

На правах рукописи

Ляхова Наталия Леонидовна

**Отдаленные результаты и качество жизни пациентов
после хирургического лечения расслаивающей
аневризмы аорты I типа**

(14.01.05. – кардиология)

**Автореферат
диссертации на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук**

Москва – 2011

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

Научный руководитель:

Доктор медицинских наук,

Профессор, член-корреспондент РАМН

Малашенков А.И.

Официальные оппоненты:

Гиляревский Сергей Руджерович - доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения неотложной кардиологии для больных инфарктом миокарда Научно-исследовательского института скорой помощи имени Н.В. Склифосовского

Никитина Татьяна Георгиевна - доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения кардиологии приобретенных пороков сердца Научного Центра сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева РАМН

Ведущая организация:

Институт Клинической Кардиологии им. А.Л. Мясникова Федеральное Государственное Учреждение «Российский кардиологический научно-производственный комплекс» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Защита состоится «24» июня 2011 года в «14» часов на заседании Диссертационного совета Д 001.015.01 при Научном Центре сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН (117931, Москва, Рублевское шоссе, 135).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН

Автореферат разослан «20» мая 2011 года.

Ученый секретарь

Диссертационного Совета

Доктор медицинских наук _____ Д.Ш.Газизова

Общая характеристика работы

Актуальность проблемы.

Проблема хирургического лечения расслаивающей аневризмы аорты I типа является одной из сложнейших в сердечно-сосудистой хирургии. Значительная часть больных погибает еще на догоспитальном этапе. Расслоение аорты встречается у 1 из 10000 госпитализированных больных. Один случай разрыва или расслоения аорты приходится в среднем на 400 вскрытий. По данным В.И.Бураковского и Л.А.Бокерия (2001) расслаивающие аневризмы аорты в 1.1% случаев бывают причиной внезапной смерти.

Достижения современной медицины позволяют диагностировать данную патологию на более ранних этапах и довести больного до операционного стола, что приводит к увеличению количества выполняемых операций. Однако, в отдаленном периоде после хирургического вмешательства у данной категории больных развиваются осложнения со стороны дистальных, неоперированных отделов аорты, такие как расширение, дальнейшее расслоение аортальной стенки и разрыв.

Переход расслоения на дугу аорты происходит приблизительно в 30% случаев (Nguen B, Muller M, 1999). Аневризма дуги аорты, разрыв или массивный ложный просвет в дуге аорты, расслоение брахиоцефальных сосудов являются показаниями к протезированию дуги (Kazui T, 2002; Vorp DA, 2003; Малашенков А.И., 2008). Существует мнение, что протезирование дуги аорты в каждом случае расслоения I типа предотвращает расширение дистальных отделов и снижает процент повторных операций на аорте (Lai DT, 2002; Nienaber AC, 2003; В.А.Сорокин, 2006). Однако хирургия дуги аорты связана с высоким операционным риском, в связи с чем необходимо тщательно взвешивать все за и против (Patel PD, 2008; Motomi Shiono, MD, 2006).

По многочисленным данным литературы факторами риска формирования аневризмы дистальных отделов аорты, связанных с этим повторных операций и разрывов аорты, являются наследственные заболевания соединительной ткани, такие как синдром Марфана, синдром Тернера и др. (Dietz HC, 1995; Pamela T. Johnson, 2007; Oderich GS, 2005). Анализ влияния этиологического фактора, сопутствующих заболеваний и послеоперационного ведения пациента на отдаленные результаты поможет в уточнении объема хирургического вмешательства в популяциях с более агрессивным течением заболевания.

Большинство исследований, проведенных после протезирования аорты, посвящены оценке результатов по таким показателям, как выбор оптимального срока хирургической коррекции, смертность, свобода от специфических осложнений, динамика функционального класса.

Для более полного представления о влиянии хирургического лечения на жизнь больного необходимо изучение качества жизни. Качество жизни является важным, самостоятельным показателем состояния здоровья больных и должно обязательно изучаться наряду с другими клиническими и инструментальными показателями (Бокерия Л.А., 2005; Гиляревский С.Р., 2000).

Таким образом, все вышеизложенное определяет актуальность исследования отдаленных результатов и качества жизни пациентов после хирургической коррекции расслаивающей аневризмы аорты I типа.

Цель и задачи исследования

Целью нашего исследования явилась оценка отдаленных результатов и качества жизни пациентов после хирургического лечения расслаивающей аневризмы аорты I типа.

Для достижения указанной цели были поставлены следующие задачи:

1. Изучить отдаленные результаты хирургической коррекции расслоения аорты I типа.
2. Определить факторы риска, влияющие на летальность и формирование осложнений со стороны стенки аорты в отдаленном периоде.
3. Определить влияние этиологических факторов, сопутствующих заболеваний и особенностей консервативной терапии в отдаленном периоде на судьбу дистальных отделов аорты.
4. Сравнить отдаленные результаты и показатели качества жизни в зависимости от объема хирургической коррекции: изолированное протезирование восходящей аорты и протезирование восходящей аорты одномоментно с протезированием дуги.

Научная новизна и практическая значимость

Настоящая работа является первым в нашей стране обобщающим исследованием, посвященным оценке отдаленных результатов и качества жизни пациентов после хирургической коррекции расслаивающей аневризмы аорты I типа. Такое комплексное исследование имеет важное практическое значение для оценки эффективности хирургического лечения у данной категории больных.

Изучена судьба резидуальной аорты в зависимости от объема оперативного вмешательства. Установлено, что формирование аневризмы дистальных отделов происходит чаще в группе ограниченного протезирования восходящей аорты. Определены факторы риска развития аневризмы, реопераций и летальности в отдаленном послеоперационном периоде.

Большое практическое значение имеют полученные данные об отсутствии достоверных различий в отдаленной летальности, свободы от реопераций, а также качества жизни в зависимости от объема оперативного вмешательства у пациентов с РАА I типа.

Полученные результаты позволят осуществить индивидуальный подход к ведению пациента в послеоперационном периоде и разработать рекомендации, направленные на улучшение динамического наблюдения и предотвращение неблагоприятных осложнений со стороны стенки аорты.

Внедрение в практику.

Основные положения диссертационного исследования, научные выводы и практические рекомендации внедрены в клиническую практику отдела реконструктивной хирургии и корня аорты НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева РАМН и могут быть использованы в других кардиологических и кардиохирургических клиниках.

Положения, выносимые на защиту.

1. Основными причинами летальных осложнений в отдаленном послеоперационном периоде являются сердечно-сосудистые осложнения (ОНМК, ОИМ, СН) и формирование аневризмы дистальных отделов аорты, связанные с ними операции и разрывы аортальной стенки.
2. Факторами, ухудшающими отдаленные результаты, являются молодой возраст на момент первичного вмешательства, функционирующий ложный просвет, повторные операции на аорте и отягощенный семейный анамнез.
3. Выживаемость в отдаленном периоде не зависит от объема резекции аорты и составляет 78% в группе изолированного протезирования восходящей аорты и 73% в группе вмешательства на дуге аорты.
4. Объем хирургического вмешательства не оказывает влияния на качество жизни пациентов в отдаленном периоде. Отмечается тенденция к снижению качества жизни в отдаленные сроки у пациентов, перенесших осложнения в раннем послеоперационном периоде.

Апробация диссертации.

Апробация состоялась 8 декабря 2010 года на объединенной научной конференции отделения реконструктивной хирургии и корня аорты, отделения рентгенхирургических, электрофизиологических методов исследования и лечения и апробации новейших технологий; рентгенодиагностического отделения; научно-консультативного отделения; группы ультразвукового исследования сердечно-сосудистой и общей патологии; отделения хирургического лечения сочетанных заболеваний коронарных и магистральных артерий; отделения реабилитации больных ИБС Научного Центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН. Диссертация рекомендована к защите.

Публикации.

Основные положения диссертации обобщены в виде докладов, тезисов и доложены на XII ежегодной сессии Научного Центра сердечно-сосудистой хирургии (2008), а также на XIII, XIV и XVI всероссийском съезде сердечно-сосудистых хирургов (2007, 2008, 2010). По теме работы опубликовано 9 печатных работ, из них 3 статьи.

Объем и структура работы.

Диссертация изложена на 136 страницах машинописного текста и состоит из введения, 4 основных глав, заключения и выводов, практических рекомендаций, списка литературы, включающего 183 (36 отечественных и 147 иностранных) источника. Работа иллюстрирована 17 таблицами и 14 рисунками.

Основное содержание работы.

Клиническая характеристика больных и методы исследования. Для решения поставленной цели и задач нами обследовано 119 пациентов после хирургического лечения расслаивающей аневризмы аорты I типа в сроки от 24 до 192 месяцев после операции. Полнота наблюдения со-

ставила 74%. Пациенты были разделены на две группы в зависимости от объема хирургического вмешательства. В первую группу вошли 87 пациентов, у которых объем резекции включал восходящий отдел аорты. Во вторую группу были включены 32 пациента с протезированием восходящей аорты и полным или частичным протезированием дуги. Больные в группах не различались по возрасту, полу, стадии расслоения и этиологии заболевания. Клиническая характеристика больных дана в таблице 1.

Таблица 1. Клиническая характеристика пациентов по группам.

	I группа		II группа	
	N = 87		N = 32	
	Абс.	%	Абс.	%
Пол:				
Мужской	67	77%	27	84,38%
Года операции:				
1993-1997	17	19,77%	0	0%
1998-2002	17	19,77%	13	40,63%
2003-2006	53	60,46%	19	59,37%
Средний возраст:	53.5±10.7		52.8±12.9	
Этиология:				
С-м Марфана	10	11,63%	3	9,38%
С-м Шерешевского-Тернера	1	1,16%	0	0%
Атеросклероз	27	30,23%	15	46,88%
Медионекроз	48	55,81%	13	40,62%
Неспецифический аортит	0	0%	1	3,12%
Семейная форма	9	10,34%	3	9,37%
Вмешательство на АК:				
Клапансохраняющие операции	7	8,05%	11	34,38%
Замена АК	80	91,95%	21	65,62%
Дополнительные хирургические вмешательства:				
АКШ	4	4,65%	3	9,38%

Вмешательство на МК	5	5,81%	1	3,13%
Вмешательство на ТК	6	6,98%	1	3,13%
Оперированы в: Острой стадии	29	33,33%	2	6,25%

В первой группе проводились следующие оперативные вмешательства: операция Бенталла Де Боно – 79(91,86%), супракоронарное протезирование восходящей аорты – 7(8,14%).

Во второй группе операция Бенталла Де Боно произведена в 20 (62,5%) случаях; раздельное протезирование аортального клапана и восходящей аорты – одной пациентке (3,13%); супракоронарное протезирование – одиннадцати больным (34,38%). Частичное протезирование аорты (гемидуга) выполнено двенадцати пациентам (37,5%); полное протезирование дуги аорты - в 20 случаях (62,5%), из них по методике «хобот слона» - шести больным. Кроме того одному больному проводилось протезирование брахиоцефального ствола.

Для оценки состояния больных в отдаленном послеоперационном периоде использовались физикальные и инструментальные методы обследования. Визуализация аорты осуществлялась с помощью одного из методов: ультразвукового исследования, компьютерной томографии с контрастным усилением либо панаортографии.

Для изучения КЖ нами была использована методика Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey (SF-36). Данные собраны по 90(75,6%) больным. Из них 66(75,9%) человек из первой группы и 24(75%) из второй.

С целью исключения влияния на результаты исследования факторов, не связанных с операцией на аорте, мы исключили из расчетов данные по 7пациентам. К числу состояний, влияющих на качество жиз-

ни, мы отнесли хронический алкоголизм, онкологические заболевания, связанные с ними операции и курсы химиотерапии.

Таким образом, в оценке качества жизни учитывались данные 83 пациентов. Из них к первой группе относились 61 пациент, ко второй – 22.

Результаты и их обсуждение.

В отдаленном послеоперационном периоде умерло 22 больных, что составляет 18,5%. Летальность в первой группе составила 17,24%, во второй – 21,86%. В таблице 2 отражена структура отдаленной летальности.

Таблица 2. Структура летальности в отдаленном послеоперационном периоде.

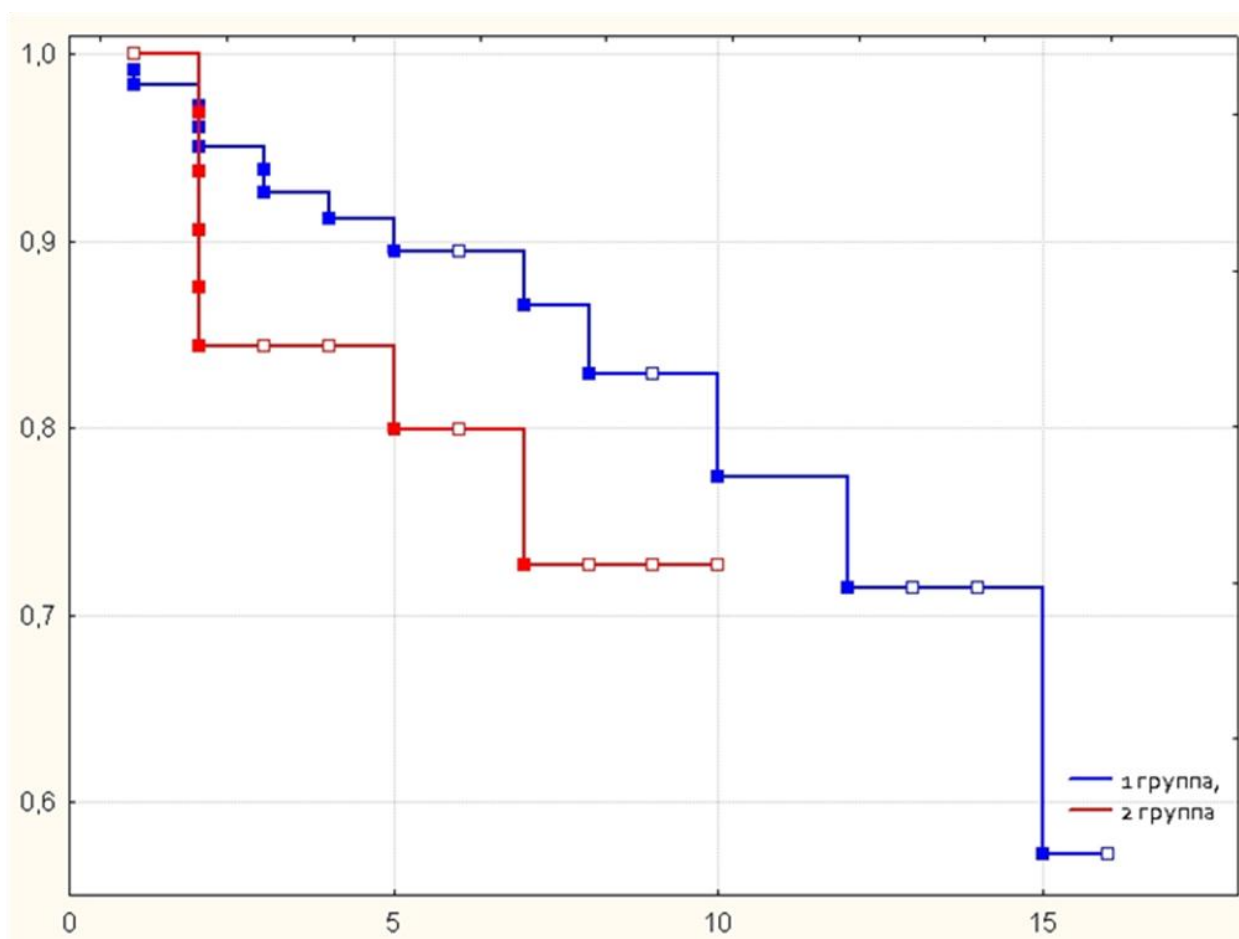
Причина смерти	Группа 1		Группа 2	
	Абс. (n)	%	Абс. (n)	%
Разрыв аорты	2	2,33	1	3,13
Смерть после реоперации:				
Репротезирование ВА	4	4,65	1	3,13
Протезирование дуги аорты	1	1,16		
Протезирование НГА и/или	1	1,16		
БА	2	2,33	1	3,13
ХСН	2	1,16	2	6,25
ОНМК	2	2,33	1	3,13
ОИМ	3	3,49	0	0
Причина, не связанная с операцией	1	1,16	1	3,13
Причина неизвестна	1	1,16	1	3,13
Всего	15	17,24	7	21,86

Основными причинами смертности в отдаленном периоде являлись осложнения со стороны резидуальной аорты, а также сердечно-сосудистые осложнения, такие как ОНМК, ОИМ и СН. Частота леталь-

ных исходов, связанных с патологией аортальной стенки составила 40% и 28,5% от общей летальности в первой и второй группах соответственно ($p>0,05$).

Актуарная выживаемость на 5-тый и 10-тый годы после операции составила 87% и 78% в первой группе, и 80% и 73% во второй. Статистически достоверной разницы в выживаемости между группами не обнаружено. Показатель актуарной выживаемости рассчитывался нами без учета госпитальной летальности, которая составляет 7,8% и 16,3% в первой и второй группах соответственно.

Рисунок 1. Актуарная выживаемость в первой и второй группах.



$F(28, 14) = 1,940041$ $p = 0,09639$

В нашем исследовании мы провели анализ до-, интра- и послеоперационных факторов, влияющих на выживаемость в отдаленном после-

операционном периоде. Результаты оценки факторов риска с помощью однофакторного анализа отображены в таблице 3.

Таблица. 3. Результаты однофакторного регрессионного анализа в оценке факторов риска отдаленной летальности.

	ОР	95% ДИ		Р
Женский пол	0,953342	0,783128	1,160552	0,630309
Возраст < 45 лет	1,061049	0,863221	1,304214	0,569509
Ранние п/о осложнения	0,85129	0,655608	1,105377	0,223729
ИБС	1,1421666	0,939639	1,388349	0,179307
АКШ	1,019286	0,844148	1,230760	0,840821
Изолированное протезирование ВА	0,840602	0,691543	1,02179	0,080532
СД	0,937346	0,782718	1,12252	0,477432
АГ	0,800971	0,673638	0,95237	0,012610
ЧСС > 65	0,974794	0,817727	1,162032	0,773368
Генетические заболевания	0,885234	0,733113	1,06892	0,202123
Семейный анамнез	0,878362	0,729454	1,057667	0,168710
Операция в острой стадии	0,851956	0,705204	1,029247	0,095642
Протезирование АВ клапанов	1,102692	0,922431	1,318179	0,279286
Функционирующий ложный просвет	1,029499	0,857406	1,236134	0,752767
Реоперация	1,264002	1,049745	1,521991	0,014044

Как видно из приведенной выше таблицы значимым влиянием на отдаленную летальность обладают такие факторы, как повторная операция на сердце и аорте и артериальная гипертензия. Однако подобные соотношения справедливы при рассмотрении независимого влияния каждого из этих параметров на риск летального исхода. С помощью однофакторного анализа мы выявили факторы со статистической значимостью менее 0,1. Включая данные показатели в многофакторный регрессионный анализ, изучали их совместное влияние на выживаемость в отдаленном периоде. При этом в уравнении остаются наиболее значи-

мые факторы и значения относительного риска изменяются по сравнению с однофакторным анализом (таблица 4).

Таблица 4. Оценка факторов риска отдаленной летальности с помощью многофакторного анализа.

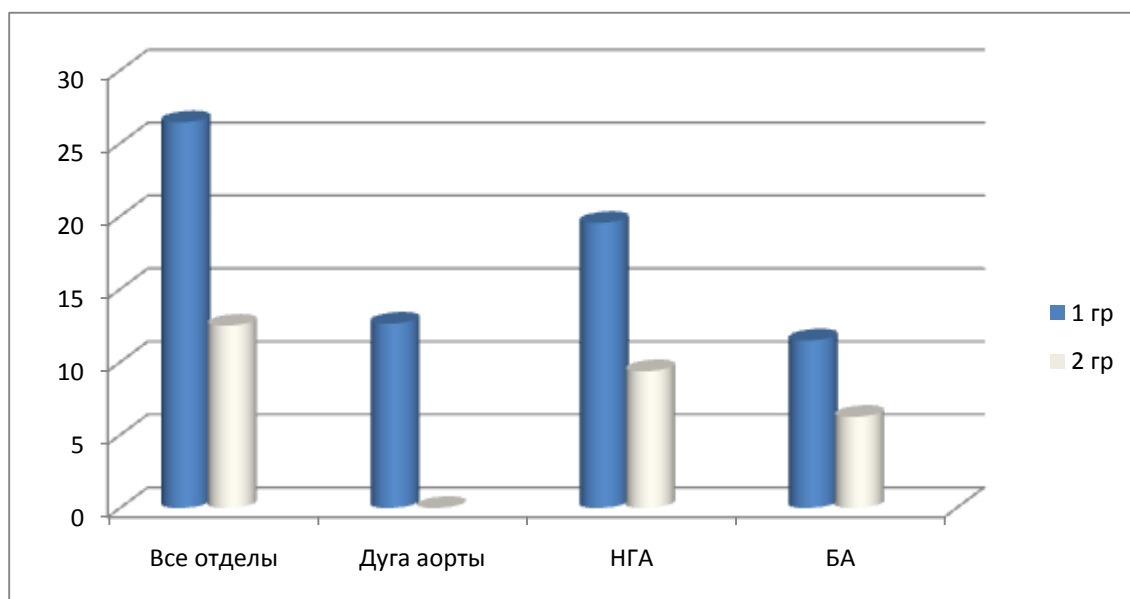
Фактор риска	ОР	95% ДИ		Р
АГ	0,866162	0,726444	1,032751	0,108326
реоперация	1,240229	1,031663	1,490961	0,022360
Изолированное протезирование ВА	0,846534	0,704394	1,017357	0,075141
Операция в острой стадии	0,891082	0,739777	1,073332	0,221693

Таким образом, единственным независимым статистически достоверным фактором риска летальности в отдаленном периоде является повторная операция (ОР=1,24, 95% ДИ 1,03-1,49, $p<0,05$).

Наиболее частым нелетальным осложнением является аневризма дистальных отделов аорты. В первой группе клинически значимое расширение аорты (более 50мм) наблюдалось у 29% пациентов, во второй у 13% ($p<0,05$).

Расширение дистальных отделов происходит неравномерно. Нисходящая грудная аорта, и в особенности ее проксимальная часть более подвержена расширению, чем другие отделы. В группе протезирования дуги аорты НГА была расширена более чем у трети пациентов. Однако в группе изолированного протезирования восходящей аорты помимо аневризмы грудной и брюшной аорты у 29% пациентов наблюдалось расширение дуги аорты.

Рисунок 2. Распределение аневризматического расширения по анатомическим отделам аорты.



Для определения факторов риска формирования аневризм дистальных отделов аорты мы оценивали 12 параметров. Данные оценки факторов риска формирования аневризмы с помощью однофакторного и многофакторного анализа отражены в таблицах 5 и 6 соответственно.

Таблица 5. Факторы риска формирования аневризмы дистального отдела аорты (однофакторный анализ).

	ОР	95% ДИ		Р
Женский пол	0,991153	0,80075	1,226831	0,934204
Возраст < 45 лет	1,112051	0,894953	1,381813	0,333774
ИБС	1,014459	0,818151	1,257869	0,894757
АКШ	0,936092	0,760353	1,152448	0,529503
Изолированное протезирование ВА	1,133486	0,917047	1,401009	0,243074
СД	1,137087	0,93463	1,3834	0,196250
АГ	1,198675	0,990412	1,4507320	0,062458
ЧСС > 65	1,060501	0,875116	1,285158	0,545001
Наследственные синдромы	0,962054	0,783024	1,182016	0,709740

Острое расслоение	0,998571	0,811663	1,228519	0,989085
Семейный анамнез	1,158287	1,097054	1,236633	0,040490
Функционирующий ложный просвет	1,459234	1,200734	1,773383	0,000223

Таблица.6. Факторы риска формирования аневризмы дистального отдела аорты (многофакторный анализ).

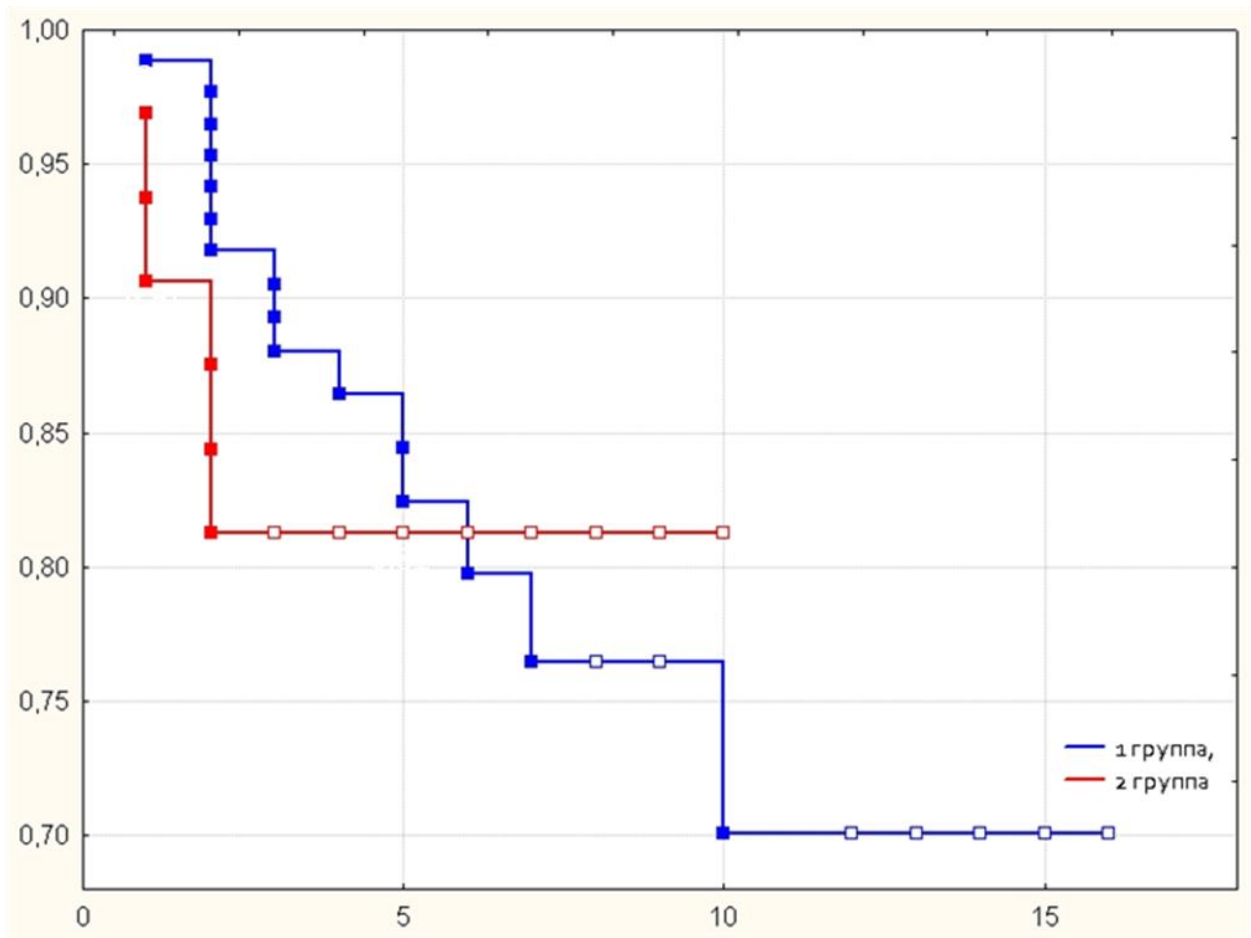
	ОР	95% ДИ		р
Семейный анамнез	1,225883	1,034540	1,452618	0,019093
Функционирующий ложный просвет	1,394969	1,177232	1,652974	0,000171
АГ	1,221389	0,989912	1,517563	0,0891934

Факторами риска формирования аневризм дистальной аорты в нашем исследовании являются функционирующий ложный просвет (OR=1,39; 95% ДИ 1,18-1,65; P<0,05) и отягощенный семейный анамнез (OR=1,22; 95% ДИ 1,03-1,45; P<0,05). Наличие артериальной гипертензии не влияет на расширение дистальных отделов аорты.

В группе обследованных нами больных родственники двенадцати пациентов страдали от аневризмы аорты. При этом внешних признаков патологии соединительной ткани, характерных для наследственных синдромов, у них не наблюдалось. С другой стороны наш анализ не показал достоверного влияния синдрома Марфана на развитие аневризмы дистальной аорты в отдаленном периоде.

Еще одним важным критерием успешности проведенного оперативного лечения является свобода от повторных вмешательств.

Рисунок 3. Свобода от реоперации в отдаленном послеоперационном периоде.



$$F(32, 12) = 1,097509 \quad p = 0,45323$$

Свобода от реопераций в отдаленном периоде, вызванных всеми причинами, составляет в первой группе на 1, 5 и 10 годы 99%, 81%, 67% соответственно. В группе 2 эти показатели составили 90%, 80% и 80%. Статистически достоверной разницы между группами не выявлено.

Из приведенного графика видно, что операции на дистальных отделах аорты во второй группе проводились в первые два года после протезирования восходящей аорты и дуги. Среднее количество лет до повторного вмешательства в первой и второй группах составляет $3,8 \pm 2,4$ и $1,5 \pm 0,54$ года соответственно ($P < 0,05$). По нашему мнению у пациентов второй группы изначально имелось значимое расширение

нескольких анатомических отделов аорты, в связи с чем повторное вмешательство на дистальной аорте проводилось в ранние сроки от первой операции. У пациентов первой группы наблюдалось постепенное расширение дистальных отделов до клинически значимого диаметра. В таблицах 7 и 8 отражены результаты оценки факторов риска реоперации.

Таблица 7. Факторы риска повторных операций (однофакторный анализ).

	ОР	95% ДИ		Р
Женский пол	1,211941	0,965443	1,521375	0,096505
Возраст <45 лет	1,316355	1,044303	1,659279	0,020523
ИБС	0,952259	0,757169	1,197614	0,672520
АКШ	1,041977	0,834831	1,300523	0,713213
Изолированное протезирование восх. аорты	1,005502	0,80221	1,260312	0,961598
СД	0,99585	0,808022	1,22734	0,968544
АГ	1,03225	0,842233	1,265138	0,757219
ЧСС > 65	1,011765	0,824385	1,241737	0,909888
Наследственные заболевания (СМ, СТ)	0,960782	0,77144	1,196595	0,718007
Отсутствие семейного анамнеза	1,117112	0,901338	1,384541	0,307913
Острое расслоение	0,977627	0,78385	1,219307	0,839152
Протезирование АВ клапанов	0,979537	0,796159	1,205153	0,843310
Функционирующий ложный просвет	1,299650	1,055754	1,599890	0,014054

Таблица 8. Результаты многофакторного регрессионного анализа риска реоперации в отдаленном периоде.

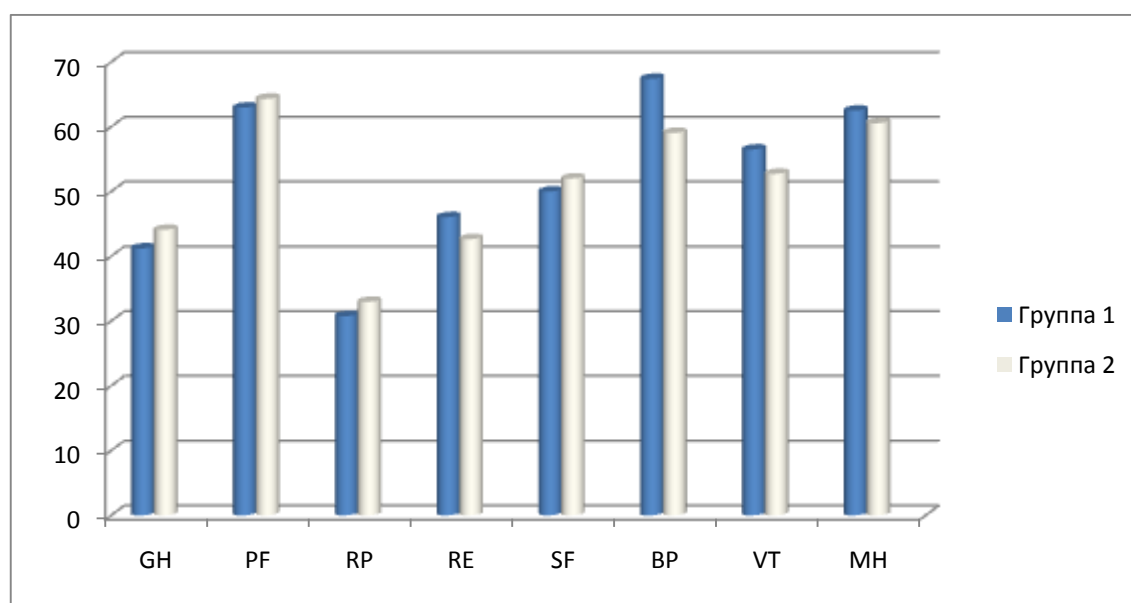
	ОР	95% ДИ		Р
Возраст <45 лет	1,290692	1,085693	1,534398	0,004180
Функционирующий лож-	1,263782	1,063057	1,502406	0,008413

ный просвет				
Женский пол	1,183060	0,996295	1,404836	0,055073

Факторами риска повторных операций является функционирующий ложный просвет (OR=1,26; 95% ДИ 1,06-1,50; $p<0,05$) и возраст менее 45 лет на момент первичного вмешательства (OR=1,29; 95% ДИ 1,08-1,53; $p<0,05$)

При сравнении КЖ пациентов первой и второй групп мы не выявили статистически достоверной разницы. Однако ни по одному из восьми параметров опросника SF-36 пациенты обеих групп не набрали больше 70 баллов. Наименьшие показатели КЖ отмечались в обеих группах по следующим категориям: общее состояние здоровья ($41,1\pm 20,3$ и $44,9\pm 23,3$), а также ролевое функционирование, как эмоциональное ($44,1\pm 43,4$ и $41,9\pm 39,6$), так и физическое ($31,1\pm 35,6$ и $33,3\pm 37,3$).

Рисунок 4. Распределение баллов согласно опроснику SF-36 по группам.



Мы сравнили показатели качества жизни, используя U-тест Манна-Уитни по категориям пол, возраст, объем оперативного вмеша-

ства, стадия расслоения, тяжелые осложнения в раннем и отдаленном послеоперационном периоде. К осложнениям раннего послеоперационного периода мы отнесли любые причины, требующие нахождения пациента в отделении реанимации более 3-х суток. К данным осложнениям относились: полиорганная недостаточность, выраженная дыхательная, сердечно-сосудистая, почечно-печеночная недостаточность, отек мозга, острое нарушение мозгового кровообращения. К отдаленным осложнениям относились ОИМ, ОНМК, остеомиелит грудины, генерализованный сепсис, поздний инфекционный эндокардит протеза или нативного клапана сердца, тромбоз аортального протеза, выраженные проявления хронической сердечной недостаточности (NYHA III-IV ФК).

Влияние на качество жизни оказывают осложнения в раннем и отдаленном послеоперационном периоде. Причем ранние осложнения влияют на общее состояние здоровья, а отдаленные на физическое функционирование и психическое здоровье. Остальные категории на качество жизни в отдаленном периоде не влияют. Результаты отображены в таблицах 9 и 10.

Таблица 9. Влияние ранних операционных осложнений на показатели КЖ в отдаленном периоде.

	U	P
GH	628,0	0,046
PF	828,0	0,843
RP	826,5	0,833
RE	845,5	0,965
SF	818,0	0,775
BP	848,0	0,982
VT	760,5	0,428
MH	836,5	0,902

Таблица 10. Влияние отдаленных осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы на КЖ.

	U	P
GH	696,5	0,105
PF	594,5	0,012
RP	769,0	0,319
RE	764,0	0,298
SF	728,0	0,177
BP	826,5	0,617
VT	725,5	0,170
MH	646,0	0,039

Таким образом, КЖ, характеризующееся физическим и ментальным компонентами, может быть улучшено профилактическими мероприятиями, уменьшающими количество поздних инфекционных и сосудистых осложнений. Улучшение анестезиологического пособия, хирургической техники, методов защиты миокарда и головного мозга приведет к гладкому послеоперационному периоду, что в конечном итоге улучшит субъективное восприятие своего здоровья пациентами после хирургического лечения РАА I типа.

Выводы.

1. Отдаленные результаты хирургического лечения расслаивающей аневризмы аорты I типа являются удовлетворительными. Актуарная выживаемость к десятому году составляет 78% и 73% в первой и второй группах соответственно. Большинство пациентов находятся в I и II ФК в обеих группах. Основными причинами смерти в отдаленном периоде являются осложнения со стороны стенки аорты (разрыв аорты и смерть при повторных операциях), а также сердечно-сосудистые осложнения (острое нарушение моз-

гового кровообращения, острый инфаркт миокарда, хроническая сердечная недостаточность).

2. Фактором риска летальности в отдаленном периоде является реоперация на аорте. На частоту повторных операций на аорте влияют проходимость ложного просвета и возраст менее 45 лет на момент первичного вмешательства.
3. Формирование аневризмы дистальных отделов аорты достоверно чаще происходит у пациентов с отягощенным семейным анамнезом. Также фактором риска развития дистальных аневризм является функционирующий ложный просвет. Артериальная гипертензия не влияет на судьбу дистальных отделов аорты.
4. Расширение объема вмешательства на дугу аорты не приводит к достоверному повышению выживаемости и свободы от реоперации на аорте по сравнению с изолированным протезированием восходящей аорты.
5. Качество жизни пациентов в отдаленном периоде удовлетворительное. Имеется тенденция к снижению показателей качества жизни у пациентов, перенесших тяжелые осложнения в раннем послеоперационном периоде (полиорганную недостаточность, выраженную дыхательную, сердечно-сосудистую, почечно-печеночную недостаточность, отек мозга, острое нарушение мозгового кровообращения). Различий в качестве жизни в зависимости от объема оперативного вмешательства не обнаружено.

Практические рекомендации.

1. Независимыми факторами риска осложнений со стороны стенки аорты являются отягощенный семейный анамнез, молодой возраст на момент первичного вмешательства и функционирующий лож-

ный просвет. В связи с этим рекомендуется систематическое наблюдение за данными группами пациентов.

2. В связи с относительно высокой летальностью расширение вмешательства на дугу аорты должно выполняться только по строгим показаниям: острая расслаивающая аневризма восходящей аорты и дуги с локализацией разрыва интимы в дуге или нисходящей аорте; разрыв или массивный ложный просвет в дуге аорты; расслоение брахиоцефальных сосудов и отхождение последних от ложного просвета, аневризма дуги и нижележащих отделов аорты.
3. В отдаленном послеоперационном периоде необходимо проводить гипотензивную терапию в связи с большим числом летальных и нелетальных сердечно-сосудистых осложнений (острого инфаркта миокарда, острого нарушения мозгового кровообращения, хронической сердечной недостаточности).
4. В комплексной оценке эффективности хирургического лечения РАА I типа для более полного представления о влиянии заболевания на жизнь больного необходимо использовать не только инструментальные методы исследования, но и методики оценки качества жизни.

Список опубликованных автором работ по теме диссертации.

1. Ляхова Н.Л. Качество жизни и отдаленные результаты хирургического лечения расслаивающих аневризм восходящего отдела и дуги аорты. / Н.Л. Ляхова. // Бюллетень НЦССХ им. А.Н.Бакулева РАМН «Сердечно-сосудистые заболевания» 2010.- Т.11- № 6.- С.290.
2. Bockeria L. Surgical Treatment of Type 1 Dissecting Aortic Aneurysms: Is the Extension of the intervention onto the Arch Justified? / L. Bockeria, A. Malashenkov, N.Lyakhova et al. // Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery - 2008. - C8-3. - S29

3. Малашенков А.И. Расширение хирургического вмешательства на дугу при коррекции расслоения аорты I типа: неоправданный риск или необходимость? / А.И. Малашенков, Н.И. Русанов, Н.Л. Ляхова и др. // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН «Сердечно-сосудистые заболевания». - 2008. - Т. 9. - № 3.-С.23.
4. Ляхова Н.Л. Отдаленные результаты хирургического лечения расслаивающих аневризм восходящей аорты и/или дуги аорты. / Н.Л. Ляхова // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН «Сердечно-сосудистые заболевания». - 2008. – Т. 9. - № 3. - С.221 .
5. Малашенков А.И. 24-летний опыт хирургического лечения аневризм восходящей аорты у пациентов с синдромом Марфана. / А.И. Малашенков, Н.И. Русанов Н.И., Н.Л. Ляхова и др. // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН «Сердечно-сосудистые заболевания». - 2008. - Т. 9. - № 6. - С. 31.
6. Малашенков А.И. 17-ти летний опыт хирургического лечения хронической расслаивающей аневризмы аорты I-II типов. / А.И. Малашенков, Н.И. Русанов, Н.Л. Ляхова и др. // Бюллетень НЦССХ им. А.Н.Бакулева РАМН «Сердечно-сосудистые заболевания» 2007.- Т.8.- № 6.- С.52.
7. Бокерия Л.А. Результаты операций супракоронарного протезирования восходящей аорты. / Л.А. Бокерия, Р.К. Албаев Н.Л. Ляхова и др. // Анналы хирургии- 2009. - № 2. - Стр.16-27.
8. Малашенков А.И. Устранение ложного просвета в дистальном отделе восходящей аорты в хирургии расслаивающих аневризм аорты. / А.И. Малашенков, З.И. Бирагов, Н.Л. Ляхова и др. // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия- 2009. - №3. - Стр. 44-53.
9. Ляхова Н.Л. Отдаленные результаты и качество жизни пациентов после хирургического лечения расслаивающих аневризм восходящей

аорты с переходом на дугу». / Н.Л. Ляхова. // Анналы хирургии - 2009. - №3. – Стр. 9-15.

Список сокращений.

АГ – артериальная гипертензия

АК – аортальный клапан

БА – брюшная аорта

ВА – восходящая аорта

КЖ – качество жизни

МК – митральный клапан

НГА – нисходящая грудная аорта

РАА – расслаивающая аневризма аорты

СД – сахарный диабет

СМ – синдром Марфана

СТ – синдром Тернера

ТК – трикуспидальный клапан