

На правах рукописи

Нерсесьянц Людмила Григорьевна

**Сравнительная оценка качества жизни у
больных ИБС с множественным поражением
коронарных артерий после стентирования и
хирургической реваскуляризации**

Кардиология – 14.01.05.

АВТОРЕФЕРАТ

**диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Москва 2011

Работа выполнена в Научном Центре сердечно-сосудистой
хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН

НАУЧНЫЙ РУКОВОДИТЕЛЬ:

Доктор медицинских наук,
профессор, академик РАМН **Бузиашвили Юрий Иосифович**

ОФИЦИАЛЬНЫЕ ОППОНЕНТЫ:

Доктор медицинских наук, профессор **Сыркин Абрам Львович** –
заведующий кафедрой профилактической и неотложной
кардиологии факультета послевузовского профессионального
образования врачей Первого Московского государственного
медицинского университета им. И.М. Сеченова.

Доктор медицинских наук, профессор **Кассирский Генрих
Иосифович** – руководитель отделения реабилитации больных
врожденными пороками сердца Научного Центра сердечно-
сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН.

ВЕДУЩАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ:

**Московский областной научно-исследовательский
клинический институт им. М.Ф.Владимирского.**

Защита диссертации состоится «9» декабря 2011 года в «14» часов
на заседании Диссертационного Совета Д 001.015.01 при Научном
Центре сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН
(121552, Москва, Рублевское шоссе 135, конференц-зал № 2).

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

Автореферат разослан «3» ноября 2011 года.

Ученый секретарь Диссертационного Совета,
доктор медицинских наук

Д.Ш. Газизова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Основная доля больных ИБС имеют множественное поражение коронарных артерий. Современное развитие интервенционных технологий, использование стентов с лекарственным покрытием, разработка высокоэффективных дезагрегантов стали предпосылками для расширения показаний к использованию стентирования при множественном поражении коронарных артерий. В связи с этим появилась необходимость сравнения результатов лечения при двух подходах- эндоваскулярном и хирургическом.

Наряду с традиционными методами оценки результатов лечения, таких как клиническое состояние пациентов, наличие больших и малых сердечно-сосудистых осложнений, показателей выживаемости, инструментальной оценки состояния миокарда и коронарного кровообращения, в последние годы появился еще один критерий оценки эффективности лечения- качество жизни, который является интегральным показателем общего состояния здоровья, но уже с точки зрения самого пациента. И поэтому может дать дополнительные критерии отбора для того или другого метода лечения. В связи с этим изучение показателей качества жизни у пациентов после множественного стентирования и аортокоронарного шунтирования (АКШ) является чрезвычайно важным и актуальным. Это определяет актуальность диссертационной работы.

Цель исследования. Сравнить влияние стентирования и хирургической реваскуляризации миокарда на качество жизни больных ИБС с множественным поражением коронарных артерий.

Задачи исследования.

1. Оценить качество жизни больных ИБС с множественным поражением коронарных артерий через год после выполнения стентирования.
2. Оценить качество жизни больных ИБС с множественным поражением коронарных артерий через год после хирургической реваскуляризации миокарда.
3. Проанализировать преимущества и недостатки и оптимизировать показания к стентированию коронарных артерий и хирургической реваскуляризации миокарда у больных ИБС с множественным поражением коронарных артерий.

Научная новизна. Диссертационная работа является первым в нашей стране исследованием, посвященным изучению показателей качества жизни при двух методах реваскуляризации миокарда- коронарном стентировании и АКШ. Впервые проведено сопоставление показателей качества жизни с клинико-функциональными данными пациентов до операции и через год после проведенного лечения. Проведен анализ причин сохранения низких показателей качества жизни через год после стентирования и АКШ.

Практическая значимость. Полученные данные позволят оптимизировать показания к выбору метода реваскуляризации миокарда при множественном поражении коронарных артерий.

Реализация результатов исследования. Полученные результаты используются в клинической практике клинικο-диагностического отделения НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Полученные результаты и практические рекомендации могут быть

рекомендованы для передачи в другие кардиохирургические и кардиологические центры и отделения, занимающиеся проблемой лечения больных ИБС.

Апробация работы. Диссертация апробирована на объединенной научной конференции клинико-диагностического отделения, отделения хирургического лечения ишемической болезни сердца и малоинвазивной коронарной хирургии, отделения хирургического лечения сочетанных поражений коронарных и периферических артерий, отделения рентгено-хирургических методов диагностики и лечения сердца и сосудов, отделения рентгенохирургических и электрофизиологических методов исследования и лечения с апробацией новых технологий Научного Центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН (Москва, 29.12.2009г.).

Положения, выносимые на защиту. Физический и психический компоненты качества жизни больных ИБС с множественным поражением коронарных артерий достоверно улучшаются после реваскуляризации миокарда, как при эндоваскулярном, так и хирургическом подходах. Показатели качества жизни после эндоваскулярного вмешательства через год остаются высокими, несмотря на то, что у определенного процента больных отмечался возврат стенокардии, развитие рестенозов и прогрессирования атеросклероза. Физическая активность и ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, сравнительно больше улучшается у больных после АКШ, чем у больных, перенесших коронарное стентирование.

По степени прироста показателей качества жизни психическое здоровье у больных, перенесших АКШ, изменялось в меньшей степени, чем у больных после стентирования. Объяснением этому служит тот факт, что больные после большой операции восстанавливаются в психологическом плане более длительное время.

Публикации. По материалам диссертации опубликовано 6 печатных работ (2 тезиса и 4 статьи) в рецензируемых научных журналах, определенных Высшей Аттестационной Комиссией.

Структура работы. Диссертация состоит из введения, 4 глав, выводов, практических рекомендаций и списка использованной литературы. Работа изложена на 112 страницах машинописного текста, иллюстрирована 7 рисунками и 6 таблицами. Указатель литературы включает 184 источников, из них 48 работ отечественных авторов и 136 – иностранных авторов.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Клиническая характеристика больных.

Обследовано 52 пациента с ИБС, проходивших лечение в клинико-диагностическом отделении НЦССХ им А.Н.Бакулева РАМН. Средний возраст больных составил $57,3 \pm 11,2$ лет.

У большинства пациентов отмечались тяжелые клинические проявления коронарной недостаточности: стенокардия III-IV ФК (по ССС) у 90% больных, нестабильная стенокардия – у 8%, впервые возникшая стенокардия – у 2%. Длительность ИБС составила в среднем $41,2 \pm 11,52$ месяцев.

Наличие сердечной недостаточности, острого инфаркта миокарда на момент включения в исследование, значимой

клапанной патологии, ОНМК в анамнезе, мультифокального атеросклероза, сахарного диабета, были основанием для исключения из исследования. Таким образом нивелировались те факторы, которые, с одной стороны, не имели связи с процедурой АКШ и стентирования, а с другой стороны могли влиять на качество жизни. Это способствовало более точному сравнению качества жизни после АКШ и стентирования.

При выборе метода реваскуляризации миокарда руководствовались следующими критериями:

Показания для коронарного шунтирования: наличие рефрактерной к медикаментозной терапии стенокардии в сочетании с прогностически неблагоприятным поражением коронарных артерий, включая:

1. многососудистое поражение коронарных артерий в т.ч. с вовлечением ствола ЛКА,
2. эквивалент стволового поражения — гемодинамически значимый стеноз ПМЖВ в п/3 и гемодинамически значимый стеноз ОВ в п/3,
3. стеноз проксимального сегмента ПМЖВ в сочетании с гемодинамически значимыми сужениями ОВ и/или ПКА,
4. проксимальные бифуркационные и трифуркационные поражения с выраженным кальцинозом,
5. функционирование одной артерии, т.е. окклюзия ПКА в проксимальной трети в сочетании с бифуркационным гемодинамически значимым стенозом ПМЖВ и ОВ.
6. наличие пролонгированных хронических окклюзий.

Показания для стентирования коронарных артерий:

наличие рефрактерной к медикаментозной терапии стенокардии в сочетании с поражением коронарных артерий, включая:

1. локальный характер стенозов, в т.ч. ствола ЛКА (протяженность стеноза до 20 мм),
2. поражение артерий на нескольких уровнях,
3. проксимальные бифуркационные и трифуркационные поражения без выраженного кальциноза с возможностью защиты боковых ветвей.

Таким образом, наряду с клиническими параметрами и данными функциональных методов исследования, особенности анатомии поражения коронарных артерий предопределяли выбор метода реваскуляризации.

Для решения поставленных задач все пациенты были распределены на 2 группы:

- Хирургическая реваскуляризация миокарда- 25 больных.
- Коронарная ангиопластика со стентированием- 27 больных

Методы обследования.

Оценка качества жизни с помощью опросника SF-36.

Письменное анкетирование проводилось больным дважды: до операции и через год после операции. Показатели качества жизни оценивались по 8 шкалам: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье. Шкалы группируются в два показателя «физический компонент здоровья» и «психологический компонент здоровья».

Эхокардиография. Ультразвуковое исследование проводилось на аппарате “Sonos-5500” фирмы Hewlett Packard (США) с

использованием трансторакального датчика S4, и на аппарате Acuson-Surprise с использованием трансторакального датчика с частотой 5,6 МГц. Оценивались следующие параметры: конечно-систолический размер ЛЖ (КСР), конечно-диастолический размер ЛЖ (КДР), конечно-систолический объем ЛЖ (КСО), конечно-диастолический объем ЛЖ (КДО), ударный объем (УО), фракция выброса (ФВ) ЛЖ, и ряд показателей ТМК. КСО и КДО рассчитывали по формуле площадь-длина в модификации Simpson (метод дисков) из апикальной позиции. Качественный анализ движения стенок ЛЖ проводился с использованием общепринятой 4-х балльной системы оценки, где за 1 балл принимался нормокинез, за 2 – гипокинез, за 3 – акинез и 4 – дискинез и определялся индекс нарушения сегментарной сократимости (ИНСС) – отношение суммы баллов сократительной способности миокарда ЛЖ на общее количество сегментов.

Стресс-эхокардиография. Стресс-ЭхоКГ проводилась после предварительной отмены за 24 часа антиангинальных препаратов и за 36 часов β -адреноблокаторов. Оценка локальной сократимости производилась из парастернальной позиции в проекциях длинной и короткой оси ЛЖ и из апикальной позиции в проекции 2-х, 4-х камерного сердца в покое и во время проведения стресс-пробы. Регистрация выполнялась исходно (I этап исследования), при максимальном увеличении сократимости (II этап), появлении локальной асинергии и/или снижении общей сократимости (III этап) и после окончания пробы в стадии восстановления. На II этапе исследования учитывалось усиление сократимости на 1 и

более ступень. Проба в выявлении коронарной недостаточности считалась положительной при появлении новых участков нарушений локальной сократимости миокарда ЛЖ или усугублении диссинергии в зонах с исходным нарушением сократительной функции. При увеличении ИНСС менее, чем на 0,2 считали изменения ИНСС минимальными, на 0,3-0,5 – существенными, 0,6 и более – выраженными.

В качестве нагрузочных тестов использовали тредмил-тест, при фармакологических пробах использовали дипиридамолом, добутамин.

Результаты и обсуждение.

Клинический статус и функциональные показатели после аортокоронарного шунтирования и коронарного стентирования у пациентов с множественным поражением коронарных артерий.

Результаты при двух методах реваскуляризации миокарда обобщены через год после операции. Средний период наблюдения составил $11,2 \pm 0,6$ мес. В хирургической группе среднее количество шунтированных артерий составило $3,6 \pm 0,8$, при этом левая внутренняя грудная артерия использована в 23 случаях. В группе эндоваскулярного лечения среднее количество имплантированных стентов составило $2,8 \pm 0,7$, общая доля стентов без лекарственного покрытия- 13,3%.

В группе АКШ возврат стенокардии развился у 1 больного (4%) через месяц после выполнения оперативного вмешательства. Это послужило причиной повторной госпитализации. По данным

коронаро- и шунтографии у больного выявлен тромбоз шунтов, в связи с чем имплантированы стенты в шунт к ПКА и в ПМЖВ.

Обобщенный анализ клинических параметров показал существенное снижение функционального класса стенокардии в обеих подгруппах, в сравнении с дооперационными показателями, отражающее высокую эффективность обоих методов лечения (Рисунок 1).

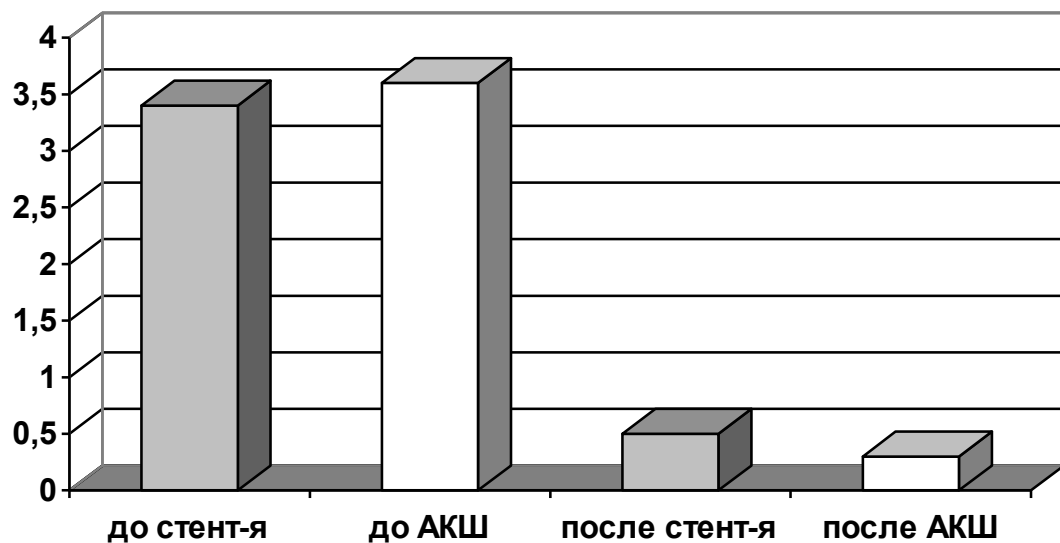


Рисунок 1. Функциональный класс стенокардии напряжения до и после реваскуляризации миокарда в двух группах.

Во второй группе отмечен 1 летальный исход (внезапная смерть) (4%) у больного с 3 имплантированными стентами и с непосредственно достигнутым хорошим ангиографическим эффектом. Возврат стенокардии в группе эндоваскулярного лечения отмечался у 2 пациентов (7%). В одном случае это было вызвано стенозированием крупной ДВ1, в другом случае – рестенозом в области стента. Во втором случае пациенту было выполнено повторное стентирование.

При сравнении сократительной функции ЛЖ по показателю ОФВ между двумя группами отмечена одинаковая тенденция.

По данным ЭхоКГ, выполненной в покое, до реваскуляризации в группе стентирования средняя ОФВ составила $47,5 \pm 7,8\%$, в группе АКШ $45,1 \pm 9,2\%$. Через год после реваскуляризации отмечены следующие значения ОФВ: в группе стентирования $51,2 \pm 5,4\%$, (р -недостаточно) в группе АКШ $53,3 \pm 4,8\%$ ($p < 0,05$). (межгрупповые различия недостаточно,)

По данным нагрузочного теста (выполненного по протоколу Брюс на беговой дорожке, тип нагрузки ступенчато-возрастающий) до реваскуляризации выявлены следующие данные: в группе стентирования среднее общее время выполнения нагрузки $5,5 \pm 1,5$ мин, средний порог толерантности - 110 ± 21 Вт. В группе АКШ среднее время выполнения нагрузки $5,2 \pm 0,4$ мин, а средний достигнутый порог толерантности составил 103 ± 18 Вт. Во всех случаях спровоцирована ишемия миокарда. Через год после реваскуляризации как в группе стентирования, так и в группе АКШ получено статистически значимое увеличение порога толерантности и длительности времени выполнения нагрузки. Тем не менее в группе стентирования у 3 пациентов (11%) отмечен положительный результат нагрузочного теста. При этом среднее общее время выполнения нагрузки увеличилось до $7,4 \pm 1,2$ мин. ($p < 0,05$), а средний порог толерантности до 140 ± 16 Вт ($p < 0,05$). В группе АКШ положительный стресс-тест выявлен у 1 больного (4%), среднее общее время выполнения теста составило $7,2 \pm 0,5$ мин ($p < 0,05$), средний порог толерантности 135 ± 15 Вт ($p < 0,05$).

В случае положительного теста 2 из 3 больных в группе стентирования выполнена коронарография, по результатам которой в одном случае выявлен гемодинамически значимый рестеноз стента, в другом случае сохранялся возникший непосредственно после стентирования ПМЖВ устьевой стеноз ДВ1. В группе АКШ у пациента с положительным стресс-тестом при коронарографии диагностирован тромбоз шунта к ПКА.

**Качество жизни больных ИБС с множественным поражением
коронарных артерий через год после реваскуляризации
миокарда.**

Через год после реваскуляризации миокарда состояние больных значительно улучшилось в обеих группах. По результатам опроса индивидуальная оценка своему состоянию была в большинстве случаев хорошая.

Если до коронарной ангиопластики со стентированием 84% больных расценивали свое состояние как неудовлетворительное, то после ангиопластики со стентированием состояние больных оценивалось самими пациентами в 62% случаев как хорошее и 35% случаев как удовлетворительное. В данной группе неудовлетворительное состояние сохранялось у 2,5% больных. Таким образом, по самооценке пациентов после КА со стентированием отмечается улучшение самочувствия практически во всех случаях, ухудшения не было ни в одном случае и в 2,5% случаев состояние осталось без изменения.

До аортокоронарного шунтирования 91% больных расценивали свое состояние как неудовлетворительное, после АКШ

состояние больных оценивалось самими пациентами в 75% случаев как хорошее и 33% случаев как удовлетворительное. Неудовлетворительное состояние сохранялось у 2% больных. Таким образом, по самооценке пациентов также как и после ангиопластики со стентированием, после АКШ отмечается улучшение самочувствия практически во всех случаях, ухудшения не было ни в одном случае и в 2% случаев состояние осталось без изменения. При сравнении результатов АКШ и ангиопластики со стентированием, через год после реваскуляризации миокарда состояние больных по самооценке несколько лучше было у пациентов после АКШ (так хорошее самочувствие отмечалось на 13% больше). Такая разница объясняется фактом возврата стенокардии после ангиопластики при многососудистом поражении, а также неполной реваскуляризацией.

Анализ показателей качества жизни по опроснику SF-36 до и через год после коронарной ангиопластики показал, что в среднем по группе выявлено улучшение со стороны как общего физического здоровья ($48,9 \pm 1,5$ и $54,5 \pm 1,6$ баллов, $p=0,014$) так и показателя психического здоровья ($32,9 \pm 2,1$ и $58,8 \pm 2,9$ баллов, $p=0,0001$). В таблице 1 представлены основные показатели качества жизни пациентов с множественным поражением коронарных артерий до и после коронарной ангиопластики со стентированием.

До коронарной ангиопластики и стентирования выполнение физических нагрузок, выполнение повседневной работы обследованными больными были ограничены состоянием их здоровья. Основной причиной ограничения физической активности являлись приступы стенокардии напряжения и их «ожидание».

Показатели физического функционирования и ролевого функционирования, обусловленные физическим состоянием, после реваскуляризации миокарда увеличиваются соответственно на 26% и 87%. Абсолютные значения данных показателей все же остаются на уровне, значительно сниженном, по сравнению со значениями, обозначающими полное здоровье (100 баллов). Относительно низкая физическая активность у больных ИБС с множественным поражением коронарных артерий после восстановления коронарного кровотока можно объяснить, во-первых, неполной реваскуляризацией, наличием зон ишемизированного дисфункционального миокарда, во-вторых, дальнейшим прогрессированием атеросклероза и развитием рестенозов.

Таблица 1. Показатели качества жизни по анкете SF-36 больных ИБС до и после коронарной ангиопластики со стентированием

Показатели КЖ	До КА со стентированием	После КА со стентированием	p
ФФ	47,7±2,9	56,3±2,4	0,02
РФОФС	25,14±7,3	47,1±8,6	0,05
ИБ	29,4±4,2	56,15±5,9	0,0001
ОСЗ	34,7±3,5	68,9±4,2	0,0001
ЖА	33,6±4,5	65,4±4,9	0,0001
СФ	43,4±5,8	72,9±4,8	0,0001
РФОЭС	32,9±5,4	65,2±4,3	0,0001
ПЗ	38,7±4,3	74,7±4,6	0,0001

У больных ИБС со стабильной стенокардией болевой синдром выражен, что отражено в значениях показателя

интенсивность боли, которая после коронарной ангиопластики со стентированием значительно увеличивается ($p=0,0001$).

Оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения отражена в показателе общее состояние здоровья. Оценка состояния здоровья пациентами, несмотря на низкие показатели физической активности, была относительно удовлетворительной, после реваскуляризации миокарда возросла с $34,7 \pm 3,5$ до $68,9 \pm 4,2$ ($p=0,0001$). Жизненная активность в среднем по группе после операции также значительно увеличилась с $33,6 \pm 4,5$ до $65,4 \pm 4,9$ ($p=0,0001$).

У всех пациентов ИБС, перенесших коронарную ангиопластику со стентированием, отмечено ограничение социальных контактов, снижение уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния. После лечения показатель социальное функционирование увеличился и достиг $72,9 \pm 4,8$ баллов ($p=0,0001$).

Низкий показатель психического здоровья до операции ($38,7 \pm 4,3$ баллов) свидетельствует о наличии депрессивных, тревожных переживаний, психическом неблагополучии. После коронарной ангиопластики со стентированием данный показатель повышается до $74,7 \pm 4,6$ баллов ($p=0,0001$).

Таким образом, качество жизни у больных, перенесших коронарную ангиопластику со стентированием, претерпевает значительные изменения после реваскуляризации миокарда в сторону улучшения как физического, так и психического компонентов здоровья. Показатели качества жизни после эндоваскулярного вмешательства через год остаются высокими,

приближаясь к «полному» здоровью, несмотря на то, что у определенного процента больных отмечался возврат стенокардии, развитие рестенозов и прогрессирования атеросклероза.

Показатели качества жизни по опроснику SF-36 до и через год после АКШ представлены в таблице 2.

Таблица 2. Показатели качества жизни по анкете SF-36 больных ИБС до и после аортокоронарного шунтирования

Показатели КЖ	До АКШ	После АКШ	p
ФФ	35,8±4,2	76,3±5,4	0,0001
РФОФС	30,4±5,2	62,3±4,3	0,0001
ИБ	26,7±3,8	78,5±4,2	0,0001
ОСЗ	39,8±4,1	86,1±5,0	0,0001
ЖА	41,7±3,1	79,5±4,2	0,0001
СФ	39,2±4,9	75,2±3,7	0,0001
РФОЭС	33,8±2,4	74,3±2,8	0,0001
ПЗ	45,8±3,3	80,3±6,1	0,0001

В обеих группах до оперативного лечения физическая активность, выполнение повседневной работы больными были ограничены состоянием их здоровья. Основной причиной ограничения физической активности являлись приступы стенокардии напряжения, симптомы сердечной недостаточности, страх угрожающего инфаркта миокарда и/или смерти. Показатели физическое функционирование и ролевое функционирование, обусловленные физическим состоянием, после реваскуляризации миокарда увеличились, соответственно, с 35,8±4,2% до 76,3±2,4% и с 30,4±5,2% до 62,3±4,3%.

Практически все показатели качества жизни, отражающие и физическое, и психическое здоровье, через год после аортокоронарного шунтирования улучшаются значительно по сравнению с дооперационными данными. При сравнении показателей качества жизни у больных ИБС, перенесших коронарную ангиопластику со стентированием и аортокоронарное шунтирование, выявлено, что больные, перенесшие большую операцию, имеют лучшие показатели (см. Табл. 3).

Таблица 3. Показатели качества жизни по анкете SF-36 больных ИБС после аортокоронарного шунтирования и коронарной ангиопластики со стентированием.

Показатели КЖ	После КА со стентированием	После АКШ	P
ФФ	56,3±2,4	76,3±5,4	0,002
РФОФС	47,1±8,6	62,3±4,3	0,112
ИБ	56,15±5,9	78,5±4,2	0,003
ОСЗ	68,9±4,2	86,1±5,0	0,012
ЖА	65,4±4,9	79,5±4,2	0,022*
СФ	72,9±4,8	75,2±3,7	0,7
РФОЭС	65,2±4,3	74,3±2,8	0,07
ПЗ	74,7±4,6	80,3±6,1	0,47

Следует отметить, что статистически достоверной разницы между исходными дооперационными данными между двумя группами, не получено. После хирургической реваскуляризации миокарда качество жизни через год у больных ИБС с многососудистым поражением практически приближается к «полному» здоровью. Физическая активность и ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием,

значительно больше улучшаются у больных после аортокоронарного шунтирования, чем у больных, перенесших коронарную ангиопластику со стентированием, хотя статистически достоверная разница получена только по первому пункту. Показатель интенсивность боли через год после АКШ был значительно лучше, чем после коронарного стентирования ($p=0,03$). Общее социальное здоровье и жизненная активность также были статистически достоверно лучше у больных после хирургического лечения ($p=0,012$ и $p=0,022$).

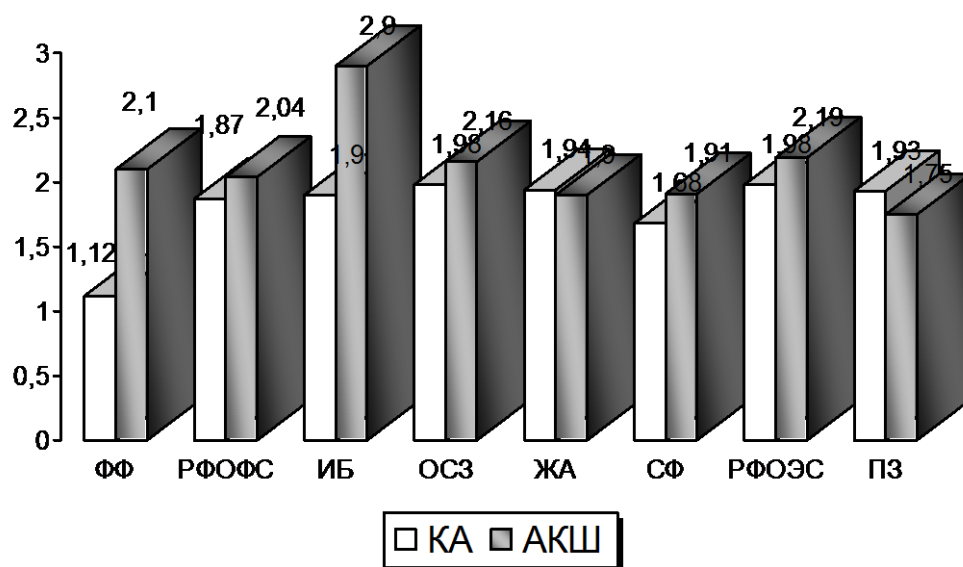


Рисунок 2. Степень прироста показателей качества жизни после коронарной ангиопластики и АКШ.

По степени прироста показателей качества жизни (относительно исходного уровня в процентном выражении), наибольшее различие получено в изменении таких показателей как ФФ, РФОФС, ИБ, ОСЗ, СФ, РФОЭС (рисунок 2). Такие показатели как жизненная активность менялись в одинаковой степени у больных ИБС после коронарной ангиопластики и АКШ.

Психическое здоровье у больных, перенесших АКШ, изменялось в меньшей степени, чем у больных после ангиопластики со стентированием. Объяснением этому служит тот факт, что больные после большой операции восстанавливаются в психологическом плане более длительное время.

ВЫВОДЫ.

1. Физический и психический компоненты качества жизни больных ИБС с множественным поражением коронарных артерий достоверно улучшаются после реваскуляризации миокарда, как при эндоваскулярном, так и хирургическом методах лечения.

2. Показатели качества жизни после эндоваскулярного вмешательства через год остаются высокими, приближаясь к «полному» здоровью, несмотря на то, что у определенного процента больных отмечался возврат стенокардии, развитие рестенозов и прогрессирование атеросклероза.

3. Физическая активность и ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, сравнительно больше улучшается у больных после аортокоронарного шунтирования, чем у больных, перенесших коронарное стентирование.

4. Показатель интенсивности боли через год после АКШ был значительно лучше, чем после коронарного стентирования ($p=0,03$). Общее социальное здоровье и жизненная активность также были статистически достоверно лучше у больных после хирургического лечения ($p=0,012$ и $p=0,022$).

5. По степени прироста показателей качества жизни психическое здоровье у больных, перенесших АКШ, изменялось в

меньшей степени, чем у больных после коронарной ангиопластики со стентированием. Объяснением этому служит тот факт, что больные после большой операции восстанавливаются в психологическом плане более длительное время.

6. Через год после аортокоронарного шунтирования практически все показатели качества жизни, отражающие и физическое, и психическое здоровье, значительно улучшаются по сравнению с дооперационными и ранними послеоперационными данными.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.

1. Решение о выборе метода реваскуляризации миокарда у больных ИБС с множественным поражением коронарных артерий должно приниматься индивидуально, с учетом распространенности атеросклероза, клинической картины, возможности приема пациентом длительной комбинированной антиагрегантной терапии, наличия и характера сопутствующей патологии.

2. При множественном поражении коронарных артерий с наличием бифуркационных, трифуркационных поражений, требующих имплантации 3 и более стентов в одной артерии, рекомендовано выполнение АКШ. Множественное стентирование в этих случаях сопровождается низкими показателями физического и ролевого функционирования.

3. После аортокоронарного шунтирования наблюдается достоверно более высокая частота тревожных состояний, что диктует необходимость проведения дополнительной медикаментозной коррекции.

**СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ
ДИССЕРТАЦИИ.**

1. Нерсесьянц Л.Г. Сравнительная оценка качества жизни больных ИБС после реваскуляризации: стентирования и аортокоронарного шунтирования (обзор). / Нерсесьянц Л.Г., Арипов М.А. // Бюллетень НЦ ССХ им.А.Н.Бакулева РАМН «сердечно-сосудистые заболевания».- 2009.- Том 10.- № 1.- С. 243- 247.
2. Арипов М.А. Качество жизни больных после множественного коронарного стентирования и аортокоронарного шунтирования. / Арипов М.А., Нерсесьянц Л.Г., Камбаров С.Ю. и др. // Бюллетень НЦ ССХ им.А.Н.Бакулева РАМН «сердечно-сосудистые заболевания».- 2009.- Том 10.- № 1.- С. 288- 292.
3. Бузиашвили Ю.И. Прокоагулянтный статус у больных ишемической болезнью сердца с сахарным диабетом, находящихся на длительном комбинированном приеме дезагрегантов./ Бузиашвили Ю.И., Самсонова Н.Н., Нерсесьянц Л.Г. и др. // Бюллетень НЦ ССХ им.А.Н.Бакулева РАМН «сердечно-сосудистые заболевания».- 2009.- Том 10.- № 1.- С. 248- 253.
4. Бузиашвили Ю.И. Качество жизни в отдаленные сроки после стентирования коронарных артерий у больных с острым коронарным синдромом. / Бузиашвили Ю.И., Мацкеплишвили С.Т., Нерсесьянц Л.Г. и др. // Бюллетень НЦ ССХ им.А.Н.Бакулева РАМН «сердечно-сосудистые заболевания».- 2009.- Том 10.- № 1.- С. 253- 258.

5. Бузиашвили Ю.И. Сравнительная характеристика качества жизни у больных ИБС с множественным поражением коронарных артерий после стентирования или аортокоронарного шунтирования. / Бузиашвили Ю.И., Камбаров С.Ю., Нерсесьянц Л.Г. и др. // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН «Сердечно-сосудистые заболевания» – 2008. – том 9. – №3. – С. 166.
6. Бузиашвили Ю.И. Влияние АКШ и множественного стентирования на качество жизни у больных ИБС. / Бузиашвили Ю.И., Камбаров С.Ю., Нерсесьянц Л.Г. и др. // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН «Сердечно-сосудистые заболевания» – 2009. – том 10. – №3. – С. 173.