

на правах рукописи

ИБРАГИМОВ МУРАТ САИДОВИЧ

**«ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ
СОЧЕТАННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ
БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ И КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ»**

(кардиология 14.01.05)

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание учёной степени

кандидата медицинских наук

Москва – 2016

Диссертационная работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Научный Центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научные руководители:

Доктор медицинских наук,

Профессор, академик РАН

Бузиашвили Юрий Иосифович

Доктор медицинских наук,

профессор

Сигаев Игорь Юрьевич

Оппоненты: Сыркин Абрам Львович - доктор медицинских наук, профессор, Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Министерства здравоохранения Российской Федерации, заведующий кафедрой профилактической и неотложной кардиологии института профессионального образования.

Аронов Давид Меерович - доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, руководитель лаборатории кардиологической реабилитации.

Ведущая организация: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»

Защита диссертации состоится « » 2016 года в « » часов на заседании Диссертационного Совета Д 001.015.01 при Научном Центре сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева (121552, Москва, Рублевское шоссе 135, конференц-зал № 2).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «НЦССХ им А.Н. Бакулева» Минздрава России и на сайтах ФГБУ «НЦССХ им А.Н. Бакулева» Минздрава России www.bakulev.ru и Высшей Аттестационной Комиссии (ВАК) <http://vak.ed.gov.ru>

Автореферат разослан « »

2016 года.

Учёный секретарь Диссертационного Совета,

доктор медицинских наук

Газизова Динара Шавкатовна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы

В Научном центре сердечно - сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева под руководством академика РАН Л.А. Бокерия в 2012 году был разработан диагностический алгоритм для хирургического лечения больных с сочетанным атеросклеротическим поражением коронарных и брахиоцефальных артерий. На первом этапе диагностического исследования пациентов с сочетанной патологией выявляли анатомические и функциональные показания к оперативному лечению. На втором этапе исследования определяли миокардиальный и перфузионный резерв головного мозга. Таким образом, на основании полученных результатов исследования и риска мозговых и сердечных осложнений, у больных с сочетанным поражением БЦА и КА, определяли индивидуальный подход к выбору тактики хирургического лечения.

Согласно разработанному алгоритму диагностического обследования пациентов и последующему дифференцированному подходу в тактике хирургического лечения за последние годы в НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева было прооперировано более 500 пациентов с сочетанной патологией БЦА и КА. Одномоментное вмешательство на БЦА и КА было выполнено 200 пациентам, остальным было проведено этапное лечение реваскуляризации миокарда и КЭАЭ. Результаты проведенных операций в НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева были сопоставимы с результатами европейских и американских клиник.

Настоящее диссертационное исследование было посвящено анализу хирургических подходов в соответствии с принятым алгоритмом диагностического обследования, который применяют при лечении пациентов с сочетанным поражением коронарных и сонных артерий, а также оценке качества жизни этих пациентов в послеоперационном

периоде. В научной литературе встречаются лишь немногочисленные работы, оценивающие результаты операций по критериям качества жизни с помощью специальных анкет. В нашем исследовании было решено доказать, что оценка качества жизни у пациентов с сочетанным атеросклеротическим поражением БЦА и КА, является важным критерием эффективности хирургической коррекции при различных её методиках.

Цель исследования:

Оценить качество жизни больных с сочетанным атеросклеротическим поражением коронарных и брахиоцефальных артерий после хирургической реваскуляризации.

Задачи исследования:

1. Оценить качество жизни больных после одномоментной хирургической коррекции коронарных и брахиоцефальных артерий в отдаленном периоде.
2. Оценить качество жизни больных после поэтапной хирургической коррекции коронарных и брахиоцефальных артерий в отдаленном периоде.
3. Проанализировать результаты оценки психологического статуса в раннем послеоперационном периоде у пациентов после одномоментной и этапной хирургической коррекции коронарных и брахиоцефальных артерий.
4. Провести сравнительную оценку качества жизни в отдаленном периоде после одномоментной и этапной хирургической коррекции коронарных и брахиоцефальных артерий
5. Провести сравнительный анализ результатов оценки качества жизни, полученные в отдаленном периоде с результатами психологического статуса, полученные в раннем послеоперационном периоде.

Научная новизна

Диссертационная работа является первой в нашей стране исследованием, посвященным изучению показателей качества жизни пациентов с сочетанным атеросклеротическим поражением коронарных и брахиоцефальных артерий после хирургической реваскуляризации.

Впервые проведено сопоставление показателей качества жизни в отдаленном периоде с результатами психологического статуса в раннем послеоперационном периоде, с клинико – функциональными данными пациентов до операции и до 3-х лет после проведенного лечения.

Практическая ценность исследования

Полученные данные позволят оптимизировать показания к выбору этапности реваскуляризации миокарда при сочетанном атеросклеротическом поражении коронарных и каротидных артерий.

Использование медицинских показателей качества жизни у больных с сочетанной атеросклеротической патологией коронарных и каротидных артерий дополнительно к клиническим методам исследования позволило повысить эффективность терапии, показать преимущества различных методов лечения, прогнозировать течение заболевания.

Предложенные основные звенья специфического кардиологического опросника качества жизни при сочетанной атеросклеротической патологии коронарных и каротидных артерий (включающие шкалы *физического и психологического компонента*), позволяют проводить комплексную оценку качества жизни данной категории пациентов в динамике, а также прогнозировать при рестенозе артерий и прогрессировании атеросклероза.

Обследование населения путем проведения индивидуального мониторинга качества жизни при невозможности проведения

дорогостоящих стационарных исследований позволяет улучшить качество диагностики и лечения.

Основные положения, выносимые на защиту.

Физический и психический компоненты качества жизни после операции в отдаленном периоде у пациентов с сочетанной атеросклеротической патологией коронарных и каротидных артерий достоверно выше после этапной хирургической реваскуляризации, по сравнению с одномоментной хирургической коррекцией. Показатели качества жизни после этапной хирургической реваскуляризации до 3-х лет после операции остаются высокими, несмотря на то, что у определенного процента больных отмечался возврат стенокардии, развитие рестенозов коронарных и каротидных артерий.

Реализация результатов исследования

Полученные результаты используются в клинической практике клинико – диагностического отделения НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМИ. Полученные результаты и практические рекомендации могут быть рекомендованы другим кардиохирургическим и кардиологическим центрам и отделениям, занимающиеся проблемой лечения больных с сочетанной атеросклеротической патологией коронарных и каротидных артерий.

Апробация работы

Материалы исследования были доложены и обсуждены: на XVII Всероссийском Съезде сердечно-сосудистых хирургов (Москва, 2011г.); на XVI Ежегодной научной сессии Научного Центра сердечно – сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева с Всероссийской конференцией молодых ученых (Москва, 2012 г.); на XVIII Всероссийском Съезде сердечно-сосудистых хирургов (Москва,

2012г.); на XVII Ежегодной научной сессии Научного Центра сердечно – сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева с Всероссийской конференцией молодых ученых (Москва, 2013 г.)

Публикации

По материалам диссертации опубликовано 10 печатных работ (6 тезисов и 4 статьи) в рецензируемых научных журналах, определенных Высшей Аттестационной Комиссией

Соответствие диссертации паспорту научной специальности. Научные положения диссертации соответствуют формуле специальности 14.01.05 «кардиология». Результаты проведенного исследования соответствуют области исследования специальности, конкретно пунктам 3, 5, 6, 12, 13 и 14 паспорта кардиологии.

Объём и структура диссертации

Диссертация состоит из введения, 5 глав, выводов, практических рекомендаций и списка использованной литературы.

Работа изложена на 136 страницах машинописного текста, иллюстрирована 3 рисунками, 10 диаграммами и 12 таблицами. Указатель литературы включает 112 источников, из них 37 работ отечественных авторов и 75 – иностранных авторов.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Материал и методы

В работе представлен материал, который был выполнен в клинικο-диагностическом отделении НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева РАМН в период с июня 2009 года по август 2013 года. Было исследовано 92 пациента с сочетанным атеросклеротическим поражением коронарного русла и каротидного бассейна, которым в первой группе были выполнены

операции коронарного шунтирования и каротидной эндартерэктомии одним этапом, а во второй поэтапно выполнялась хирургическая реваскуляризация головного мозга и коронарное шунтирование. В зависимости от характера патологии всем пациентам выполнялась прямая реваскуляризация миокарда в условиях искусственного кровообращения (ИК) и на работающем сердце, реконструктивные реваскуляризирующие операции на БЦА в условиях краниocereбральной гипотермии.

Возраст пациентов колебался от 46 до 72 лет. По данным медицинской документации все пациенты до госпитализации в НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева находились на медикаментозном лечении по поводу ИБС, тем не менее, у всех пациентов наблюдались признаки сердечной недостаточности.

Функциональный класс (ФК) стенокардии напряжения определяли в соответствии с принятой классификацией Канадской ассоциации кардиологов (1976г.), представленная в таблице 1.

Таблица 1.

ФК	I – группа	II – группа
I	–	–
II	4 (9,5%)	2 (4%)
III	24 (57,2%)	29 (58%)
IV	14 (33,3%)	19 (38%)

* в скобках приведены процентные соотношения признаков в пределах одной группы ($p > 0,05$).

Методы функциональной диагностики.

1) *электрокардиографическое исследование* по общепринятой методике в 12 стандартных отведениях.

2) **Стресс-ЭхоКГ с дозированной физической нагрузкой** проводилась в первой половине дня, после предварительной отмены антиангинальных препаратов за 24 часа и β -блокаторов за 36 часов. Тредмил-тест выполнялся по протоколу Bruce на беговой дорожке.

3) **Ультразвуковое исследование сердца** для оценки параметров внутрисердечной гемодинамики у больных до и после операции АКШ. С использованием одномерного и двухмерного исследования оценивали сократительную способность миокарда, движение сегментов левого желудочка (ЛЖ); размеры: конечно-систолический размер (КСР), конечно - диастолический размер (КДР); систолический объём (КСО) и конечный диастолический объём (КДО) левого желудочка, фракцию выброса ЛЖ (ФВ), а также толщину стенок ЛЖ. С использованием цветового доплеровского картирования сердца (ЦДК) выявляли регургитацию на клапанах сердца.

4) **Ультразвуковое исследование сонных артерий** проводили с регистрацией величины импульсной скорости и направления кровотока в обеих ОСА и ВСА. Определяли уровень атеросклеротического поражения, наличие атеросклеротической бляшки, её топографию, форму, характер, размеры и протяжённость.

5) Для исследования коронарного русла у больных с ИБС выполнялась **селективная коронарография** правой и левой коронарных артерий, выполняемая по методике Джадкинса. Также, для оценки проходимости и степени сужения БЦА пациентам проводилось ангиографическое исследование БЦА. Гемодинамически значимым считали сужение диаметра артерии более 70%.

6) В исследовании также была использована **мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ)**, которая позволила получить наиболее полную реализацию возможности изучения динамических процессов у исследуемых пациентов (перфузия миокарда, выявление

очагов ишемии, перфузия головного мозга), а также визуализировать интракраниальные, брахиоцефальные артерии.

Методы неврологического обследования пациентов.

Пациентам было проведено неврологическое обследование, которое включало в себя: подробный сбор неврологических жалоб, сбор анамнестических данных, оценка неврологического статуса, оценка психического статуса по шкале MMSE (англ.- Mini-Mental State Examination):

a) ориентировка во времени. Пациента просят назвать дату и день недели на момент опроса. Максимальный балл (5) присваивался, если пациент давал полный правильный ответ.

b) ориентировка на месте. На вопрос – «где пациент находится на момент опроса», пациент называл город, медицинское учреждение, название отделения, этаж и палату, где он находится.

c) оценка восприятия. Произносились пять слов: ручка, дверь, палата, отделение, этаж. Пациенту необходимо было запомнить и повторить через минуту произнесённые врачом слова. За каждое правильное повторенное слово присваивался один балл.

d) оценка концентрации внимания. Пациента просили вычислить из сотни цифру 6 пять раз до 70. Таким образом, за каждое правильное вычитание пациенту присваивали один балл. Однако, если пациент ошибался, но сразу же самостоятельно исправлял свою ошибку, ему засчитывался балл.

e) оценка памяти. Пациента просили произнести 5 слов из 3 пункта. За правильно произнесенное слово засчитывали один балл.

f) оценка речи. Пациенту показывали 5 предметов, после чего он должен был их произнести (за каждое правильное произнесение присваивался один балл).

Таким образом, результаты тестов могли иметь следующие значения: 28-30 баллов свидетельствовало об отсутствии когнитивных расстройств; 24-27 баллов – у пациента лёгкие когнитивные нарушения; 20-23 балла – умеренные когнитивные нарушения; 11-19 баллов – деменция умеренной степени выраженности; 0-10 баллов – свидетельствовало о тяжёлой деменции.

Оценка качества жизни.

Оценку КЖ проводили путем анкетирования пациентов и в соответствии с принятыми рекомендациями с помощью методики SF-36. Выбор этой методики основывался на том, что среди применяемых в настоящее время методик оценки КЖ больных, данная методика чаще всего применяется в сердечно - сосудистой хирургии и лучше всего валидизирована. В результате расчетов суммируют полученные показатели КЖ отдельно для каждой из 8 категорий, имеющие значение от 0 до 100. Более высокий показатель указывает на более высокий уровень КЖ.

Результаты опроса можно условно разделить на два компонента факторов здоровья: физического и психологического.

Физический компонент здоровья включает в себя такие шкалы как: *физическое функционирование (PF), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP), интенсивность боли (BP) и общее состояние здоровья (GH).*

Психологический компонент включает в себя следующие шкалы: *психическое здоровье (MH), ролевое функционирование, обусловленное*

эмоциональным состоянием (*RE*), социальное функционирование (*SF*), жизненная активность (*VT*).

Результаты исследования и их обсуждение

В нашем исследовании было решено провести сравнительную оценку развившихся осложнений, оценку психического статуса в раннем послеоперационном периоде, сравнительную оценку качественных и количественных показателей, оценку качества жизни в отдаленном послеоперационном периоде.

Проведен сравнительный анализ числа случаев осложнений в обеих группах, имеющих место в раннем послеоперационном периоде. Сравнению между группами подверглись такие интраоперационные осложнения, как постгипоксическая энцефалопатия, периоперационный инфаркт миокарда, интраоперационный инсульт и летальный исход.

Таблица 1.

Количество случаев постгипоксической энцефалопатии у пациентов обеих групп.

	Количество пациентов с пост-гипоксической энцефалопатией	Количество пациентов без пост-гипоксической энцефалопатии
I группа (n=42)	10 (23,8%)	32 (76,2%)
II группа (n=50)	1 (2%)	49 (98%)

Из общего числа пациентов обеих групп (n=92) в 11% случаев постгипоксическая энцефалопатия наблюдалась в I группе, в то время как во II группе этот показатель в процентном соотношении составлял 1%. Таким образом, полученная разница числа случаев постгипоксической энцефалопатии была достоверна выше в I группе, где хирургическая коррекция в бассейнах БЦА и КА выполнялась одним этапом.

Следующему сравнению подвергли число случаев возникновения периоперационного инсульта.

Таблица 2.

Количество случаев периоперационного инсульта у пациентов обеих групп.

	Периоперационный инсульт	Без инсульта
I группа (n=42)	5 (12%)	37 (88%)
II группа (n=50)	2 (4%)	48 (96%)

Как и в случае с постгипоксической энцефалопатией, при сравнительном анализе числа случаев постгипоксической энцефалопатии в раннем послеоперационном периоде мы отмечаем достоверное отличие между двумя группами ($p < 0,05$). Из общего числа пациентов обеих групп ($n=92$) в 5,4% случаев периоперационный инсульт наблюдался в I группе, в то время как во II группе этот показатель в процентном соотношении составлял 2,2%.

Таблица 3.

Количество случаев периоперационного инфаркта миокарда у пациентов I и II группы.

	Пациенты с периоперационным инфарктом миокарда	Без инфаркта миокарда
I группа (n=42)	1 (2,4%)	41 (97,6%)
II группа (n=50)	2 (4%)	48 (96%)

При сравнительном анализе числа случаев периоперационного инфаркта миокарда, как и в первых двух случаях развития неврологических осложнений, в раннем послеоперационном периоде мы отмечаем достоверное отличие между двумя группами ($p < 0,05$). Однако, из общего числа пациентов обеих групп ($n=92$) в 1% случаев периоперационный инфаркт миокарда наблюдался в I группе, в то время как во II группе этот показатель в процентном соотношении составил 2%. Таким образом, полученная разница числа случаев периоперационного инфаркта миокарда была достоверна выше во II группе, где хирургическая коррекция в бассейнах БЦА и КА выполнялась поэтапно.

Таблица 4.

Количество случаев летального исхода в I и II группах пациентов.

	Летальный исход	Выздоровление
I группа (n=42)	2 (4,8%)	40 (95,2%)
II группа (n=50)	1 (2%)	49 (98%)

Из общего числа пациентов обеих групп ($n=92$) в 2,2% случаев летальный исход имел место в I группе, где хирургическая коррекция в бассейнах БЦА и КА выполнялась одним этапом, в то время как во II группе этот показатель в процентном соотношении составлял 1%, где хирургическая коррекция в бассейнах БЦА и КА выполнялась поэтапно.

В раннем послеоперационном периоде была проведена оценка психического статуса и неврологических жалоб. В отдаленном периоде была проведена оценка качества жизни. При этом отмечалась четкая корреляционная зависимость между результатами исследования психического статуса по шкале MMSE в раннем послеоперационном периоде, и результатами исследования качества жизни, с помощью методики SF-36, в отдаленном послеоперационном периоде.

Таблица 5.

Показатели психического статуса в раннем послеоперационном периоде в двух группах (n_1 и $n_2 = 15$).

Показатель	I группа	II группа
<i>Ориентировка во времени</i>	3,1 $\pm$ 0,7	3,9 $\pm$ 0,6
<i>Ориентировка на месте</i>	3,8 $\pm$ 0,8	4,2 $\pm$ 0,3
<i>Оценка восприятия</i>	4,1 $\pm$ 0,6	4,3 $\pm$ 0,5
<i>Оценка концентрации внимания</i>	4,2 $\pm$ 0,9	4,5 $\pm$ 0,5
<i>Оценка памяти</i>	2,3 $\pm$ 0,6	3,8 $\pm$ 0,7
<i>Оценка речи</i>	4,6 $\pm$ 0,2	4,7 $\pm$ 0,3

Суммированный показатель психического статуса в I группе составил 22,1 $\pm$ 0,9 баллов ($p < 0,05$), что свидетельствовало об умеренных когнитивных нарушениях. Суммированный показатель психического статуса во II группе составил 25,4 $\pm$ 0,7 ($p \leq 0,05$), что свидетельствовало лёгких когнитивных нарушениях.

Был проведен сравнительный анализ отдаленных результатов по качественным показателям (стенокардия, неврологические симптомы, повторные операции, острое нарушение мозгового кровообращения и острый инфаркт миокарда) и количественным показателям (линейная скорость кровотока (см/сек), ФВ ЛЖ %).

Анализ отдаленных результатов был проведен у 79 пациентов: 37 пациентов I группы и 42 пациентов II группы. Выживаемость оперированных больных в отдаленном послеоперационном периоде в сроки от 1 года до 3-х лет после одномоментных и этапных операций в двух группах составила 100%.

Таблица 6.

Сравнительный анализ качественных показателей в отдаленном периоде в двух исследуемых группах.

	стенокардия	неврологические симптомы	повторные операции	инсульт	инфаркт
I группа	3 (8,1%)	4 (10,8%)	1 (2,7%)	0	0
II группа	4 (9,5%)	6 (14,3%)	1 (2,4%)	2	0

При сравнительном анализе качественных показателей в отдаленном послеоперационном периоде мы отмечаем достоверное отличие между двумя группами ($p < 0,05$). При этом достоверная разница по количеству повторных операций между двумя группами минимальна. Из общего числа пациентов обеих групп ($n = 79$) в 3,8% случаев клиника стенокардии наблюдалась в I группе, в то время как во II группе этот показатель в процентном соотношении составлял 5,1%. Данный сравнительно высокий показатель стенокардии во II группе обусловлен тем, что все пациенты этой группы с клиникой стенокардии относились ко второй подгруппе, где первым этапом выполнялась хирургическая коррекция в бассейне БЦА, и спустя определенный восстановительный период, выполнялась хирургическая коррекция в бассейне КА.

Неврологические симптомы были достоверно выше также во II группе ($p < 0,05$). И здесь, данный сравнительно высокий показатель стенокардии во II группе обусловлен тем, что все пациенты этой группы с неврологической симптоматикой относились к первой подгруппе, где первым этапом, наоборот, выполнялась хирургическая коррекция в бассейне КА, и спустя определенный восстановительный период, выполнялась хирургическая коррекция в бассейне БЦА. В этой же

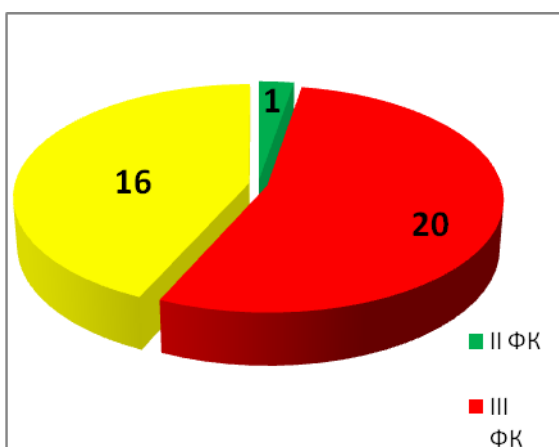
подгруппе II группы в анамнезе был инсульт, чего не было во второй подгруппе II группы, и в двух подгруппах I группы.

Повторные операции потребовались одному пациенту I группы, и одному пациенту II группы. Обоим провели стентирование по поводу стеноза коронарных шунтов.

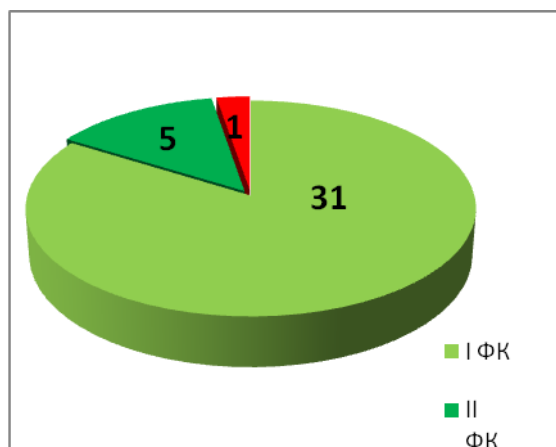
Адекватная хирургическая коррекция и правильно назначенная поддерживающая консервативная терапия в отдаленном послеоперационном периоде привели к снижению функционального класса стенокардии через 3 года после операции. Так, в исследуемой I группе до оперативного лечения в IV ФК находилось 16 пациентов, что составляло 43,2% от общего количества пациентов этой группы; в III ФК находилось 20 пациента (54,1%); во II ФК находился 1 пациент (2,7%). Через 3 года после операции пациентов, находящихся в IV ФК не осталось; 1 пациент находился в III ФК, и которому, в последствие, потребовалось стентирование. 5 пациентов (13,5%) перешли во II ФК и находились на поддерживающей консервативной терапии; 31 пациент (83,8%) находились в I ФК.

Диаграмма 4.

ФК пациентов до операции



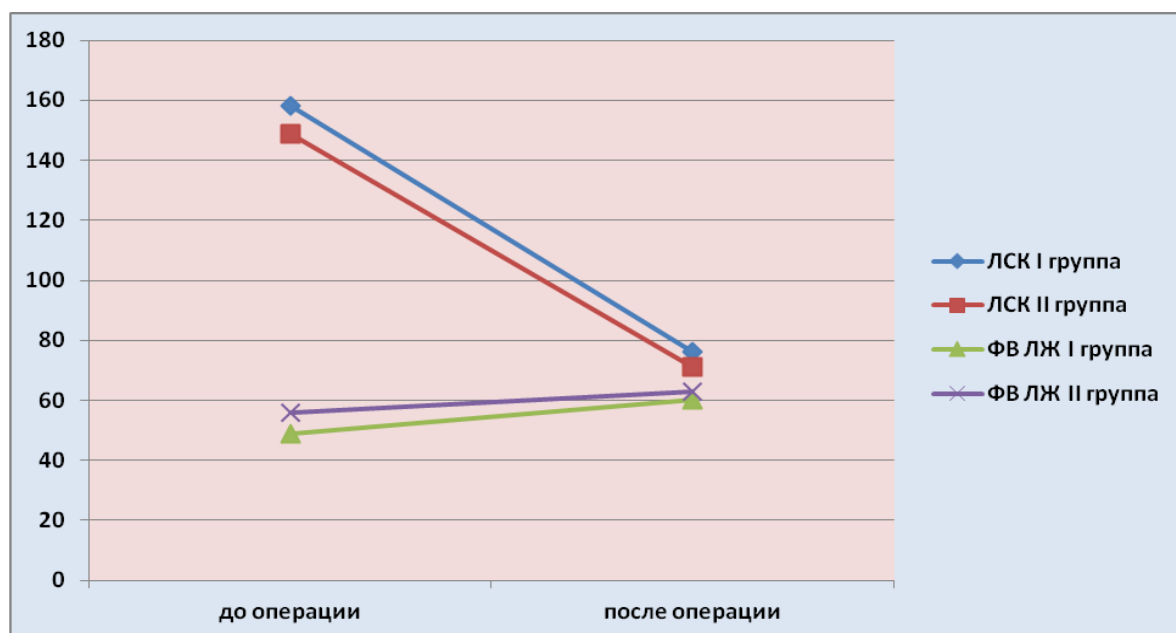
ФК пациентов через 3 года после операции



Помимо качественных показателей, проводился сравнительный анализ количественных показателей. Проводили сравнение изменений линейной скорости кровотока в стенозированном сегменте артерии до операции, и в этом же сегменте артерии после хирургической коррекции в двух исследуемых группах. Также была проведена сравнительная оценка достоверности изменений сократительной функции сердца в отдаленном послеоперационном периоде.

Диаграмма 5.

Сравнительная кривая ЛСК и ФВ ЛЖ в двух группах до операции и в отдаленном послеоперационном периоде.



По результатам исследования мы можем судить не только о статистически достоверном уменьшении ЛСК в оперированном сегменте артерии у пациентов двух групп, но и о статистически достоверном увеличении ФВ ЛЖ. При этом, следует отметить о достоверных различиях количественных показателей до операции и в отдаленном периоде после оперативной коррекции.

При сравнительном анализе результатов *оценки качества жизни*, полученных опросником SF - 36 в двух группах, были выявлены достоверные различия между группами.

Таблица 9.

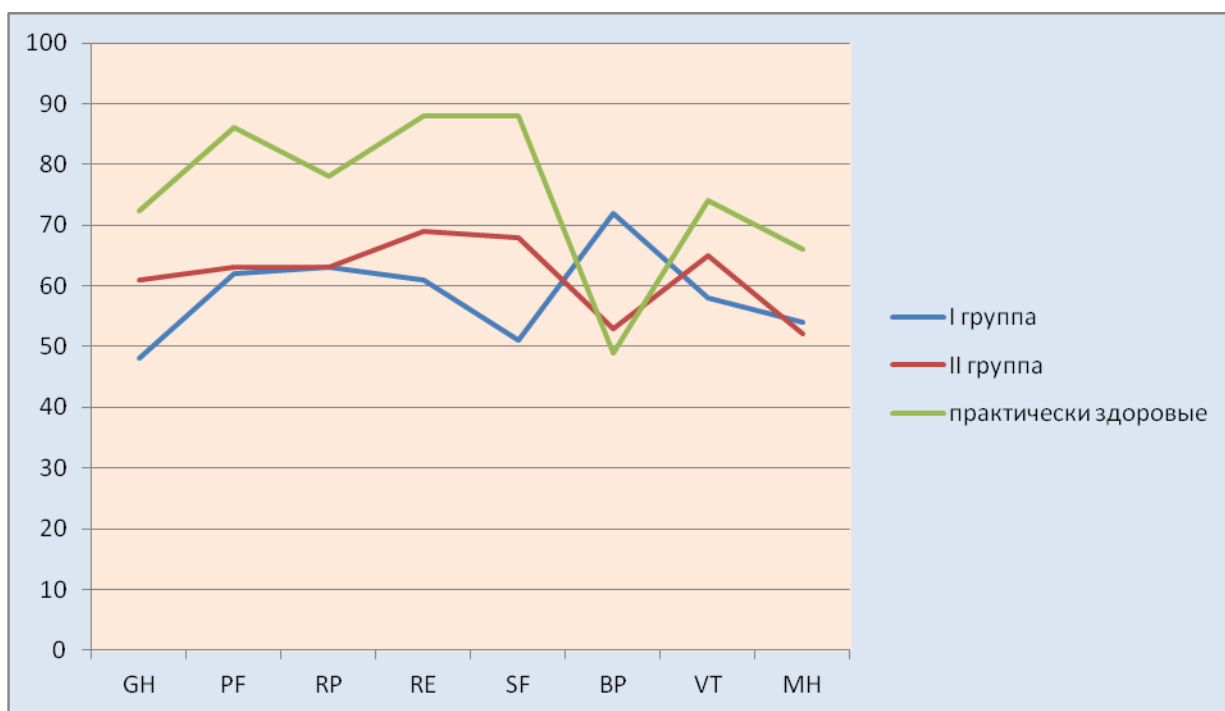
Показатели качества жизни в отдаленном периоде в двух группах.

Показатель	I группа	II группа
<i>Восприятие общего состояния здоровья (GH)</i>	48,6±11,8	61,3±12,6
<i>Физическое функционирование (PF)</i>	62,4±11,2	63,1±10,9
<i>Рольевые ограничения (физические) (RP)</i>	63,2±14,8	63,3±11,6
<i>Рольевые ограничения (функциональные) (RE)</i>	61,7±18,1	69,7±17,5
<i>Социальное функционирование (SF)</i>	51,4±9,6	68,4±11,2
<i>Физическая боль (BP)</i>	72,8±16,3	53,6±13,8
<i>Жизнеспособность/энергичность (VT)</i>	58,7±11,3	65,9±10,1
<i>Психическое здоровье (MH)</i>	54,8±12,3	52,6±11,2

Таким образом, по шести показателям SF-36 качество жизни больных в отдаленные сроки после проведения одномоментной проведенной операции на КА и БЦА было достоверно ниже ($p < 0,05$), чем у их здоровых сверстников. В то время как качество жизни в группе поэтапно оперированных пациентов было выше и достоверные различия были минимальны с качеством жизни их здоровых сверстников ($p \leq 0,05$).

Для более наглядного представления данных о различиях между качеством жизни обеих исследуемых групп с их здоровыми сверстниками, с помощью методики SF-36, мы создали диаграмму 6.

Диаграмма 6.



Таким образом, несмотря на достоверные различия в группах, по данным диаграммы, мы отмечаем некую корреляционную параллель между II группой, где оперативные вмешательства в бассейнах КА и БЦА выполнялись поэтапно, с группой их практически здоровых сверстников. Т.е., качество жизни пациентов II группы, после проведения оперативных вмешательств, было достоверно выше, по сравнению с качеством жизни пациентов I группы. Однако, следует учесть, что важнейшим условием при выполнении поэтапных операций на коронарных и брахиоцефальных артериях является временной интервал между операциями, т.к. риск развития неврологических осложнений в отсроченном периоде возрастает, по мере увеличения временного интервала между этапами проведения хирургического вмешательства. Данное заключение подтверждено опросником SF-36 в отдаленном послеоперационном периоде при проведении анкетирования пациентов II группы.

Таким образом, на основании полученных результатов показано, что функциональная оценка психического статуса и качества жизни

позволяет дифференцировать пациентов высокого риска с сочетанным атеросклеротическим поражением коронарного и каротидного бассейнов для выбора оптимальной тактики хирургического лечения.

Полученные результаты исследования дополнили и расширили имеющийся багаж знаний с целью правильного выбора тактики хирургического лечения, для достижения наилучших результатов при проведении сочетанных операций реваскуляризации миокарда и КЭАЭ, минимизируя количество послеоперационных осложнений и в конечном итоге улучшения качества жизни больных в отдаленном периоде.

Таким образом, исходя из результатов проведенного исследования, мы пришли к следующим выводам.

ВЫВОДЫ

1. Показатели качества жизни больных с сочетанным атеросклеротическим поражением БЦА и КА после одномоментной хирургической коррекции в отдаленном периоде были достоверно ниже ($p < 0,05$) по сравнению с результатами практически их здоровыми сверстниками.
2. Показатели качества жизни во II группе, где хирургическая коррекция БЦА и КА выполнялась поэтапно, достоверно не различались ($p < 0,005$) с результатами практически их здоровыми сверстниками.
3. Анализ результатов психологического статуса в раннем послеоперационном периоде после хирургической коррекции показал достоверные различия между группами ($p < 0,01$). Показатели психологического статуса пациентов II группы практически в 2 раза превышали эти же показатели пациентов I группы.
4. При сравнительной оценке качества жизни пациентов двух групп, физический и психический компоненты, оказались достоверно выше во II группе, где реваскуляризация на двух бассейнах выполнялась

позитивно, в течение 3-х лет после операции, по сравнению с группой, где операция выполнялась одномоментно.

5. При сравнительном анализе результатов качества жизни в отдаленном и результатов психологического статуса в раннем периоде после операции мы наблюдаем достоверное корреляционное увеличение медицинских показателей во II группе, и их снижение в I группе.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При сочетанном атеросклеротическом поражении коронарных и брахиоцефальных артерий, при отсутствии критических стенозов, проведение хирургической коррекции имеет более положительные прогностические оценки показателей качества жизни при выборе этапного метода оперативного лечения.
2. При проведении этапного метода хирургической реваскуляризации выбор очередности операции склоняется к тому артериальному руслу, где имеет место более выраженный стеноз артерий. При таком подходе оперативного лечения непосредственные результаты, подтвержденные анализом психологического статуса, и отдаленные результаты, подтвержденные оценкой качества жизни, несомненно, будут выше. Для минимизации осложнений между первым и вторым этапом необходима правильно подобранная антикоагулянтная терапия.
3. Решение о выборе метода реваскуляризации миокарда и каротидных артерий у пациентов с сочетанной патологией должно приниматься индивидуально, с учетом распространенности атеросклероза, выраженности стеноза, клинической картины, возможности приема пациентом длительной комбинированной антиагрегантной терапии, наличия и характера сопутствующей патологии, а также возрастных особенностей.

СПИСОК НАУЧНЫХ РАБОТ ОПУБЛИКОВАННЫХ**ПО ТЕМЕ ДЕССЕРТАЦИИ:**

1. Ибрагимов М. С. Оценка качества жизни у пациентов после проведения одномоментных и этапных операций на коронарном и каротидном бассейнах. Бюллетень НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева РАМН «Сердечно - сосудистые заболевания». 2014; 15. 3: 117.
2. Ибрагимов М. С., Амбатьелло С. Г., Мацкеплишвили С.Т. Алпенидзе В.А. Взаимосвязь между степенью поражения сосудов каротидного и коронарного бассейнов. Бюллетень НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева РАМН «Сердечно - сосудистые заболевания». 2014; 15. 3: 123.
3. Ибрагимов, М. С., Мацкеплишвили С.Т. Факторы риска у пациентов кардиохирургического профиля с поражением церебральных артерий. Бюллетень НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева РАМН «Сердечно - сосудистые заболевания». 2013; 14. 3: 13.
4. Минин В.В., Ибрагимов М.С., Козлов П.А., Ходыкина Л.П. Милащенко А.И. Опыт применения ивабрадина у больных с ИБС нестабильной стенокардией в сочетании с метаболическим синдромом «Уральский медицинский журнал». 2013; 8: 51
5. Ибрагимов М.С., Минин В.В., Козлов П.А., Андреев А.Н., Сравнительное изучение состояния гемодинамики и сегментарного сокращения ЛЖ у больных с различными вариантами терапии острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST «Уральский медицинский журнал». 2013; 8: 46
6. Тунис А.В., Ибрагимов М.С., Андреев А.Н., Ходыкина Л.П.

Сравнительная оценка разных методов гипотензивной терапии при купировании гипертонического криза, осложненного ОНМК по геморрагическому типу «Уральский медицинский журнал».2012; 1:40

7. Ибрагимов Р. М., Амбатьелло С.Г., Ибрагимов М.С. Особенности стратификации риска сердечно – сосудистых осложнений и подходов к выбору лечебной стратегии у больных с мультифокальным атеросклерозом при ОКС без подъема ST. Бюллетень НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева РАМН «Сердечно - сосудистые заболевания». 2012; 13. 6: 62.
8. Жертовская Е. В., Мацкеплишвили С.Т., Ибрагимов М. С. Риск кардиальных осложнений при сосудистых операциях по данным стресс – ЭХО-кг с дипиридамолом. Бюллетень НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева РАМН «Сердечно - сосудистые заболевания». 2011; 12. 6: 247.
9. Жертовская Е. В., Асымбекова Э. У., Ибрагимов М. С. Дифференцированный подход к выбору тактики у пациентов с ИБС, направляемые на внесердечные операции. Бюллетень НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева РАМН «Сердечно - сосудистые заболевания». 2011; 12. 6: 248.
10. Бокерия Л. А. Бузиашвили Ю. И., Сандухадзе Б. Р., Ибрагимов М. С. Сравнительная характеристика показателей тетраполярной реоплетизмографии в покое до и после проведения курса кардиосинхронизированной электромиостимуляции у больных ИБС с хронической сердечной недостаточностью. Бюллетень НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева РАМН «Сердечно - сосудистые заболевания». 2009; 10. 3: 168.