анастомоза (ТКПА) и экстракардиального кондуита (ЭК). Возраст пациентов на момент операции составил в среднем  $10,5 \pm 4,6$  лет. Отдаленный период исследования составил в среднем  $9,4 \pm 6,7$  лет. Количество больных после ПЛА – 11, после ТКПА – 20 и после операции Фонтена в модификации ЭК – 36.

Оценка качества жизни пациентов проводилась с использованием короткой версии общего опросника MOSSF-36 (Medical Outcome Study 36-item short form health survey). Опросник содержит 36 вопросов и включает 8 шкал. Результаты представляются в виде оценок в баллах по шкалам, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень качества жизни. Показатели каждой шкалы опросника SF-36 варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье. Все шкалы формируют два компонента здоровья: физический и психологический.

Статистическая обработка проводилась при помощи программы Statistica 5.5. Средние величины представлены со стандартным отклонением ( $M \pm m$ ). Различия между средними величинами считались достоверными при значениях  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Согласно полученным результатам, физический компонент качества жизни пациентов после операции Фонтена ниже, чем в общей популяции (рис. 1). Достаточно существенное различие выявлено при сравнении показателей качества жизни пациентов со среднепопуляционными данными по следующим шкалам опросника SF-36: физическое функционирование, ролевое физическое функционирование и общее здоровье. Однако заметим, что по двум позициям опросника (ролевое эмоциональное функционирование и психологическое здоровье), имеющим отношение к психологическому статусу больного после операции, имело место некоторое превосходство показателей качества жизни над среднепопуляционными данными. Социальное функционирование пациентов независимо от метода операции Фонтена всегда ниже, чем в общей популяции, что говорит о наличии вторичного социального дефекта, возникающего в связи с изменениями отношения к больному окружающих его людей. Вместе с тем, подавляющее большинство показателей качества жизни пациентов в отдаленные сроки после операции Фонтена по опроснику SF-36 независимо от метода коррекции были выше 50-балльной отметки.



Примечание: ФФ - физическое функционирование; РФФ - ролевое физическое функционирование; Б - Боль; ОЗ - общее здоровье; Ж – жизнеспособность; СФ - социальное функционирование; РЭФ - ролевое эмоциональное функционирование; ПЗ - психологическое здоровье.

Рис. 1. Качество жизни пациентов в отдаленные сроки после операции Фонтена в модификациях ПЛА, ТКПА и ЭК (по данным опросника SF-36)

Установлено, что клиническая стабилизация состояния пациентов после операции Фонтена отмечается в более поздние сроки и наступает к 1-2 годам, а улучшение гемодинамики в покое, так и при нагрузке только к 3-4 годам [1,4]. Исследования качества жизни пациентов со сложными ВПС в отдаленные сроки после операции Фонтена проводились у больных в более значительные сроки наблюдения [6,7,8,9]. Согласно публикации A. vandenBosch и соавт. (2004) у взрослых пациентов в отдаленном периоде после операции Фонтена по данным опросника SF-36 отмечаются достоверно низкие показатели качества жизни по таким шкалам, как физическое функционирование, общее и психическое здоровье, при сравнении их со среднепопуляционными данными Королевства Дании.

Результаты, полученные нами, также свидетельствуют о том, что у пациентов с одножелудочковым кровообращением в отдаленном периоде после создания такого типа циркуляции имеет место более низкое качество жизни в сравнении со среднепопуляционными данными (преимущественно за счет физического компонента). Показатели качества жизни сравнивались со средними значениями практически здоровой популяции европейской части Российской Федерации. Однако, по некоторым шкалам опросника, образующих психологический компонент качества жизни, отмечались более высокие баллы, чем в общей популяции. Это, по-видимому, обусловлено тем обстоятельством, когда пациенты в определенной степени дают завышенную оценку своему психологическому состоянию, являющимся более лабильным и одновременно «благополучным» составляющим качества жизни в момент заполнения анкеты.

Сравнительный анализ качества жизни пациентов мужского и женского полов показал, что у лиц женского пола физическая и социальная адаптация после гемодинамической коррекции более высокие, по сравнению их с таковыми у лиц мужского пола. Хотя в психологическом отношении у пациентов мужского пола отмечено статистически недостоверное превосходство, что, возможно, говорит о том, что мужчины

наиболее часто склонны давать завышенную оценку своему психо-эмоциональному состоянию, чем женщины.

Оценка качества жизни пациентов, находящихся в I и II ФК согласно функциональным критериям NYHA, показала, что психологический статус пациентов, находящихся в I ФК не всегда выше, чем у пациентов II ФК, а по некоторым позициям даже имеет более низкие баллы. Это убедительно акцентирует внимание на том, что эмоциональное состояние больного и его ролевое эмоциональное функционирование в обществе после операции Фонтена в модификациях ТКПА и ЭК более лабильные, улучшение или стабилизация которых происходит по истечении определенного промежутка времени, как правило, превосходящего физический период адаптации.

**Заключение.** Таким образом, показатели качества жизни пациентов по опроснику SF-36 в отдаленные сроки после операции Фонтена в модификациях ЭК, ТКПА и ПЛА достаточно высокие, что обеспечивает им ведение активного образа жизни без каких-либо существенных физических, социальных и психологических проблем.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Кассирский Г.И., Зотова Л.М. «Реабилитация больных после хирургического лечения врожденных пороков сердца». – М.: НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, 2007. – 136с.
2. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – СПб.: Нева, М.: Олма-Пресс, 2002. – 315с.
3. Подзолков В.П., Чиатурели М.Р., Зеленикин М.М., Юрлов И.А. «Хирургическое лечение врожденных пороков сердца методом гемодинамической коррекции». М.: НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, 2007. – 242с.
4. Сагатов И.Е. «Качество жизни пациентов с врожденными пороками сердца в отдаленные сроки после гемодинамической коррекции». Мат-ы XI Ежегодной сессии НЦССХ им. А.Н. Бакулева с Всероссийской конференцией молодых ученых. М.-2007.- т.8. - №3. -С.239.
5. Atz AM, Trivison TG, McCrindle BW, Mahony L, Glatz AC, Kaza AK, Breitbart RE, Colan SD, Kaltman JR, Margossian R, Pasquali SK, Wang Y, Gersony WM; Cardiac performance and quality of life in patients who have undergone the Fontan procedure with and without prior superior cavopulmonary connection. *Cardiol Young*. 2013 Jun;23(3):335-343.
6. d'Udekem Y, Cheung MM, Setyapranata S, Iyengar AJ, Kelly P, Buckland N, Grigg LE, Weintraub RG, Vance A, Brizard CP, Penny DJ. How good is a good Fontan? Quality of life and exercise capacity of Fontans without arrhythmias // *Ann Thorac Surg*. 2009 Dec;88(6):1961-1969.
7. Idorn L, Jensen AS, Juul K, Overgaard D, Nielsen NP, Sørensen K, Reimers JJ, Søndergaard L. Quality of life and cognitive function in Fontan patients, a population-based study // *Int J Cardiol*. 2013 Oct 9;168(4):3230-3235.
8. Pike NA, Evangelista LS, Doering LV, Eastwood JA, Lewis AB, Child JS. Quality of life, health status, and depression: comparison between adolescents and adults after the Fontan procedure with healthy counterparts // *J Cardiovasc Nurs*. 2012 Nov-Dec;27(6):539-546.
9. Sagatov I.Ye. Health-related life quality of practically healthy people residing in Almaty city (Kazakhstan) // *Med and Health Science J (Prague)* 2010;Dec 4:99-100.
10. Van den Bosch AE, Roos-Hesselink JW, Van Domburg R, Bogers AJ, Simoons ML, Meijboom FJ. Long-term outcome and quality of life in adult patients after the Fontan operation. *Am J Cardiol* 2004 May 1;93(9):1141-1145.
11. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36)1: conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30:473-483.

## ТҮЙІН

Фонтен бойынша бірқарыншалық ота жасалған және жүректің туа біткен ақаулары бар науқастардың өмір сапасы бағаланды. Фонтен операциясының жүрекше-өкпелік анастомозы, тотальды кавопульмоналдық анастомозы және экстракардиалдық модификациялары жасалған науқастардың өмір сапасы ортастатистикалық көрсеткіштермен салыстырғанда төмен болып шықты, бірақ жалпы алғанда жоғары болды. SF-36 сауалнамасының ең жоғары көрсеткіштері Фонтен операциясының экстракардиалдық модификациясы жасалған науқастарға тән болса, ал ең төменгісі жүрекше-өкпелік анастомозға тән болды.

**Түйінді сөздер:** өмір сапасы, жүректің туа біткен ақауы, бірқарыншалық коррекция.

## SUMMARY

There is given an assessment of the life of patients with congenital heart diseases that were underwent the operation univentricular correction by Fontan. The life quality of patients after Fontan operation in modification of atria-pulmonary anastomosis, total cavapulmonary anastomosis and extracardial conduit appeared to be slightly lower than average indicators, though rather high. The highest indicators of questionnaire SF-36 were characteristic for Fontan operation in modification of extracardial conduit, but the lowest indicators were characteristic for atria-pulmonary anastomosis.

**Key words:** quality of life, congenital heart disease, univentricular correction.

УДК. 616.12-008.313-089.844

## ӨКПЕ АРТЕРИЯСЫНЫҢ ТРОМБОЭМБОЛИЯСЫН ХИРУРГИЯЛЫҚ ӘДІС АРҚЫЛЫ АЛДЫН АЛУ

*С. Е. Тұрсынбаев, Д. Д. Поцелуев, Р. А. Сапарбаев, С. Ж. Қырғызбаев, М. Ө. Ерішов,  
З. М. Суханбердиева*

## ТҮЙІН

2010-2013 жылдар аралығында Алматы қаласының ОҚКА-да флеботромбоз бойынша емделген 2313 науқасты авторлар тексеріп, зерттеді. 1408 (60,87%) науқасқа өкпе артериясының тромбоэмболиясын алдын алу мақсатында хирургиялық жолмен ота жасалды. Тромбтың орналасу аймағына байланысты авторлармен өкпе артериясының тромбоэмболиясын алдын алу мақсатында хирургиялық тәсіл анықталды. Жасалған ота нәтижелерінен анықталғаны хирургиялық емнің оптималдық тәсілі мен алдын алу шаралары өкпе артериясының тромбоэмболиясынан қайтыс болу көрсеткіштерінің төмендегенін көрсетті.

**Түйін сөздер:** өкпе артериясының тромбоэмболиясы, ӨАТЭ, пликация, қава-фильтр

Тақырыптың өзектілігі: венозды тромбоз және өкпе артериясының тромбоэмболиясы (ӨАТЭ) қазіргі таңда денсаулық сақтау жүйесінде өзекті мәселердің бірі болып табылады. Тромбоз және эмболия әртүрлі клиникалық жағдайларда өршиді және көптеген аурулардың асқынуы болып табылады [1].

Аяқтың тереңдегі көктамырларының тромбозы кезіндегі пайда болған тромбоэмболиялық асқыну, науқастардың жиі кездесетін өлім себептерінің бірі. Тереңдегі көктамырлар тромбозының жиілігі дүние жүзінде жыл сайын 100000 халыққа шаққанда 100-160 арақатынаста кездеседі. Осылардың ішінде фатальды тромбоэмболиялық асқыну өкпенің тромбоэмболиясы ретінде көрініс беру жиілігі 100000 халыққа шаққанда 60 арақатынаста кездеседі [2].

Қазіргі таңда тереңдегі көктамырлардың тромбозы кезінде пайда болған ӨАТЭ алдын алуға көп көңіл бөлінуде. ӨАТЭ хирургиялық жолмен алдын алу шараларының ең тиімді әдістері тамыр ішілік қава-фильтр орнату және эмбол ұстаушы құрылғылар қою болып табылады. Баспа бетінің көп бөлігі катетерлі әдіспен тромболизистік ем жасау, ӨАТЭ алдын алуға көп себеп болады [3].

Осы уақытқа дейін көк тамырдың тромбозының болдырмау жолдарын алдын алу мен емдеу өзінің өзектілігін жоғалтпады, соған орай ӨАТЭ алдын алу мақсатында зерттеудің айқын шараларын, жаңа емдеу тәсілдерін және алдын алудың шараларын талап етеді.

**Жұмыстың мақсаты:** ӨАТЭ болдырмаудағы хирургиялық әдісті оңтайландыру.

**Мәліметтер және зерттеу әдістері:** Алматы қалалық Орталық Қалалық Клиникалық Ауруханасының қан-тамырлар хирургиясы бөлімшесінде 2010 жылдан -2013 жылдар аралығында әртүрлі аймақта орналасқан тереңдегі көктамырлар тромбоздарымен