

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ХИРУРГИИ СЕРДЦА И
ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ ПРИ НАЦИОНАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ
КАРДИОЛОГИИ И ТЕРАПИИ ИМ. АКАДЕМИКА М.М.МИРРАХИМОВА**

Диссертационный совет К.14.08.400

На правах рукописи

УДК 614.212:616.126.3-007.2 -089.168.1

КАЛИЕВА РАХАТ САТЫБАЛДИЕВНА

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АМБУЛАТОРНОГО (ПОЛИКЛИНИКО-
ДИСПАНСЕРНОГО) ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ КЛАПАННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА**

14. 01. 26 – сердечно - сосудистая хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Бишкек - 2011

Работа выполнена в Научно-исследовательском институте хирургии сердца и трансплантации органов при Национальном центре кардиологии и терапии им. академика М.М.Миррахимова при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики.

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
Абдраманов Калдарбек Алишерович

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
Ахунбаева Нелли Исаевна

доктор медицинских наук, профессор
член-корр. НАН Республики Таджикистан
Гульмуродов Гашпулат Гульмуродович

Ведущее учреждение: Национальный научный центр хирургии
им. А.Н.Сызганова Министерства
здравоохранения Республики Казахстан,
г. Алматы.

Защита состоится "___" _____ 2011 года в 14 часов на заседании диссертационного совета К.14.08.400 при Научно-исследовательском институте хирургии сердца и трансплантации органов при Национальном центре кардиологии и терапии им. академика М.М.Миррахимова при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики по адресу: 720040, г. Бишкек, ул. Тоголок Молдо 3/1.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Научно-исследовательского института хирургии сердца и трансплантации органов при Национальном центре кардиологии и терапии им. академика М.М.Миррахимова при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики (720040, г. Бишкек, ул. Тоголок Молдо, 3\1).

Автореферат разослан «___» _____ 2011 года

Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук,
доцент

Шералиев А.М.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ.

Актуальность темы диссертации. Приобретенные пороки сердца (ППС) представляют собой группу распространенных заболеваний, имеющих огромное социальное значение, которые при несвоевременном и неадекватном лечении часто приводят к инвалидизации и ранней смерти больных. По данным ВОЗ распространенность клапанных пороков сердца в настоящее время составляет 5 - 10 человек на 1000 населения, что составляет 20 - 25% всех кардиологических заболеваний (С. Л. Дземешкевич, 2000).

Сегодня операция протезирования остается основным и самым эффективным методом хирургического лечения при клапанных пороках сердца. В связи, с чем ежегодно увеличивается число таких операций и под наблюдением лечебных учреждений оказывается все больше больных с искусственными клапанами сердца. Большинство этих больных, лица молодого и среднего возраста (20-50 лет). Однако, хирургическая коррекция многоклапанных пороков сердца по данным ведущих кардиохирургических центров СНГ и стран дальнего зарубежья сопровождается относительно высокой летальностью, которая составляет от 6 до 16% (Л. А. Бокерия, 1996; Г. Е. Гендлин, 2000, 2008; С. Р. Гиляревский, 2000, 2001; А. А. Горбаченков, 2007; В. В. Гриценко, 2004; С. Л. Дземешкевич, 2000).

При двухклапанном протезировании больных с III функциональным классом по NYHA (New York Heart Association) 5-ти летняя выживаемость составила 80%, а у пациентов с IV ФК - 50%, что связано с исходно тяжелыми органическими изменениями в жизненноважных органах (С. С. Добротин, 2004; А. А. Дюжиков, 1996; А. В. Евтушенко, 2003; А. Н. Калягин, 2008). Однако, худшие результаты лечения в последней группе больных обусловлены и неадекватным ведением отдаленного послеоперационного периода, отсутствием эффективной системы реабилитации и медикаментозного лечения. Сегодня все более актуальными становятся проблемы организации реабилитационных мероприятий, во многом определяющие результаты хирургического лечения, а также способствующие более полному восстановлению здоровья и трудоспособности больных в отдаленном периоде после операции.

В Кыргызской Республике операции протезирования клапанов сердца при приобретенном пороке сердца проводятся с 1972 года. В тоже время все еще не исследованы как ближайшие, так и отдаленные результаты протезирования клапанов сердца, эффективность послеоперационной реабилитации, соответственно, не изучено и качество жизни у этой категории больных.

Связь темы диссертации с научными программами и научно-исследовательскими работами. В рамках общей темы: «Организация диспансерного наблюдения больных кардиохирургического профиля» Научно-

исследовательского института хирургии сердца и трансплантации органов (НИИХСТО).

Цель работы - изучить эффективность амбулаторного (поликлинико-диспансерного) ведения больных после хирургической коррекции клапанных пороков сердца.

Задачи исследования:

1. Изучить гемодинамический эффект, качество жизни и выживаемость пациентов в отдаленные сроки после хирургической коррекции аортального порока сердца с учетом их комплайенса (податливости) к диспансерному наблюдению.

2. Изучить гемодинамический эффект, качество жизни и выживаемость пациентов в отдаленные сроки после протезирования митрального клапана сердца с учетом их комплайенса к диспансерному наблюдению.

3. Изучить гемодинамический эффект, качество жизни и выживаемость пациентов в отдаленные сроки после протезирования митрально-аортального клапанов сердца с учетом их комплайенса к диспансерному наблюдению.

4. Разработать и внедрить рекомендации по повышению комплайенса пациентов к диспансерному наблюдению после протезирования клапанов сердца.

Научная новизна полученных результатов:

- Впервые показано, что эффективность амбулаторного ведения больных в отдаленные сроки после протезирования аортального, митрального и митрально-аортального клапанов сердца зависит от комплайенса больных к диспансерному наблюдению;

- Установлено, что комплексное изучение гемодинамического эффекта операции, функционального состояния, качества жизни пациентов и их выживаемости может служить основным индикатором эффективности длительного диспансерного наблюдения больных с искусственными клапанами сердца;

- Показано, что внедрение договорного метода диспансеризации приводит к улучшению результатов амбулаторного ведения больных с искусственными клапанами сердца.

Практическая значимость полученных результатов. Автором предложено и внедрено комплексное исследование гемодинамического эффекта операции, функционального статуса, качества жизни пациентов и их выживаемости для оценки эффективности амбулаторного ведения больных с искусственными клапанами сердца. Обнаруженная автором зависимость эффективности поликлинико-диспансерного ведения пациентов в отдаленные сроки после протезирования клапанов сердца от их комплайенса к диспансеризации, позволила разработать и внедрить договорный метод диспансеризации. Это привело к увеличению количества

диспансеризированных пациентов и к улучшению качества их жизни и выживаемости. При диспансерном ведении больных с протезированными клапанами сердца рекомендовано выделять пациентов с низким комплаенсом к диспансеризации как группу, имеющую высокий риск послеоперационных осложнений, как в раннем, так и в отдаленном периоде после операции.

Экономическая значимость полученных результатов включает возможность получения медико-социальной эффективности при использовании разработанных методов диспансеризации, и обосновать объем лечения больных с искусственными клапанами сердца.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Эффективность амбулаторного ведения больных в отдаленные сроки после протезирования клапанов сердца зависит от комплаенса больных к диспансерному наблюдению.
2. Больные с низким комплаенсом к диспансерному наблюдению являются группой риска неблагоприятных отдаленных результатов в связи с развитием протезозависимых осложнений.
3. Оценка эффективности длительного диспансерного наблюдения больных с искусственными клапанами сердца должна производиться на основе комплексного исследования гемодинамического эффекта операции, качества жизни пациентов и их выживаемости.
4. Договорный метод диспансеризации повышает комплаенс больных к диспансерному наблюдению и приводит к увеличению эффективности их лечения.

Личный вклад соискателя. В качестве сотрудника консультативно-диагностического отделения и отделения хирургии приобретенных пороков сердца НИИХСТО принимала участие во всех клиничко-инструментальных методах исследования больных и набор материала. Разработала план исследований. Провела клиничко-статистический анализ.

Апробация результатов исследования. на II съезде сердечно-сосудистых хирургов стран Центральной Азии (Душанбе, 2008.); заседании общества сердечно-сосудистых хирургов Кыргызской Республики им. И. К. Ахунбаева (Бишкек, 2010).

Внедрение результатов исследования. Научные положения, практические рекомендации и полученные результаты исследования внедрены в клиническую практику НИИХСТО, а также могут быть использованы в кардиологических отделениях и поликлиниках страны.

Публикации по теме диссертации. По теме диссертации опубликовано 10 научных работ.

Объем и структура диссертации. Диссертационная работа изложена на 100 страницах компьютерного набора шрифтом Times New Roman, Кириллица (шрифт 14; интервал 1,5). Работа состоит из введения, 4-х глав, выводов и

практических рекомендаций. Список литературы, включает 132 источника, из них 48 работы авторов дальнего зарубежья. Диссертация иллюстрирована 28 таблицами и 3 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обоснована актуальность темы исследования, представлены его цель и задачи, изложена научная новизна, практическая значимость и основные положения диссертации, выносимые на защиту.

Глава I (обзор литературы) - проведен широкий и качественный анализ отечественной и зарубежной литературы по изучению отдаленные результаты и качества жизни после протезирования аортального, митрального и митрально – аортального клапанов, так же эффективность амбулаторного ведения больных с искусственными клапанами сердца.

С учетом проведенного обзора литературных данных обосновывается актуальность проведения исследований по теме диссертационной работы.

Глава II Материал и методы исследования. Для решения поставленных задач нами обследовано 559 больных с приобретенными пороками сердца (ППС) ревматической этиологии, в возрасте от 15 до 65 лет (средний возраст составил $48,8 \pm 3,0$ лет), имеющих хроническую сердечную недостаточность (ХСН) (II-IV ФК). Им всем была проведена операция на открытом сердце в НИИХСТО в период с 1998 по 2008 годы. Обследование больных проводилось до и в различные сроки послеоперационного периода. По виду хирургической коррекции больные разделены на 3 основные группы: в I группу вошли 83 больных с изолированным протезированием аортального клапана (ПАК), II группу составили 350 больных с изолированным протезированием митрального клапана (ПМК), III группу – 126 больных с протезированием митрального и аортального клапанов (ПМАК). После хирургической коррекции всем больным проводилось активное диспансерное наблюдение (ДН). В отдаленном периоде наблюдения больные по КБДН были разделены на 2 подгруппы: подгруппа А (n = 125), больные с высоким комплаенсом к диспансеризации (ВКДН), которые регулярно наблюдались и выполняли все предписания врача и подгруппа Б (n = 110) с низким комплаенсом к диспансеризации (НКДН), которые наблюдались нерегулярно и не выполняли все предписания врача. В зависимости от КБДН каждая основная группа больных была разделена на 2 подгруппы: IA (n = 25) - больные с изолированным ПАК с ВКДН, IB (n = 25) - больные с изолированным ПАК с НКДН, IА (n = 50) - больные с изолированным ПМК с ВКДН, IБ (n = 45) - больные с изолированным ПМК с НКДН, IIA (n=50) - больные с ПМАК с ВКДН, IIB (n = 40) - больные с ПМАК с НКДН.

Большинство пациентов до хирургической коррекции порока имели III ФК 502 (89,9%), из них 72 (12,9%) больных с ПАК, 332 (59,4%) больных с ПМК, 98 (17,5%) больных с ПМАК сердца. Выраженные проявления ХСН IV ФК

имелись у 55 (9,8%) пациентов, из них 9 (1,6%) больных с ПАК, 18 (3,2%) больных с ПМК, 28 (5,%) больных с ПМАК, а П ФК имели только 2 (0,35%) больных с ПАК.

Эхокардиографическое исследование сердца проводили на приборе SSH-60A с доплерэхокардиографической приставкой SDS-21B фирмы Toshiba (Япония) с использованием датчика с частотой 3,5 МГц.

Оценку качества жизни у пациентов в отдаленном периоде проводили с помощью русской версии опросника SF-36 («The Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey»).

Оценка функционального состояния больных проведена с использованием классификации Нью-Йоркской ассоциации кардиологов — New York Heart Association (NYHA).

Статистическая обработка материалов, полученных в отдаленном периоде, проведена согласно рекомендациям L. H. Edmundus и R. E. Clarc. Актуарные кривые выживаемости и свобода от осложнений построены по методу Карлана – Meier без учета госпитальной летальности. Статистическую обработку данных проводили на компьютере IBM с использованием пакета программ SPSS 16.0. Release 16.0.0 (Sep 13, 2007) SPSS Inc. Данные считались статистически достоверными при значении p менее 0,05.

Главе III РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

3.1. Отдаленные результаты ПАК

3.1.1 . Гемодинамический эффект операции. У больных с ПАК ЭхоКГ показатели до операции в зависимости от КДН статистически достоверно не отличались. В ранние сроки после операции, через 6 месяцев, в обеих группах существенно снижался систолический градиент (СГ) давления на уровне протеза (в группе с ВКДН от $52,73 \pm 6,62$ мм рт.ст до $20,03 \pm 8,41$ мм рт.ст., $p < 0,05$, а в группе с НКДН от $54,76 \pm 6,30$ мм рт.ст. до $22,03 \pm 6,90$ мм рт.ст., $p < 0,05$). Размеры левого желудочка (ЛЖ) сердца в обеих группах также существенно сократились (в группе с ВКДН от $6,70 \pm 0,81$ см до $5,44 \pm 0,74$ см, $p < 0,001$, а в группе с НКДН от $6,32 \pm 0,87$ см до $5,32 \pm 0,70$ см, $p < 0,001$). Размеры левого предсердия (ЛП) имели тенденцию к снижению, а фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) к повышению. В отдаленные сроки ДН, через 6 лет, СГ сохранялся на прежнем уровне, как и в ближайшем послеоперационном периоде через 6 месяцев. Размеры ЛЖ сердца и ЛП существенно не изменялись. Полученные результаты свидетельствуют о том, что значительное снижение СГ через 6 месяцев приводит к значительному уменьшению размеров ЛЖ сердца, которое сопровождается несущественным уменьшением размеров ЛП и недостоверным увеличением ФВ ЛЖ. В отдаленные сроки после операции анализируемые показатели достоверно не изменялись.

Таким образом, эхокардиографические показатели (табл. 1) как до операции, так и в течение длительного ДН в группах больных с различным КБДН достоверно не отличались. Однако через 6 лет в группе больных с ВКДН отмечалась тенденция к уменьшению размеров ЛЖ и ЛП, а в группе больных с НКДН тенденция к их увеличению.

Таблица 1 Динамика ЭхоКГ показателей больных после ПАК (n=50)

Показатели	До операции (n=50)		Ранние сроки после операции (n=50)		Отдаленные сроки после операции (n=50)		Р между ВКДН и НКДН через 6 л.
	Группа ВКДН (n=25)	Группа НКДН (n=25)	Группа ВКДН (n=25)	Группа НКДН (n=25)	Группа ВКДН (n=25)	Группа НКДН (n=25)	
КДРЛЖ (см)	6,7±0,81	6,3±0,17	5,4±0,74***	5,3±0,70***	5,2±0,72***	5,4±0,74***	#.
КСРЛЖ (см)	4,1±0,76	4,1±0,86	3,8±0,17**	3,7±6,90***	3,3±0,94***	3,8±0,96***	#
ГДС (мм.рт.ст)	52,7±6,62	54,8±6,30	20,3±8,41***	22,3±0,40***	22,4±6,34***	21,9±6,40***	#
ЛП(см)	3,8±0,62	4,2±0,58	3,4±0,82#	3,55±0,70#	3,30±0,82#	3,47±0,62#	#
ФВ%	54,92±2,40	53,35±2,60	60,5±2,97#	59,7±2,77#	60,11±2,58#	60,61±2,62#	#

Примечание: **, *** - достоверность различий показателей при сравнении с фоновыми значениями (p<0,01 и p<0,001 соответственно). # - недостоверно.

3. 1. 2. Анализ функционального состояния пациентов показал, что в ранние и отдаленные сроки после ПАК отмечается переход большинства больных в I ФК. Так, если до операции больные с ВКДН имели II, III и IV ФК у 1 (4%), 22 (88%) и 2 (8%) пациентов то больные с НКДН у 1 (4%), 21 (84%) и 31 (12%) больных соответственно. Через 6 месяцев в группе больных с ВКДН в I ФК перешли 12 (48%) больных, во II ФК – 8 (32%) и в III ФК- 5 (20%) больных, а в группе больных с НКДН в I ФК находились 10 (40%) больных, во II ФК – 10 (40%) больных и в III ФК- 5 (20%) больных. Через 6 лет ДН, в группе с ВКДН в I ФК перешли 20 (80%), во II ФК 3 (12%), а в III ФК находились всего 2 (8%) больных. В группе с НКДН в I ФК перешли всего 6 (24%) , во II ФК 12 (48%), III ФК имели 6 (24%) и IV ФК 1 (4%) больной. Видно, что в группе больных с ВКДН значительно больше больных с I ФК, чем в группе больных с НКДН.

Таким образом, больные с ВКДН, через 6 лет ДН имели более высокий ФК, чем больные с НКДН.

3. 1. 3. Качество жизни пациентов после ПАК. 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 КЖ пациентов (анкетирование с помощью опросника SF-36, которое представлено в табл. 2). Анализ полученных данных через 6 месяцев ДН показал, что в обеих группах больных отмечалось существенное улучшение КЖ. При этом в группе больных с ВКДН физическая активность, общее состояние здоровья и жизненная активность через 6 лет оказались существенно лучше, чем в группе больных с НКДН.

Таблица 2 Сравнительные результаты анкетирования по опроснику SF-36 между больных ВКДН и НКДН до и через 6 лет после операции ПАК (n=50)

Показатели (в баллах)		До операции (n = 50)		После операции, через 6 лет (n = 50)		Р между ВКДН и НКДН через 6 л.
		Группа ВКДН (n=25)	Группа НКДН (n=25)	Группа ВКДН (n=25)	Группа НКДН (n=25)	
1.	Физическое функционирование (PF)	30,00±18,20	29,11±7,90	68,12±19,07*	47,00±14,61*	*
2.	Рольное функционирование (RP)	22,25±12,45	23,20±12,24	34,37±13,69*	33,16±13,51*	#
3.	Интенсивность боли (BP)	32,11±18,17	27,31±15,40	64,00±16,17*	62,15±16,67*	#
4.	Общее состояния здоровья (GT)	22,44±13,80	23,11±12,90	44,50±14,84*	33,35±14,42*	*
5.	Жизненная активность (VT)	31,00±16,74	31,10±15,86	55,00±15,35*	44,35±14,67**	*
6.	Социальное функционирование (SF)	34,44±13,50	35,11±13,95	62,50±13,14*	61,75±13,80*	#
7.	Рольное функционирование (эмоциональное) (RE)	26,70±17,80	27,11±18,00	54,15±15,42*	53,21±15,52*	#
8.	Психическое здоровье (MN)	34,22±13,24	35,00±13,31	68,00±16,50*	66,75±16,00*	#

Примечание: *, ** - достоверность различий показателей при сравнении с фоновыми значениями (p<0,05 и p<0,01 соответственно). # - недостоверно.

3. 1. 4. Послеоперационные осложнения. Более половины всех

осложнений в обеих группах развивались в течение первого года после операции: они регистрировались в группе с ВКДН у 3 (12%) больных, из них у 2 (8%) были тромбоэмболические осложнения, у 1 (4%) - парапротезная фистула. В группе больных с НКДН у 13 (52%) больных наблюдались осложнения, из них у 5 (20%) больных были тромбоэмболии, парапротезная фистула наблюдалась у 4 (16%) больных, поздний инфекционный протезный эндокардит - у 1 (4%) больного, тромбоз протеза - у 1 (4%) больного, геморрагические осложнения - у 2 (8%) больных.

Таким образом, послеоперационные осложнения в течение первого года наблюдались значительно чаще в группе больных с НКДН.

3. 1. 5. Выживаемость больных в отдаленном послеоперационном периоде. Из стационара было выписано 81 пациент с ПАК. Период наблюдения за пациентами составил от 12 месяцев до 10 лет (средний срок наблюдения $46,5 \pm 12,0$ месяцев). Актуарная кривая выживаемости (рис. 1) в группе больных с ВКДН к 10 году составила 92%, а в группе пациентов с НКДН - 76%. В группе пациентов с ВКДН за 10 летней период наблюдения умерло 2 больных (8%), а в группе пациентов с НКДН умерло 6 человек (24%). Выживаемость пациентов с ВКДН в течении 10 лет наблюдения оказалось значительно выше, чем в группе больных с НКДН.

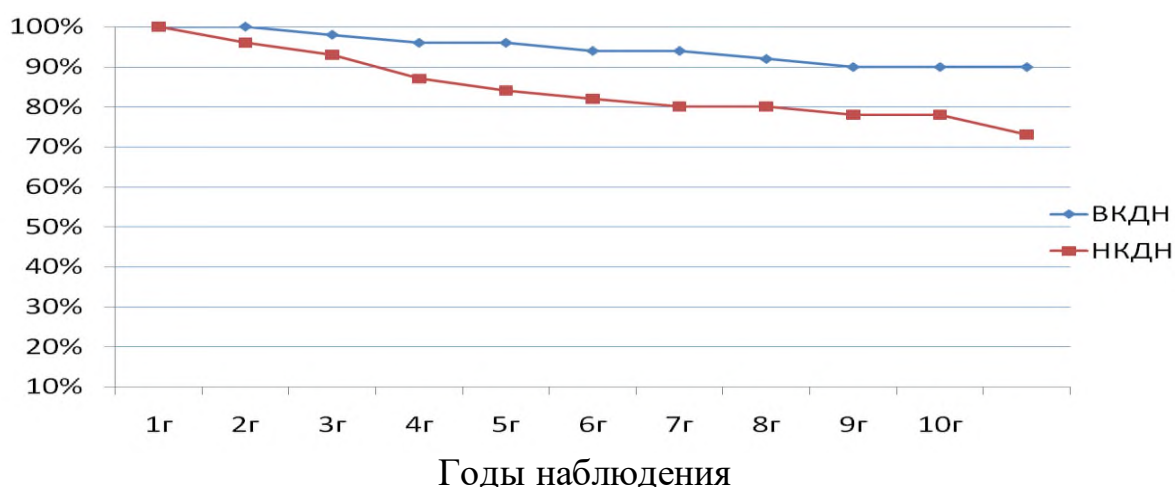


Рис. 1. Актуарные кривые выживаемости больных после ПАК

3. 2. Отдаленные результаты ПМК

3. 2. 1. Гемодинамический эффект операции. В ранние сроки после ПМК, через 6 месяцев, в обеих анализируемых группах (табл. 3) происходило достоверное уменьшение среднего легочного артериального давления (Ср. ЛАД) с $42,71 \pm 2,14$ мм рт.ст. до $25,5 \pm 2,53$ мм рт.ст. ($p < 0,001$) в группе больных с ВКНД и с $42,44 \pm 2,11$ мм рт.ст. до $25,7 \pm 2,45$ мм рт.ст. ($p < 0,001$) в группе больных с НКДН, диастолического градиента (ДГ) давления на митральном протезе с $18,44 \pm 1,37$ мм рт.ст. до $12,45 \pm 1,41$ мм рт.ст. ($p < 0,001$) в

группе больных с ВКДН и с $19,30 \pm 1,21$ мм рт.ст. до $13,63 \pm 2,21$ мм рт.ст. ($p < 0,001$) в группе больных с НКДН, а также размера ЛП с $5,24 \pm 0,85$ см до $4,40 \pm 0,75$ см, ($p < 0,001$) в группе больных с ВКДН и с $5,30 \pm 0,76$ см до $4,50 \pm 0,80$ см ($p < 0,001$) в группе больных с НКДН.

При этом размеры ЛЖ и ФВ ЛЖ существенно не изменялись. В отдаленные сроки после операции, через 6 лет, между сравниваемыми группами выявились достоверные различия некоторых показателей. Так, Ср.ЛАД в группе больных с НКДН оказалось значительно выше, чем у больных с ВКДН ($28,43 \pm 2,33$ мм рт.ст. в группе с НКДН против $23,51 \pm 2,47$ мм рт.ст. в группе больных с ВКДН). Размеры ЛП, через 6 лет, оказались значительно больше в группе больных с НКДН ($4,96 \pm 0,60$ см против $3,99 \pm 0,65$ см $p < 0,05$). Размеры ЛЖ и ФВ ЛЖ достоверно не различались.

Таким образом, гемодинамический эффект операции у больных с ПМК через 6 лет, оказался лучше в группе пациентов с ВКДН. Это выражалось тем, что в группе больных с ВКДН отмечались достоверно меньшие значения Ср.ЛАД и меньшие размеры ЛП.

Таблица 3 Гемодинамические показатели до и после ПМК (n=95)

Показатели	До операции (n=95)		Ранние сроки после операции (n=95)		Отдаленные сроки после операции (n=95)		Р между ВКДН и НКДН через 6 л.
	Группа ВКДН (n=50)	Группа НКДН (n=45)	Группа ВКДН (n=50)	Группа НКДН (n=22)	Группа ВКДН (n=50)	Группа НКДН (n=45)	
КДРЛЖ (см)	$5,30 \pm 0,81$	$5,40 \pm 0,71$	$5,15 \pm 0,90\#$	$5,21 \pm 0,84\#$	$5,08 \pm 0,70\#$	$5,20 \pm 0,60\#$	#
КСРЛЖ (см)	$3,55 \pm 0,87$	$3,55 \pm 0,82$	$3,55 \pm 0,71\#$	$3,57 \pm 0,73\#$	$3,65 \pm 0,67\#$	$3,49 \pm 0,76\#$	#
ГДД (мм.рт.ст.)	$18,4 \pm 1,37$	$19,3 \pm 1,21$	$12,4 \pm 1,41^{***}$	$13,6 \pm 2,21^{***}$	$10,8 \pm 1,27^{***}$	$13,2 \pm 1,26^{***}$	#
ЛП (см)	$5,24 \pm 0,85$	$5,30 \pm 0,76$	$4,4 \pm 0,75^{***}$	$4,5 \pm 0,80^{***}$	$3,99 \pm 0,65^{***}$	$4,96 \pm 0,66\#$	*
СрЛАД (мм.рт.ст.)	$42,71 \pm 2,14$	$42,44 \pm 2,11$	$25,5 \pm 2,53^{***}$	$25,7 \pm 2,45^{***}$	$23,5 \pm 2,47^{***}$	$28,43 \pm 2,33^{***}$	*
ФВ(%)	$59,30 \pm 3,04$	$59,3 \pm 3,86$	$62,42 \pm 3,60\#$	$60,81 \pm 3,45\#$	$61,28 \pm 3,54\#$	$58,89 \pm 3,98\#$	#

Примечание: : *, **, *** - достоверность различий показателей при сравнении с фоновыми значениями ($p < 0,05$, $p < 0,01$ и $p < 0,001$ соответственно), # - недостоверно.

3. 2. 2. Качество жизни пациентов после ПМК. Для более полного представления о влиянии заболевания на жизнь и эффекте проводимого лечения, кроме оценки клинического состояния и гемодинамических

параметров по ЭхоКГ, нами было изучено КЖ пациентов (табл. 4). Анализ КЖ до операции ПМК по опроснику SF-36 показал, что между группами больных с различными КДН по анализируемым показателям достоверных различий не наблюдалось.

После операции, через 6 лет, в обеих группах наблюдалось существенное улучшение практически всех показателей. Однако, при сравнении выраженности этих изменений, обнаружались значительные различия в зависимости от КДН. Так, в группе больных с ВКДН такие показатели как

Таблица 4 Сравнительные результаты анкетирования по опроснику SF-36 между больных ВКДН и НКДН до и после ПМК в отдаленном периоде через 6 лет (n=95)

Показатели (в баллах)		До операции (n=95)		После операции через 6 лет (n=95)		Р между ВКДН и НКДН через 6 л.
		Группа ВКДН (n=50)	Группа НКДН (n=45)	Группа ВКДН (n=50)	Группа НКДН (n=45)	
1.	Физическое функционирование (PF)	38,14±15,50	37,72±14,90	66,25±14,11*	54,12±14,40*	*
2.	Ролевое функционирование (RP)	25,11±12,91	24,75±12,77	52,81±13,39*	35,00±14,30*	**
3.	Интенсивность боли (BP)	46,41±19,21	45,92±18,90	56,31±18,22*	53,78±15,76*	#
4.	Общее состояние здоровья (GT)	27,00±19,07	26,12±20,00	59,56±18,05*	44,46±15,99*	***
5.	Жизненная активность (VT)	33,26±16,00	32,72±17,00	63,4±14,91**	48,78±17,20**	***
6.	Социальное функционирование (SF)	44,15±22,5	45,10±21,00	67,19±26,56*	62,50±32,95*	#
7.	Ролевое функционирование (RE)	36,44±29,50	37,00±28,69	56,25±28,26*	43,67±24,68*	#
8.	Психическое здоровье (MN)	38,14±31,00	36,20±29,10	62,75±16,18*	60,68±17,50*	#

Примечание: *,** ,***- достоверность различий показателей при сравнении с фоновыми значениями (p<0,05 , p<0,01 и p<0,001 соответственно). # - недостоверно

физическое функционирование (PF), ролевое функционирование (RP), общее состояние здоровья (GT) и жизненная активность (VT) оказались значимо

выше, чем в группе больных с НКДН. Это свидетельствует о том, что через 6 лет КЖ пациентов с ВКДН значительно выше, чем у пациентов с НКДН.

3. 2. 3. Анализ функционального состояния. Большинство больных до коррекции митрального порока сердца имели III ФК (47 (94%) и 41 (91%) больных в группах с ВКДН и НКДН соответственно). IV ФК регистрировался у 3 больных (6%) с ВКДН и у 4 пациентов (8,9%) с НКДН. После операции через 6 месяцев больные с ВКДН имели I ФК – у 6 (12%), II ФК – у 28 (56%), III ФК – у 13 (26%) пациентов, а больные с НКДН имели II и III ФК у 16 (35,5%) и 24 (53,5%) пациентов соответственно.

В отдаленном периоде, через 6 лет, большинство больных с ВКДН имели I, II и III ФК у 8 (16%), 24 (46%) и 17 (36%) пациентов соответственно, а IV ФК выявлялся лишь у 2 (4%) больных. Больные с НКДН имели III ФК у 28 (64,4%), II ФК – у 10 (22,2%), а IV ФК – у 7 (15,6%) пациентов.

Таким образом, большинство пациентов с ВКДН находились в лучшем функциональном состоянии, как в ранние, так и в отдаленные сроки после ПМК, чем пациенты с НКДН.

3. 2. 4. Послеоперационные осложнения. После операции ПМК, через 6 лет, ХСН в группе больных с ВКДН имела у 8 (16%) пациентов, а в группе с НКДН у 19 (42,2%) больных ($p < 0,01$). Инфаркт миокарда в отдаленном периоде наблюдения, через 6 лет, развился у 7 (15,5%) больных с НКДН, а при ВКДН у 1 (2%) больного ($p < 0,05$). Нарушения ритма сердца были зарегистрированы у 7 (14%) пациентов с ВКДН и у 9 (20%) больных в группе с НКДН. Желудочно-кишечное кровотечение отмечено у 3 (6,6%) больных в группе с НКДН, что было связано с неадекватной антикоагулянтной терапией. Большая часть осложнений развивалась в первые 3-5 лет после операции.

Таким образом, послеоперационные осложнения регистрировались значительно чаще у больных с НКДН.

3. 2. 5. Выживаемость больных в отдаленном послеоперационном периоде. В группе больных с ВКДН в отдаленном периоде умерли 4 (8%) пациентов, а в группе с НКДН умерли 14 (31%) больных, ($p < 0,01$). Актуарная кривая выживаемость (рис. 2) за 10 лет, не включая госпитальную летальность, составила 92% в группе больных с ВКДН, а в группе с НКДН - 68,8%. Основными причинами смерти явились: тромбоэмболии, ХСН и инфаркт миокарда. Выживаемость пациентов с ПМК через 10 лет ДН оказалась значительно лучше в группе больных с ВКДН.

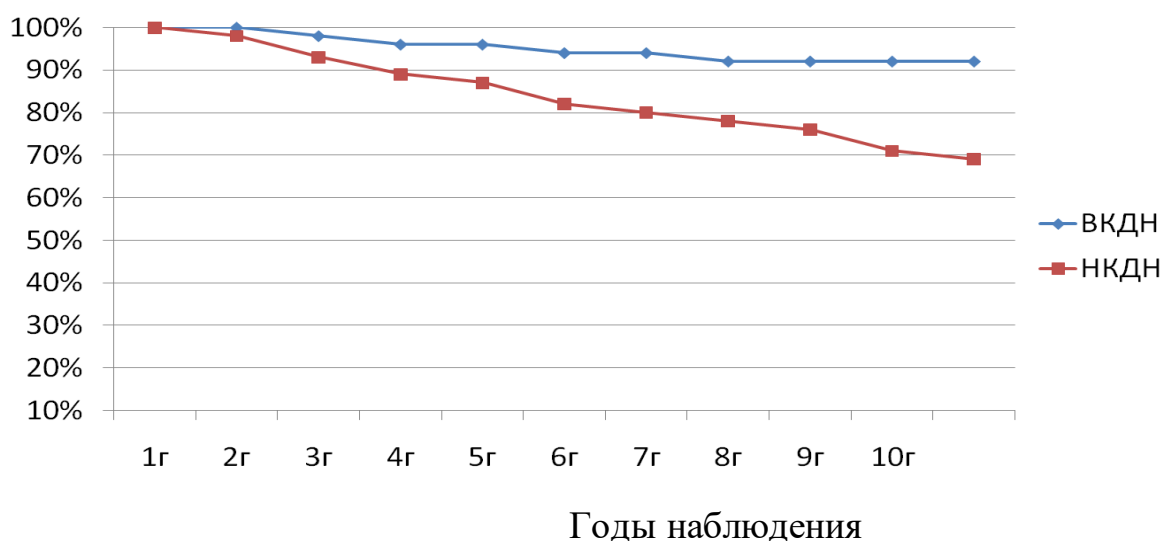


Рис. 2. Актуарные кривые выживаемости больных после ПМК

3. 3. Отдаленные результаты ПМАК

3. 3. 1. Гемодинамический эффект операции. До операции размеры сердца, ФВЛЖ, а также градиенты давления на митральном и аортальном клапанах в анализируемых группах, существенно не отличались (табл. 5).

Таблица 5 Динамика ЭхоКГ показателей больных до и после ПМАК (n=90)

Показатели (в баллах)	До операции (n=90)		Ранние сроки ч-з 3 мес. после операции (n=90)		Отдаленные сроки через 6 лет п/о.(n=90)		Р через бл. между ВКДН и НКДН
	Группа ВКДН (n=50)	Группа НКДН (n=40)	Группа ВКДН (n=50)	Группа НКДН (n=40)	Группа ВКДН (n=50)	Группа НКДН (n=40)	
КДРЛЖ (см)	5,83±0,52	5,69±0,51	5,04±0,52#	5,20±0,48#	4,68±0,46#	5,54±0,59#	#
КСРЛЖ (см)	3,20±0,28	3,82±0,29	2,98±0,27#	3,6±0,38#	3,04±0,25#	4,04±0,39#	#
ГДС (мм.рт.ст.)	37,7±3,31	31,0±3,52	18,05±2,50***	18,2±2,50***	18,2±2,47***	20,25±2,36***	#
ГДД (мм.рт.ст.)	18,35±1,41	18,42±1,32	12,6±1,43***	12,42±1,42***	11,2±1,29***	13,89±1,34#	#
СрЛАД (мм.рт.ст.)	31,00±2,03	30,1±2,04	25,31±1,56***	23,6±1,44***	23,3±1,49***	28,29±1,36#	#
ЛП (см.)	4,4±1,0	4,73±2,30	4,11±0,50**	4,2±0,33*	4,11±0,45***	4,68±0,46#	#
ФВ(%)	58,3±5,05	59,05±5,08	62,45±6,70#	61,05±6,50#	60,58±5,80#	56,96±0,60#	#

Примечание: : *, **, *** - достоверность различий показателей при сравнении с фоновыми значениями ($p < 0,05$, $p < 0,01$ и $p < 0,001$ соответственно), # - недостоверно.

В ранние сроки после операции в обеих группах больных отмечалось достоверное снижение СГ давления на уровне аортального протеза с $37,70 \pm 3,31$ мм рт.ст. до $18,05 \pm 2,50$ мм рт.ст. в группе больных с ВКДН ($p < 0,001$), и с $31,0 \pm 3,52$ мм рт.ст. до $18,20 \pm 2,50$ мм рт.ст. в группе больных с НКДН ($p < 0,001$). Снижение ДГ давления на уровне митрального протеза составило с $18,35 \pm 1,41$ мм.рт.ст. до $12,60 \pm 1,43$ мм рт.ст. в группе больных с ВКДН ($p < 0,001$) и от $18,42 \pm 1,32$ мм рт.ст. до $12,42 \pm 1,42$ мм рт.ст. в группе больных с НКДН ($p < 0,001$). Ср. ЛАД также существенно снижалось с $31,00 \pm 2,03$ мм рт.ст. до $25,31 \pm 1,56$ мм рт.ст. в группе больных с ВКДН ($p < 0,001$) и с $30,1 \pm 2,04$ мм рт.ст. до $23,60 \pm 1,44$ мм рт.ст. в группе больных с НКДН ($p < 0,001$). Одновременно отмечалось статистически недостоверное уменьшение размеров ЛЖ и ЛП. ФВ ЛЖ имела тенденцию к увеличению. В отдаленные сроки через 6 лет наблюдения, в группе больных с НКДН отмечалась отрицательная динамика со стороны таких показателей как размеры ЛП, Ср. ЛАД и ГД. Их величины приближались к дооперационным значениям. В группе больных с ВКДН сохранялись положительные сдвиги со стороны этих показателей, обнаруженные в ранние сроки после операции.

Таким образом, положительный гемодинамический эффект операции зарегистрированный в ранние сроки после операции, при длительном наблюдении сохранялся только у больных с ВКДН.

3. 3. 2. Качество жизни пациентов после ПМАК. Для оценки КЖ в отдаленном периоде в зависимости от КДН нами был использован опросник SF-36 (табл. 6). КЖ пациентов с ПМАК в группе с ВКДН в отдаленном периоде было достоверно выше, чем у пациентов в группе с НКДН. Если в группе больных с ВКДН через 6 лет существенно улучшались все показатели КЖ (за исключением интенсивности боли), то в группе больных с НКДН достоверно изменялись, лишь такие показатели как жизненная активность от $32,58 \pm 27,35$ до $43,75 \pm 19,59$ ($p < 0,05$) и ролевое функционирование от $36,50 \pm 26,41$ до $49,02 \pm 27,31$ ($p < 0,05$).

Через 6 лет, между группами с ВКДН и НКДН выявились достоверные различия по таким показателям как физическое функционирование (PF), ролевое функционирование (RP), общее состояние здоровья (GT), жизненная активность (VT) и социальное функционирование (SF). Они оказались значительно выше у пациентов с ВКДН.

Таблица 6 Сравнительные результаты анкетирования по опроснику SF-36 между больных ВКДН и НКДН после ПМАК в отдаленном периоде (n=90)

Показатели (в баллах)		До операции (n=90)		После операции через 6 лет(n=90)		P между ВКДН и НКДН через бл.
		Группа ВКДН (n=50)	Группа НКДН (n=40)	Группа ВКДН (n=50)	Группа НКДН (n=40)	
1.	Физическое функционирование (PF)	26,36±23,02	26,25±23,50	58,12±19,07*	31,88±24,63#	P<0,05
2.	Ролевое функционирование (RP)	26,12±12,2	26,16±11,33	54,37±19,69*	38,75±34,72#	P<0,05
3.	Интенсивность боли (BP)	44,95±30,2	45,0±29,0	64,00±22,17***	54,6±29,80***	#
4.	Общее состояние здоровья (GT)	30,15±18,9	29,66±17,74	51,37±9,35#	31,87±13,35#	***
5.	Жизненная активность (VT)	33,00±26,2	32,58±27,35	65,0±15,35***	43,75±19,59*	**
6.	Социальное функционирование (SF)	48,33±32,0	47,50±32,90	62,5±23,14***	44,75±26,46**	***
7.	Ролевое функционирование (RE)	36,0±27,42	36,50±26,41	54,15±23,42*	49,02±27,31*	#
8.	Психическое здоровье (MN)	47,18±23,0	48,00±21,50	67,0±18,55*	59,1±18,95 #	#

Примечание: *, **, *** - достоверность различий показателей при сравнении с фоновыми значениями (p<0,05, p<0,01, p<0,001 соответственно), # - недостоверно

3.3.3. Анализ функционального состояния. Большинство больных до коррекции митрально-аортальных пороков сердца имели III и IV ФК 41 (82%) и 9 (18%) больных в группе с ВКДН и 32 (80%) и 8 (20%) больных в группе с НКДН соответственно. В ранний период ДН, через 6 месяцев, 38 (76%) больных с ВКДН перешли во II ФК, в то время как в группе с НКДН таких оказалось только 15 (37,5%) больных. III и IV ФК имели 11 (22%) и 1 (2%) больной соответственно в группе с ВКДН. Среди больных с НКДН III ФК имели 20 пациентов (50%) и IV ФК 5 (12,5%) больных. В отдаленном периоде ДН, через 6 лет, II ФК имели 35 (70%) и III ФК 15 (30%) больных из группы с ВКДН и только 8 (20%) больных из группы с НКДН имели II ФК; остальные находились в III ФК - 23 (57,7%) и в IV ФК - 9 (22,5%) больных.

Таким образом, как в раннем, так и в отдаленном периоде ДН больные с ВКДН имели более высокий ФК, чем больные из группы с НКДН.

3.3.4. Послеоперационные осложнения. Тяжелая ХСН в отдаленном периоде ДН сохранялась у 8 (16%) больных в группе с ВКДН, и у 17 (42,5%)

больных в группе с НКДН. Острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу с гемипарезами, явлениями дизартрии появились у 4 (8%) больных в группе с ВКДН и у 7 (17,5%) больных в группе с НКДН. Желудочно-кишечное кровотечение было зарегистрировано у 2 (4%) пациентов в группе с ВКДН и у 4 (10%) пациентов в группе с НКДН. Инфаркт миокарда в отдаленном периоде развился у 4 (10%) больных в группе с НКДН и у 1 (2%) больного в группе с ВКДН. Нарушения ритма сердца (фибрилляция и трепетание предсердий, желудочковая экстрасистолическая аритмия) наблюдались в отдаленном периоде в группе с НКДН у 6 (15%) больных и у 4 (8%) больных в группе с ВКДН.

Таким образом, после ПМАК послеоперационные осложнения развивались значительно чаще у больных с НКДН.

3. 3. 5. Выживаемость больных в отдаленном послеоперационном периоде. По данным, представленным на рис. 3, выживаемость больных без учета госпитальной летальности к концу 8 - 10 года наблюдения после ПМАК составила 90% у больных с ВКДН и 70% у больных с НКДН. Выживаемость больных после ПМАК сердца оказалась лучше в группе больных с ВКДН.

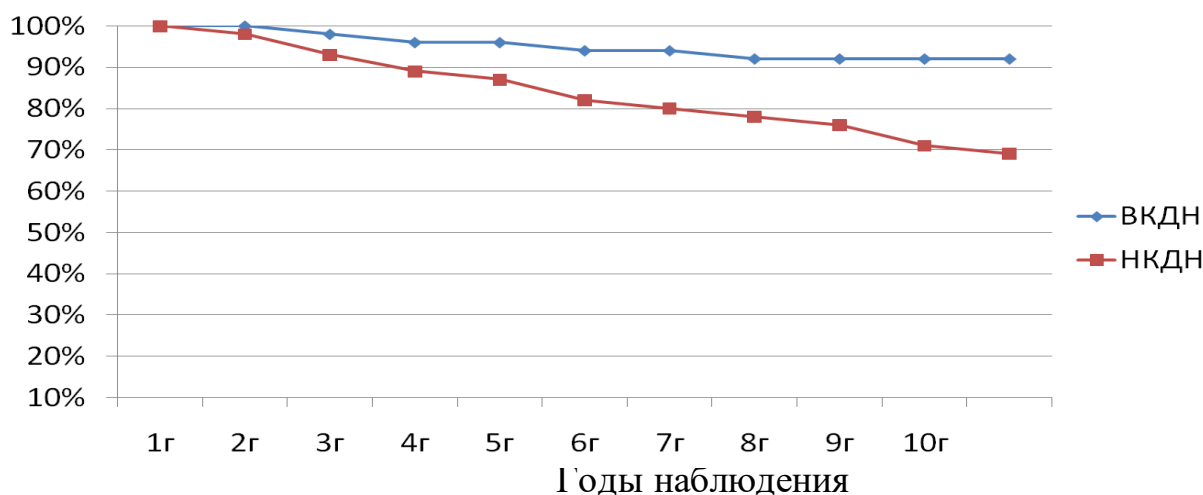


Рис. 3. Актуарные кривые выживаемости больных после ПМАК

С целью увеличения КБДН с искусственными клапанами сердца нами разработан договорный метод диспансеризации. Суть данного подхода заключается в том, что с пациентом оформляется официальный договор о сотрудничестве. При этом пациент выплачивает по «Договору» согласованную сумму денег в кассу института. Врач, подписавший договор, гарантирует бесплатный ежеквартальный клинический осмотр и обследование, и при необходимости госпитализацию в стационар вне очереди. Внесение финансовых средств в кассу дисциплинирует пациента и врача, а возможность внеочередной госпитализации также стимулирует больных, особенно пожилого возраста, имеющих послеоперационные осложнения и поэтому нуждающихся

в стационарном лечении. Всё это приводит к увеличению количества диспансерных больных и к улучшению их податливости к диспансеризации. К примеру, если в 1998 году под ДН в поликлинике НЦКТ находились 56 больных с искусственным клапаном сердца, то к 2002 году их число увеличилось до 500 человек, т.е. почти в десять раз. Как показывают результаты наших исследований, больные с ВКДН (n = 125), в отдаленном периоде после операции, через 6 лет, имели более высокий ФК и КЖ в сочетании с более лучшими показателями гемодинамики и выживаемости, чем больные с НКДН.

ВЫВОДЫ:

1. Протезирование клапанов сердца приводит к значительному улучшению функционального состояния, гемодинамических показателей и качества жизни как в раннем (через 6 месяцев), так и в отдаленном (через 6 лет) периоде после операции.

2. Комплексное изучение гемодинамических показателей, функционального состояния, качества жизни пациентов и их выживаемость может служить основным индикатором эффективности длительного диспансерного наблюдения больных с протезированными клапанами сердца.

3. Эффективность амбулаторного ведения больных в отдаленные сроки после протезирования аортальных, митральных, митрально-аортальных клапанов сердца находится в тесной зависимости от комплаенса больных к диспансерному наблюдению.

4. Больные из группы с высоким комплаенсом диспансерного наблюдения в отдаленном периоде после операции протезирования клапанов сердца имеют более высокий функциональный статус и качество жизни в сочетании с более лучшими показателями гемодинамики и выживаемостью, чем больные с низким комплаенсом диспансерного наблюдения.

5. Больные с низким комплаенсом диспансерного наблюдения по сравнению с больными с высоким комплаенсом диспансерного наблюдения имеют более частые послеоперационные осложнения (тяжелая сердечная недостаточность, острое нарушение мозгового кровообращения, желудочно-кишечные кровотечения, инфаркт миокарда и нарушения ритма сердца) как в раннем, так и в отдаленном периоде после операции.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для оценки эффективности амбулаторного ведения больных после протезирования клапанов сердца необходимо проводить комплексное их исследование включающее гемодинамический эффект операции по данным эхокардиографии, функциональное состояние по классификации NYHA, качество жизни пациентов по данным опросника SF-36 и показатели выживаемости.

2. При диспансерном ведении больных с искусственными клапанами сердца необходимо выделять пациентов с низким комплаенсом к диспансерному наблюдению как группу, имеющую высокий риск развития послеоперационных осложнений в виде сердечной недостаточности, острого нарушения мозгового кровообращения, желудочно-кишечных кровотечений, инфаркта миокарда и нарушений ритма сердца.

3. Внедрение договорного метода диспансеризации повышает комплаенс пациентов к длительному диспансерному наблюдению и может широко использоваться для диспансеризации широкого круга кардиологических больных.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ.

1. Калиева Р. С., Изучение эволюции клинических проявлений и гемодинамических параметров хронической сердечной недостаточности в раннем периоде после протезирования клапанов сердца. [Текст] / Р. С. Калиева, К. А. Абдраманов, И.К. Молдоташев // Центрально-Азиатский журнал сердечно-сосудистой хирургии. - 2008. - №1. - С. 66 - 69.

2. Калиева Р. С., Отдаленные результаты протезирования митрального клапана с пластикой трикуспидального клапана. [Текст] / К. С. Урманбетов, А. М. Шералиев, М. К. Джундубаев, Т. З. Кудайбердиев, К. А. Абдывасиев, Р. С. Калиева // Центрально-Азиатский журнал сердечно-сосудистой хирургии. - 2008. - №2. - С. 48 - 50.

3. Калиева Р. С. О контингенте больных кардиохирургической клинике о реабилитации оперированных по поводу болезней сердца. [Текст] / К. А. Абдраманов, Н. Н. Усубалиев, О. К. Ураимов // Центрально-Азиатский журнал сердечно-сосудистой хирургии. – Душанбе, - 2009. - №4. - С. 4 - 8.

4. Калиева Р. С. Методы оценки качества жизни после хирургической коррекции приобретенных пороков сердца. [Текст] / Р. С. Калиева // Материалы региональной научно–практической конференции с международным участием, посвященной 75 - летию профессора С. В. Лохвицкого. - Караганда - 2010.- С. 113 - 115.

5. Калиева Р. С., Результаты хирургической коррекции сочетанных митрально-аортальных пороков. [Текст] / Р.С. Калиева, Ж. И. Ашимов, К. А. Абдраманов, И. К. Молдоташев // Социология медицины. - 2009. - №1.- С. 181-185.

6. Калиева Р. С. Оценка отдаленных результатов и качество жизни больных после хирургической коррекции порока аортального клапана. [Текст] /Р. С. Калиева, Ж. И. Ашимов, К. А. Абдраманов, И. К. Молдоташев // Медицинские кадры XXI века. - 2009. - №4.- С. 75 - 78.

7. Калиева Р. С. Коррекция сопутствующей трикуспидальной

недостаточности у больных с изолированным митральным и многоклапанным протезированием. [Текст] /Р. С. Калиева, Ж. И. Ашимов, К. А. Абдраманов, И. К. Молдоташев // Медицинские кадры XXI века. - 2009. -№4.- С. 72 - 75.

8. Калиева Р. С. Отдаленные результаты хирургической коррекции изолированного митрального порока и причины, приводящие к сердечной недостаточности. [Текст] / Р. С. Калиева // Медицинские кадры XXI века. - 2010.- №1. - С. 56 - 58.

9. Калиева Р. С. Отдаленные результаты протезирования митрального клапана. [Текст] / Р.С. Калиева // Медицинские кадры XXI века. - 2010.- №1.- С. 58 - 61.

10. Калиева Р.С. История развития хирургического лечения пороков аортального клапана. [Текст] / К. С. Урманбетов, М. К. Джундубаев, А. М. Шералиев, Р. С. Калиева // Центрально-Азиатский журнал сердечно-сосудистой хирургии. - 2010. - №5. - С. 82 - 90.

**Калиева Рахат Сатыбалдиевна «Жүрөктүн клапандык тешиктерин хирургиялык дарылоодон кийин бейтаптарды амбулатордук (поликлиникалык-диспансердик) сакайтуунун натыйжалуулугун балоо» деген темадагы «жүрөк- кан тамыр хирургиясы» - 14.01.26 адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын изденип алуу үчүн жазган диссертациясынын
КОРУТУНДУСУ**

Негизги сөздөр: аорталдык тешик, митралдык тешик, жүрөктүн протезделген капкагы, диспансердик байкоо, жашоо сапаты, жашап кетүүчүлүк, эхокардиография, диспансерлөөгө камплайнс.

Изилдөөнүн максаты: 15 жаштан 65 жашка чейинки жүрөк тешиги менен ооруган 559 бейтап текшерүүдөн өтү, орточо курак $48,8 \pm 3,4$ жаш. I- аорталдык клапанды протездөө менен 83 бейтап, II- топ митралдык тешикти обочолонгон протездөө менен 350 бейтап, III – топ – жүрөктүн митралдык-аорталдык клапандарын протездөө менен 126 бейтап.

Изилдөө методу: жалпы клиникалык, лабораториялык, ЭхоКГ, SF-36 сурамжылоосу боюнча анкеттөө.

Жыйынтыктар: Бул эмгекте жүрөк клапандарын протездөө функционалдык милдеттеринин, гемодинамикалык көрсөткүчтөрүнүн жана бейтаптардын операциядан кийин мурунку (6 айдан кийин) да, кийинки (6 жылдан кийин) да мөөнөттөрдө жашоо сапатынын олуттуу жакшырышына алып келерин көрсөткөн. Бейтаптын гемодинамикалык көрсөткүчтөрүн, функционалдык абалын, жашоо сапатын жана алардын жашап кетүүсүн комплекстүү үйрөнүү жүрөгүдө жасалма клапаны бар бейтаптарды узак убакыт диспансердик байкоонун натыйжалуулугунун негизги индикатору катары кызмат кыларын көрсөттү. Алгачкы жолу жүрөктү аорталдык, митралдык,

митралдык-аорталдык клапандар менен протездөөдөн сон кийинки мөөнөттөрдө бейтаптарды амбулатордук дарылоонун натыйжалуулугу бейтаптардын диспансердик байкоого болгон комплайенсинен тыгыз көз карандылыкта болору далилденди. Жогору комплайенстуу топтогу бейтаптар жүрөктүн клапандарын протездөө операциясынан кийинки мөөнөттөрдө диспансердик байкоодо болуусу диспансердик байкоодогу төмөнкү комплайенстуу бейтаптарга караганда гемодинамиканын жана жашап кетүүнүн мыкты көрсөткүчтөрү менен айкалышта жогорку функционалдык статус жана жашоо сапатын камсыздай алган.

Библиография 139 аталышты камтыйт. Иш 27 таблица жана 3 сүрөт менен көрсөтүлүп берилген.

РЕЗЮМЕ

диссертации Калиевой Рахат Сатыбалдиевны на тему: «Оценка эффективности амбулаторного (поликлинико-диспансерного) ведения больных после хирургического лечения клапанных пороков сердца» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.26 - сердечно-сосудистая хирургия

Ключевые слова: аортальный порок, митральный порок, протезирование клапанов сердца, диспансерное наблюдение, качество жизни, выживаемость, эхокардиография, комплайенс к диспансеризации.

Цель исследования: Изучить эффективность амбулаторного (поликлинико-диспансерного) ведения больных после хирургической коррекции клапанных пороков сердца.

Объект исследования: Обследовано 559 больных с приобретенными пороками сердца, в возрасте от 15 до 65 лет, ср. возраст $48,8 \pm 3,4$ года. I-группа - 83 больных с протезированием аортального клапана, II - группа – 350 больных с изолированным протезированием митрального клапана, III - группа – 126 больных с протезированием митрально-аортального клапанов сердца.

Методы исследования: общеклинические, лабораторные, ЭХОКГ, анкетирование по опроснику SF-36.

Результаты: В данной работе установлено, что протезирование клапанов сердца приводит к значительному улучшению функционального состояния, гемодинамических показателей и качества жизни пациентов как в раннем (через 6 мес.), так и в отдаленном (через 6 лет) периоде после операции. Показано, что комплексное изучение гемодинамических показателей, функционального состояния, качества жизни пациентов и их выживаемости может служить основным индикатором эффективности длительного диспансерного наблюдения больных с искусственными клапанами сердца. Впервые доказано, что эффективность амбулаторного ведения больных в отдаленные сроки после протезирования аортальных, митральных, митрально-

аортальных клапанов сердца находится в тесной зависимости от комплайенса (податливости) больных к диспансерному наблюдению. Больные из группы с высоким комплайенсом к диспансерному наблюдению в отдаленном периоде после операции протезирования клапанов сердца имели более высокий функциональный статус и качество жизни в сочетании с более лучшими показателями гемодинамики и выживаемости, чем больные с низким комплайенсом диспансерного наблюдения.

Библиография включает 139 названий. Работа иллюстрирована 27 таблицами и 3 рисунками.

RESUME

**Of Kalieva Rahat Satybaldievna candidate's of medical sciences thesis
"Assessment of efficiency of outpatient (polyclinic dispensary) management of
patients after surgical treatment of heart valvular disease", majoring in
"cardiovascular surgery"-14.00. 26**

Key words: aortal valvular disease, mitral valvular disease, prosthesis of cardiac valves, dispensary observation, life quality, survival rate, echocardiography, compliance to prophylactic medical examination service.

Aim of research: to study efficiency of outpatient (polyclinic dispensary) management of patients after surgical correction of valvular disease.

Subject of research: 559 patients with acquired cardiac malformation were examined at the age from 15 to 65 years, mean age $48,8 \pm 3,4$ years. I – group is 83 patients with prosthesis of aortal valve, II - group is 350 patients with isolated prosthesis of mitral valve, III - group is 126 patients with prosthesis of mitral - aortal valves of heart.

Methods of research: general clinical, laboratory, echocardiogram, questioning (SF-36).

Results: It is established in this research that prostheses of valves leads to considerable improvement of functional status, hemodynamic parameters and life quality in early (after 6 months) as well as in remote (after 6 years) postoperative period. It have been shown that complex study of hemodynamic parameters, functional status, life quality of patients and their survival rate can serve as the main indicator of the efficiency of long – term regular dispensary observation of patients with artificial cardiac valves. For the first time it was proved that the efficiency of outpatient treatment in remote period (after 6 months) after prosthesis of aortal, mitral, mitral – aortal valves of heart heavily depends on compliance of patients to dispensary observation. Patients of group with high compliance to dispensary observation in remote period after operation had higher functional status and life quality coupled with better parameters of hemodynamic and survival rate in comparison with patients of group with low compliance to dispensary observation.

Bibliography contains 139 sources. The work is illustrated with 27 tables and 3 pictures.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВКДН - высокий комплаенс диспансерного наблюдения
ГД – градиент давления
ДН - диспансерное наблюдение
ДГ - диастолический градиент
КЖ - качество жизни
КДН - комплаенс диспансерного наблюдения
КБДН - комплаенс больных к диспансерному наблюдению
КДРЛЖ - конечно диастолический размер левого желудочка
КСРЛЖ - конечно систолический размер левого желудочка
ЛЖ - левый желудочек
ЛП - левое предсердие
ПАК - протезирование аортального клапана
ПМК - протезирование митрального клапана
ПМАК - протезирование митрально - аортального клапанов
ППС - приобретенные пороки сердца
СГ - систолический градиент
Ср.ЛАД - среднее легочное артериальное давление
НКДН - низкий комплаенс диспансерного наблюдения
ФВ - фракция выброса
ФК - функциональный класс
ХСН - хроническая сердечная недостаточность
NYHA - New York Heart Association
SF-36 - Item Short-Form Health Survey