

На правах рукописи

Лабарткава Лиана Зауровна

**Качество жизни и отдаленные результаты после
хирургической коррекции аортального стеноза и
реваскуляризации миокарда**

(14.00.06 - Кардиология)

(14.00.44 – Сердечно-сосудистая хирургия)

Автореферат

диссертации на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук

Москва - 2006

Работа выполнена в Научном центре сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н.Бакулева РАМН.

Научные руководители:

доктор медицинских наук, профессор,
академик РАМН

Бокерия
Лео Антонович

доктор медицинских наук, профессор

Никитина
Татьяна Георгиевна

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук

Ключников
Иван Вячеславович

доктор медицинских наук, профессор

Шабалкин
Борис Владимирович

Ведущая организация: ФГУ НИИ Трансплантологии и искусственных органов Росздрава.

Защита состоится «.....» 2006 года в «.....» часов на заседании специализированного ученого совета Д.001.015.01. при Научном центре сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева РАМН (121552, Москва, Рублевское шоссе, дом 135, конференц-зал № 2).

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

Автореферат разослан «.....» 2006 г.

Ученый секретарь Диссертационного Совета

доктор медицинских наук, профессор

Газизова Д.Ш.

Актуальность проблемы.

Частое сочетание кальцинированного аортального стеноза и ИБС является значимой проблемой и, несмотря на имеющиеся данные в литературе, все равно сохраняется большой интерес к вопросам оптимальной диагностики и лечения этой сочетанной патологии.

По данным литературы поражение коронарных артерий у больных с приобретенными пороками сердца встречается приблизительно у каждого четвертого больного в возрасте старше 40 лет и у каждого второго больного старше 60 лет (Rapp A.H., Hillis L.D., Lange R.A., Cigarroa J.E., 2001).

Недооценка возможного сочетания патологии клапанов и ишемической болезни сердца и, как следствие, отсутствие адекватной реваскуляризации миокарда во время операции, может явиться причиной снижения выживаемости в отдаленном периоде из-за последующих инфарктов миокарда (Цукерман Г.И., Скопин И.И, 1996).

Это обстоятельство послужило основанием для разработки комбинированных операций. Пациенты после сочетанных операций имеют лучший кратковременный и отдаленный прогноз по сравнению с пациентами с выраженной ИБС, которым не выполнялось реваскуляризация миокарда одновременно с ПАК (Iung B., 2000; Lund O., Nielsen T.T.et al., 1990).

Помимо выживаемости большое внимание уделяется понятию - «качество жизни». Наиболее важными компонентами оценки качества жизни считаются определение функциональных возможностей больного, оценка субъективного восприятия им состояния своего здоровья, субъективная оценка больным выра-

женности симптомов болезни (Орлов В.А., Гиляревский С.Р., Бенделиани Н.Г. 2000).

В современной медицине оценка качества жизни приобретает важное самостоятельное значение, становится критерием оценки эффективности лечения и позволяет выявить дополнительные преимущества или недостатки проводимой терапии.

До настоящего времени не проводилось исследований, посвященных интегральной оценке качества жизни пациентов, оперированных по поводу кальцинированного аортального стеноза в сочетании с ИБС, опирающихся преимущественно на субъективное восприятие больных, а также сопоставление результатов операции по объективным данным и субъективным оценкам самих пациентов.

Цель и задачи исследования.

Целью нашего исследования является оценка качества жизни и отдаленных результатов у пациентов после хирургической коррекции аортального стеноза и реваскуляризации миокарда.

Для достижения указанной цели были поставлены следующие задачи:

1. Изучить непосредственные результаты протезирования аортального клапана по поводу аортального стеноза и реваскуляризации миокарда.
2. Определить факторы риска, влияющие на летальность, непосредственные и отдаленные результаты у пациентов после хирургической коррекции аортального стеноза и реваскуляризации миокарда.
3. Изучить отдаленные результаты хирургической коррекции аортального стеноза и реваскуляризации миокарда.

4. Оценить качество жизни больных в отдаленные сроки после операции протезирования аортального клапана и реваскуляризации миокарда.

Научная новизна исследования.

Настоящая работа является первым в нашей стране обобщающим исследованием, посвященным оценке качества жизни пациентов после хирургической коррекции аортального стеноза и реваскуляризации миокарда. Такое комплексное исследование имеет важное практическое значение для оценки эффективности хирургического лечения у данной категории больных.

Практическая ценность работы.

Большое практическое значение имеют полученные данные об отсутствии достоверных различий в уровне клинических и гемодинамических данных, а также качества жизни после хирургической коррекции изолированного аортального стеноза и в сочетании с реваскуляризацией миокарда; выявление факторов риска госпитальной смертности и летальности в отдаленные сроки после сочетанной операции ПАК и реваскуляризации миокарда.

Полученные результаты позволят осуществить индивидуальный подход при лечении пациентов после протезирования аортального клапана и реваскуляризации миокарда по поводу кальцинированного аортального стеноза и сопутствующей ИБС и разработать рекомендации, направленные на улучшение результатов хирургического лечения исследованных больных.

Внедрение в практику.

Основные положения диссертации, научные выводы и практические рекомендации внедрены в клиническую практику отделений хирургического лечения приобретенных пороков

сердца НЦССХ им. А.Н. Бакулева могут быть использованы в других кардиологических и кардиохирургических центрах.

Положения, выносимые на защиту.

1. Коррекция аортального стеноза в сочетании с реваскуляризацией миокарда приводит к значительному улучшению клинического состояния и гемодинамических параметров непосредственно после операции и положительная динамика сохраняется в отдаленные (до 14 лет) сроки.

2. Наличие сопутствующей ИБС у пациентов с аортальным стенозом является предиктором отдаленной летальности, но качество жизни у данной категории больных в отдаленном послеоперационном периоде не отличаются от качества жизни у пациентов с изолированным ПАК.

Апробация диссертации.

Апробация состоялась 28 апреля 2006 года на объединенной научной конференции отделений: кардиологии приобретенных пороков сердца, реконструктивной хирургии приобретенных пороков сердца, неотложной хирургии приобретенных пороков сердца, научно-консультативного отдела методов исследования и лечения сердца и сосудов, рентген-диагностического отдела. Диссертация рекомендована к защите.

Публикации.

Основные положения диссертации обобщены в виде докладов, тезисов и доложены на IX и X ежегодной сессии Научного Центра сердечно-сосудистой хирургии (2005, 2006), симпозиуме «Современные методы диагностики и лечения заболеваний в клинике и в эксперименте», а также на XI Всероссийском съезде сердечно-сосудистых хирургов (2005), конференции ассоциации

сердечно-сосудистых хирургов Украины «актуальные проблемы кардиохирургии» (2006).

По теме работы опубликовано 8 печатных работ, из них 1 статья.

Объем и структура работы.

Диссертация изложена на 171 страницах машинописного текста и состоит из введения, 4 основных глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, включающего 214 (36 отечественных и 178 иностранных), примеров опросников по качеству жизни. Работа иллюстрирована 23 таблицами и 13 рисунками.

Основное содержание работы.

Клиническая характеристика больных и методы исследования.

Для решения поставленной цели и задач нами обследовано 131 больной с изолированным аортальным стенозом и в сочетании с ИБС, перенесших оперативное вмешательство в период с января 1991 года по декабрь 2004 года.

Из данного исследования были исключены те пациенты, которые имели пороки других клапанов, требующие хирургической коррекции, кроме относительной недостаточности митрального клапана, возникающей как следствие длительно существующего аортального порока.

Больным, а это были мужчины старше 40 лет и женщины старше 45 лет, была проведена с диагностической целью коронарография до оперативного вмешательства.

Для сравнительной оценки результатов исследования пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от наличия и отсутствия гемодинамически значимых поражений коронарных артерий. К I группе мы отнесли 81 больного с сочетанным пора-

жением аортального клапана и коронарных артерий, во II группу – 50 пациентов с изолированным поражением аортального клапана.

Необходимо отметить, что больные в группах не различались по: возрасту, полу, функции левого желудочка, году операции, этиологии аортального стеноза и длительности порока ($p>0,05$).

Таблица №1. Клиническая характеристика пациентов.

	<i>I группа</i>		<i>II группа</i>	
	(n=81)		(n=50)	
	<i>Абс.</i>	<i>%</i>	<i>Абс.</i>	<i>%</i>
Пол:				
Мужчины	70	86,4	34	68
Женщины	11	13,6	16	32
Средний возраст (годы)	55,9±8,1		53,6±7,5	
НК I	5	6,2	9	18
НК IIА	52	64,2	35	70
НК IIБ	23	28,4	6	12
НК III	1	1,2	-	-
ФК II	-	-	4	8
ФК III	16	19,8	31	62
ФК IV	65	80,2	15	30

У пациентов исследуемых групп в этиологии аортального стеноза преобладал врожденный порок сердца (двустворчатый аортальный клапан) – у 53 (65,4%) больных в I группе и у 27 (54%) пациентов во II группе. Ревматизм был причиной развития аортального порока у 20 (24,7%) больных и 17 (34%) пациентов в I и во II группах соответственно. Атеросклеротическое поражение аортального клапана было отмечено у 8 (9,9%) больных в I группе и у 6 (12%) пациентов во II группе ($p>0,05$).

Во всех случаях патологические изменения сопровождались кальцинозом клапана, чаще III степени.

Диагноз аортального стеноза поставлен более 5 лет назад у большинства пациентов в обеих группах: в 71,6% случаев у больных I группы и в 62% случаев - II группы ($p>0,05$). Длительность порока менее 5 лет выявлена в 28,4% и в 38% случаев у больных I и II групп соответственно.

Анамнез больных.

Болевой синдром. Жалобы на боли в области сердца до операции предъявляло большинство исследуемых пациентов (91,4% и 94% в I и II группах соответственно) ($p>0,05$). У 40,8% пациентов I группы боли возникали при физической нагрузке, в 37% случаев – в покое. У больных II группы болевые ощущения возникали при нагрузке и в покое в 54% и в 20% случаев соответственно. Атипичные боли отмечены у 13,6% больных I группы и у 20% - II группы. Большинство пациентов боли в области сердца беспокоили от 1 года до 3 лет ($p=0,04$).

Инфаркт миокарда в анамнезе. По данным анамнеза инфаркт миокарда (ИМ) был выявлен у 22 (27,2%) больных из I группы, во II группе – не зафиксирован ($p=0,0002$). Эти данные были подтверждены соответствующими изменениями на электрокардиограмме.

Мы изучали показатели гемодинамики левого желудочка: оценивали конечные размеры (КСР и КДР), конечные и ударный объемы (КСО, КДО) и фракцию выброса левого желудочка (ФВ). Не было различия в данных параметрах у пациентов двух групп ($p>0,05$). Данные представлены в таблице №2.

Таблица № 2. ЭхоКГ показатели до операции у пациентов I и II групп.

Признак	Показатель		p
	I группа	II группа	
ЛП, см	4,2±0,6	4,3±0,8	0,41
КСР, см	4,1±0,9	3,9±0,9	0,22
КДР, см	5,8±0,9	5,6±0,8	0,19
КСО, мл	81,2±42,5	76,4±49,7	0,57
КДО, мл	173,4±62,3	160,1±56,4	0,21
ФВ, %	54,2±11,5	58,8±14,6	0,06
ПГ, мм.рт.ст.	85,9±22,8	89,8±24,5	0,37
СГ, мм.рт.ст.	53,5±15,2	60,8±14,5	0,01

Ангиокардиографическое исследование.

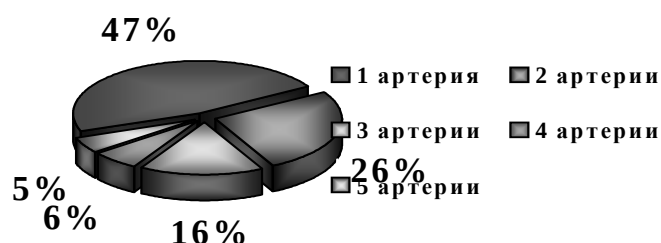
При анализе коронарограмм обследованных пациентов было выявлено преобладание правого типа коронарного кровоснабжения.

Гемодинамически значимых поражений, которые бы потребовали вмешательства на коронарных артериях у пациентов II группы не было выявлено.

При анализе учитывали гемодинамически значимые стенозы коронарных артерий более 65%.

Поражение коронарных артерий у пациентов I группы.

Рисунок №1.



Характеристика поражения коронарного русла представлена в таблице №3.

Таблица №3. Характеристика поражения коронарного русла.

Степень стеноза	ЛКА	ПМЖВ	ДВ	a.intermedia	ОВ	ПКА
менее 50%	3	4	15	1	7	9
50-75%	7	35	3		31	29
> 75%	2	18	6	4	16	12
Окклюзия	-	3	1	-	2	4
Всего	12 (14,8%)	60 (74,1%)	25 (30,9%)	5 (6,2)	56 (69,1%)	54 (66,7%)

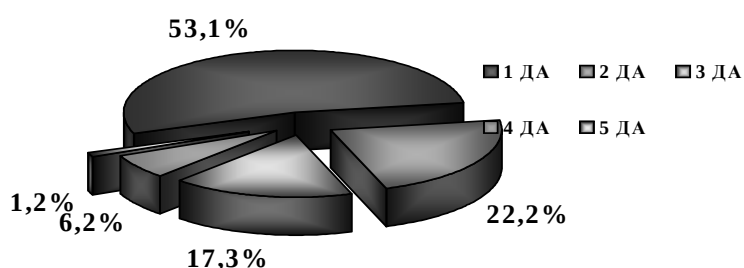
Непосредственные результаты хирургического лечения пациентов с изолированным аортальным стенозом и в сочетании с ИБС.

У 79 (97,5%) больных I группы и 49 (98%) пациентов II группы были имплантированы механические протезы, у остальных больных - биологические протезы ($p>0,05$).

Больным I группы была выполнена прямая реваскуляризация миокарда. Всего было наложено 146 дистальных анастомозов с коронарными артериями. Индекс реваскуляризации составил 1,8. Для шунтирования были использованы различные виды кондуитов: 85 (58,2%) аутовенозных шунтов, 39 (26,7%) – внутренней грудной артерий, 22 (15,1%) - лучевой артерии.

Количество наложенных дистальных анастомозов с коронарными артериями у пациентов I группы.

Рисунок №2.



Как видно из представленной диаграммы, большинству 62 (75,3%) пациентов было выполнено шунтирование 1 и 2 коронарных артерий.

Необходимо отметить, что у 2 (2,5%) больных I группы развился интраоперационный инфаркт миокарда, что привело к летальному исходу в раннем послеоперационном периоде. У пациентов II группы не было отмечено случаев интраоперационного инфаркта миокарда.

Госпитальная летальность в исследуемой I группе составила 7,4% (6 пациентов). Во II группе госпитальной летальности не было ($p=0,08$). Основной причиной госпитальной летальности у 5 (83,3%) была острая сердечная недостаточность.

У 33 (44%) пациентов и у 23 (46%) больных I и II групп соответственно отмечены осложнения на госпитальном этапе ($p>0,05$).

Мерцание-трепетание предсердий являлось наиболее частым видом нарушения ритма в послеоперационном периоде: отмечено у 16 (21,3%) пациентов с сочетанной патологией и у 11 (22%) больных с изолированным аортальным стенозом ($p>0,05$).

Сердечная недостаточность нами отмечена у 4% больных с неизмененными коронарными артериями и у 12% пациентов с сочетанной патологией ($p<0,005$).

У 1 (1,3%) пациента I группы в связи с развившейся АВ-блокадой III степени на госпитальном этапе был имплантирован постоянный ЭКС (ЭКС-501).

Гемодинамические показатели левого предсердия и желудочка в раннем послеоперационном периоде представлены в таблице №4.

Анализируя данные ЭхоКГ после операции, в среднем у всех пациентов отмечается достоверное снижение объемных и размерных показателей левого желудочка ($p<0,05$). Размеры же левого предсердия не претерпевают существенных изменений.

Таблица №4. ЭхоКГ показатели в раннем послеоперационном периоде.

Признак	Показатель		p
	I группа	II группа	
ЛП, см	4,1±0,6	4,2±0,6	0,35
КСР, см	3,8±0,5	3,6±0,5	0,08
КДР, см	5,4±0,7	5,3±0,7	0,47
КСО, мл	68,3±24,3	59,4±29,8	0,06
КДО, мл	146,4±43,7	135,6±52,2	0,20
ФВ, %	55±5,9	58,1±7,1	0,001
ПГ, мм.рт.ст.	26,1±7,7	27,6±9,1	0,25
СГ, мм.рт.ст.	15,2±4,7	15,9±5,4	0,43

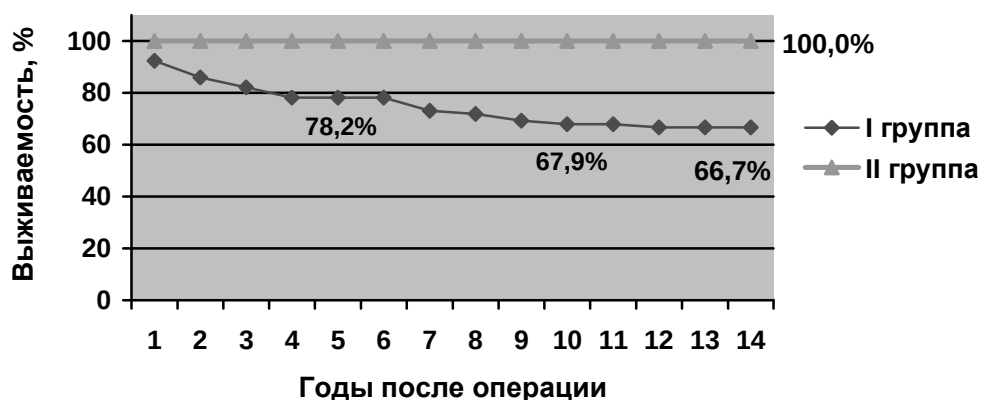
Отдаленные результаты хирургического лечения пациентов с изолированным аортальным стенозом и в сочетании с ИБС.

За период наблюдения из клиники было выписано 75 пациентов, перенесших операцию протезирования аортального клапана в сочетании с прямой реваскуляризацией миокарда, и 50 больных, перенесших протезирование аортального клапана по поводу изолированного аортального стеноза. Период наблюдения за пациентами составил от 4 месяцев до 14 лет в I группе и от 5 месяцев до 11 лет - во II группе. В среднем срок наблюдения составил 51,8±42 месяцев у пациентов I группы, 40,7±28,3 месяцев у больных II группы ($p<0,05$). Полнота наблюдения составила 96,3% и 100% в I и во II группах соответственно.

Актурная выживаемость за 14 лет, включая госпитальную летальность, составила 66,7% у пациентов I группы и 100% у

больных II группы (рисунок №3) ($p < 0,001$), свобода от реопераций - 97,3% и 100% у пациентов I и II групп соответственно ($p > 0,05$).

Рисунок №3. *Актурные кривые выживаемости за 14 лет у пациентов с изолированным протезированием аортального клапана и в сочетании с прямой реваскуляризацией миокарда.*



В отдаленном периоде после операции умерло 20 (26,7%) больных из I группы, в группе с изолированным ПАК летальных исходов не было ($p = 0,0002$).

Таблица №5. *Основные осложнения, приведшие к летальному исходу в отдаленные сроки после операции, у больных I группы.*

Причина летальности	I группа	
	Абсолютное количество (n)	%
ИМ	8	10,7
СН	2	2,7
ОНМК	1	1,3
ТЭ	1	1,3
Некардиальная	5	6,7
Неизвестна	3	4
Всего	20	26,7

В отдаленные сроки после операции 67,3% и 80% пациентов из I и II групп соответственно были свободны от стенокардии ($p = 0,1$).

Таблица №6. ЭхоКГ- показатели функции левого желудочка и гемодинамики аортального протеза в отдаленном периоде.

Признак	I группа	II группа	p
	(n=52)	(n=50)	
ЛП, см	3,9±0,5	3.9±0,5	0,86
КСР, см	3,7±0,8	3,2±0,7	0,15
КДР, см	5,4±0,7	5,2±0,4	0,44
КСО, мл	65,3±32	43,5±29,7	0,0006
КДО, мл	43,6±43	125,2±46,3	0,04
ФВ, %	58±9,2	63,5±6,5	0,07
ПГ, мм.рт.ст.	25±8,5	29,6±6,9	0,003
ПГ, мм.рт.ст.	13,8±4,9	19,9±5,3	0,001

По данным ЭхоКГ исследования в отдаленные сроки после операции отмечена нормализация ЭхоКГ показателей: достоверное ($p<0,05$) уменьшение размеров и объемов левого желудочка, прирост фракции выброса левого желудочка по сравнению с дооперационными и ранними послеоперационными данными.

Для более полного представления о влиянии заболевания на жизнь больного и эффекте проводимого лечения, кроме оценки клинического состояния и гемодинамических параметров по ЭхоКГ, нами было изучено качество жизни пациентов (анкетирование с помощью опросника: **DASI**, **Миннесотский опросник качества жизни при ХСН**, **«Ноттингемский профиль здоровья»**, **SF-36**). Каждая из методик имеют свои преимущества и недостатки, но при совместном использовании они дополняют друг-друга и дают реальное представление о качестве жизни пациента.

Анализ функционального статуса пациентов исследуемых групп показал, что в отдаленном периоде большинство больных находятся в I-II функциональном классе: в I группе 38,5% пациентов и 53,8% больных соответственно, а во II группе 40% и 56% соответственно, т.е. функциональный статус пациентов

улучшился по сравнению с дооперационным и ранним послеоперационным периодом ($p < 0,0001$).

Максимальная сумма показателей опросника индекса активности (DASI), которая может быть набрана, равна 58,2 баллам. Отвечая на вопросы, пациенты I группы набрали в среднем $30,7 \pm 12,9$ баллов, больные II группы набрали $34,4 \pm 9,8$ баллов. Не отмечено статистически достоверной разницы в набранной сумме показателей опросника у пациентов исследуемых групп ($p > 0,05$). Данные опросника говорят о хороших функциональных возможностях больных исследуемых групп в отдаленные сроки после операции.

В итоге ответов на 21 вопрос Миннесотского опросника может быть набрана сумма баллов от 0 – невероятное, абсолютно лучшее качество жизни до 105 баллов – невероятное, катастрофически низкое качество жизни.

При анализе результатов Миннесотского опросника видно, что нет достоверного различия ($p > 0,05$) и набрана небольшая сумма баллов - $27,7 \pm 20,3$ в I группе и $21 \pm 19,5$ баллов во II группе, что также свидетельствует о хорошем уровне качества жизни в отдаленные сроки после коррекции порока и реваскуляризации миокарда.

Ноттингемский профиль здоровья состоит из двух частей. В NHR более подробно представлен раздел, отражающий болевые ощущения, по сравнению с разделом, отражающим физические ограничения. Поэтому данная методика в большей степени подходит для оценки КЖ больных с ИБС или сочетанием хронической СН и стенокардии. В результате суммирования взвешенных значений положительных ответов в каждом разделе получают

значение показателя КЖ для каждого раздела, имеющего значение от 0 до 100, более высокий показатель указывает на более низкий уровень КЖ.

Вопросник SF-36 содержит 36 вопросов, которые охватывают 8 категорий КЖ. В результате расчетов получают показатели КЖ отдельно для каждой из 8 категорий КЖ, имеющие значение от 0 до 100, при чем более высокий показатель указывает на более высокий уровень КЖ.

Таблица №7. Данные анкет SF-36 у пациентов I и II групп в отдаленные сроки после операции.

Опросник		
SF-36	I группа (n=50)	II группа (n=50)
Физическое функционирование- РF**	61.6±24.8	68.6±22.2
Ролевое функционирование- RF*	39.8±42.7	54.4±34.6
Интенсивность боли- ВР***	68.2±28.3	64.7±22.9
Общее состояния здоровья- GH*	55.7±17	70.3±19.7
Жизнеспособность- V***	77.4±34.7	74.8±30.1
Социальное функционирование- SF***	70.2±22.2	73.0±20.4
Эмоциональное состояние- RF***	49.6±42	51.8±28.0
Психическое здоровье- МН***	75.9±29.4	73.6±24.2

*p>0.05 **p>0.1 ***p>0.5

Таблица №8. Данные опросника «Ноттингемский профиль здоровья» у пациентов I и II групп в отдаленные сроки после операции.

Опросник		
NHR	I группа (n=52)	II группа (n=50)
I часть		
Энергия*	29.1±32.5	19.7±16.7
Эмоциональные реакции*	8.5±16.7	3.4±11,4
Сон*	21.4±27.1	12.7±19.5
Социальная изоляция***	8.5±18.3	6.7±13.4
Боль***	10.9±15.8	9.5±8.2
Физическая активность*	12.6±13.2	16.5±7.1
Одышка***	13.7±17.2	11.1±13.3
II часть		
Работа*	5,61±1,40	5,12±1,42
Домашнее хозяйство***	2,63±1,13	2,54±1,11
Общественная жизнь**	2,92±1,08	2,71±1,05
Домашняя жизнь***	2,17±1,10	2,2±1,10
Половая жизнь***	5,17±1,21	5,16±1,11
Любимое увлечение ***	3,88±1,67	3,76±1,65
Отдых**	2,86±1,36	2,65±1,38

*p>0.05 **p>0.1 ***p>0.5

Анализ анкет SF-36 и I части Ноттингемского профиля здоровья показал улучшение физического и психического состояния пациентов, улучшение жизнеспособности и социального статуса. Оценка данных второй части NHR также выявляет хорошие результаты по разделам, отражающим влияние состояния здоровья на ведение домашнего хозяйства, возможность иметь полноценный отдых, заниматься любимым делом, принимать участие в общественной жизни. Нами не отмечено статистически достоверной разницы в набранной сумме показателей опросника у пациентов исследуемых групп (p>0.05).

Выводы:

1. Протезирование аортального клапана и реваскуляризация миокарда у пациентов с кальцинированным аортальным стенозом и сопутствующей ИБС приводит к значительному улучшению клинического состояния и гемодинамических параметров (достоверное снижение объемных и размерных показателей левого желудочка, существенное снижение пикового и среднего градиентов на аортальном протезе) непосредственно после операции, положительная динамика сохраняется в отдаленные (до 14 лет) сроки после операции.
2. Независимым фактором риска госпитальной летальности является IV ФК сердечной недостаточности по классификации NYHA. Наиболее значимой величиной, влияющей на отдаленную выживаемость у больных с протезированием аортального в сочетании с реваскуляризацией миокарда, был функциональный класс NYHA до операции, использование венозных кондуитов для шунтирования коронарных артерий, год операции.
3. Анализ функционального статуса исследуемых пациентов показал, что в отдаленном периоде большинство (92,3%) больных находятся в I-II ФК NYHA. Отмечена нормализация ЭхоКГ показателей: объемов и размеров ЛЖ, размеров ЛП, прирост фракции выброса ЛЖ. Уровень пикового и среднего градиентов на аортальном протезе сохраняется сниженным.
4. Использование разных методик оценки качества жизни пациентов в отдаленном периоде наблюдения: опросники DASI, Миннесотский опросник, Ноттингемский профиль здоровья, SF-36 свидетельствуют об улучшении качества жизни у данной категории больных в отдаленные сроки наблюдения после

операции. Данные опросников говорят о хороших физических возможностях пациентов исследуемой группы, улучшении их психического состояния, жизнеспособности и социального статуса.

5. ИБС является предсказателем отдаленной летальности, но качество жизни в отдаленном послеоперационном периоде у пациентов с ПАК в сочетании с реваскуляризацией миокарда сопоставимо с качеством жизни больных с изолированным ПАК.

Практические рекомендации:

1. В комплексной оценке эффективности хирургического лечения кальцинированного аортального стеноза и сопутствующей ИБС и для полного представления о влиянии заболевания на жизнь больного необходимо использовать не только инструментальные методы исследования, но и методики оценки качества жизни.
2. Для улучшения отдаленных результатов одномоментных вмешательств у пациентов с сочетанным поражением аортального клапана и коронарных артерий необходимо использовать ауто-артериальные кондуиты для шунтирования коронарных артерий.
3. Независимым фактором риска как госпитальной смертности, так и летальности в отдаленном периоде после операции является IV ФК сердечной недостаточности по классификации NYHA. В связи с этим целесообразно выполнение оперативного вмешательства на более раннем этапе заболевания.
4. Пациенты с сочетанной патологией: после коррекции аортального стеноза и реваскуляризации миокарда - нуждаются в наб-

людении кардиолога, приеме антикоагулянтов, дезагрегантов, а также ИАПФ и β -блокаторов, учитывая остаточную гипертрофию миокарда ЛЖ. Периодически по показаниям – прием мочегонных средств.

**Список опубликованных автором работ по теме
диссертации:**

1. Лабарткава Л.З. «Первые результаты оценки качества жизни больных после хирургической коррекции аортального стеноза и сопутствующей ИБС». Материалы 11 Всероссийского съезда сердечно - сосудистых хирургов. Москва, 23-26 октября 2005г. Том 6. №5. стр. 335.
2. Скопин И.И., Никитина Т.Г., Камбаров С.Ю., Дремин А.В., Давыдова Г.Б., Назлуханян М.А., Лабарткава Л.З. «Предоперационные факторы риска и качество жизни пациентов после протезирования клапанов сердца и аортокоронарного шунтирования». Материалы 11 Всероссийского съезда сердечно – сосудистых хирургов. Москва, 23-26 октября 2005г. Том 6. №5. стр. 173.
3. Лабарткава Л.З. «Непосредственные результаты операций у больных после коррекции кальцинированного аортального стеноза и сопутствующей ИБС». Материалы 9-й ежегодной сессии НЦ ССХ им.А.Н. Бакулева РАМН с всероссийской конференцией молодых ученых. Москва. 15-17 мая 2005г. Том 6. №3. стр.227.
4. Лабарткава Л.З., Соболева Н.Н. «Динамика ЭхоКГ показателей у больных с кальцинированным аортальным стенозом и ИБС после хирургического лечения». Материалы научной конференции молодых ученых, посвященной 60 – летию Института

хирургии им. А. В. Вишневого РАМН. Москва, 13-14 октября 2005г.

5. Лабарткава Л.З., Акишбая М.О. «Анализ отдаленных результатов хирургической коррекции изолированного аортального стеноза и в сочетании с ИБС». VII Международный славянский конгресс по электростимуляции и клинической электрофизиологии сердца «КАРДИОСТИМ». Санкт-Петербург, Россия. 9-11 февраля 2006г. ВЕСТНИК Аритмологии. стр 171.

6. Бокерия Л.А., Никитина Т.Г., Скопин И.И., Лабарткава Л.З., Давыдова Г.Б., Камбаров С.Ю., Дремин А.В., Соболева Н.Н., Грабская Е.А., Акимов И.В., Нерсисян И.Л., Старовойтов А.А. «Оценка отдаленных результатов хирургической коррекции аортального стеноза в сочетании с ИБС». Материалы 10-й ежегодной сессии НЦ ССХ им.А.Н. Бакулева РАМН с всероссийской конференцией молодых ученых. Москва. 14-16 мая 2006г. Том 7. №3. стр. 108.

7. Бокерия Л.А., Никитина Т.Г., Лабарткава Л.З., Давыдова Г.Б., Грабская Е.А. «Качество жизни пациентов, оперированных по поводу аортального стеноза и сопутствующей ИБС». Материалы 10-й ежегодной сессии НЦ ССХ им.А.Н. Бакулева РАМН с всероссийской конференцией молодых ученых. Москва. 14-16 мая 2006г. Том 7. №3. стр. 30.

8. Бокерия Л.А., Никитина Т.Г., Скопин И.И., Давыдова Г.Б., Лабарткава Л.З., Соболева Н.Н., Мироненко М.Ю. «Отдаленные результаты и качество жизни больных, оперированных по поводу изолированного аортального стеноза, и у пациентов с сопутствующей ИБС». Материалы 14-й конференции Ассоциации сердечно-сосудистых хирургов Украины «Актуальные

проблемы кардиохирургии». Донецк. 25-26 мая 2006г. Выпуск
14. стр. 34.