

**КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ имени И.К. АХУНБАЕВА**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР**

Диссертационный совет Д 14.19.600

На правах рукописи
УДК 616.126.42:616.12-008.313]-089.168

ТУКУШЕВА ЭЛЬМИРА НАРЫНОВНА

**ВЛИЯНИЕ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ НА
БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ
ПРОТЕЗИРОВАНИЯ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА**

14.01.26 – сердечно-сосудистая хирургия

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Бишкек – 2020

Работа выполнена в отделении хирургии приобретенных пороков сердца и консультативно-диагностическом отделении Научно-исследовательского института хирургии сердца и трансплантологии органов при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики.

Научный руководитель: **Абдраманов Калдарбек Алишеревич** - доктор медицинских наук, профессор, директор Южного регионального научного центра сердечно-сосудистой хирургии

Официальные оппоненты: **Абзалиев Куат Баяндыевич** - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой кардиохирургии Казахского медицинского университета непрерывного образования (г. Алматы)

Калысов Курбанбек Абдишукурович - кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения нарушения ритма сердца Национального центра кардиологии и терапии имени М. М. Миррахимова

Ведущая организация: Национальный научный медицинский центр, отдел аритмологии (010009, Республика Казахстан, г. Нур-Султан, проспект Абылайхана, 42).

Защита диссертации состоится «15» декабря 2020 года в 15.00 часов на заседании диссертационного совета Д 14.19.600 по защите диссертаций на соискание ученой степени доктора (кандидата) медицинских наук при Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева и Национальном хирургическом центре Министерства здравоохранения Кыргызской Республики по адресу: 720044, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. 3-линия, 25, 2 этаж в конференц-зале, код доступа в режиме он-лайн защиты в Zoomwebinar - идентификатор конференции: 588 773 7352, код доступа: 7F3fkg.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеках Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева (720020, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92), Национального хирургического центра Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (720044, г. Бишкек, ул. 3-линия, 25) и на сайте: www.nsc.kg.

Автореферат разослан «12» ноября 2020 года.

**Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук,
старший научный сотрудник**

М. Б. Чапыев

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы диссертации. Митральные пороки являются одними из наиболее часто встречаемых пороков сердца ревматической этиологии, при которых на определенном этапе течения порока часто развивается осложнение в виде мерцательной аритмии [И. В. Абдульянов и соавт., 2014; Л. А. Бокерия, Л. Д. Шенгелия 2014; И. А. Борисов и соавт., 2017]. Как известно, наличие мерцательной аритмии ассоциируется со следующими основными отрицательными последствиями: ухудшением состояния пациента как минимум на один функциональный класс, усугублением проявлений недостаточности кровообращения и влечет за собой высокий риск тромбоэмболических осложнений [М. Н. Мухорямов, 2011; А. В. Сидорчук, 2016; M. N. Levine, et al., 2001].

По данным группы исследователей, изучавших влияние мерцательной аритмии на исход операции протезирования митрального клапана, показано, что данная аритмия приводит к серьезным послеоперационным осложнениям и в 2 раза увеличивает риск оперативного вмешательства в сравнении с пациентами, имеющими синусовый ритм [А. С. Немков и соавт., 2009; Л. А. Бокерия и соавт., 2009; 2015; О. В. Ивлева и соавт., 2018].

Операция протезирования митрального клапана является методом выбора при митральной недостаточности, комбинированном митральном пороке с выраженной регургитацией, так как позволяет не только корригировать порок и нормализовать внутрисердечную гемодинамику, но и у части больных способствует обратному восстановлению синусового ритма. Однако, несмотря на постоянное совершенствование хирургической техники, анестезиологического пособия, улучшения методов защиты миокарда и разработки новых моделей клапанов сердца у значительной части пациентов после операции мерцательная аритмия не купируется. Учитывая вышеизложенное, а именно: широкую распространенность мерцательной аритмии, неудовлетворительные результаты хирургического лечения и медикаментозной терапии у значительного числа больных (рефрактерность к антиаритмической терапии, побочные эффекты, аллергические реакции) и социальная значимость неблагоприятных последствий и осложнений, вызванные данной аритмией, обуславливают актуальность проблемы мерцательной аритмии у пациентов с митральными пороками сердца и побуждают исследователей к поиску новых методов лечения данной патологии [Л. А. Бокерия и соавт., 2014; 2018; И. А. Борисов и соавт., 2015; Е. З. Голухова и соавт., 2016].

Связь темы диссертации с приоритетными научными направлениями, крупными научными программами (проектами), основными научно-исследовательскими работами, проводимыми образовательными и

научными учреждениями. Тема инициативная.

Цель исследования. Изучить влияние мерцательной аритмии на ближайшие и отдаленные результаты после протезирования митрального клапана с оценкой возможности восстановления синусового ритма в послеоперационном периоде.

Задачи исследования:

1. Оценить влияние мерцательной аритмии на клиничко-функциональные особенности течения митральной недостаточности ревматического генеза.

2. Изучить роль клиничко-функциональных и интраоперационных факторов в восстановлении синусового ритма после операции протезирования митрального клапана у больных с митральной недостаточностью ревматической этиологии.

3. Оценить динамику клиничко-функциональных показателей, возможность сохранения синусового ритма с оценкой качества жизни пациентов в ближайшем и отдаленном периодах после операции протезирования митрального клапана.

Научная новизна полученных результатов:

1. Больные с митральной недостаточностью, осложненной мерцательной аритмией до оперативного вмешательства имеют более высокий класс сердечной недостаточности и выраженное ремоделирование сердца в сочетании с низкими показателями качества жизни, характеризующими физические и психологические компоненты здоровья по сравнению с пациентами с митральной недостаточностью и синусовым ритмом.

2. Показано, что основными факторами, препятствующими восстановлению синусового ритма после протезирования митрального клапана по поводу митральной недостаточности, являются длительность мерцания предсердий более 1 года и повышение легочного АД выше 35 мм рт.ст..

3. Впервые установлено, что эффективность реабилитации пациентов с протезированием митрального клапана по поводу митральной недостаточности, проявляющаяся снижением функционального класса сердечной недостаточности, уменьшением ремоделирования миокарда и повышением качества жизни существенно выше при восстановлении синусового ритма и сопоставима с таковой у больных без мерцательной аритмии в анамнезе.

4. Впервые изучены показатели variability сердечного ритма у больных с митральной недостаточностью осложненной мерцательной аритмией до и после операции и впервые установлена взаимосвязь тонууса ветвей вегетативной нервной системы с вероятностью восстановления синусового ритма после операции.

Практическая значимость полученных результатов. Представленные в работе данные об особенностях течения митральной недостаточности ревматического генеза с или без мерцательной аритмии позволяют

оптимизировать тактику диагностики и подходы к лечению данной патологии:

1. Впервые предложено использовать тандем признаков (длительность мерцательной аритмии менее 1 года и среднего ЛАД менее 30 мм.рт.ст) в качестве предиктора успешного восстановления синусового ритма у больных с митральной недостаточностью после операции протезирования митрального клапана.

2. Выявленная высокая эффективность реабилитационных мер в послеоперационном периоде у пациентов с митральной недостаточностью и синусовым ритмом указывает на необходимость его восстановления после операции протезирования митрального клапана у больных с мерцательной аритмией.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Больные с митральной недостаточностью, осложненной мерцательной аритмией до оперативного вмешательства имеют более высокий класс сердечной недостаточности и более низкие показатели качества жизни, выраженное ремоделированием сердечной мышцы с увеличением передне-заднего размера левого предсердия и левого желудочка, снижением его сократительной способности и повышением легочного АД.

2. У больных с митральной недостаточностью и мерцательной аритмией отмечается более тяжелое течение послеоперационного периода, что проявлялось замедлением восстановления сердечной деятельности, и частым развитием тяжелой острой сердечной недостаточностью и высокой потребностью в кардиотонических препаратов. Послеоперационные кровотечения развились с одинаковой частотой у больных митральной недостаточностью с или без мерцательной аритмией.

3. Длительность существования мерцания предсердий более 1 года и повышение легочного АД выше 35 мм.рт.ст. до оперативного вмешательства являются факторами, препятствующими восстановлению синусового ритма в послеоперационном периоде у больных митральной недостаточностью ревматического генеза. Объемные показатели полостей сердца, в том числе передне-задний размер левого предсердия, а также фракция выброса левого желудочка не оказывали существенного влияния на восстановление синусового ритма у больных митральной недостаточностью ревматического генеза.

4. Мерцательная аритмия у больных с митральной недостаточностью до операции имеет прямую связь с тонусом вегетативной нервной системы которое может быть определено на суточном мониторинге ЭКГ. Так же проспективное наблюдение за больными с мерцательной аритмией, перенесших операцию по протезированию митрального клапана показало, что эффективность реабилитации пациентов, проявляющаяся снижением функционального класса сердечной недостаточности, уменьшением

ремоделирования миокарда и повышением качества жизни существенно выше при восстановлении синусового ритма.

Личный вклад соискателя. В качестве сотрудника отделения хирургии приобретенных пороков сердца и консультативно-диагностического отделения НИИХСТО, личное участие соискателя охватывает аналитическую проработку литературных источников, все разделы клинических и инструментальных исследований, их теоретическое и методологическое обобщение.

Апробации результатов диссертации. Основные положения диссертации доложены на: научно-практической конференции «Кардиохирургия Кыргызстана: Вчера, сегодня, завтра...» (Бишкек, 2007); I-съезде сердечно-сосудистых хирургов стран Центральной Азии (Бишкек, 2008); заседании Общества сердечно-сосудистых хирургов КР имени И. К. Ахунбаева (Бишкек, 2010); международной научно-практической конференции «Кардиохирургия Кыргызстана на стыке веков, достижения и перспективы», посвященной к 110-летию со дня рождения И. К. Ахунбаева (Жалал-Абад, 2018); международной научно-практической конференции «Инновации в кардиохирургии: от пальцевой митральной комиссуротомии до имплантации высокотехнологических устройств» посвященной к 110-летию со дня рождения И. К. Ахунбаева, 60-летию первой операции на сердце в Центральной Азии и 15-летию НИИ хирургии сердца и трансплантации органов МЗ КР (Бишкек, 2019); международной конференции «Fast track cardiosurgery» (Казакстан, Тараз, 2019).

Полнота отражения результатов диссертации в публикациях. По теме диссертации опубликовано в печати 14 научных статей.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 111 страницах компьютерного текста, состоит из введения, обзора литературы, 3-х глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы и приложения. Работа иллюстрирована 15 таблицами и 13 рисунками. Библиографический указатель содержит 132 источников, в том числе 79 авторов на русском и 53 авторов - на английском языке

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

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

В первой главе «Обзор литературы» проведен широкий и качественный анализ отечественной и зарубежной литературы по изучению особенностей клинического течения ревматической митральной недостаточности у больных с мерцательной аритмией. В главе приведены данные по влиянию мерцательной аритмии на клиническое состояние больных и динамику регрессии показателей сердечной деятельности в ближайшем и отдаленном периодах после

протезирования митрального клапана.

Во второй главе «Материал и методы исследования» изложены клинические характеристики больных и методы исследования.

Объектом исследования явились хирургические больные с ревматической митральной недостаточностью с или без мерцательной аритмией.

Предметом исследования явилось изучение влияния мерцательной аритмии на ближайшие и отдаленные результаты протезирования митрального клапана.

Работа относится к категории контролируемых клинических испытаний. Материалом исследования послужили проспективные и ретроспективные данные о результатах хирургического лечения 72 больных, оперированных в хирургических отделениях НИИХСТО за период с 2004-2018 гг.

Возраст обследованных больных колебался в пределах от 14 до 48 лет (средний возраст $38,1 \pm 5,9$ лет). Давность основного заболевания варьировал от 7-21 лет, в среднем $14,3 \pm 7,8$ лет. На момент операции ревматический процесс оказался неактивным у 81,4% исследуемых больных, а у 18,5% активность была минимальной. Основную группу составили 42 пациента с ревматическим генезом изолированной митральной недостаточности (МН) и наличием мерцательной аритмии (МА) (из них: 25 женщин и 17 мужчин). Согласно классификации сердечной недостаточности Нью-Йоркской ассоциации кардиологов у всех пациентов был диагностирован ФК IV СН по NYHA. Для изучения влияния клинико-функциональных и интраоперационных факторов, способствующих восстановлению синусового ритма у больных МН с МА больные основной группы были разделены на две группы: 1-ю группу составили 14 человек, у которых в послеоперационном периоде отмечалось восстановление синусового ритма (группа МА1); во 2-ю группу вошли 28 пациентов, у которых восстановление синусового ритма после операции не произошло (группа МА2). Группу контроля составили 30 больных с МН ревматического генеза с сохраненным синусовым ритмом сопоставимых по возрасту и полу (22 женщин и 8 мужчин). Согласно классификации сердечной недостаточности Нью-Йоркской ассоциации кардиологов (NYHA) в контрольной группе ФК III был диагностирован у 13 (43%) пациентов, ФК IV – у 17 (57%) пациентов.

Всем больным была проведена операция протезирования митрального клапана с сохранением задней створки митрального клапана. До оперативного вмешательства и после него через 6 и 12 месяцев все больные подвергались полному клинико-инструментальному обследованию, включавшее помимо общеклинических методов исследования определение электролитов сыворотки крови (натрий, калий), ЭКГ, Холтер ЭКГ мониторинг, рентгенологическое исследование органов грудной клетки с определением кардиоторакального индекса (КТИ) и индекса Мура, эхо- и доплерэхокардиографическое исследование, изучение качества жизни с помощью опросника SF-36.

Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи программы STATISTICA и пакета стандартных статистических программ. Все показатели проверялись на нормальность распределения значений. Достоверность различий между группами оценивалась с помощью непараметрических критериев χ^2 и Z и Манна-Уитни, а также параметрического t-критерия Стьюдента. Достоверность изменений показателей внутри групп в процессе динамического наблюдения за больными оценивалась в случае нормального распределения показателей – с использованием парного t-критерия Стьюдента, в случае ассиметричного распределения показателей – с использованием непараметрического критерия Вилкоксона. Изучение взаимосвязи между показателями проводилось с помощью корреляционного анализа с вычислением коэффициента корреляции r по Спирмену. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

В третьей главе «Влияние мерцательной аритмии на ближайшие и отдаленные результаты протезирования митрального клапана» расписаны главы 3.1, 3.2, 3.3 где подробно представлены результаты исследования 72 пациентов, подвергнутых хирургическому лечению - протезированию митрального клапана с полным клинико-инструментальным обследованием, включавшее помимо общеклинических методов исследования определение электролитов сыворотки крови, ЭКГ, Холтер ЭКГ мониторинг, рентгенологическое исследование органов грудной клетки с определением КТИ и индекса Мура, эхо- и доплерэхокардиографическое исследование, изучение качества жизни с помощью опросника SF-36.

В главе 3.1 «Клинико-функциональные особенности митральной недостаточности ревматического генеза, осложненной мерцательной аритмией» было проведено сравнительное изучение клинико-функционального течения заболевания у больных с или без мерцательной аритмией (МА). При изучении клинической симптоматики оказалось, что у больных с митральной недостаточностью (МН) доминировали жалобы, связанные с декомпенсацией кровообращения. Так, в общей группе пациентов (т.е. с МА и синусовым ритмом (СР)), наиболее часто больные предъявляли жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке (81,9% случаев), тяжесть в правом подреберье (81,9% случаев), а также учащенное сердцебиение и перебои в работе сердца (76,3% случаев). Реже пациенты отмечали наличие отеков на нижних конечностях (58,3% случаев) и боли в области сердца некоронарогенной этиологии (38,8% случаев). При отдельном анализе (т.е. у больных с МА – 1-я группа и у больных с сохранным СР- 2-я группа) было выявлено, что больные с МА имеют более тяжелое течение заболевания, в частности сердечную декомпенсацию по обеим кругам кровообращения. Так, у больных основной группы отеки на нижних конечностях встречались в 71,4% случаев (против 40%

в контрольной группе, $p < 0,05$), тяжесть в правом подреберье – в 100% случаев (против 56,7% в контроле, $p < 0,05$). Одышка, боли в области сердца и сердцебиение встречались в обеих группах с одинаковой частотой ($p > 0,05$).

Как и следовало ожидать, больные с МН, осложненной МА имели более высокий класс сердечной недостаточности. Так, IV ФК СН по NYHA имели все больные основной группы (100% случаев), в то время как в контрольной группе с сохранным синусовым ритмом IV ФК СН по NYHA был выявлен только у 56,7% больных ($p < 0,05$). Оставшиеся пациенты контрольной группы имели ФКШ СН по NYHA.

По результатам рентгенологического исследования органов грудной клетки выявлены существенные различия между сравниваемыми группами. Так в группе больных с МА показатели КТИ и индекса Мура составили соответственно $64,2 \pm 2,1\%$ и $39,1 \pm 1,3\%$, что существенно превышало значения аналогичных показателей в группе больных МП с сохранным синусовым ритмом ($56,2 \pm 1,9\%$ и $34,8 \pm 1,1\%$ соответственно, $p < 0,01$).

При анализе данных эхокардиографического исследования были получены следующие результаты, пациенты с МН и МА характеризовались более выраженным ремоделированием миокарда левого желудочка, чем пациенты с МН и сохранным синусовым ритмом (табл. 3.1.1).

Таблица 3.1.1 - Показатели эхо- и доплерэхокардиографического исследования у больных МН с или без мерцательной аритмии

Показатели	Пациенты с МА	Пациенты с СР	P
ПЗРЛП, мм	$60,4 \pm 21,7$	$51,2 \pm 2,3$	***
КДР, мм	$65,2 \pm 1,4$	$62,8 \pm 1,2$	**
КСР, мм	$43,6 \pm 1,3$	$41,3 \pm 1,6$	*
КДО, мл	$224,2 \pm 23,1$	$179,4 \pm 7,4$	***
КСО, мл	$95,3 \pm 3,9$	$79,1 \pm 4,4$	***
УО, мл	$132,8 \pm 23,1$	$111,3 \pm 4,3$	**
ФВ, %	$53,1 \pm 1,2$	$57,0 \pm 1,4$	**
ИММ, г/м ²	$162,4 \pm 5,4$	$152,0 \pm 4,4$	*
ЛАДср, мм рт ст	$34,1 \pm 1,2$	$27,9 \pm 1,6$	**
ПЖ, см	$24,9 \pm 2,2$	$24,1 \pm 0,3$	*
Митральная регургитация, %	(+++) (++++) 31% 69%	(+++) (++++) 23,3% 76,7%	*
Трикуспидальная регургитация, %	(++) (+++) 88,1% 11,9%	(+) (++) 85,3% 16,7%	***
Смо, мм ²	$35,8 \pm 2,7$	$37,1 \pm 2,9$	*

Примечание: (+)- регургитация 1 степени; (++)- регургитация 2 степени; (+++)- регургитация 3 степени; (++++)- тотальная недостаточность, р-достоверность различий. *-различия не достоверны; **-Различия достоверные $p < 0,05$; ***- различия достоверные $p < 0,001$;

Так, в группе пациентов с МН и МА отмечалось увеличение передне-заднего размера левого предсердия ($60,4 \pm 21,7$ мм против $51,2 \pm 2,3$ мм в контрольной группе, $p < 0,001$), что, как известно, является морфологическим субстратом для возникновения МА. Кроме того, у пациентов с МН и МА оказались увеличенными все объемные показатели ЛЖ по сравнению с больными МН с синусовым ритмом. Так же, стоит отметить, что у больных МН с МА отмечается снижение сократительной способности ЛЖ. У данной группы пациентов ФВ ЛЖ составил $53,1 \pm 1,2\%$, оказалась существенно ниже, чем в контрольной группе ($57,0 \pm 1,4\%$, $p < 0,05$). Отмечено возрастание уровня среднего ЛАД при наличии МА ($34,1 \pm 1,2$ мм рт.ст. против $27,9 \pm 1,6$ мм рт.ст. в контрольной группе, $p < 0,05$).

Сравнение качества жизни (КЖ) у больных основной и контрольной групп по опроснику SF-36 выявило снижение показателей, характеризующих физические и психологические компоненты здоровья у пациентов с МН и МА. Так, у больных МН с МА оказались существенно ниже показатели физического функционирования (PF, RP), отражающие степень, в которой состояние здоровья лимитирует выполнение физических нагрузок, ощущение жизнеспособности (GH, VT), социального функционирования, определяющееся степенью, в которой физическое и эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение) ($p < 0,01$). Наличие мерцательной аритмии не влияло только на показатель интенсивности боли (BP) и влияния ее на способность заниматься повседневной деятельностью ($p > 0,05$) (табл. 3.1.2).

Таблица 3.1.2 - Параметры качества жизни, оцененной по опроснику SF-36, у больных МН с или без мерцательной аритмией

Критерии КЖ	Группа с МА	Группа с СР	Р
PF	$69,3 \pm 11,8$	$83,6 \pm 3,2$	$< 0,01$
RP	$57,4 \pm 27,5$	$87,9 \pm 8,8$	$< 0,01$
BP	$65,1 \pm 11,3$	$71,6 \pm 8,9$	Нд
GH	$53,4 \pm 14,9$	$78,2 \pm 6,4$	$< 0,01$
VT	$42,3 \pm 11,8$	$68,5 \pm 7,1$	$< 0,01$
SF	$58,5 \pm 19,3$	$86,5 \pm 11,9$	$< 0,01$
RE	$56,2 \pm 20,1$	$83,6 \pm 14,5$	$< 0,01$
МН	$58,4 \pm 7,1$	$81,2 \pm 5,1$	$< 0,01$

Примечание: р-достоверность различий: нд-различия недостоверны

По завершении операции самостоятельное интраоперационное восстановление сердечной деятельности отмечалось у 20 (67%) больных МН с синусовым ритмом и только у 14 (33%) больных МН с МА ($p < 0,01$). Остальным пациентам обеих групп, для восстановления сердечной деятельности, проводили

электродефибрилляцию.

Причем в обеих группах больных, у которых сердечная деятельность восстановилась однократной дефибрилляцией, было по 8 человек. В то же время 5 (12 %) больным с МА кардиоверсию требовалось проводить более 3-х раз. После восстановления ритма у больных МН с/без МА с одинаковой частотой (10% и 7% соответственно, $p > 0,05$) отмечалось развитие высокостепенной атриовентрикулярной блокады, потребовавшей проведения временной электрокардиостимуляции.

Таким образом, больные с МН, осложненной МА (в группе МА) до оперативного вмешательства имели более высокий класс сердечной недостаточности, выраженное ремоделированием миокарда левого желудочка, что проявлялось увеличением передне-заднего размера левого предсердия и левого желудочка (ЛЖ), снижением сократительной способности ЛЖ и повышением легочного артериального давления (ЛАД), а также более низкими показателями качества жизни (КЖ), характеризующими физические и психологические компоненты здоровья по сравнению с пациентами МН с синусовым ритмом. У больных МН с МА отмечается более тяжелое течение послеоперационного периода, что проявлялось замедлением восстановления сердечной деятельности, более частым развитием тяжелой острой сердечной недостаточности (ОСН) и назначением кардиотонических препаратов.

В главе 3.2 «Влияние клиничко-функциональных и интраоперационных факторов на возможность восстановления синусового ритма у больных митральной недостаточностью ревматического генеза, осложненной мерцательной аритмией» было изучено влияние клиничко-функциональных и интраоперационных факторов, способствующих восстановлению синусового ритма у больных МН с МА. Данные о влиянии некоторых клинических и интраоперационных факторов на восстановление синусового ритма в послеоперационном периоде у больных МН с МА представлены в таблице 3.2.1 Из таблицы следует, что возраст, длительность основного заболевания и прием антиаритмических препаратов до оперативного вмешательства не оказывали существенного влияния на восстановление синусового ритма в послеоперационном периоде ($p > 0,05$). В то же время нами была выявлена четкая взаимосвязь возможности восстановления синусового ритма с длительностью существования МА: с увеличением длительности анамнеза МА пропорционально увеличивался риск сохранения данной аритмии после операции. Так, во 2-ой группе больных длительность МА до операции составляла $3,1 \pm 0,6$ лет, что было достоверно больше, чем у больных 1-ой группы ($0,9 \pm 0,4$ лет, $p < 0,01$). При изучении взаимосвязи эхокардиографических параметров с восстановлением синусового ритма после оперативного вмешательства по поводу митральной недостаточности ревматического генеза у больных с

сопутствующим мерцанием предсердий были получены следующие результаты.

Таблица 3.2.1 - Влияние клинико-лабораторных и интраоперационных факторов на восстановление синусового ритма у больных МН с МА

Параметры	1-я группа	2-я группа	P
Возраст, лет	37,8±3,9	38,5±6,1	Нд
Длительность заболевания, лет	12,8±7,1	14,9±8,1	Нд
Длительность МА, лет	0,9±0,4	3,1±0,6	<0,01
ФК СН по NYHA	4,0±0	4,0±0	Нд
Прием антиаритмиков до операции, %	9 (64%)	22 (78%)	Нд
Калий, ммоль/л	4,6±0,4	4,8±0,4	Нд
Натрий, ммоль/л	142,1±5,1	146,5±4,9	Нд
Длительность ИК, мин	46±4,0	48±4,2	Нд
Время пережатия аорты, мин	38±3,2	36±2,9	Нд

Примечание: 1-я группа – группа больных с МН у которых в послеоперационном периоде отмечалось восстановление синусового ритма; 2-я группа – группа больных с МН у которых в послеоперационном периоде сохранялась МА; ИК - искусственное кровообращение; p-достоверность различий; нд-различия недостоверны

Оказалось, что из Эхо-КГ параметров на реверсию ритма сердца оказывал существенное влияние только уровень среднего ЛАД, а именно повышение среднего ЛАД выше 35 мм.рт.ст. является риск-фактором сохранения МА в послеоперационном периоде. Напротив, при уровне ЛАД менее 30 мм рт.ст. высока вероятность восстановления синусового ритма ($p<0,01$). В то же время объемные показатели ЛЖ и левого предсердия, показатели сократительной способности ЛЖ, размер ПЖ не оказывали существенного влияния на способность к восстановлению синусового ритма у больных МН ревматического генеза.

Также нами не было обнаружено ассоциации между восстановлением синусового ритма и площадью митрального отверстия, наличия и выраженности митральной и трикуспидальной регургитации.

Следовательно факторами, препятствующими восстановлению синусового ритма после протезирования митрального клапана по поводу митральной недостаточности являются длительность мерцания предсердий более 1 года и повышение ЛАД выше 35 мм.рт.ст. Объемные показатели полостей сердца, в том числе передне-задний размер левого предсердия, а также фракция выброса левого желудочка не оказывали существенного влияния на восстановление синусового ритма у больных МН ревматического генеза.

В главе 3.3 «Ассоциация параметров variability сердечного ритма с возможностью восстановления синусового ритма» нами была изучена

возможность прогнозирования восстановления ритма сердца у больных, оперированных по поводу митральной недостаточности. Оценка временных и спектральных показателей ВСР проведена у 42 пациентов с мерцанием предсердий (1-я группа) и у 30 пациентов с синусовым ритмом (2-я группа) в дооперационном периоде.

В послеоперационном периоде из пациентов 1-ой группы восстановление ритма отмечалось у 14 больных (группа МА1), ритм не восстановился у 28 больных (группа МА2). Показатели как временного, так и спектрального ряда у больных группы МА1 существенно не отличались от значений аналогичных показателей у пациентов с синусовым ритмом. Так, интегральный показатель ВСР (SDNN) у пациентов группы МА1 составив $140,1 \pm 26,5$ мсек, значимо не отличался от значений SDNN у пациентов с синусовым ритмом ($150,2 \pm 28,4$ мсек, $p > 0,05$).

Аналогично не было выявлено существенных различий между указанными группами и в отношении показателей RMSSD и p-NN50%, характеризующих активность парасимпатической нервной системы ($p > 0,05$). Сходные данные были получены и при частотном анализе ВСР. У пациентов группы МА1 с восстановленным синусовым ритмом в послеоперационном периоде, величины VLF, LF и HF составили соответственно 2364 ± 1089 мсек², 857 ± 354 мсек², 301 ± 109 мсек² и значимо не отличались от значений аналогичных показателей в группе больных с синусовым ритмом (2489 ± 1254 мсек², 975 ± 367 мсек², 338 ± 121 мсек² соответственно, $p > 0,05$). Величины симпато-парасимпатического баланса в обеих группах оказались сопоставимыми ($3,8 \pm 1,1$ ед в группе СР и $3,5 \pm 1,3$ ед в группе МА1, $p > 0,05$) (табл.3.3.1).

Таблица 3.3.1 - Временные и спектральные показатели вариабельности сердечного ритма у больных, прооперированных по поводу митральной недостаточности с синусовым ритмом и фибрилляцией предсердий

Показатели	Группы			P ₁₋₂	P ₂₋₃
	СР (1)	МА1 (2)	МА2 (3)		
SDNN, мсек	$150,2 \pm 28,4$	$140,1 \pm 26,5$	$124,2 \pm 16,4$	нд	<0,05
RMSSD, мсек	$36,4 \pm 9,6$	$31,4 \pm 10,1$	$21,1 \pm 7,6$	нд	<0,01
p-NN50%	$9,01 \pm 3,24$	$8,3 \pm 3,0$	$5,2 \pm 2,6$	нд	<0,01
VLF, сек ²	2489 ± 1254	2364 ± 1089	2251 ± 964	нд	Нд
LF, мсек ²	975 ± 367	857 ± 354	801 ± 305	нд	Нд
HF, мсек ²	338 ± 121	301 ± 109	175 ± 98	нд	<0,01
LF/HF, ед	$3,5 \pm 1,3$	$3,8 \pm 1,1$	$5,2 \pm 1,0$	нд	<0,01

Примечание: СР – группа с синусовым ритмом; МА1 – группа с фибрилляцией предсердий с восстановлением ритма; МА2 – группа с сохраняющейся фибрилляцией предсердий; p – достоверность различий между группами; нд – различия между группами недостоверны

Как видно из таблицы, принципиально иная ситуация отмечалась при проведении сравнительного анализа показателей ВСР между группами пациентов с фибрилляцией предсердий с восстановленным и невосстановленным сердечным ритмом. Оказалось, что у пациентов группы МА2 величина общей ВСР (SDNN), составив $124,2 \pm 16,4$ мсек, была существенно ниже, чем в группе больных МА1 ($140,1 \pm 26,5$ мсек, $p < 0,05$), причем депрессия данного показателя происходила за счет снижения парасимпатической составляющей (показатели RMSSDi и p-NN50%, $p < 0,01$). Сходные данные были получены и при анализе данных частотного спектра. Мощность HF диапазона у пациентов группы МА2 составив 175 ± 98 мс², оказалась существенно ниже значений аналогичного показателя в группе больных МА1, что свидетельствовало об угнетении парасимпатического звена вегетативной нервной системы у пациентов в группе МА2 на фоне относительно сохранного функционирования симпатического звена ВНС (показатель LF) и подкорковых регуляторных структур (показатель VLF) ($p > 0,05$). Закономерно на фоне подавления парасимпатического отдела ВНС у пациентов группы МА2 отмечалось смещение вегетативного баланса в сторону относительного преобладания симпатических влияний. Так, показатель симпатовагального баланса (LF/HF) у них составил $5,2 \pm 1,0$ ед и был значимо выше, чем данный показатель в группе МА1 ($3,8 \pm 1,1$ ед, $p < 0,01$).

Таким образом, возможность восстановления синусового ритма у больных, оперированных по поводу митральной недостаточности, зависела от состояния ВНС. При этом относительная гиперсимпатикотония вследствие подавления парасимпатического отдела ВНС препятствовала восстановлению ритма у данной категории пациентов.

В главе 3.4 «Ближайшие и отдаленные результаты протезирования митрального клапана по поводу митральной недостаточности ревматического генеза у больных с/без мерцательной аритмии» изучена выраженность сердечной недостаточности в до- и послеоперационном периодах и представлена на рисунках 3.4.1., 3.4.2., 3.4.3.

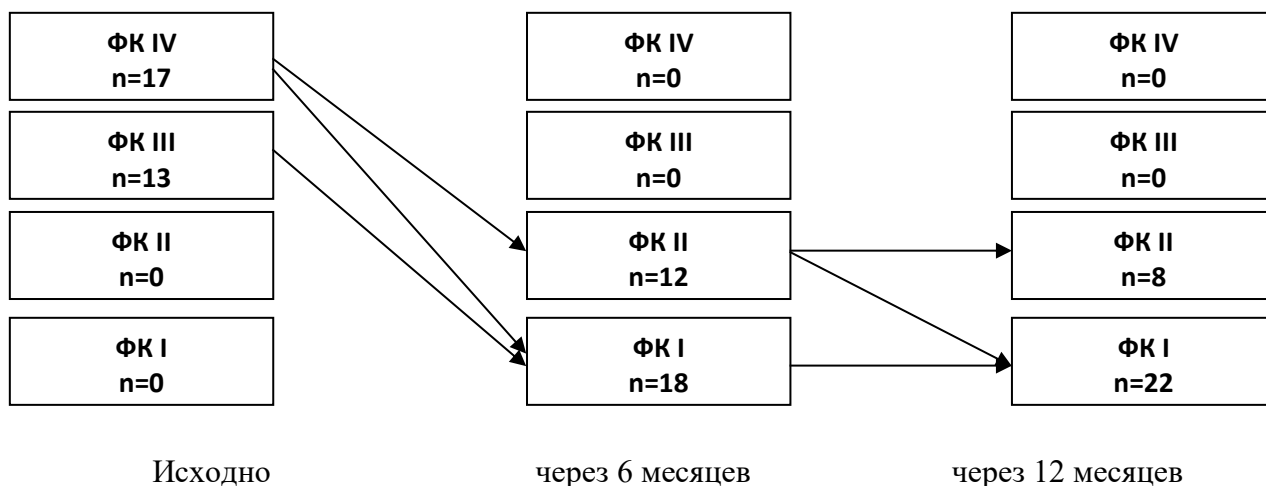


Рис. 3.4.1. Динамика ФК СН по NYHA у больных с МН и синусовым ритмом.

Как следует из данных, представленных на рисунке 3.4.1, у больных с МН и синусовым ритмом уже через 6 месяцев после операции отмечалось значительное улучшение клинической симптоматики и регрессия симптомов сердечной недостаточности. Из 17 пациентов, имеющих до операции IV ФК СН по NYHA 12 пациентов перешли во II функциональный класс, а еще 5 больных – в первый ФК сердечной недостаточности. Через 12 месяцев число больных, имеющих ФК I достигло 22 человек и только 8 пациентов, имели признаки СН II функционального класса.

У больных с МН и МА в анамнезе (синусовый ритм восстановился в послеоперационном периоде) уже через 6 месяцев наблюдения все пациенты имели признаки II ФК сердечной недостаточности, а через 12 месяцев 11 больных перешли в I ФК СН по NYHA и только 3 пациентов находились во II ФК сердечной недостаточности (рис. 3.4.2).

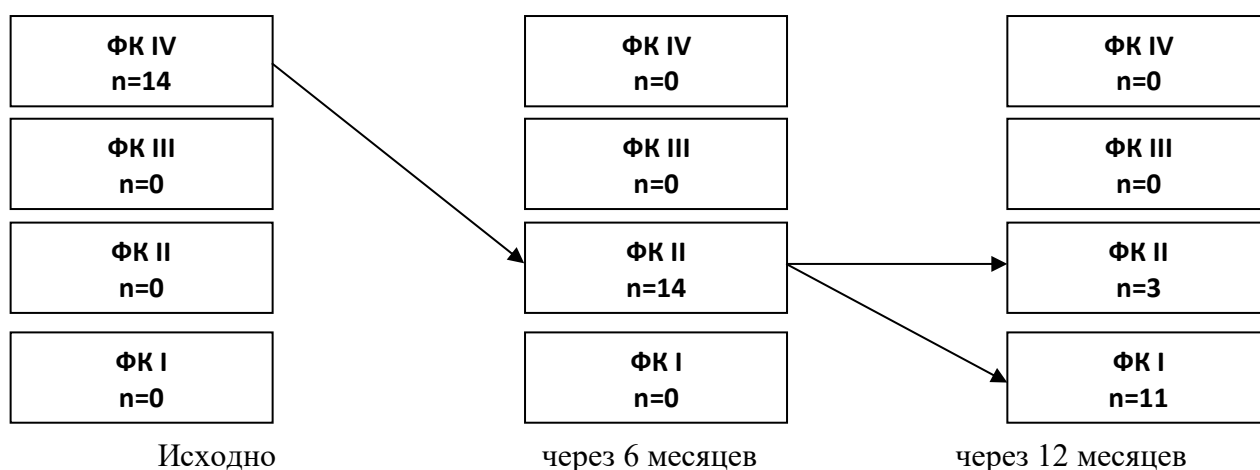


Рис.3.4.2. Динамика ФК СН по NYHA у больных с МН с восстановленным синусовым ритмом (группа МА1).

Следует отметить, что в контрольной группе и в группе больных с восстановленным синусовым ритмом уже через 6 месяцев не было больных, имевших признаки тяжелой сердечной недостаточности (СН ФК III, IV по NYHA).

Иная ситуация отмечалась в группе больных с сохраняющейся МА (группа МА2). В частности, через 6 месяцев наблюдения только 3 пациента этой группы перешли во II ФК сердечной недостаточности, остальные 27 больных имели признаки III ФК СН по NYHA. В дальнейшем через 12 месяцев наблюдения у 2 пациентов с СН ФК II усилились признаки сердечной недостаточности, вследствие чего они перешли в ФК III СН по NYHA. Сходные данные получены при анализе данных эхокардиографического исследования. Положительная динамика передне-заднего размера левого предсердия (ПЗРЛП), объемных показателей ЛЖ (КДР, КСР, УО) отмечалась во всех исследуемых группах. При этом обращает на себя внимание более быстрая редукция дилатированных полостей сердца при наличии синусового

ритма (рис. 3.4.3).

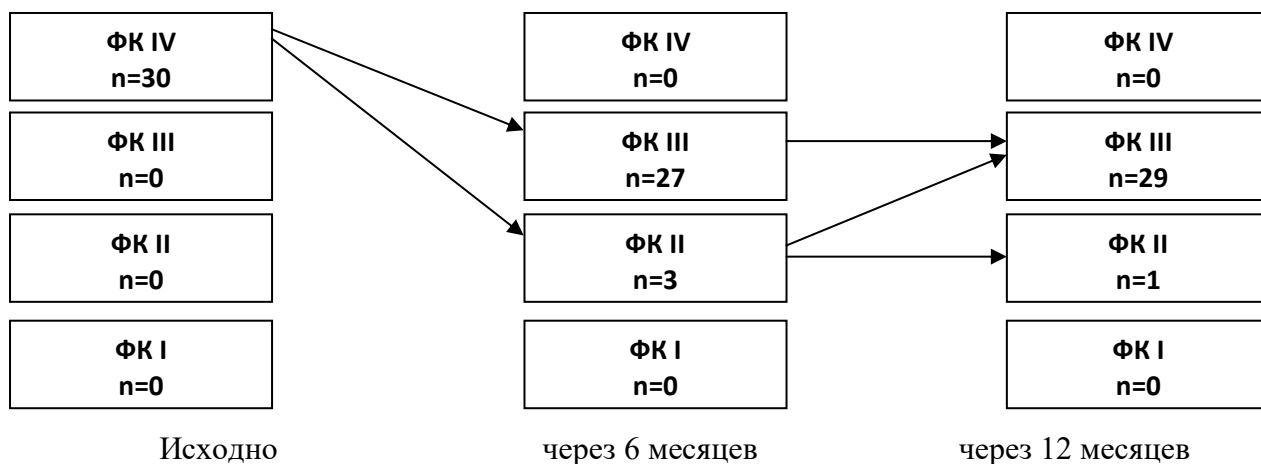


Рис. 3.4.3 Динамика ФК СН поНУНА у больных с МН и МА в настоящее время (группа МА2).

В частности, через 12 месяцев после оперативного вмешательства в группе контроля (т.е. больных МН с синусовым ритмом) произошло значимое уменьшение размера полости ЛП на 22% ($p<0,01$), КДРЛЖ – на 14% ($p<0,01$), КСРЛЖ – на 17% ($p<0,01$), УО – на 34%, что свидетельствует о благоприятном влиянии оперативного вмешательства на процессы ремоделирования сердечной мышцы.

Сходная динамика вышеуказанных показателей отмечалась в группе пациентов МН и МА, у которых произошло восстановление синусового ритма в послеоперационном периоде (группа МА1). Итак, через 12 месяцев у данных больных отмечено уменьшение размера полости ЛП на 23% ($p<0,01$), КДРЛЖ – на 10% ($p<0,01$), КСРЛЖ – на 19% ($p<0,01$), УО – на 45%, что было сопоставимо с группой контроля ($p>0,05$). Существенно менее выраженные изменения объемных показателей ЛЖ и ЛП отмечены в группе больных МН с сохраняющейся МА (группа МА2). В частности, через 12 месяцев после оперативного вмешательства ПЗРЛП в данной группе снизилось лишь на 18% и КСРЛЖ – на 7%, что было достоверно ниже в сравнении с контрольной группой и группой МА1 ($p<0,05$). Размер ПЖ достоверно уменьшился лишь в контрольной группе и группе МА1 ($p<0,05$), в то же время у пациентов с сохраняющимся мерцанием предсердий существенной динамики данного показателя за 12-ти месячный период наблюдения отмечено не было ($p>0,05$).

Как уже отмечалось выше, до операции у больных с МН и МА по сравнению с пациентами МН и синусовым ритмом наблюдалось снижение показателей, характеризующих физические и психологические компоненты здоровья. Результаты, полученные нами через 6 месяцев после операции, показали незначительное улучшение всех параметров КЖ по сравнению с дооперационным периодом. Однако, у пациентов в группе с МА2 в отличие от

групп контроля МА1 сохранялось незначительное снижение физической активности.

Через 12 месяцев после операции полученные результаты изучаемых параметров КЖ показали, что физическая активность, роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности, общее здоровье, жизнеспособность, социальная активность, роль эмоциональных проблем, психическое здоровье пациентов с МА2 были достоверно выше по сравнению с дооперационным периодом и не отличались от характеристик групп контроля и МА1. Исключение составил параметр физического здоровья - боль, который через 12 месяцев после операции практически не претерпел существенных изменений и отмечался только у пациентов в группе МА2, у которых помимо аритмического синдрома были отмечены такие сопутствующие заболевания как гипертоническая болезнь.

Таким образом, проспективное наблюдение за больными с МН с МА, перенесших операцию по протезированию митрального клапана с сохранением задней его створки показало, что эффективность реабилитации пациентов, проявляющаяся снижением функционального класса сердечной недостаточности, уменьшением ремоделирования миокарда и повышением качества жизни существенно выше при восстановлении синусового ритма и сопоставима с таковой у больных без МА в анамнезе.

ВЫВОДЫ:

1. Больные с митральной недостаточностью, осложненной мерцательной аритмией до оперативного вмешательства имели более высокий класс сердечной недостаточности, выраженное ремоделированием миокарда левого желудочка, что проявлялось увеличением передне-заднего размера левого предсердия и левого желудочка, снижением сократительной способности левого желудочка и повышением ЛАД, а также более низкими показателями качества жизни, характеризующими физические и психологические компоненты здоровья по сравнению с пациентами митральной недостаточностью с синусовым ритмом.

2. У больных митральной недостаточностью с мерцательной аритмией отмечается более тяжелое течение послеоперационного периода, что проявлялось замедлением восстановления сердечной деятельности, более частым развитием тяжелой острой сердечной недостаточности и назначением кардиотонических препаратов.

3. Факторами, препятствующими восстановлению синусового ритма после протезирования митрального клапана по поводу митральной недостаточности являются длительность мерцания предсердий более 1 года и повышение ЛАД выше 35 мм.рт.ст. Объемные показатели полостей сердца, в том числе передне-задний размер левого предсердия, а также фракция выброса левого желудочка не оказывали существенного влияния на восстановление синусового ритма у больных митральной недостаточностью ревматического генеза в послеоперационном периоде.

4. Проспективное наблюдение за больными с митральной недостаточностью с мерцательной аритмией, перенесших операцию по протезированию митрального клапана, показало, что эффективность реабилитации пациентов, проявляющаяся снижением функционального класса сердечной недостаточности, уменьшением ремоделирования миокарда и повышением качества жизни существенно выше при восстановлении синусового ритма и сопоставима с таковой у больных без мерцательной аритмией в анамнезе.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Рекомендовано использовать такие показатели как недлительный анамнез мерцательной аритмии (до 1 года) и уровень среднего ЛАД менее 30 мм рт.ст. в качестве предикторов высокой вероятности восстановления синусового ритма в послеоперационном периоде у больных митральной недостаточностью ревматического генеза.

2. У пациентов с митральной недостаточностью, осложненной мерцательной аритмией, при наличии «положительных предикторов» рекомендуется принятие ряда мер, направленных на восстановление синусового ритма (электрическая, фармакологическая дефибриляция) с целью повышения эффективности реабилитационных мер в послеоперационном периоде.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

1. Тукушева, Э. Н. Влияние мерцательной аритмии на течение раннего послеоперационного периода больных с митральным пороком сердца [Текст] / Э. Н. Тукушева, К. Т. Жоошов, А. А. Абдуллина // Медицина Кыргызстана. - 2007. - №4. - С. 13-15.

2. Тукушева, Э. Н. Изучение частоты кардиоэмболического инсульта после протезирования митрального клапана у больных с исходной мерцательной аритмией [Текст] / Э. Н. Тукушева, К. А. Абдраманов, А. А. Абдуллина, А. М. Мурзалиев // Медицина Кыргызстана. - 2007. - №4. - С. 121-123.

3. Тукушева, Э. Н. Влияние мерцательной аритмии на отдаленные результаты протезирования митрального клапана [Текст] / Э. Н. Тукушева // Медицинские кадры XXI века. - 2010. - №2. - С. 50-53.

4. Тукушева, Э. Н. Структурно-функциональная перестройка сердца у больных с митральной недостаточностью после протезирования митрального клапана [Текст] / Э. Н. Тукушева // Медицинские кадры XXI века. - 2010. - №2. - С. 53-57.

5. Тукушева, Э. Н. Высокотехнологические методы хирургического лечения нарушений ритма сердца у детей [Текст] / К. А. Абдраманов, Э. Д. Муралиев, Э. Н. Тукушева // Центрально-азиатский журнал сердечно-сосудистой хирургии. - 2010. - №5. - С.44-46.

6. Тукушева, Э. Н. Влияние ремоделирования левого желудочка на качество

жизни в отдаленном периоде после коррекции митральной недостаточности ревматического генеза у больных с мерцательной аритмией [Текст] / Э. Н. Тукушева // Центральное-азиатский журнал сердечно-сосудистой хирургии. - 2010. - №5. - С. 91-98.

7. Тукушева, Э. Н. Влияние мерцательной аритмии на качество жизни после протезирования митрального клапана [Текст] / Э. Н. Тукушева // Центральное-азиатский журнал сердечно-сосудистой хирургии. - 2012. - №7. - С. 128-131. <https://elibrary.ru/item.asp?id=25984760>

8. Тукушева, Э. Н. Влияние интраоперационных факторов и эхокардиографических параметров на возможность восстановления синусового ритма у больных митральной недостаточностью ревматического генеза, осложненной мерцательной аритмией [Текст] / Э. Н. Тукушева, Э. Ж. Джишамбаев // Современные тенденции развития науки и технологий. - Белгород, 2016. - №4(2). - С. 125-131. <https://elibrary.ru/item.asp?id=25984759>

9. Тукушева, Э. Н. Влияние мерцательной аритмии на оценку качества жизни после хирургической коррекции митральной недостаточности ревматического генеза [Текст] / Э. Н. Тукушева, К. А. Абдраманов, К. С. Урманбетов // Новая наука: опыт, традиции и инновации. - Уфа, 2016. - №2. - С. 36-43. <https://elibrary.ru/item.asp?id=27113730>

10. Тукушева, Э. Н. Имплантация митрального клапана с применением непрерывной шовной техники [Текст] / К. С. Урманбетов, Э. Н. Тукушева, Т. Б. Калиев // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. - 2016. - №11. - С. 76-78. <https://elibrary.ru/item.asp?id=28406915>

11. Тукушева, Э. Н. Влияние клиническо-функциональных показателей на возможность сохранения синусового ритма с оценкой качества жизни пациентов в ближайшие и отдаленном периодах после операции протезирования митрального клапана [Текст] / Э. Н. Тукушева, Э. Ж. Джишамбаев // Современные тенденции развития науки и технологий. - Белгород, 2016. - №4(2). - С. 125-131. <https://elibrary.ru/item.asp?id=25984759>

12. Тукушева, Э. Н. Амбулаторное ведение пациентов с ХСН в НИИХСТО. Пример улучшения приверженности к лечению (клиническое наблюдение) [Текст] / З. Р. Жакыпова, И. А. Ахмедова, Т. З. Кудайбердиев, Э. Н. Тукушева // Современные тенденции развития науки и технологий. - Белгород, 2017. - №2(4). - С. 43-47. <https://elibrary.ru/item.asp?id=28784136>

13. Tucusheva, E. N. Availability of cardiac surgical care in surgical correction of acquired heart defects in patients of older age group [Text] / S. K. Urmanbetov, I. I. Skopin. // Heart- Vessels and Transplantation. - 2018. - Vol.2, №1. - P. 5-9. <https://elibrary.ru/item.asp?id=32709403>

14. Tucusheva, E. N. Surgical treatment of acquired valvular heart disease in elderly patients [Text] / K. S. Urmanbetov, T. B. Kaliev, S. Zhumabaev // Heart- Vessels and Transplantation. - 2018. - Vol.2, №2. - P. 60-65. <https://elibrary.ru/item.asp?id=35138392>

Тукушева Эльмира Нарыновнанын «Дирилдетме аритмиянын митралдык клапанды протездөөдөгү алыскы жана жакынкы жыйынтыктарына тийгизген таасири» деген темадагы 14.01.26 – жүрөк-кан тамыр хирургиясы адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуу даражасын алуу үчүн жазылган диссертациясынын

РЕЗЮМЕСИ

Негизги сөздөр: диртилдеме аритмия, митралдык клапандын жетишсиздиги, ремоделдөө, жашоо сапаты.

Изилдөө объектиси: дирилдетме аритмиясыз жана аритмиялуу ревматикалык митралдык жетишсиздиги менен ооруган хирургиялык бейтаптар.

Изилдөө предмети: митралдык клапанды протездөөнүн жакынкы жана алыскы жыйынтыктарына дирилдетме аритмиянын тийгизген таасирин изилдөө.

Изилдөө максаты. Операциядан кийинки мезгилде синустук ыргакты калыбына келтирүү мүмкүнчүлүгүн баалоо менен бирге митралдык клапанды протездөөдөн кийинки алыскы жана жакынкы жыйынтыктарга дирилдетме аритмиясынын тийгизген таасирин изилдөө.

Изилдөө методдору: жалпы клиникалык, лабораториялык, ЭКГ, ЭХОКГ, ЭКГ мониторинг, рентген, анкеттөө (SF - 36).

Алынган натыйжалар жана алардын жаңылыктары: Ревматикалык митралдык жетишсиздик менен ооруган бейтаптардын артык ачылмасын бөлүп-бөлүп сактоо менен митралдык клапанды протездөө операциясынан кийин жүрөк көңдөйүн ремоделдөөгө диртилдеме аритмиянын таасири үйрөнүлдү. Митралдык клапанды протездөө операциясынан кийин митралдык жетишсиздик менен ооругандардын жүрөгүнүн сол бөлүгүн ремоделдөө мүмкүнчүлүктөрүнүн инвазиялык эмес прогносттук критерийлери иштелип чыкты.

Жүрөктүн синус ыргагы жана өтүшкөн диртилдеме аритмия менен ооругандар тобундагы ревматикалык митралдык жетишсиздик боюнча операцияланган оорулардын клиникалык-функционалдык көрсөткүчтөрүн баалоонун негизинде.

Операциядан кийинки мезгилде синустук ыргакты калыбына келтирүү мөөнөтүнө жана натыйжалуулугуна интароперациялык факторлор редукциясынын таасири иликтенди.

Сол жүрөктүн алдындагы бөлүктүн көлөмдөрүн кичирейтүү техникасы алдыңкы үстүр катмарларынын көңдөйлөрүн резекциялоо жолу менен иштелип чыкты жана жакшыртылды, бул синус ыргагынын туруктуу кармоого, эрте калыбына келүүсүнө жана жашоо сапатынын жакшырышына, ошондой эле кичи чамынды белгисинин тобокелдигин азайтат.

Колдонуу боюнча сунуштар. Эмгектеги негизги корутундуларды жана сунуштарды клиникалык практикаларда, билим берүү процесстеринде жана илимий изилдөөдө колдонсо болот.

Колдонуу аймагы: жүрөк-кантамыр хирургия.

РЕЗЮМЕ

диссертации Тукушевой Эльмиры Нарыновны на тему: «Влияние мерцательной аритмии на ближайшие и отдаленные результаты протезирования митрального клапана» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.26 – сердечно-сосудистая хирургия

Ключевые слова: мерцательная аритмия, недостаточность митрального клапана, ремоделирование, качество жизни, вариабельность синусового ритма

Объект исследования: хирургические больные с ревматической митральной недостаточностью с или без мерцательной аритмией.

Предметом исследования: является изучение влияния мерцательной аритмии на ближайшие и отдаленные результаты протезирования митрального клапана.

Цель исследования. Изучить влияние мерцательной аритмии на ближайшие и отдаленные результаты после протезирования митрального клапана с оценкой возможности восстановления синусового ритма в послеоперационном периоде.

Методы исследования: общеклинические, лабораторные, ЭКГ, ЭХОКГ, Холтер ЭКГ, рентген, изучение качества жизни (опросник SF - 36).

Полученные результаты и их новизна:

Больные с МН, осложненной МА до оперативного вмешательства имели более высокий класс сердечной недостаточности и выраженное ремоделирование сердца в сочетании с низкими показателями качества жизни, характеризующими физические и психологические компоненты здоровья по сравнению с пациентами МН с синусовым ритмом.

У этой категории пациентов отмечается тяжелое течение послеоперационного периода, что проявлялось замедлением восстановления сердечной деятельности и более частым развитием тяжелой острой сердечной недостаточности. Показано, что факторами, препятствующими восстановлению синусового ритма после протезирования митрального клапана по поводу митральной недостаточности, являются длительность мерцания предсердий более 1 года и повышение ЛАД выше 35 мм. рт.ст.

Эффективность реабилитации пациентов с протезированием МК по поводу митральной недостаточности, проявляющаяся снижением функционального класса сердечной недостаточности, уменьшением ремоделирования миокарда и повышением качества жизни существенно выше при восстановлении синусового ритма и сопоставима с таковой у больных без МА в анамнезе.

Степень использования или рекомендации по использованию. Основные выводы и рекомендации, содержащиеся в работе, могут быть использованы в повседневной клинической практике, в образовательном процессе и в научных исследованиях.

Область применения: сердечно-сосудистая хирургия.

SUMMARY

the thesis of Tukusheva Elmira Narynovna's on the topic: "Impact of the atrial fibrillation on the close and long-term results of mitral valve replacement" in candidacy for an academic degree of candidate of medicine in the major 14.01.26 - cardiovascular surgery

Key words: atrial fibrillation, mitral regurgitation, remodeling, quality of life.

Object of study: 72 patients operated on rheumatic fever with the mitral regurgitation, in different terms before and after mitral valve replacement operation with preservation of the posterior cusp of the mitral valve.

Subject of study: to study the impact of atrial fibrillation on close and long-term results after mitral valve prosthetics.

The aim of the research: to study the patients operated on rheumatic fever with the mitral regurgitation, in different terms before and after mitral valve replacement operation with preservation of the posterior cusp of the mitral valve and impact of atrial fibrillation on close and long-term results after mitral valve prosthetics.

Methods of research: clinical, laboratory, ECG, echocardiogram, X-ray radiography, questioning (SF-36).

The results obtained and their novelty: The impact of atrial fibrillation on remodeling of heart cavities after mitral valve replacement operation with partial preservation of posterior cusp of patients with rheumatic mitral regurgitation has been studied. Noninvasive prognostic indices of left heart remodeling possibility of patients with mitral regurgitation after mitral valve replacement operation have been worked out.

On the basis of clinic-functional indices assessment of patients operated on rheumatic mitral regurgitation in patients groups with preserved heart sinus rhythm and complicated atrial fibrillation.

The impact of the left atrium reduction operation and after operational factors on the terms and efficiency of sinus rhythm neoformation during post-operation period has been studied.

Recommendations for use. The main conclusions and recommendations contained in the work can be used in everyday clinical practice, in the educational process and in scientific research.

Scope of use: cardiovascular surgery.

Формат бумаги 60x90/16. Бумага офс. Печать офс. Объем 1,0 п.л.
Подписано в печать 11.11.2020г. Тираж 100 экз. Заказ 256.
г.Бишкек, ул. Полярная 11, ИЦ «Илим-Басмасы»

