Streszczenie w języku polskim

Wstęp

W ciągu ostatnich kilkunastu lat dokonał się znaczny postęp w dziedzinie kardiochirurgii. Udoskonalenia technologiczne, jak również zdobyte doświadczenie pozwoliły zakwalifikować do operacji pacjentów z wyższym ryzykiem operacyjnym. Możliwe stały się operacje coraz starszych pacjentów, obciążonych licznymi chorobami współistniejącymi. Ambulatoryjna opieka nad pacjentem po operacji kardiochirurgicznej stanowi integralny element leczenia, wpływający na rokowanie odległe. Monitorowanie badań laboratoryjnych i farmakoterapii, jak również ocena kliniczna i echokardiograficzna oraz współpraca kardiochirurga z kardiologiem stanowią podstawę właściwej opieki nad pacjentem i z pewnością przyczyniają się do optymalizacji leczenia pacjenta po operacji kardiochirurgicznej. Wprowadzenie kompleksowej opieki po operacji kardiochirurgicznej prowadzi do wydłużenia przeżycia, redukuje częstość ponownych hospitalizacji oraz zmniejsza nieobecność chorobową w pracy, a co za tym idzie wpływa na zmniejszenie obciążeń finansowych państwa. W Polsce, pomimo sprawnie działającego programu kompleksowej opieki pacjentów po zawale serca (KOS-zawał), a także planowania wdrożenia kompleksowej opieki nad pacjentami z niewydolnością serca (KONS), brakuje systemowych rozwiązań dotyczących ambulatoryjnej opieki nad chorymi po operacjach kardiochirurgicznych.

Celami pracy była:

• analiza wybranych parametrów klinicznych i laboratoryjnych pacjentów po operacjach kardiochirurgicznych w opiece ambulatoryjnej;

• stworzenie poradnika dla pacjentów kardiochirurgicznych.

Materiały i metody

Badaniem objęto prospektywną populację 171 pacjentów hospitalizowanych w latach 2018-2019 w Klinice Kardiochirurgii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku z rozpoznaniem choroby wieńcowej i/lub wady zastawkowej serca, celem planowego leczenia operacyjnego. Analizie poddano dane kliniczne, wybrane parametry biochemiczne i echokardiograficzne. Jakość życia pacjentów po operacji kardiochirurgicznej była oceniana w skalach (zmodyfikowana skala Borga, KCCQ oraz SF-36). Obserwacja pacjentów była przeprowadzana po 3, 6 i 12 miesiącach.

Badanie zostało przeprowadzone zgodnie z Deklaracją Helsińską, a protokół został zatwierdzony przez Komisję Bioetyki Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku (No: R-I-002/335/2018).

Wyniki

Najbardziej liczną grupę stanowili pacjenci kwalifikowani do operacji pomostowania aortalno-wieńcowego (n=111; 64,9%), zaś najmniej liczną chorzy kwalifikowani do izolowanej operacji zastawkowej (n=25; 14,6%). Pacjenci poddawani operacjom złożonym stanowili 20,5%

(n=35). Pacjenci zakwalifikowani do operacji wady zastawkowej oraz do operacji choroby wieńcowej stanowili wyjściowo najbardziej obciążoną grupę (punktacja w EuroSCORE II była istotnie wyższa). W tej grupie chorzy mieli również wyższe wyjściowe parametry uszkodzenia serca oceniane jako peptyd natriuretyczny typu B oraz aktywność kinazy kreatynowej. Przez cały okres obserwacji w grupie złożonej operacji kardiochirurgicznej występowały cechy sugerujące przetrwałą niewydolność serca (ocenianą jako stężenie BNP oraz w zmodyfikowanej skali Borga i za pomocą Kwestionariusza Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire), a także przetrwałe uszkodzenie miokardium (3- i 6 miesięcy) oraz niedobory w zakresie gospodarki żelazowej (3 miesiące), $p<0,05$. Po 12 miesiącach obserwacji obserwowano tendencję do normalizacji ww parametrów ($p<0,05$). W całej badanej populacji istotnie statystycznie zmniejszyły się objawy niewydolności serca oraz poprawiła się samoocena stanu klinicznego w przeciągu roku od operacji. Podobną zależność zaobserwowano w subpopulacjach po CABG i po operacji zastawki, natomiast po operacji zastawki z CABG po 6 miesiącach zaobserwowano nasilenie objawów niewydolności serca ($p< 0,05$). Podobnej zależności nie obserwowano analizując wyniki kwestionariusza SF-36, oceniającego jakość życia.

Wnioski

Grupa pacjentów poddawanych złożonym operacjom kardiochirurgicznym (pomostowanie aortalno-wieńcowe oraz operacja zastawkowa) jest szczególnie narażona na przetrwałe objawy niewydolności serca wynikające z rozległości uszkodzenia okołooperacyjnego serca i przez to wymaga szczególnej uwagi i długoterminowej opieki w warunkach ambulatoryjnych. Konieczne jest wprowadzenie kompleksowej opieki nad pacjentem po operacjach kardiochirurgicznych, ze szczególnym uwzględnieniem populacji po złożonej operacji pomostowania aortalno-wieńcowego i wady zastawkowej. Dołączenie do takiego postępowania zespołów edukacyjnych oraz nauczanie chorego samokontroli objawów, mogłoby przyczynić się do lepszej opieki pooperacyjnej oraz poprawy jakości życia.