

на правах рукописи

ВИЩИПАНОВ Артем Сергеевич

Оценка отдаленных результатов хирургического лечения ИБС у лиц
молодого возраста и выявление основных факторов, их определяющих.

14.01.26 – сердечно-сосудистая хирургия

Автореферат диссертации
на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Москва 2009

Работа выполнена в Научном Центре сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева Российской Академии медицинских наук.

Научный руководитель:

Доктор медицинских наук,

профессор, академик РАМН

Бокерия Лео Антонович

Официальные оппоненты:

Жбанов Игорь Викторович – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения хирургии ишемической болезни сердца ГУ Российского Научного Центра хирургии им. Б.В.Петровского РАМН

Скопин Иван Иванович – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения реконструктивной хирургии приобретенных пороков сердца Научного Центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН.

Ведущая организация: Федеральный Научный Центр трансплантологии и искусственных органов им. В.И.Шумакова.

Защита состоится «11» июня 2010 года в «14.00» часов на заседании Диссертационного совета Д 001.015.01. при Научном Центре сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева РАМН (121552, Москва, Рублевское шоссе, д. 135, конференц-зал №2).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Научного Центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН.

Автореферат разослан «23» апреля 2010 г.

Ученый секретарь

Диссертационного Совета:

доктор медицинских наук

Д.Ш. Газизова

Актуальность проблемы.

По данным литературы частота ИБС у лиц молодого (до 40 лет) возраста составляет 5-34%. Отличительной особенностью этой группы больных ИБС является крайне плохой прогноз при естественном течении заболевания и высокая частота развития трансмурального инфаркта миокарда, в 30% случаев заканчивающегося развитием постинфарктной аневризмы левого желудочка.

Для больных этой группы характерным является низкая операционная летальность и хорошие непосредственные результаты операции.

В то же время, оценка отдаленных результатов хирургического лечения у этой группы больных изучена мало. Как правило, реваскуляризация у молодых пациентов рассматривалась в небольших группах больных с противоречивыми результатами (Cole J. et al.2003)

Практически отсутствует информация об отдалённых результатах хирургического лечения больных молодого возраста с постинфарктными аневризмами левого желудочка. Представленные результаты даны лишь в общей группе больных без конкретного изучения пациентов молодого возраста.

Важнейшим этапом при оценке отдалённых результатов хирургического лечения является вопрос оценки факторов, непосредственно влияющих на отдалённые результаты. И в этом вопросе данные крайне противоречивы. Основными факторами определяющими отдаленные результаты хирургического лечения являются табакокурение, гипертоническая болезнь, нарушения липидного обмена, а также величина фракции выброса левого желудочка, конечный диастолический объём полости левого желудочка, характер поражения коронарных артерий .

Таким образом, оценка отдаленных результатов хирургического лечения у больных ИБС молодого возраста является крайне актуальной проблемой, так как полученные данные малочисленны и противоречивы.

Цель исследования: оценка отдаленных результатов хирургического лечения больных ИБС молодого возраста и выявление основных факторов риска их определяющих.

Задачи исследования:

1. Дать объективную оценку отдаленной выживаемости и стабильности клинических результатов у больных ИБС молодого возраста.
2. Выявить основные факторы риска, существенно влияющие на отдаленные результаты хирургического лечения ИБС у лиц молодого возраста.
3. На основании данных коронаро-шунтографии оценить отдалённую проходимость аутовенозных и аутоартериальных шунтов и характер течения атеросклероза у больных ИБС молодого возраста в отдаленные сроки после операции.

Научная новизна:

Впервые в нашей стране дана комплексная оценка отдаленных (в сроки до 10 лет) результатов хирургического лечения ИБС у лиц молодого (до 40 лет) возраста с оценкой отдаленной выживаемости и стабильности клинических результатов. Выявлены основные факторы, существенно влияющие на результаты хирургического лечения. На основании этого даны практические рекомендации по улучшению результатов хирургического лечения как в группе АКШ, так и в группе постинфарктных аневризм сердца.

Практическая значимость работы: показано, что для лиц молодого возраста в отдаленные сроки после операции особенностью является

достаточно высокая отдаленная выживаемость, но сравнительно невысокая стабильность клинических результатов. Это требует проведения на этапах операции и в отдаленные сроки после нее комплекса мероприятий, направленных на снижение отрицательного воздействия ряда факторов риска. Это позволит улучшить отдаленные результаты хирургического лечения ИБС у лиц молодого возраста.

Положения выносимые на защиту:

1. Отдаленная выживаемость и стабильность клинических результатов хирургического лечения ИБС у лиц молодого возраста.
2. Основные факторы, существенно влияющие на результаты хирургического лечения.
3. Отдаленная проходимость аутоартериальных и аутовенозных шунтов у оперированных больных молодого возраста.

Апробация материалов диссертации.

Результаты диссертации доложены на 15 Всероссийском Съезде сердечно-сосудистых хирургов (2009 г.), а также на 12 (2008) и 13 (2009) Ежегодных сессиях НЦССХ им.А.Н.Бакулева РАМН. Научные положения и практические рекомендации, сформулированные в диссертации, внедрены в клиническую практику НЦССХ им.А.Н.Бакулева РАМН. Они могут быть рекомендованы для клинического применения в кардиологических и кардиохирургических центрах страны.

Структура диссертации.

Материалы диссертации изложены на 111 страницах машинописного текста, проиллюстрированы 14 таблицами и 25 рисунками. Диссертация состоит из введения, обзора литературы, двух глав собственных исследований, обсуждения, выводов и практических рекомендаций.

Библиографический список насчитывает 67 отечественных и 109 иностранных источников.

Клиническая характеристика больных.

Отдаленные результаты хирургического ИБС у лиц молодого (до 40 лет) возраста, оперированных в период с января 1998 г. по январь 2008 г., изучены у 126 больных в сроки от 1 года до 10 лет. Среди обследованных больных было 120 мужчин (95,24%) и 6 женщин (4,76%).

Возраст больных колебался от 27 до 40 лет и составил в среднем $36,4 \pm 2,7$ года. При этом большинство обследованных пациентов (84,92%) были в группе 35-40 лет.

Изучение факторов риска у молодых больных выявило широкое распространение систематического курения, злоупотребление алкоголем.

Значительную роль у молодых больных играли такие факторы риска, как отягощенная наследственность по ИБС, сахарный диабет, гиперлипидемия, а также артериальная гипертензия.

Обращает на себя внимание высокий процент дооперационного инфаркта миокарда, который у 53 (42,0%) больных осложнился развитием аневризмы сердца.

Несмотря на молодой возраст, все больные принадлежали к III –IV классам по Канадской классификации стенокардии, при этом нестабильная стенокардия была выявлена у 16,1 % (20) больных.

Всем больным до операции была выполнена селективная коронарография и левая вентрикулография у больных со сниженной фракцией выброса левого желудочка, как правило, это были больных с постинфарктной аневризмой сердца.

Поражение одной коронарной артерии было выявлено у 22,3% больных, двух – у 32,6%, трех – у 41,2% больных. Нормальные

коронарные артерии были выявлены у 3,9% пациентов, а поражение ствола левой коронарной артерии – у 7,9% больных.

Все больные в зависимости от вида операции были разделены на две основные группы: больные, которым была выполнена операция АКШ – 57,9% (73) и пациенты с сочетанной операцией АКШ и реконструкцией левого желудочка 42,1% (53).

В качестве трансплантата внутренняя грудная артерия была использована у 92 больных, лучевая артерия у 46 больных и аутовена – у 100 больных. При этом среднее количество шунтов на одного больного составило $3,3 \pm 0,44$

Характер выполненных операций представлен в таблице 1.

Таблица 1

Характер выполненных операций у молодых больных

Вид операции	Количество операций
АКШ:	73 (57,9%)
АКШ одной артерии	10
АКШ двух артерий	27
АКШ трех и более артерий	36
РАЛЖ:	53(42,1%)
РАЛЖ без АКШ	12
РАЛЖ + АКШ 1	16
РАЛЖ + АКШ 2	13
РАЛЖ + АКШ 3 и более	12

В группе операций с реконструкцией левого желудочка у 23,0% (12) больных была выполнена линейная пластика, а остальным – 77,0% (40) пластика левого желудочка по Дору.

4,7 % (6) больных перенесли в раннем послеоперационном периоде нефатальный инфаркт миокарда.

Методы исследования.

Информацию о состоянии больных в сроки от 1 года до 10 лет получали на основании анкетных данных, рассылаемых по почте, телефонном разговоре, а также при амбулаторном и у ряда больных стационарном обследовании.

Оценка субъективного статуса связывалась с функциональным классом стенокардии в различные сроки после операции, приемом больными нитратов, общим самочувствием и ограничением физических нагрузок.

Результат операции мы считали «отличным», если имелось снижение класса стенокардии на 2 функциональных класса и более, больной не принимал нитраты и не был ограничен в социальной сфере.

Результат считали «хорошим», если имелось снижение функционального класса стенокардии на 2 класса и более в совокупности с другими показателями, а прием нитроглицерина существенно снижался.

Результат «удовлетворительный», если класс стенокардии снижался на одну ступень, а дозы нитратов не уменьшались по сравнению с дооперационными.

Результат считали «неудовлетворительным», если функциональный класс стенокардии не менялся, а прием нитроглицерина не менялся, либо увеличивался.

Изучали общеклинические показатели, в том числе сахар крови, гликолизированный гемоглобин (HbA1c) и липидный профиль с коэффициентом атерогенности. При оценке клинического состояния акцент делали на функциональном классе стенокардии, пороге толерантности к физической нагрузке, потребности в среднесуточном количестве нитроглицерина, общей фракции выброса левого желудочка. Полученные данные сопоставлялись с исходными результатами при выписке больного после операции.

Общую выживаемость изучали в сроки от 1 до 10 лет. Помимо этого, изучалась стабильность клинических результатов на основании сравнительной оценки полученных данных обследования с исходными показателями. При трактовке неудачного результата операции учитывали наличие одного из четырех признаков: 1) смерть от сердечной причины; 2) повторная операция или ангиопластика; 3) перенесение инфаркта миокарда; 4) ухудшение класса стенокардии или недостаточности кровообращения. Летальные исходы некардиального характера не учитывались.

Для оценки клинического состояния больных были использованы следующие методы исследования: ЭКГ, холтеровское мониторирование, ЭхоКГ, Стресс-ЭхоКГ с нагрузочным тестом, коронаровентрикулография и шунтография.

Статистическую обработку данных проводили на персональном компьютере IBM с использованием пакета статистических программ STATISTICA фирмы StatSoft, Inc (США). При построении кривых актуарной выживаемости использовался метод Каплана –Меера. При сравнении кривых выживаемости применялся критерий Гехана, логранговый критерий (А.А.Халафян, 2008).

Результаты исследования.

Отдаленная выживаемость и стабильность клинических результатов в общей группе больных ИБС молодого возраста.

Отдаленная (10 летняя) выживаемость была изучена у 126 больных ИБС в возрасте до 40 лет, оперированных в институте в период с января 1998 по январь 2008 года.

В группе оперированных больных за 10 летний период наблюдений умерло 15 пациентов от сердечных причин: 7 больных от инфаркта миокарда, 3 больных от острой коронарной недостаточности, а у 5 больных причиной летального исхода послужила прогрессирующая сердечная недостаточность. Таким образом, летальность за 10 летний период наблюдений составила 11,9% при ежегодной летальности 1,19%.

Двое больных, умерших от онкологических заболеваний, были исключены из нашего исследования.

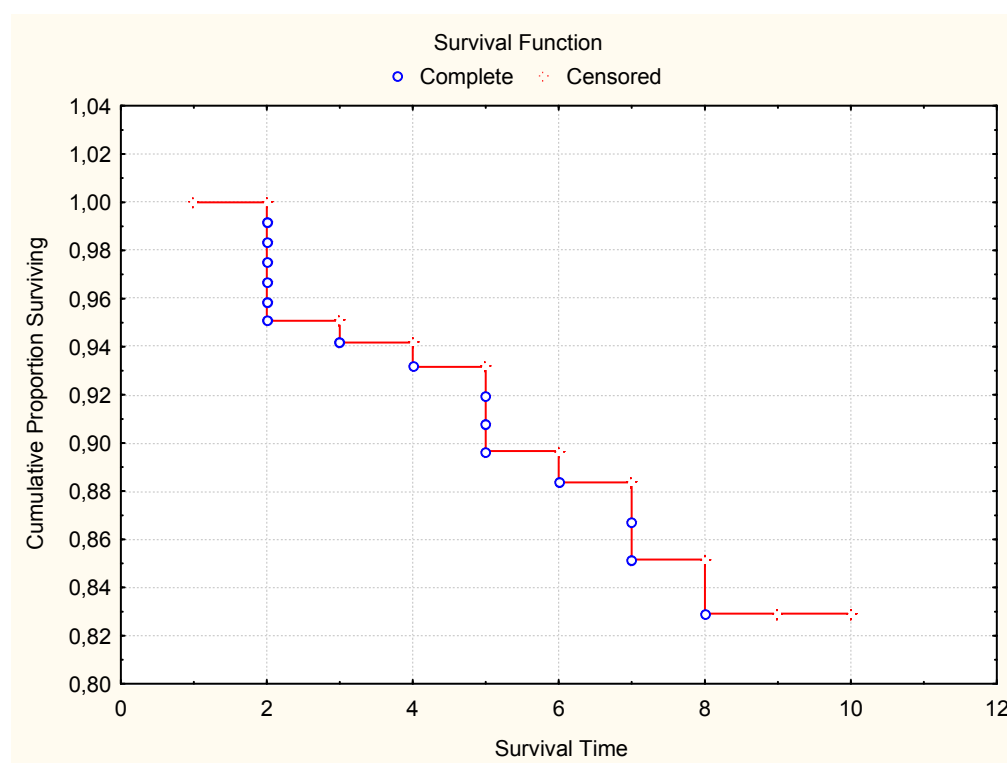


Рис. 1 Отдаленная 10 летняя выживаемость в общей группе больных.

Выживаемость в общей группе составила 89% - 5 летняя и 83% - 10 летняя (рис.1).

Стабильность клинических результатов в общей группе больных ИБС молодого возраста представлена на рисунке 2.

Под неудовлетворительным результатом операции мы подразумевали наличие у больного хотя бы одного из четырех признаков: рецидив стенокардии или явлений сердечной недостаточности, перенесенный инфаркт миокарда, повторная операция или ангиопластика, летальный исход.

Стабильность клинических результатов у наших больных была значительно ниже отдаленной выживаемости и составила 68% - пятилетняя и 38% - десятилетняя.

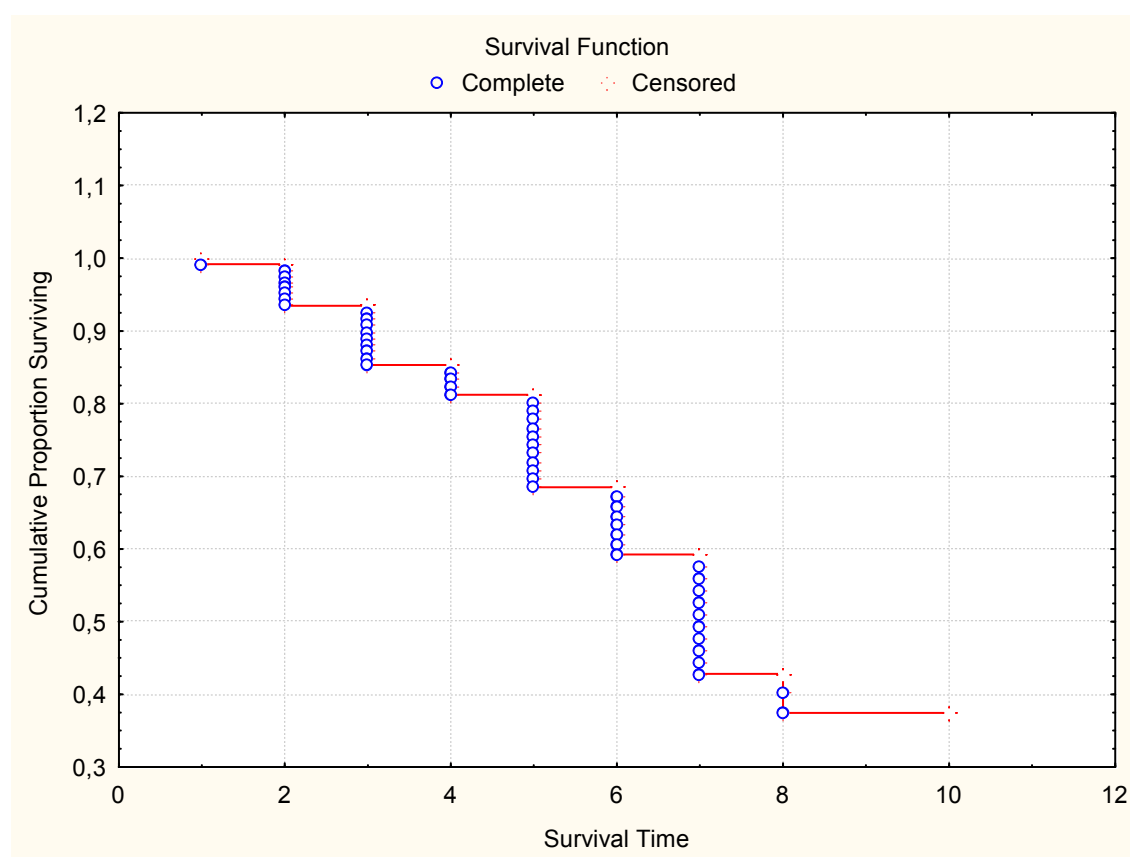


Рис. 2 Стабильность клинических результатов в общей группе больных.

К десятому году наблюдения 48 (38,0%) больных не имели стенокардии или недостаточности кровообращения, а у 78 (62,0%)

пациентов был рецидив заболевания, при этом 15 больных умерли от сердечных причин, а остальные больные были отнесены к третьему функциональному классу по классификации Канадской сердечной ассоциации.

Отдаленная выживаемость и стабильность клинических результатов в группе больных АКШ.

К этой группе были отнесены больные ИБС, которым выполнялась прямая реваскуляризация миокарда и они не нуждались в реконструкции левого желудочка.

Выживаемость и стабильность результатов были изучены в сроки до 10 лет у 73 больных. Отдаленная выживаемость была достаточно высокой и составила 92% - 5 летняя и 90% - 10 летняя (рис.3)

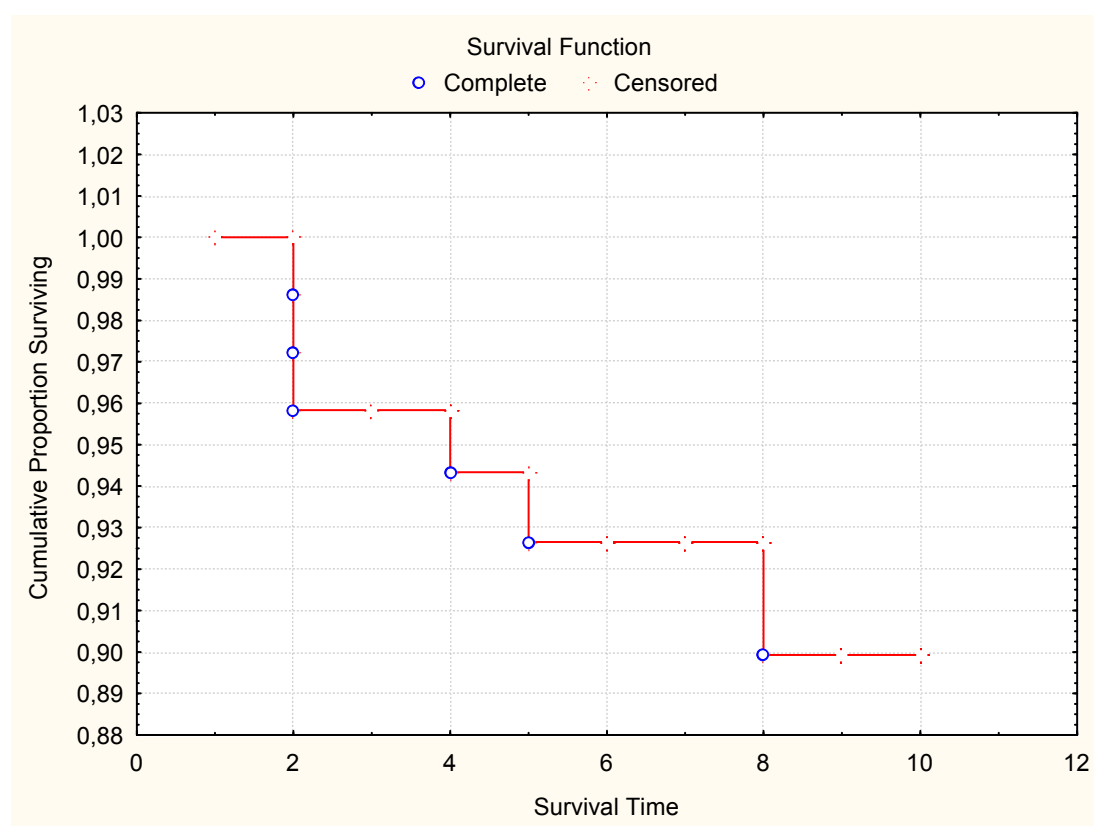


Рис. 3 Отдаленная выживаемость в группе больных с АКШ.

Все 6 погибших больных умерли от сердечных причин: четверо – от острого инфаркта миокарда и двое больных от острой коронарной

недостаточности и нарушений ритма сердца. Таким образом, летальность в этой группе за 10 летний период наблюдения составила 8,2%, а ежегодная 0,82%.

Стабильность клинических результатов хирургического лечения у больных после АКШ.

Стабильность клинических результатов у больных этой группе представлена на рисунке 4.

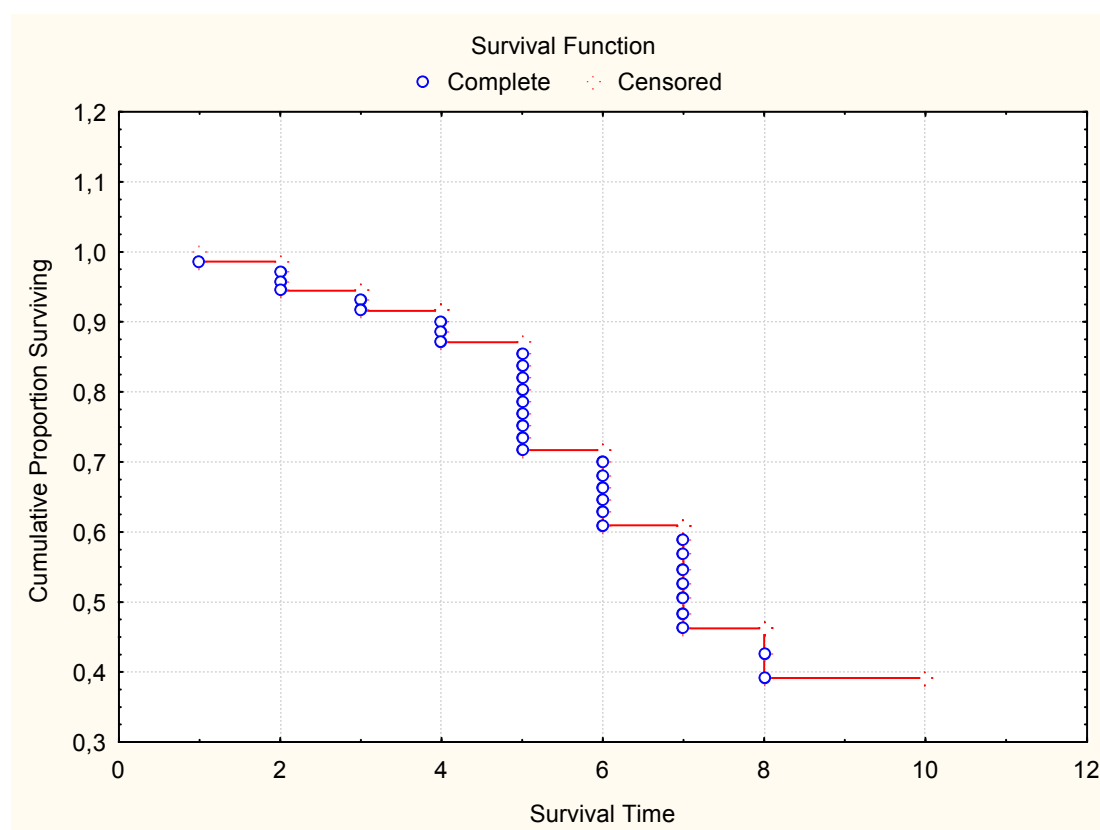


Рис. 4 Стабильность клинических результатов у больных молодого возраста в группе АКШ.

Как видно из рисунка, к пятому году наблюдения не имели рецидива стенокардии 71% оперированных больных, однако, к десятому году наблюдения выявляется снижение количества больных без стенокардии, которое составило 39% от общего количества пациентов этой группы.

Отдаленная выживаемость и стабильность клинических результатов в группе больных с аневризмой левого желудочка.

53 больным, помимо АКШ, была выполнена линейная и геометрическая реконструкция левого желудочка.

10 летняя выживаемость была изучена у 12 больных с линейной пластикой, а 7 летняя - у 41 больного с реконструкцией левого желудочка по Дору, так как эта операция стала выполняться у наших больных с 2000 года.

Выживаемость в группе больных оперированных по поводу аневризмы левого желудочка составила 84% - 5 летняя и 61% - 10 летняя (рис.5)

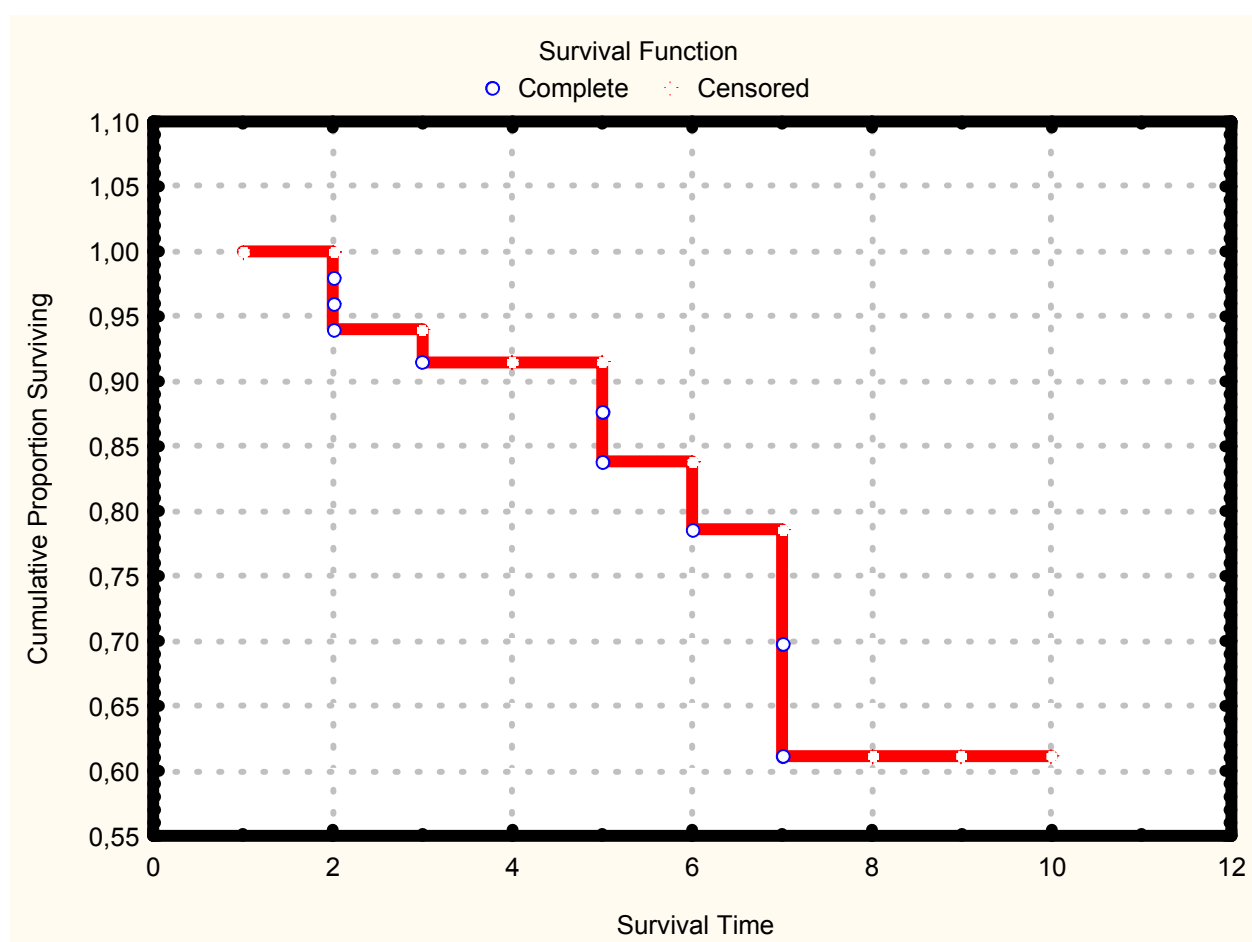


Рис. 5 Отдаленная выживаемость в группе больных ИБС молодого возраста с аневризмой сердца.

Таким образом, 10 летняя смертность составила 39%, а ежегодная летальность – 3,9%

В отдаленные сроки после операции умерло 9 больных. Все от сердечных причин: 3 – от острого инфаркта миокарда, 1 – от острой

коронарной недостаточности и нарушений ритма сердца и 5 больных умерли от прогрессирующей сердечной недостаточности.

Стабильность клинических результатов хирургического лечения постинфарктных аневризм сердца у больных ИБС молодого возраста.

В группе аневризм левого желудочка к 5 году наблюдения после операции отсутствие симптомов ИБС было выявлено у 63% оперированных больных, в то время как к 10 году наблюдения количество больных без признаков ИБС снизилось до 32% (рис.6)

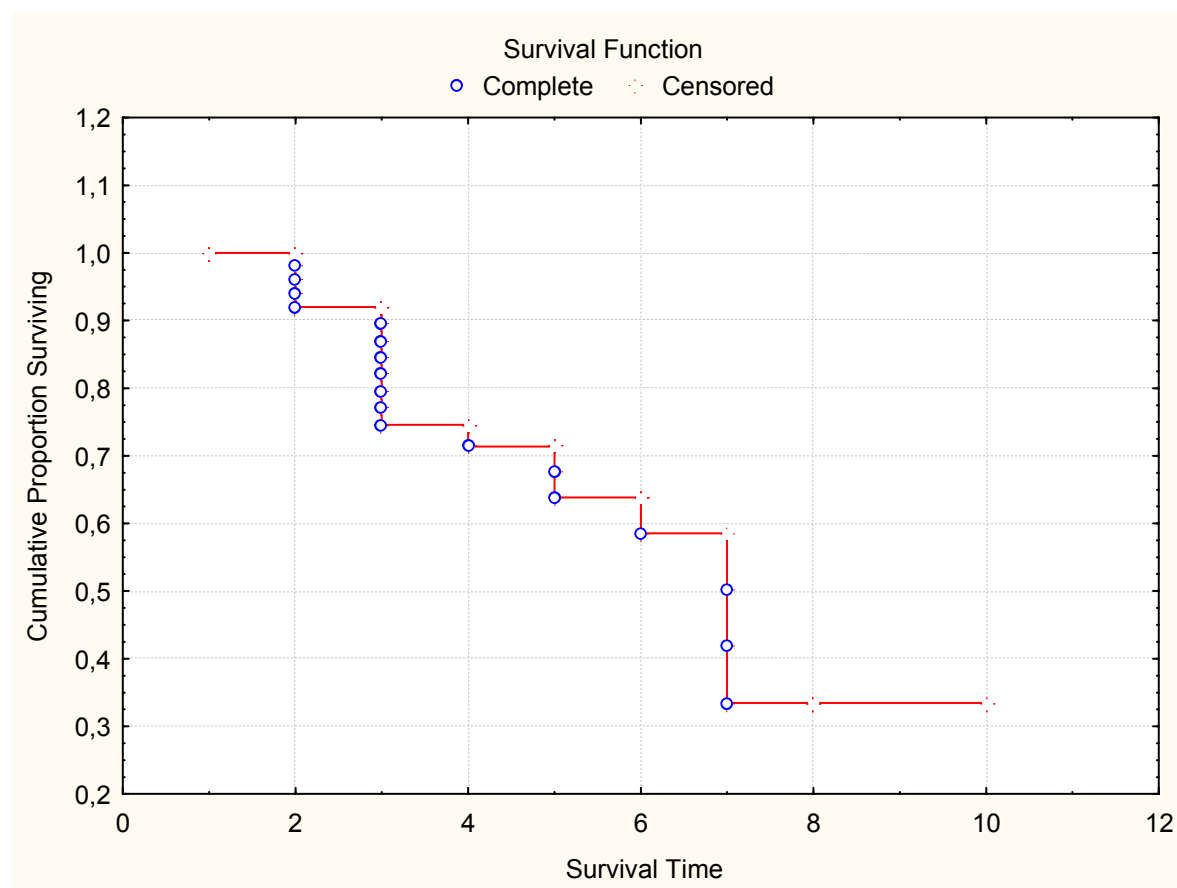


Рис.6 Стабильность клинических результатов у оперированных больных молодого возраста в группе постинфарктных аневризм левого желудочка.

Основными факторами, существенно влиявшими на отдаленную выживаемость у больных ИБС молодого возраста явились: сахарный

диабет второго типа, гиперлипидемия, а для больных с постинфарктной аневризмой левого желудочка – ещё и вид реконструкции и сопутствующая реваскуляризация миокарда, а также исходная тяжесть клинического состояния больного и степень митральной регургитации.

Наличие сахарного диабета второго типа существенно влияет на летальность в отдаленные сроки после прямой реваскуляризации миокарда (рис.7)

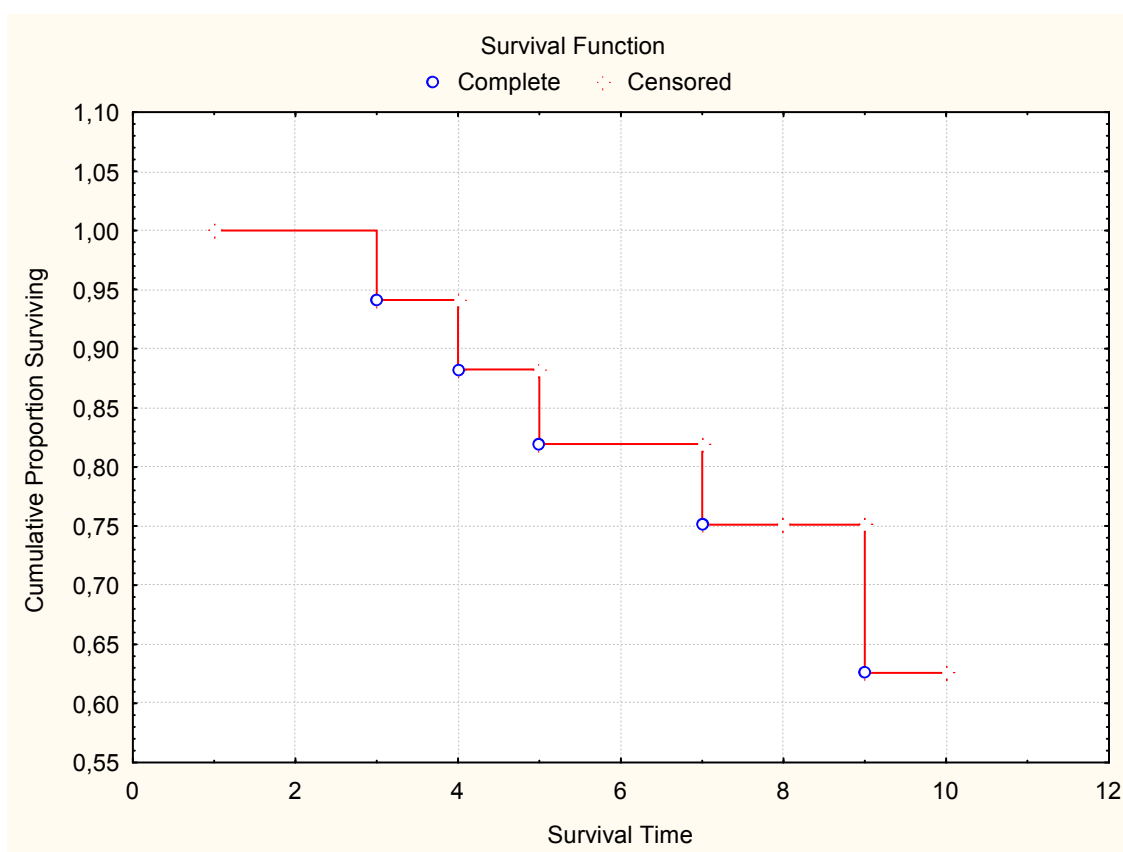


Рис.7 Отдаленная выживаемость у больных молодого возраста с сахарным диабетом второго типа.

Отдаленная выживаемость больных с сахарным диабетом после 5 лет наблюдения составила 82%, а после 10 лет – 63%. Из 6 больных умерших в группе АКШ в отдаленные сроки после операции, у 5 пациентов были клинические проявления сахарного диабета второго типа. При этом у 3 умерших больных исходно на дооперационных коронарограммах было выявлено поражение дистального русла коронарных артерий и,

возможно, прогрессирование атеросклероза послужило причиной тромбоза и дисфункции коронарных шунтов.

Сопоставление стабильности клинических результатов в отдаленные сроки после операции прямой реваскуляризации миокарда в группе с липидемией и без нее показало, что нарушения липидного обмена у молодых больных существенно влияют на эффективность операции АКШ (рис.8)

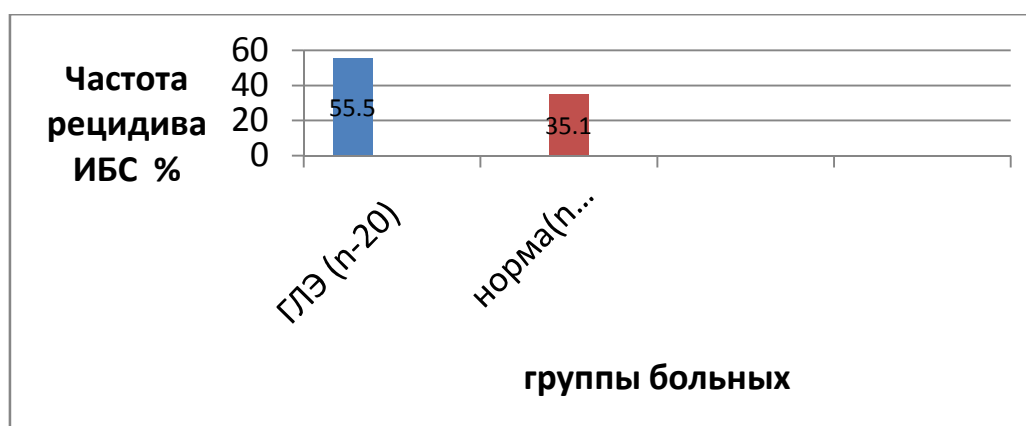


Рис.8 Рецидив ИБС в группе с гиперлипидемией (ГЛЭ) и без неё у больных молодого возраста.

Если в группе больных с гиперлипидемией рецидив ИБС в отдаленные сроки после операции наступил у 20 из 36 пациентов или у 55,5% оперированных больных, то в группе без нарушений липидного обмена количество больных с рецидивом стенокардии было достоверно ниже ($p < 0,05$) и составило 13 из 37 больных или у 35,1% оперированных пациентов.

Изучение индекса атерогенности у больных гиперлипидемией с рецидивом ИБС и без рецидива заболевания показало достоверно высокие величины в группе с рецидивом стенокардии. Это свидетельствует о повышенном риске развития сердечно-сосудистых заболеваний в первой группе.

Индекс атерогенности в группе больных с рецидивом стенокардии составил $5,4 \pm 0,29$ и был достоверно выше ($p < 0,01$) индекса

атерогенности в группе больных без рецидива стенокардии, где его величина составила $3,6 \pm 0,31$

Сравнение 7 летней выживаемости у больных с линейной пластикой и больных с реконструкции левого желудочка по Дору показало достоверное различие между группами ($p < 0.05$). Так, отдаленная выживаемость у больных с линейной пластикой левого желудочка составила 52% и была значительно ниже отдаленной выживаемости в группе больных с пластикой аневризмы левого желудочка по Дору (65%).

Более высокая отдаленная выживаемость у больных с реконструкцией левого желудочка по Дору, по сравнению с линейной пластикой можно, в определенной степени, объяснить более высокой возможностью реваскуляризации ПМЖВ ЛКА, являющейся важнейшей коронарной артерией, от которой зависит жизнь больного.

В группе с реконструкцией левого желудочка по Дору частота реваскуляризации составила 80,5% и была выше, чем в группе с линейной пластикой (66,7%).

Исходная тяжесть клинического состояния и степень митральной регургитации явились существенными факторами, влиявшими на отдаленные результаты хирургического лечения больных с постинфарктными аневризмами левого желудочка.

После операции у 31 больного из 53 (58,4%) была подтверждена митральная регургитация 2 степени. В отдаленные сроки после операции у 38,7% отмечена положительная динамика в виде уменьшения митральной регургитации, у 16,1% – степень митральной регургитации осталась прежней, а у 14 (45,2%) нами выявлено прогрессирование митральной регургитации до 3 степени, что всегда сопровождалось

ухудшением клинического состояния в виде прогрессирования сердечной недостаточности.

Важным показателем, позволяющим в определенной степени прогнозировать вероятность прогрессирования степени митральной регургитации в послеоперационном периоде, оказался исходный диаметр фиброзного кольца митрального клапана (рис.9).

Так, в группе больных с прогрессирующей митральной регургитацией (I группа) в отдаленные сроки после операции средний диаметр фиброзного кольца составил $31,6 \pm 3,2$ мм, в то время, как в группе больных без отрицательной динамики (II группа) этот показатель равнялся $28,6 \pm 4,7$ и был достоверно ниже по сравнению с первой группой больных ($p < 0.05$).



Рис.9 Средний диаметр фиброзного кольца митрального клапана в группах больных.

В отдаленные сроки (1-4 года) после операции прямой реваскуляризации миокарда у 32 больных проходимость аортокоронарных шунтов была оценена методом коронарошунтографии, которую выполняли по мере поступления больного в стационар. Необходимо отметить, что 20 больных имели жалобы на ухудшение клинического состояния и 12 больным коронарошунтография была выполнена в связи с комплексным обследованием в процессе подготовки к хирургическим вмешательствам на других сосудистых бассейнах.

Наиболее высокая отдаленная проходимость выявлена в шунтах, где в качестве трансплантатов была использована левая ВГА (91,6%). Дисфункция левой ВГА наступила в одном случае и была связана с сужением дистального коронарного анастомоза и поражением периферического русла ПМЖВ ЛКА.

Отдаленная проходимость лучевой артерии составила 67,8%, аутовенозных шунтов – 76,3%.

Нами получено статистически достоверное различие ($p < 0,01$) в отдаленной проходимости левой внутренней грудной артерии по сравнению с лучевой артерией и аутовеной. В то же время, статистически достоверного различия проходимости лучевой артерии и аутовены мы не получили ($p > 0,05$).

Основной причиной дисфункции шунтов явилось прогрессирование атеросклероза коронарных артерий.

На «злокачественный» характер атеросклероза у лиц молодого возраста нашей группы больных влияли следующие факторы: артериальная гипертензия (21,2%), сахарный диабет второго типа (14,4%), гиперлипидемия (39,1%), курение (68%), отягощенный анамнез по ИБС (36%), а также хирургические причины – низкий процент аутоартериальной реваскуляризации (32,4%) и отсутствие пластических операций на митральном клапане при регургитации 2 степени.

Таким образом, для больных ИБС молодого возраста характерным является высокая отдаленная выживаемость и относительно низкая стабильность клинических результатов, вследствие наличия у них вышеперечисленных факторов риска. Воздействуя на эти факторы, мы можем ожидать улучшение отдаленных результатов хирургического лечения у больных ИБС молодого возраста.

ВЫВОДЫ

1. Отдаленная десятилетняя выживаемость в общей группе больных ИБС молодого возраста составила 83,0%, в группе АКШ – 90,0% и у больных с реконструкцией левого желудочка – 61,0%. Она была достоверно выше отдаленной выживаемости в группе больных ИБС молодого возраста с естественным течением заболевания.
2. Стабильность клинических результатов, то есть отсутствие рецидива клинических проявлений ИБС, у больных молодого возраста была значительно ниже отдаленной выживаемости и составила 38,0 % в общей группе, 39,0% - в группе АКШ и 32,0% - в группе с реконструкцией левого желудочка.
3. Сахарный диабет второго типа, выявленный у 14,2% больных молодого возраста, является важнейшим фактором риска, существенно влияющим на отдаленную выживаемость и стабильность клинических результатов. Отдаленная десятилетняя выживаемость в группе больных с сахарным диабетом второго типа составила 63,0% и была достоверно ниже выживаемости в группе больных без сахарного диабета второго типа.
4. Гиперлипидемия была выявлена у 39,1% оперированных больных молодого возраста. Наличие гиперлипидемии повышает риск сердечно-сосудистых заболеваний и существенно ухудшает отдаленные результаты хирургического лечения ИБС у лиц молодого возраста.
5. Важнейшими факторами, от которых зависят отдаленные результаты хирургического лечения постинфарктных аневризм сердца у лиц молодого возраста являются: вид реконструкции левого желудочка, сопутствующая прямая реваскуляризация миокарда, а также исходная тяжесть клинического состояния больного и степень митральной регургитации.

6. Отдаленная проходимость внутренней грудной артерии по нашим данным составила 91,6% и была достоверно выше отдаленной проходимости лучевой артерии и аутовены, где она была 68,7% и 76,3%, соответственно.

7. Важнейшим фактором, способствовавшим закрытию трансплантатов в отдаленные сроки после операции у больных молодого возраста, явилось прогрессирование атеросклероза, особенно в дистальных отделах шунтированных коронарных артерий, которое мы наблюдали у 62,5% оперированных больных молодого возраста.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Особенностью больных ИБС молодого возраста является высокая частота сахарного диабета второго типа, гиперлипидемия и отягощенность семейного анамнеза по ИБС. Это необходимо учитывать при проведении медикаментозной терапии в отдаленные сроки после операции с целью улучшения отдаленных результатов хирургического лечения.

2. В связи с тем, что отдаленная выживаемость в группе больных с реконструкцией левого желудочка по Дору выше, чем в группе больных с линейной реконструкцией, последнюю целесообразно использовать в лечении больных с небольшими аневризмами сердца, а в остальных случаях необходимо применение реконструкции левого желудочка по Дору.

3. Сопутствующая реваскуляризация миокарда, особенно ПМЖВ ЛКА, процент которой значительно выше при выполнении реконструкции левого желудочка по Дору существенно улучшает отдаленные результаты хирургического лечения постинфарктной аневризмы сердца у больных ИБС молодого возраста.

4. Степень митральной регургитации является фактором, существенно влияющим на клиническое состояние больных в отдаленные сроки после операции. При наличии у больного митральной регургитации второй степени и диаметра фиброзного кольца митрального клапана более 30 мм., необходимо выполнение пластических операций на митральном клапане. Это будет способствовать улучшению функционального класса в отдаленные сроки после операции у больных молодого возраста.

Список опубликованных работ по теме диссертации.

1. Алшибая М.М. Эффективность интраоперационной защиты миокарда с использованием различных методов кардиopleгии при операциях аортокоронарного шунтирования /Алшибая М.М., Нисневич Э.Д., Бекназарян Д.Ю., Вищипанов А.С., Мовсесян Р.Р. //Бюллетень НЦССХ им.А.Н.Бакулева РАМН «Сердечно-сосудистые заболевания». Материалы докладов XII Ежегодной сессии НЦССХ им.А.Н.Бакулева РАМН. -2008.-Том 9.- №3. – С.118

2. Алшибая М.Д.,Отдаленные результаты использования лучевой артерии при аортокоронарном шунтировании/ Алшибая М.Д., Коваленко О.А.,Арутюнян В.Б., Ахмедова М.Ф., Жугинисов Д.Ш., Чрагян В.А.,Вищипанов А.С. //Бюллетень НЦССХ им.А.Н.Бакулева РАМН «Сердечно-сосудистые заболевания». Материалы докладов XIII Ежегодной сессии НЦССХ им.А.Н.Бакулева РАМН. -2009.-Том 10.- №3. – С.45

3. Вищипанов С.А. Отдаленная выживаемость и стабильность клинических результатов у оперированных больных ИБС молодого возраста / Вищипанов С.А., Чеишвили З.М., Вищипанов А.С., Алшибая М.М. //Бюллетень НЦССХ им.А.Н.Бакулева РАМН «Сердечно-сосудистые заболевания». Материалы докладов XIII Ежегодной сессии НЦССХ им.А.Н.Бакулева РАМН. -2009.-Том 10.- №3. – С.40

4. Алшибая М.М. Оценка отдаленных результатов хирургического лечения постинфарктных аневризм левого желудочка у больных ИБС молодого возраста / Алшибая М.М., Вищипанов А.С., Вищипанов С.А. //Бюллетень НЦССХ им.А.Н.Бакулева РАМН «Сердечно-сосудистые заболевания». Материалы докладов XV Всероссийского съезда сердечно-сосудистых хирургов.-2009. Том 10.- №6. – С.78

5. Алшибая М.М. Оценка отдаленных результатов хирургического лечения постинфарктных аневризм левого желудочка у больных ИБС молодого возраста / Алшибая М.М., Вищипанов А.С., Чеишвили З.М., Вищипанов С.А. //Бюллетень НЦССХ им.А.Н.Бакулева РАМН «Сердечно-сосудистые заболевания». Материалы докладов XIV Всероссийского съезда сердечно-сосудистых хирургов.-2009. Том 10.- №3. – С.40

6. Вищипанов А.С. Оценка отдаленных результатов хирургического лечения ИБС у лиц молодого возраста и выявление основных факторов, их определяющих (обзор литературы)/ Вищипанов А.С. //Бюллетень НЦССХ им.А.Н.Бакулева РАМН «Сердечно-сосудистые заболевания». - 2009.-Том 10.- №4. С.13-21

7. Бокерия Л.А. Отдаленные результаты хирургического лечения ИБС у лиц молодого возраста / Бокерия Л.А. Алшибая М.М., Вищипанов А.С., Чеишвили З.М., Вищипанов С.А. Анналы хирургии, 2009. №6 С.63-66

8. Алшибая М.М. Случай успешного хирургического лечения постинфарктной аневризмы сердца методом геометрической реконструкции левого желудочка у 28-летней женщины / Алшибая М.М., Вищипанов А.С., Вищипанов С.А. //Грудная и сердечно-сосудистая хирургия, 2009.№4. С. 62-63