

Е. Н. МЕШАЛКИН, И. И. ТОШИНСКИЙ, Р. З. ФИШОВА

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ПОСЛЕ МИТРАЛЬНОЙ КОМИССУРОТОМИИ

Бесперспективность консервативного лечения в большинстве случаев митрального стеноза привела в последние 15 лет к широкому распространению и признанию хирургического метода лечения.

Правда, длительное наблюдение за оперированными показало, что в ряде случаев несмотря на адекватно проведенное хирургическое вмешательство развивается тяжелая сердечная недостаточность из-за поражения миокарда или вновь появляются симптомы митрального стеноза.

К сожалению, в такой сложной проблеме, как ревматизм, митральная комиссуротомия, несмотря на ее поистине блестящие успехи, устранением механического препятствия на пути кровотока решает только один фрагмент этой большой проблемы. Тем не менее для значительного большинства исследователей ясно, что пока не будет радикально решена проблема ревматизма, митральная комиссуротомия в силу жизненной необходимости будет занимать ведущее место в лечении митрального стеноза, являясь спасительной операцией, часто единственным радикальным методом лечения.

Результаты операции зависят прежде всего от правильного и своевременного отбора больных.

Если определить раннюю стадию порока нетрудно, то решить у тяжело больных, в каких именно случаях операция еще может оказаться эффективной или принести облегчение, нередко бывает очень сложно, так как это связано с определением компенсаторных возможностей миокарда.

Больные ранних стадий заболевания обычно нуждаются в наблюдении и в консервативном лечении. Среди них нередко встречаются длительно компенсированные и трудоспособные. Это указывает на различный характер течения заболевания и на то, что не во всех случаях митрального стеноза в конечном итоге развивается высокая гипертония малого круга и другие осложнения.

Опыт работы позволил некоторым исследователям отметить возможность длительного благоприятного течения митрального стеноза при консервативной терапии [7]. По-видимому, у большинства этих больных отсутствовали выраженные изменения в малом круге кровообращения и сравнительно медленно прогрессировало заболевание. В противо-

положность этим данным наш опыт свидетельствует, что у большинства больных митральным стенозом заболевание прогрессирует быстро: только в процессе подготовки этих больных к операции (в течение 1—2 мес.) от нарастающей сердечной недостаточности мы потеряли 6 человек и среди воздержавшихся от операции при наблюдении до года—17.

Многолетний опыт работы дает основание нам предполагать, что те исследователи, которые не видят преимуществ хирургического лечения перед консервативным, сравнивают не идентичные по характеру течения заболевания группы. Если в настоящее время еще очень важно выяснить преимущества того или другого хирургического метода лечения митрального стеноза (закрытой или открытой коррекции), то вряд ли имеет смысл продолжать сравнивать консервативный и хирургический метод лечения, так как у больных примерно с одинаковой тяжестью заболевания (с выраженными изменениями в малом круге кровообращения) преимущества последнего не вызывают сомнения.

Самым надежным критерием в оценке отдаленных результатов хирургического лечения больных митральным стенозом является реабилитация, т. е. восстановление трудоспособности после митральной комиссуротомии.

Нами были изучены данные 13-летнего наблюдения над 600 больными, оперированными в торакальном отд. Пятигорской горбольницы—филиале Новосибирского института патологии кровообращения.

К моменту операции трудоспособность была снижена у всех больных, что являлось ведущим в их решении подвергнуться хирургическому лечению, 58,8% вынуждены были оставить работу, у большинства из них была инвалидность I—II группы. Однако многие из работающих не в состоянии были полностью выполнить объем своей работы из-за сильной одышки, быстрой утомляемости. До 1 года не работала 1/3 больных, остальные—до 3—5 и более лет. Инвалидность имели почти половина больных, занимающихся физическим трудом, и 1/3 служащих.

Трудоспособность после операции, по данным одних авторов, восстанавливается у 40—50% больных, по данным других—у 70—80%. Такая разноречивость объясняется тем, что одни авторы определяют восстановление трудоспособности только по числу приступивших к работе [5, 8 и др.], другие учитывают и число выполняющих домашнюю работу или обслуживающих самих себя [4, 6].

Согласно нашим данным, трудоспособность через 4—12 мес. после операции восстановилась у 70% больных, а у большинства остальных заметно повысилась функциональная возможность.

Мы также считаем трудоспособность восстановленной не только у тех, кто приступил к работе на производстве или в учреждениях, но и у тех, кто стал выполнять домашнюю работу. Последняя, как известно, нередко требует больших усилий. Длительное наблюдение над оперированными показало, что процент больных, не вернувшихся к труду, не соответствует истинному проценту нетрудоспособности после операции, так как часто зависит не от состояния здоровья оперированных,

а от ряда социальных факторов (профессия больных, возможность трудового устройства, обучение и переобучение больных в условиях данной местности, установка на труд и др.).

Следует отметить, что восстановление трудоспособности после операции обычно шло параллельно уменьшению субъективных признаков порока и явлений декомпенсации сердца и не соответствовало оставшимся признакам стеноза по данным аускультации и специальным методам исследования (ФКГ, рентген, ЭКГ). В случаях, когда положительная динамика по этим показателям была незначительной или полностью отсутствовала, клинический и трудовой прогноз в отдаленные сроки был менее благоприятным.

У основной массы больных (88%) трудоспособность восстановилась довольно рано—в течение первого года после операции, причем больше чем у половины из них в первые месяцы. В ранние сроки после операции (4—6 месяцев) вернулась к труду 1/5 больных, в основном служащие. Это не ухудшило их состояние, так как для большинства больных этот срок вполне достаточен для адаптации к новым, более благоприятным условиям гемодинамики. Возвращение же к тяжелому физическому труду даже в более поздние сроки после операции (через 12 месяцев) в 23 случаях привело к ухудшению, что подтверждает необходимость перевода этих больных на более легкую работу. Нам, как и другим исследователям [2, 3, 8], кажется, что лечащие врачи и врачи-эксперты часто переоценивают факт оперативного вмешательства, считая, что таких больных следует годами признавать нетрудоспособными (инвалидами I и II группы) независимо от исхода операции. Так, из 600 обследованных почти у 2/3 после операции сразу была установлена II группа инвалидности и более чем у 1/3—I группа на несколько лет, хотя у половины больных I группы до операции была III стадия заболевания и уже через 4—6 месяцев после операции большинство из них были практически здоровыми.

Решающим в определении группы инвалидности должны быть показатели гемодинамики. Фактор хирургического вмешательства у значительного большинства больных в ближайшие месяцы перестает иметь значение. Мы также считаем ранний перевод на инвалидность не всегда оправданным, так как это угнетает и морально [1]. Значительно целесообразнее большинству больных IV стадии после эффективной комиссуротомии продлить сроки лечения по больничному листу без перевода на инвалидность. В назначении инвалидности I и II группы до года и больше нуждаются более тяжелые больные.

Мы полагаем, что такое решение вопроса поможет освободиться от имеющегося несоответствия, когда больным, работавшим до операции, после нее на несколько лет назначается I или II группа инвалидности, несмотря на то, что операция избавила их от того, что причиняло им страдание—сильной одышки, кашля, сердцебиения, приступов удушья и пр.

Мы абсолютно согласны с теми авторами, которые считают, что настройка на труд должна начинаться в том учреждении, где больного оперировали и наблюдали после операции, учитывая, что больные больше прислушиваются к мнению этих врачей.

Результаты операции, т. е. клинический и трудовой прогноз, зависят не только от состояния больных до операции, адекватности митральной комиссуротомии, но и от динамических наблюдений над больными после операции (лечение и профилактика обострений ревматического процесса, применение медикаментозной или электроимпульсной терапии для устранения мерцательной аритмии, существовавшей до и возникшей после операции, лечение сердечной недостаточности).

Важное значение для более стойкой реабилитации трудоспособности имеет правильное трудоустройство и повторное курортное лечение.

Анализ наших данных показал, что курортное лечение в Кисловодске уже через 6—12 месяцев и в более поздние сроки после операции значительно уменьшает частоту тяжелых осложнений в ближайшем и отдаленном периоде после операции, более быстро и стойко восстанавливая физическую активность и трудоспособность больных.

Работоспособность у большинства оперированных стабилизируется в течение 5—7 лет с момента операции, затем постепенно нарастает инвалидность.

Следовательно, для своевременного возвращения к труду больных после митральной комиссуротомии необходимо врачам ВКК совместно с теми, кто ведет наблюдение за оперированными, выработать единые установки относительно оценки трудоспособности и организации их труда.

Таким образом, для улучшения клинического и трудового прогноза после митральной комиссуротомии необходимо: а) своевременно оперировать больных митральным стенозом до возникновения тяжелых осложнений; б) своевременно проводить патогенетическую терапию, принять все меры для восстановления ритма у больных с мерцательной аритмией; в) проводить повторное курортное лечение; г) правильно трудоустроить больных.

Пятигорский филиал

НИИ патологии кровообращения МЗ РСФСР

Поступило 10/V 1972 г.

Ե. Ն. ՄԵՇԱԿԻՆ, Ի. Ի. ՏՈՇԻՆՍԿԻ, Ր. Ջ. ՖԻՇՈՎԱ

ՄԻՏՐԱԼ ԿՈՄԻՍՍՈՐՈՏՈՄԻԱՅԻՑ ՀԵՏՈ ԱՇԽԱՏՈՒՆԱԿՈՒԹՅԱՆ
ՎԵՐԱԿԱՆԳՆՄԱՆ ՄԻ ՔԱՆԻ ՀԱՐՅԵՐ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Բազմամյա դիտողությունները հանգեցրին այն եզրակացության, որ միտրալ կոմիսսուրոտոմիայից հետո շատ հիվանդներ 4—6 ամսվա ընթացքում կարող են վերադառնալ աշխատանքի:

Աշխատանքային ճիշտ էքսպերտիզան կոզնի ժամանակին աշխատանքի վերադարձնելու վերահստված հիվանդներին և պահպանելու նրանց վերականգնված աշխատունակությունը:

E. N. MESHALKIN, I. I. TOSHINSKY, R. Z. FISHOVA

SOME QUESTIONS OF REHABILITATION AFTER MITRAL COMMISSUROTOMY

Summary

The observations of many years have revealed that many patients can return to their work in 4—6 months after mitral commissurotomy.

The right work expertise helps the operated patients to be returned to work on time and to save the restored workability.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Буркат Р. М., Латынникова В. Н. и др. Кардиология, 1967, 9, 121.
2. Вайнбаум И. С. Докт. диссерт., Новосибирск, 1964.
3. Зеликович М. Р. Автореферат канд. диссерт. Днепропетровск, 1966.
4. Колесов А. П., Блесткина Т. Г., Бурмистров М. И. и др. В кн.: «Функциональная оценка результатов лечения пороков сердца». Кисловодск, 1968.
5. Смеловский С. И. и др. В кн.: «Отдаленные результаты хирургического лечения болезней сердца и сосудов». М., 1965.
6. Углов Ф. Г. и др. В кн.: «Отдаленные результаты хирургического лечения болезней сердца и сосудов». М., 1965.
7. Фогельсон Л. И., Духовная О. Л. Клиническая медицина, 1970, 4, 97—104.
8. Чулаевский В. К. Автореферат канд. диссерт. Киев, 1967.
9. Olsten K. H., Baden H. Acta chir. Scand. 1961, 280, 116.
10. Heldel W., Huthl, Kuhlitz g. et al. Cardiologia (Basel), 1967, 31, 3.