

ЛИТЕРАТУРА

1. Бокерия Л. А., Бузиашвили Ю. И., Алекян Б. Г. и др. Возможности лечения острого коронарного синдрома в условиях кардиохирургического стационара // Серд.-сосуд. забол. ишемич. бол. сердца. 2004. Т. 5, № 2. С. 83–89.
2. Бокерия Л. А., Ирасханов А. К. Влияние предварительного стентирования коронарных артерий на ближайшие и трехлетние результаты последующего аортокоронарного шунтирования // Грудная и серд.-сосуд. хир. 2010. № 5. С. 38–41.
3. Бокерия Л. А., Камбаров С. Ю., Ирасханов А. К. и др. Прогностическое значение многократного стентирования коронарных артерий при последующем аортокоронарном шунтировании // Грудная и серд.-сосуд. хир. 2009. № 4. С. 33–36.
4. Бокерия Л. А., Ступаков И. Н., Самородская И. В. Методы реваскуляризации при стабильном течении стенокардии (сравнение выживаемости, частоты развития инфаркта миокарда, повторных реваскуляризований, облегчения симптомов стенокардии) // Грудная и серд.-сосуд. хир. 2005. № 5. С. 44–56.
5. Abramov D., Tamariz M. G., Fremes S. E. et al. Trends in coronary artery bypass surgery results: A recent, 9-Year Study // Ann. Thorac. Surg. 2000. Vol. 70. P. 84–90.
6. Barakate M. S., Hemli J. M., Hughes C. F. et al. Coronary artery bypass grafting (CABG) after initially successful percutaneous transluminal coronary angioplasty (PTCA): a review of 17 years experience // Eur. J. Cardiothorac. Surg. 2003. Vol. 23. P. 179–186.
7. Ben-Gal Y., Mohr R., Uretzky G. et al. Drug-eluting stents versus arterial myocardial revascularization in patients with diabetes mellitus // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 2006. Vol. 132. P. 861–866.
8. CABRI Trial Participants. First-year results of CABRI (Coronary Angioplasty versus Bypass Revascularization Investigation) // Lancet. 1995. Vol. 346. P. 1179–1184.
9. Davis P. K., Parascandola S. F., Miller C. A. et al. Mortality of coronary artery bypass grafting before and after the advent of angioplasty // Ann. Thorac. Surg. 1989. Vol. 47. P. 493–498.
10. Hamm C. W., Reimers J., Isching T. et al. A randomized study of coronary angioplasty compared with bypass surgery in patients with symptomatic multivessel coronary disease // N. Engl. J. Med. 1994. Vol. 331. P. 1037–1043.
11. Hassan A., Buth K. J., Baskett R. J. et al. The association between prior percutaneous coronary intervention and short-term outcomes after coronary artery bypass grafting // Am. Heart J. 2005. Vol. 150. P. 1026–1031.
12. Johnson R. G., Sirois C., Thurer R. L. et al. Predictors of CABG within one year of successful PTCA: a retrospective, case-control study // Ann. Thorac. Surg. 1997. Vol. 64. P. 3–8.
13. Jones R. H., Hannan E. L., Hammermeister K. E. et al. Identification of preoperative variables needed for risk adjustment of short-term mortality after coronary artery bypass graft surgery // ACC. 1996. Vol. 29. P. 1478–1487.
14. Kalaycioglu S., Sinci V. et al. Coronary artery bypass grafting (CABG) after successful percutaneous transluminal coronary angioplasty (PTCA): is PTCA a risk for CABG? // Okta. Int. Surg. 1998. Vol. 83. P. 190–193.
15. Kaluza G. L., Joseph J., Lee J. R. et al. Catastrophic outcomes of noncardiac surgery soon after coronary stenting // J. Am. Coll. Cardiol. 2000. Vol. 35. P. 1288–1294.
16. Kamiya H., Ushijima T., Mukai K. et al. Late patency of the internal thoracic artery graft in patients with and without previous successful percutaneous transluminal coronary angioplasty // Interac. Cardiovasc. Thorac. Surg. 2004. Vol. 3. P. 110–113.
17. Massoudy P., Thielmann M., Lehmann N. et al. Impact of prior percutaneous coronary intervention on the outcome of coronary artery bypass surgery: a multicenter analysis // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 2009. Vol. 137. P. 840–845.
18. Pell J. P., Pell A. C., Jeffrey R. R. et al. Comparison of survival following coronary artery bypass grafting vs. percutaneous coronary intervention in diabetic and non-diabetic patients: retrospective cohort study of 6320 procedures // Diabet Med. 2004. Vol. 21. P. 790–792.
19. The Bypass Angioplasty Revascularization Investigation (BARI) Investigators. Comparison of coronary bypass surgery with angioplasty in patients with multivessel disease // N. Engl. J. Med. 1996. Vol. 335. P. 217–225.
20. Thielmann M., Neuhauser M., Knipp S. et al. Prognostic impact of previous percutaneous coronary intervention in patients with diabetes mellitus and triple-vessel disease undergoing coronary artery bypass surgery // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 2007. Vol. 134. P. 470–476.
21. Van den Brule J., Noye L., Verheugt F. W. Risk of coronary surgery for hospital and early morbidity and mortality after initially successful percutaneous intervention // Interac. Cardiovasc. Thorac. Surg. 2005. Vol. 4. P. 96–100.

Поступила 21.03.2012

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616.13-089.843-031:611.127]-053.8

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Л. А. Бокерия*, С. А. Вищипанов, О. А. Коваленко, А. К. Ирасханов, А. С. Вищипанов, Н. Г. Бенделиани, Э. К. Зейналов

ФГБУ «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева» (директор – академик РАН и РАМН Л. А. Бокерия) РАМН, Москва

Цель. Оценка отдаленных результатов, выживаемости и прогностических факторов риска рецидива ишемической болезни сердца (ИБС) у молодых (до 40 лет) оперированных больных.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ данных 73 пациентов не старше 40 лет, прооперированных с января 2000 г. по январь 2008 г. Выполнен анализ отдаленных результатов, выживаемости и прогностических факторов риска аортокоронарного шунтирования (АКШ).

* Бокерия Лео Антонович, доктор мед. наук, профессор, академик РАН и РАМН. 121552, Москва, Рублевское шоссе, д. 135. E-mail: leoan@heart-house.ru

Результаты. Частота рецидива симптомов ишемии миокарда (инфаркт миокарда, стенокардия) у молодых пациентов в отдаленном периоде составила 72%. Повторное АКШ и транслюминальная баллонная ангиопластика со стентированием коронарных артерий были выполнены соответственно 2,7 и 12,3% больных. Отдаленная смертность составила 8,2%. Прогностическим фактором риска, увеличивающим отдаленную смертность как при унивариантном (ОШ 1,59; $p=0,05$; ДИ 0,25–10,11), так и при мультивариантном (ОШ 0,89; $p=0,02$; ДИ 0,05–16,4) регрессионном анализе, явился сахарный диабет (СД). Факторами риска рецидива симптомов ишемии миокарда или коронарных реинтервенций явились: при унивариантном регрессионном анализе – СД (ОШ 2,44; $p=0,012$; ДИ 1,2–4,8) и отсутствие терапии гиперлипидемии (ОШ 4,42; $p=0,03$; ДИ 1,1–17,8), а при мультивариантном анализе – СД (ОШ 2,12; $p=0,03$; ДИ 0,81–4,46). Отдаленная, 8-летняя, выживаемость была относительно низкой и составила 77,5%.

Заключение. Адекватное и своевременное воздействие на вышеперечисленные прогностические факторы риска атеросклероза позволит улучшить отдаленные результаты хирургического лечения ИБС у этой категории больных.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, молодые пациенты, отдаленные результаты, прямая реваскуляризация миокарда.

Long-term results of surgical myocardial revascularization in young patients with ischemic heart disease

L. A. Bockeria, S. A. Vischipanov, O. A. Kovalenko, A. K. Irakhanov, A. S. Vischipanov, N. G. Bendeliani, E. K. Zeynalov
A. N. Bakoulev Scientific Center for Cardiovascular Surgery of Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

Objective. The aim of the study was to assess long-term results, survival rates and prognostic risk factors for recurrent ischemic heart disease in young (under 40 years) and surgical patients.

Material and methods. Retrospective data analysis of 73 operated patients under 40 years was performed between January 2000 and January 2008. Analysis of long-term results, survival and prognostic risk factors for coronary artery bypass grafting were analyzed.

Results. Rate of recurrent symptoms for myocardial ischemia (myocardial infarction, angina) in young patients in a long-term period was 72%. Secondary coronary artery bypass grafting and transluminal balloon angioplasty with coronary artery stenting were performed in 2.7% and 12.3% patients, respectively. Long-term mortality was 8.2%. Univariate (OR 1.59; $p=0.05$; CI 0.25 – 10.11) and multivariate (OR 0.89; $p=0.02$; CI 0.05 – 16.4) regression analyses showed that prognostic risk factors for long-term mortality was diabetes mellitus. Risk factors for recurrent symptoms of myocardial ischemia or coronary reintervention according to univariate analysis were: diabetes mellitus (OR 2.44; $p=0.012$; CI 1.2 – 4.8) and absence of therapy for hyperlipidemia (OR 4.42; $p=0.03$; CI 1.1 – 17.8). Multivariate analysis showed that diabetes mellitus (OR 2.12; $p=0.03$; CI 0.81 – 4.46) was the risk factor for recurrent symptoms or coronary interventions. Long-term survival during 8 years was relatively low – 77.5%.

Conclusion. Adequate and well-timed effect on above-mentioned prognostic risk factors for atherosclerosis will allow to improve long-term results of IHD surgical treatment in this group of patients.

Key words: ischemic heart disease, young patients, long-term results, direct myocardial revascularization.

За последние годы значительно увеличилось число больных ишемической болезнью сердца (ИБС) молодого (до 40 лет) возраста, которым выполняется прямая реваскуляризация миокарда в виде операции аортокоронарного шунтирования (АКШ) или ангиопластики со стентированием коронарных артерий (КА) [1, 4, 6, 11]. Активная позиция коронарных хирургов в лечении этой категории больных ИБС объясняется плохим прогнозом для жизни при естественном течении заболевания, выражающимся в высокой вероятности возникновения у них острого инфаркта миокарда (ИМ) или внезапной смерти [2, 3, 5, 7]. Для больных ИБС молодого возраста отличительной чертой является невысокая степень операционного риска и хорошие непосредственные результаты хирургического лечения. При этом количество операций у таких больных выросло за последние годы в среднем на 10–15% [4]. В то же время оценка отдаленных результатов хирургического лечения показала высокую частоту рецидива заболевания, которая, по данным некоторых исследователей, достигает 56–60% за десятилетний период наблюдения. Во многом это обусловлено «злокачественным» течением атеросклероза у лиц молодого возраста и недостаточным вниманием к ряду факторов, которые необходимо учитывать в отдаленные сроки после операции.

Материал и методы

Отдаленные результаты хирургического лечения ИБС у 73 больных молодого возраста, оперированных в период с января 2000 г. по январь 2008 г., изучены в сроки от 1 года до 8 лет после вмешательства. Критерием включения больных в исследование являлся возраст на момент операции не старше 40 лет. Возраст больных, вошедших в наше исследование, колебался от 27 до 40 лет и составил в среднем $35,4 \pm 3,7$ года. При этом большинство обследованных пациентов (84,92%) относились к возрастной группе 35–40 лет. Несмотря на молодой возраст, все больные принадлежали к III–IV функциональному классу (ФК) стенокардии по Канадской классификации (CCS) (табл. 1).

Все операции были выполнены в условиях искусственного кровообращения с пережатием аорты, гипотермией и фармакоологической кардиоopleгией.

Информацию о состоянии больных в сроки от 1 года до 8 лет получали на основании анкетных данных, рассылаемых по почте, при телефонном разговоре, а также в ходе амбулаторного и, у некоторых больных, стационарного обследования. При оценке клинического состояния акцент делали на следующие показатели: ФК стенокардии, порог толерантности к физической нагрузке, потребность в среднесуточном количестве нитроглицерина, общая фракция выброса левого желудочка. Результаты операции мы считали

Таблица 1

Исходные клинические, операционные и послеоперационные данные (n=73)

Параметр	Значение
<i>Исходные данные</i>	
Возраст, лет	35,4±3,7
Число мужчин	69 (94,5%)
Число женщин	4 (5,5%)
СД II типа	10 (13,7%)
ГЛ	24 (32,8%)
Курение	57 (78%)
Артериальная гипертензия	18 (24,6%)
ИМ до операции	31 (42,4%)
III–IV ФК стенокардии (по ССС)	73 (100%)
Нестабильная стенокардия	15 (20,5%)
<i>Операционные данные</i>	
Среднее количество шунтов	2,4±0,34
АКШ	
1	10 (13,7%)
2	27 (36,9%)
3	30 (41%)
4	6 (8,2%)
Шунты	
ЛВГА	56 (76,7%)
лучевая артерия	22 (30,1%)
вена	64 (87,6%)
ИК, мин	92
Пережатие аорты, мин	53
<i>Послеоперационные осложнения</i>	
СНСВ	2 (2,7%)
ИМ	5 (6,8%)
Нарушения ритма (ФП/ЖТ)	2 (2,7%)
Повторная торакотомия	3 (4,1%)
Инсульт	0
Почечные осложнения	0
Госпитальная летальность	0
<i>Отдаленные осложнения</i>	
Повторное АКШ	2 (2,7%)
Ангиопластика и стентирование КА	9 (12,3%)
Рецидив стенокардии	35 (47,9%)
ИМ	11 (15%)
Стенокардия с развитием ИМ	7 (9,5%)
Отдаленная летальность	6 (8,2%)
кардиальные причины	
ИМ	2 (2,7%)
нарушения ритма	2 (2,7%)
внекардиальные причины (травма)	1 (1,3%)
неизвестные причины	1 (1,3%)

Примечание. СД – сахарный диабет, ГЛ – гиперлипидемия, ЛВГА – левая внутренняя грудная артерия, ИК – искусственное кровообращение, СНСВ – синдром низкого сердечного выброса, ФП – фибрилляция предсердий, ЖТ – желудочковая тахикардия.

«отличными», если имелось снижение стенокардии на два ФК и более, больной не принимал нитраты и не был ограничен в социальной сфере. Результаты считали «хорошими», если имелось снижение стенокардии на два ФК и более в совокупности с другими показателями, а прием нитроглицерина существенно снижался. Результат был «удовлетворительным», если стенокардия снижалась на один ФК, а дозы нитратов не уменьшались по сравнению с дооперационными. Результат считали «неудовлетворительным», если ФК стенокардии оставался прежним, а прием нитроглицерина либо не менялся, либо увеличивался.

Отдаленные результаты мы оценивали по частоте рецидива стенокардии или дальнейшему развитию ИМ, необходимости повторных вмешательств на коронарных артериях (АКШ, ангиопластика и стентирование коронарных артерий). Также оценивалась терапия гиперлипидемии (ГЛ), сахарного диабета (СД).

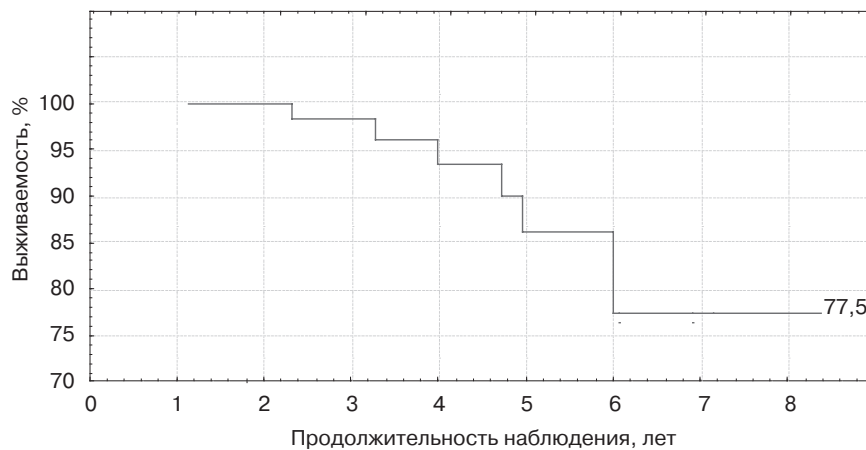
Статистический анализ выполнен с помощью программы Statistica 7.0. Для характеристики группы использовалась описательная статистика (средние величины и стандартные отклонения). Частотный анализ выполнялся с помощью критерия χ^2 . Для выявления прогностических факторов неблагоприятного исхода в отдаленном периоде (госпитальная летальность, сердечные осложнения) использовали унивариантный и мультивариантный бинарный логистический регрессионный анализ. В результатах указаны отношение шансов (ОШ) и 95% доверительный интервал (ДИ). Данные считали статистически достоверными при значении $p \leq 0,05$. Анализ отдаленной выживаемости оценивался на основании расчета выживаемости методом Каплана–Мейера.

Результаты

Госпитальная летальность и послеоперационные осложнения. Госпитальная летальность в нашей группе была нулевой (см. табл. 1), также не было осложнений в послеоперационном периоде, связанных с нарушением мозгового кровообращения, и почечных осложнений. Пять больных перенесли ИМ в периоперационном периоде. Торакотомия по поводу кровотечения потребовалась у трех больных.

Отдаленная выживаемость и данные коронарных ревизий. Актуарная отдаленная выживаемость изучена в сроки до 8 лет у 73 больных (см. рисунок). К 5-му году наблюдения выживаемость составила 87%, а к 8-му – 77,5%. В отдаленные сроки после операции умерли 6 (8,2%) больных. Причиной смерти у 2 больных явился ИМ через 26 и 57 мес соответственно, еще 2 больных умерли от фатальных нарушений ритма через 49 и 71 мес после операции. Один больной погиб от травмы, не совместимой с жизнью. Причину смерти еще 1 больного выяснить не удалось. Надо отметить, что из 6 больных, умерших в группе АКШ в отдаленные сроки после операции, у 5 пациентов были клинические проявления СД II типа. При этом у 3 умерших больных исходно на дооперационных коронарограммах было выявлено поражение дистального русла коронарных артерий, и, возможно, прогрессирование атеросклероза послужило причиной тромбоза и дисфункции коронарных шунтов.

Через 6 и 7 лет соответственно у 2 пациентов потребовалось выполнение повторной операции АКШ вследствие прогрессирования атеросклероза и дисфункции шунтов. Ангиопластика и стентирование коронарных артерий потребовались 9 пациентам в сроки от 3 до 7 лет после операции, причем 6 пациентам выполнялась процедура стентирования непосредственно пораженных (гиперплазия, тромбоз) венозных шунтов. Из 73 прооперированных молодых пациентов у 53 (72%) в отдаленном периоде наблюдался рецидив симптомов ишемии миокарда, у 35 больных – в виде стенокардии I ($n=21$) и II ($n=14$) ФК; III и IV ФК стенокардии не было ни у кого. Острый ИМ развился у 11 больных, возврат стенокардии с развитием ИМ произошел у 7 больных. Все пациенты с рецидивом стенокардии в отдаленном периоде принимали антиангинальную терапию (нитраты, антагонисты кальция, β -блокаторы) и аспирин.



Выживаемость после реваскуляризации миокарда у больных до 40 лет

Анализ такого важнейшего фактора развития атеросклероза, как СД, показал увеличение частоты его выявления в отдаленном периоде. Изначально СД II типа выявлен у 10 оперированных больных. Однако при обследовании в отдаленные сроки после операции СД II типа был диагностирован еще у 8 больных. Таким образом, общее число больных СД II типа составило 18 (24,6%). Необходимо отметить, что лишь 44,4% из всех исследуемых нами больных СД находились под наблюдением эндокринолога и им проводилась соответствующая терапия, тогда как остальные 55,6% больных не обращали большого внимания на наличие признаков (в основном лабораторных) СД II типа и не проводили регулярной терапии по коррекции гликемии.

Анализ динамики другого важного фактора развития атеросклероза коронарных сосудов в отдаленные сроки после операции – ГЛ показал увеличение числа больных с нарушениями липидного обмена с исходных 24 до 36. Причем из них ГЛ IIb типа (повышение уровня общего холестерина, холестерина липопротеинов низкой плотности, холестерина липопротеинов очень низкой плотности, триглицеридов) имели 28 больных, а у остальных 8 пациентов была ГЛ IIa типа (повышение уровня общего холестерина и холестерина липопротеинов низкой плотности). Если из 36 больных с ГЛ рецидив ИБС в отдаленные сроки после операции произошел у 20, то в группе без нарушений липидного обмена число больных с рецидивом стенокардии было хоть и несущественно ($p=0,0797$), но меньше – 13 из 37 больных.

Предикторы отдаленной летальности и осложнений. Анализ прогностических показателей отдаленной смертности и осложнений был проведен по таким важным, на наш взгляд, факторам риска прогрессирования атеросклероза коронарных артерий, как СД, отсутствие терапии ГЛ (липримар, симвастатин и др.), артериальная гипертензия (АГ), отягощенная наследственность по ИБС и продолжение курения пациентами после операции.

Из 5 вышеперечисленных показателей унивариантный регрессионный анализ выявил СД как прогностический фактор риска, достоверно увеличивающий отдаленную смертность ($p=0,05$). Последующий мультивариантный регрессионный анализ также подтвердил, что СД существенно увеличивает отдаленную смертность ($p=0,02$).

Аналогичный анализ факторов риска отдаленных осложнений при унивариантном регрессионном анализе определил СД и отсутствие терапии ГЛ как факторы, достоверно увеличивающие вероятность рецидива симптомов ишемии миокарда (ИМ, стенокардия) и повторных коронарных вмешательств (АКШ, ангиопластика и стентирование коронарных артерий). Сахарный диабет достоверно увеличивал частоту этих осложнений и при мультивариантном регрессионном анализе (табл. 2).

Обсуждение

Известно, что ИБС чаще встречается у больных старшей возрастной группы, и это объясняет скудность соответствующих литературных данных по молодым пациентам. Тем не менее изучение течения ИБС у молодых пациентов является актуальной задачей (6–10% всех случаев ИМ приходится на пациентов до 45 лет). Еще в конце прошлого столетия [8, 9] при изучении АКШ у молодых пациентов были выявлены неутешительные результаты по показателям операционной смертности, возврата симптомов ИБС и отдаленной выживаемости. Раннее проявление ИБС у молодых пациентов может быть показателем быстрого прогрессирования атеросклероза [9, 10]. D. J. Cohen и соавт. [8] сравнили данные пациентов в возрасте до 36 лет с контрольной группой среднего возраста и взрослыми пациентами и обнаружили существенное ухудшение 8-летней выживаемости у молодых пациентов (27%) по сравнению с пациентами средней возрастной категории (61%) и пожилыми пациентами (59%). Ретроспективное исследование M. E. Kelly и соавт. [9] показало, что частота выполнения повторных операций у молодых пациентов в 14 раз превышала таковую у взрослых больных (16,2% против 1,2% соответственно).

К сожалению, отдаленные клинические результаты у молодых пациентов не столь оптимистичны. Атеросклероз коронарных артерий – прогрессирующее заболевание, и у многих наших пациентов это проявилось в рецидиве ишемии миокарда и/или поражении других периферических артерий. Отдаленные результаты также неутешительны и свидетельствуют о значительном сокращении продолжительности жизни молодых пациентов. По данным большинства исследователей, отдаленная выживаемость у молодых

Унивариантный и мультивариантный логистический регрессионный анализ прогностических факторов риска отдаленной смертности и осложнений

Факторы риска	Унивариантный анализ ОШ (95% ДИ)	<i>p</i>	Мультивариантный анализ ОШ (95% ДИ)	<i>p</i>
<i>Отдаленная смертность</i>				
СД	1,59 (0,25–10,11)	0,07	0,89 (0,05–16,4)	0,02
АГ	0,93 (0,16–6,05)	0,97	–	–
Продолжение курения	3,46 (0,35–36,5)	0,24	–	–
Отсутствие терапии ГЛ	0,77 (0,064–7,2)	0,08	–	–
Отягощенная наследственность	0,91 (0,087–6,8)	0,92	–	–
<i>Отдаленные осложнения (рецидив стенокардии, ИМ, ангиопластика и стентирование КА, АКШ)</i>				
СД	2,44 (1,2–4,8)	0,01	2,12 (0,81–4,46)	0,03
АГ	1,04 (0,25–4,07)	0,64	–	–
Продолжение курения	2,18 (0,47–34,2)	0,86	–	–
Отсутствие терапии ГЛ	4,42 (1,1–17,8)	0,03	3,32 (0,68–16,33)	0,14
Отягощенная наследственность	2,12 (1,07–7,9)	0,86	–	–

больных составляет 74–85% за 10-летний период наблюдения [6, 7, 10, 12]. Кроме того, страдает качество жизни, о чем свидетельствует тот факт, что у 31% всех наших выживших больных стала рецидивировать стенокардия различной степени выраженности, требующая антиангинальной терапии.

Изучение факторов риска у молодых больных позволило выявить широкое распространение систематического курения, злоупотребления алкоголем. Значительную роль у молодых больных играли такие факторы риска, как отягощенная наследственность по ИБС, СД, ГЛ, а также артериальная гипертензия. Важнейшими факторами, существенно влияющими на эффективность прямой реваскуляризации миокарда у молодых больных, является, по данным литературы, наличие СД и ГЛ [3, 4, 11, 12]. Анализ факторов риска развития атеросклероза показал высокую их частоту у оперированных больных молодого возраста. Профилактика прогрессирования атеросклероза, вероятно, лучший способ улучшения отдаленных результатов. Как и в других исследованиях, в нашей работе наиболее частыми факторами риска ИБС были курение, ГЛ, АГ и СД. Так, АГ имели 32,2% больных, СД II типа – 24,6%, ГЛ – 49,3%, курение отмечено у 78% оперированных больных, при этом отягощенный анамнез по ИБС имелся у 42%. Все эти факторы риска потенциально устранимы как физическими, так и фармакологическими средствами, что требует проведения в отдаленном периоде после операции комплексной медикаментозной терапии, направленной на коррекцию углеводного и липидного обменов, артериальной гипертензии, а также прекращения курения. Однако лишь 42% больных молодого возраста находились под наблюдением и им проводилась медикаментозная терапия с учетом вышеперечисленных факторов риска. Что касается аспектов хирургии, то для улучшения отдаленных результатов у молодых пациентов следует чаще использовать артериальные кондуиты, такие как внутренняя грудная артерия и лучевая артерия.

Заключение

Адекватное и своевременное воздействие на вышеперечисленные факторы, существенно влияющие на отдаленные результаты хирургического лечения ИБС у лиц молодого возраста, позволит повысить эффективность прямой реваскуляризации у этой категории больных ИБС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алишба М. М., Коваленко О. А., Мусин Д. Е. Результаты хирургического лечения ИБС у пациентов молодого возраста // XII Всероссийский съезд сердечно-сосудистых хирургов. 2006. С. 60.
2. Андриевский Ю. А., Долматова Л. И. Инфаркт миокарда у лиц молодого возраста // Актуальные вопросы организации терапевтической службы, диагностики и лечения заболеваний внутренних органов. Пермь, 1979. С. 25–27.
3. Бокерия Л. А., Мерзляков В. Ю., Самушова Д. Ш. Изменение липидного спектра крови и С-реактивного белка у больных после АКШ // XIV Всероссийский съезд сердечно-сосудистых хирургов. М., 2008. С. 72.
4. Бокерия Л. А., Ступаков И. Н. ИБС и факторы риска (сравнение показателей в странах Европы, США и России) // Грудная и серд.-сосуд. хир. 2007. № 4. С. 6–10.
5. Гуревич М. А. Скоропостижная смерть при ишемической болезни сердца в молодом возрасте // Кардиология. 1973. Т. 13, № 4. С. 46–49.
6. Ривчин Л. Г. Клиника, диагностика и течение ИБС у молодых больных при отборе к хирургическому лечению: дис. ... канд. мед. наук. М., 1984.
7. Berenson G. S., Wattigney W. A., Tracy R. E. et al. Atherosclerosis of the aorta and coronary arteries and cardiovascular risk factors in persons aged 6 to 30 years and studied at necropsy (the Bogalusa Heart Study) // Am. J. Cardiol. 2004. Vol. 70. P. 851–858.
8. Cohen D. J., Basamania C., Graeber G. M. et al. Coronary artery bypass grafting in young patients under 36 years of age // Chest. 1986. Vol. 89. P. 811–816.
9. Kelly M. E., DeLaria G. A., Najafi H. Coronary artery bypass surgery in patients less than 40 years of age // Chest. 1988. Vol. 94. P. 1138–1141.
10. Laks H., Kaiser G. C., Barner H. B. et al. Coronary revascularization under age 40 years: risk factors and results of surgery // Am. J. Cardiol. 1978. Vol. 41. P. 584–589.
11. Ng W. K., Vedder M. et al. Coronary revascularization in young adults // Eur. J. Cardiol. 2005. Vol. 11. P. 732–738.
12. Wagner J., Ennker J., Hetzer R. Characteristics of patients younger than 40 years of age operated for coronary artery disease // Herz. 1996. Vol. 21, № 3. P. 183–191.

Поступила 23.03.2012