

использование наркотических средств медицинскими и научными целями и предусматривающую постоянное международное сотрудничество и контроль для осуществления этих принципов и целей, настоящим согласились о нижеследующем:

<...>

Статья 4. Общие обязательства

Стороны принимают такие законодательные и административные меры, какие могут быть необходимы для того, чтобы:

<...>

с) при условии соблюдения постановлений настоящей Конвенции ограничить исключительно медицинскими и научными целями производство, изготовление, вывоз, ввоз, распределение наркотических средств, торговлю ими и их применение и хранение.

<...>

Статья 19. Исчисления потребностей в наркотических средствах

1. Стороны представляют Комитету ежегодно по каждой из своих территорий в порядке и по форме, предписанных Комитетом, исчисления на разосланных им бланках по следующим вопросам:

а) количества наркотических средств, предназначенных для потребления в медицинских и научных целях;

б) количества наркотических средств, предназначенных для изготовления других наркотических средств, препаратов, включенных в Список III, и веществ, на которые не распространяется настоящая Конвенция.

<...>

Статья 21. Ограничение изготовления и ввоза

1. Общие количества каждого наркотического средства, изготовленного и ввезенного любой страной или территорией в течение любого года, не должны превышать суммы следующих количеств:

а) количества, потребленного, в пределах соответствующего исчисления, для медицинских и научных целей;

б) количества, использованного, в пределах соответствующего исчисления, для изготовления других наркотических средств, препаратов, включенных в Список III, и веществ, на которые не распространяется настоящая Конвенция;

<...>

е) количества, приобретенного в пределах соответствующего исчисления для специальных целей.

<...>

Таким образом, Конвенции ООН по наркотическим средствам и психотропным веществам:

- вводят по всему миру систему административного контроля за их оборотом;

- обеспечивают единый законодательный подход к их обороту в странах, подписавших Конвенции;

- создают препятствия для нелегальной торговли ими;

- служат юридической основой для международного сотрудничества полиции и таможенных служб в вопросе их легального оборота;

- поддерживают систему сбора данных об общемировой наркоситуации;

- предлагают возможности для обмена опытом между странами о новых подходах противодействия нелегальному обороту наркотическими средствами и психотропными веществами, о новых формах злоупотребления и т. п.;

- препятствуют попыткам легализации наркотических средств и психотропных веществ в ряде стран мира.

Поступила 18.04.2013

ЛИТЕРАТУРА

1. Авакян Р. О. Наркомания и методы борьбы с нею. – Ереван, 1990. – С. 64.
2. Анисимов Л. Н. Наркотики: правовой режим. – Л., 1972. – С. 10.
3. Аргунов Ю. Н., Габиани А. А. Правовые меры борьбы с наркотизмом. – М., 1989. – С. 16.
4. Казакова В. А., Фирсаков С. В. Обзор законодательства зарубежной печати. Проблемы борьбы с преступностью. – М., 1996. – С. 292.
5. Панов В. П. Сотрудничество государств в борьбе с международными преступлениями. – М., 1993. – С. 39.
6. Сборник действующих договоров, соглашений и конвенций, заключенных СССР и иностранными государствами. – М., 1956. – Вып. 13. – С. 350–354.

**М. В. АВИЛОВА¹, Е. Д. КОСМАЧЕВА², В. К. ЗАФИРАКИ²,
К. О. БАРБУХАТТИ¹, И. В. КОЛОТОВКИН¹**

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ СТЕНОЗОВ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ С МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

¹Кафедра кардиохирургии и кардиологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Российская, 140 – ГУЗ ККБ 4-ЦГХ;

²кафедра терапии № 1 ФПК и ППС ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Россия, 350063, г. Краснодар, ул. 1 Мая, 167 – ГБУЗ ККБ № 1, тел. 8 (918) 4684835. E-mail: avilova.marija@yandex.ru

В статье обсуждается тактика ведения пациентов с сочетанным поражением коронарных и сонных артерий. Данный вопрос является предметом непрекращающихся дискуссий в связи с неблагоприятным прогнозом и высокими хирургическими рисками осложнений и летальности. Каротидная эндартерэктомия (КЭАЭ) в настоящее время остается золотым стандартом

коррекции стенозов сонной артерии. Несмотря на большое количество отечественных и зарубежных работ, показания к стентированию сонных артерий (КАС) ограничены.

В нашей работе проведен анализ результатов хирургического лечения 98 пациентов с ИБС с сочетанными каротидными стенозами. Учитывая полученные данные, можно говорить о сопоставимой эффективности и безопасности КАС в сравнении с КЭАЭ у больных высокого хирургического риска.

Ключевые слова: атеросклероз, ишемическая болезнь сердца.

M. V. AVILOVA¹, E. D. KOSMACHOVA², V. K. ZAFIRAK², K. O. BARBUHATTI¹, I. V. KOLOTOVKIN¹

THE IMMEDIATE RESULTS OF SURGICAL CORRECTION OF THE STENOSIS OF THE INTERNAL CAROTID ARTERY IN PATIENTS WITH MULTIFOCAL ATHEROSCLEROSIS

¹*Department of cardiac surgery and cardiology of the postgraduate education faculty
KubSMU Ministry of health of the Russian Federation,*

Russia, 350063, Krasnodar, str. Russian, 140 – the center of thoracic surgery;

²*department therapy № 1 department of cardiac surgery and cardiology of the postgraduate education faculty
KubSMU Ministry of health of the Russian Federation;*

*Russia, 350063, Krasnodar, str. May 1, 167 – the regional clinical hospital № 1,
tel. 8 (918) 4684835. E-mail: avilova.marija@yandex.ru*

The article discusses the tactics of patients with combined coronary and carotid artery disease.

This issue is the subject of ongoing discussions in relation to the poor prognosis and high surgical risk of complications and mortality. Carotid endarterectomy (CEA) is currently the primary method of the correction of carotid artery stenosis. The indications for carotid artery stenting (CAS) is limited. In this study analyzed results of surgical treatment of 98 patients with coronary artery disease and carotid stenosis.

The data obtained show comparable efficacy and safety of CAS compared with CEA in patients with high surgical risk.

Key words: multifocal atherosclerosis, coronary heart disease.

Введение

Атеросклероз, являясь системным заболеванием, нередко поражает два и более сосудистых бассейна. По данным различных литературных источников, можно сделать вывод, что сочетанное поражения сонных и коронарных артерий встречается довольно часто [3, 4, 5]. В работе К. Уанака и соавт. [24] стенозы коронарных и сонных артерий отмечаются у 30% больных ИБС при поражении трех коронарных артерий и более, чем в 45% при снижении фракции выброса левого желудочка. Abovans и соавт. [13] сообщили о распространенности каротидных стенозов (КС) с сужением просвета сосуда артерии более 50% среди больных, которым планировалось аортокоронарное шунтирование, в 13,1% случаев; Fukuda и соавт. [18] выявили подобные КС у 14,3% пациентов в популяции больных после АКШ; в исследовании Drohomirecka и соавт. [17] распространенность КС была еще выше (18%).

Известно, что у 10% населения мира в возрасте 65 лет уже имеется поражение хотя бы одной сонной артерии (со степенью стеноза >50%), и с возрастом отмечается увеличение количества таких лиц в 2–3 раза среди пациентов с ИБС [11]. Однако стенозы каротидных артерий часто являются асимптомными и выявляются в процессе обследования больных, госпитализированных в стационар с клиникой ИБС.

Пациенты с сочетанием гемодинамически значимого поражения брахиоцефальных артерий и коронарных артерий представляют собой сложную проблему в отношении тактики ведения, поскольку атеросклеротическое поражение нескольких сосудистых бассейнов сопряжено с худшим прогнозом, а хирургическое лечение сопровождается повышенным риском осложнений и летальности [8, 9, 12].

В ряде исследований продемонстрировано, что каротидная эндартерэктомия (КЭАЭ) снижает риск

инсульта у пациентов со стенозами сонных артерий высокой степени. При этом профилактическая эффективность доказана как для пациентов с симптомными стенозами более 50–70%, так и в случае асимптомных стенозов, превышающих 70%. Асимптомными считаются стенозы в бассейне сонной артерии, не сопровождающиеся стойкой или преходящей неврологической симптоматикой в течение последних 6 месяцев [23].

КЭАЭ остается золотым стандартом реваскуляризации головного мозга, за исключением ситуаций, обусловленных тяжелым течением коморбидных заболеваний, неблагоприятной для проведения вмешательства анатомией шеи, разноуровневыми стенозами сонных артерий, стенозом верхнего сегмента внутренней сонной артерии, пострадиационным или постхирургическим стенозом. В этих случаях предпочтительнее выполнение стентирования каротидных артерий (КАС) [15, 23]. Данная методика малоинвазивна и значительно менее травматична, чем КЭАЭ. К настоящему времени эффективность и безопасность стентирования сонных артерий (КАС) сопоставимы с результатами КЭАЭ [12, 16, 22]. Тем не менее накопленный в мировой практике опыт КАС относительно мал по сравнению с количеством выполняемых КЭАЭ. Для уточнения показаний, оценки ближайших и отдаленных результатов стентирования сонных артерий необходимы дальнейшее накопление и анализ опыта лечения таких больных.

Материалы и методы

В проспективное когортное исследование с двумя параллельными группами были включены 98 пациентов с сочетанным атеросклеротическим поражением коронарных и сонных артерий, в отношении которых консилиумом специалистов было принято решение о проведении двухэтапной хирургической

реваскуляризации обоих сосудистых бассейнов. Необходимость проведения хирургической реваскуляризации определяли в соответствии с существующими показаниями, изложенными в рекомендациях европейского общества кардиологов (ESC) по коронарной реваскуляризации 2008 г. Аортокоронарное шунтирование у всех больных выполнялось вторым этапом после хирургической реваскуляризации в бассейне сонных артерий в соответствии с принятым в клинике протоколом. Все пациенты были прооперированы в период с 2008 по 2011 г. и отбирались в соответствии с критериями включения и исключения из числа больных ($n=106$), подвергнутых за указанный период двухэтапному хирургическому лечению по поводу сочетанного стенозирующего атеросклероза сонных и коронарных артерий.

Критерии включения: стабильная стенокардия напряжения II–IV ФК, подлежащая аортокоронарному шунтированию в соответствии с рекомендациями РКО, в сочетании с симптомными стенозами ВСА более 50% либо с асимптомными стенозами более 70% просвета артерии.

Критерии исключения: острый коронарный синдром (нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда), злокачественные новообразования, стенозирование сонных артерий неатеросклеротической этиологии, тяжелые сопутствующие соматические заболевания, препятствующие выполнению хирургического вмешательства на сосудах, тяжелый неврологический дефицит (по шкале Рэнкина ≥ 3 баллов), терминальная хроническая почечная недостаточность, тяжелая хроническая болезнь легких, печеночная недостаточность.

В зависимости от метода хирургического лечения стенозов сонных артерий больные сформировали 2 группы: группа каротидной эндартэктомии ($n=48$) и

группа баллонной ангиопластики в сочетании со стентированием внутренних сонных артерий с применением устройств защиты головного мозга от дистальной эмболии ($n=50$). Клиническая характеристика больных до проведения хирургических вмешательств представлена в таблице 1.

Всем пациентам помимо клинического осмотра кардиологом и неврологом выполнялись электрокардиография, эхокардиография, коронароангиография, ангиография брахиоцефальных артерий, компьютерная томография головного мозга. Методом триплексного сканирования брахиоцефальных артерий проводились измерение степени стеноза, скорости кровотока и определение структуры атеросклеротических бляшек (по классификации Gray-Weale в модификации РНЦХ им. академика Петровского РАМН). Объективизацию и количественную оценку нарушений когнитивной функции проводили с использованием краткой шкалы оценки психического статуса (Mini-Mental State Examination – MMSE, M. Folstein, S. Folstein, R. Mc Hugh, 1975); «батареи лобных тестов» (Frontal Assessment Battery (FAB), M. D. Lezak, 1993) на дооперационном этапе и через 1–2 месяца после операции. Для оценки двигательных расстройств у больных, перенесших ишемический инсульт, в предоперационном плане обследования использовалась шкала Рэнкина. В интраоперационном и раннем послеоперационном периодах длительностью до 30 дней оценивали частоту следующих осложнений: транзиторная ишемическая атака, инсульт, инфаркт миокарда, ятрогенное повреждение черепно-мозговых нервов, кровотечение из места пункции бедренной артерии с образованием «пульсирующей гематомы», частоту комбинированной конечной точки (ИМ+ОНМК), а также динамику показателей когнитивной дисфункции. Статистическая обработка проводилась с помощью программы «STATISTICA 6.0 for Windows». При опи-

Таблица 1

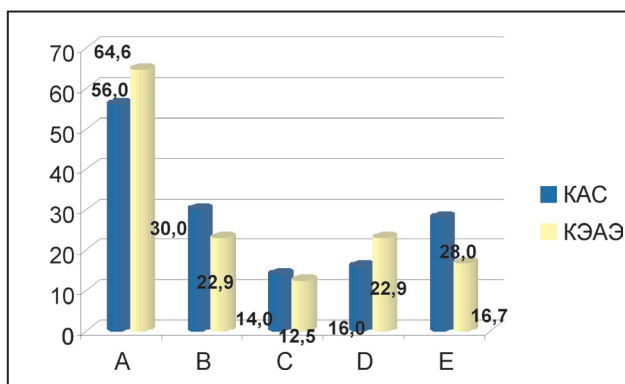
Исходная клиническая характеристика пациентов

Параметр	КАС ($n=50$)	КЭАЭ ($n=48$)	p
Пол, м/ж	44/6	43/5	0,80
Возраст, лет ($m \pm \sigma$)	62,3 $\pm$ 5,7	61,8 $\pm$ 5,6	0,70
Курение в настоящем, %	70	60,4	0,21
Общий холестерин, моль/л ($m \pm \sigma$)	5,84 $\pm$ 1,3	5,91 $\pm$ 1,38	0,81
Артериальная гипертензия, %	94	91,7	0,65
Сахарный диабет 2-го типа, %	18,0	12,5	0,45
Инфаркт миокарда в анамнезе, %	66,0	60,4	0,57
Инсульт и т.п. в анамнезе, %	52,0	43,75	0,41
Прием статинов, %	64,0	58,3	0,56
Фв, % ($m \pm \sigma$)	48,9 $\pm$ 6,3	51,3 $\pm$ 6,2	0,05
Имт, кг/м ² ($m \pm \sigma$)	30,9 $\pm$ 3,7	31,8 $\pm$ 3,8	0,90
Функциональный класс стенокардии, %			
II	32,0	50,0	0,71
III	52,0	41,7	0,67
IV	16,0	8,3	0,12
ХСН по NYHA, %			
II	68,0	79,2	0,54
III	24,0	18,7	0,46
IV	8,0	2,1	0,18

сании данных мерой центральной тенденции служила средняя арифметическая M , мерой рассеяния – среднеквадратическое отклонение σ ($M \pm \sigma$). Для выявления различий между группами использовали параметрический критерий Стьюдента для независимых выборок при условии нормального распределения значений переменных, иначе – непараметрический критерий Манна-Уитни. Описание признаков, не имеющих нормального распределения, осуществлялось медианой и интерквартильным размахом (25-й и 75-й процентиля). Для сравнения долей применяли критерий хи-квадрат, а при наличии хотя бы одного ожидаемого значения в таблице сопряженности 2×2 менее 5 – точный критерий Фишера. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты

У всех больных отмечалось гемодинамически значимое поражение коронарного русла. По данным КАГ поражение ствола ЛКА диагностировано у 14 (28%) пациентов в группе КАС, тогда как в группе КЭАЭ – всего у 7 (14%). Однако статистически значимых различий выявлено не было ($p = 0,11$).



Распределение больных по характеру поражения артериального русла, %

Примечание: А – преимущественно одностороннее гемодинамически значимое поражение (более 70% для асимптомных и более 50% для симптомных пациентов), В – бикаротидное гемодинамически значимое поражение, С – стеноз в сочетании с контрлатеральной окклюзией ВСА, D – поражение других артерий БЦА, Е – поражение других артериальных бассейнов (артерии нижних конечностей, почечные артерии).

Поражение других артериальных бассейнов, в том числе каротидного, в обеих группах также не имело статистически значимых различий.

Степень проявления сосудисто-мозговой недостаточности варьировала от бессимптомного течения до остаточных проявлений ишемических инсультов. Так, в соответствии с классификацией нарушений мозгового кровообращения при стенозирующих поражениях магистральных церебральных сосудов А. В. Покровского (1979) пациентов с бессимптомной стадией (при которой отсутствовали признаки нарушения когнитивных функций, неврологического дефицита) (1-я стадия) было 8 (16%) и 14 (29,2%), с транзиторными ишемическими атаками (2-я стадия) – 13 (26%) и 9 (18,75%), с хронической мозговой недостаточностью (ХМН) кровообращения в виде дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭП) II–III без ишемических атак и инсультов

(3-я стадия) – 15 (30%) и 13 (27,1%), с инсультом в анамнезе и его последствиями (4-я стадия) – 13 (26%) и 12 (25%) человек соответственно. Из них перенесли инсульт в течение последних 6 месяцев: 6 (46,2%) больных из группы КАС и 4 (33,3%) в группе КЭАЭ.

ХМН клинически имела проявления в виде рассеянной неврологической симптоматики (пирамидный синдром, экстрапирамидные, вестибулярные, когнитивные расстройства), что соответствовало преимущественно ДЭП II степени.

В группе КАС незначимые нарушения (1 балл) и двигательные нарушения легкой степени (2 балла) согласно модифицированной шкале Рэнкина среди пациентов, перенесших инсульт, наблюдались у 8 и 6 пациентов соответственно, в группе КЭАЭ регистрировалась у 5 и 6 больных.

Пациенты обеих групп предъявляли жалобы на снижение внимания, памяти от легкой забывчивости до нарушений, ощутимо изменяющих качество жизни, трудовой и социальной деятельности. В нейропсихологическом статусе преддементные нарушения выявлены у 67,3% пациентов, деменция легкой степени – у 9,2%, деменция умеренной степени – у 2,0%.

По данным тестов отмечалось преобладание по частоте нарушений внимания и счета, памяти (отсроченное воспроизведение слов), речевых функций: повторение сложного предложения без требования его понимания (экспрессивная речь), письменная речь и срисовывания рисунка.

По шкале лобной дисфункции (FAB) обнаружены трудности с выполнением тестов на абстрактное мышление, свободные ассоциации, динамический праксис. Однако обе группы были сопоставимы по исходной выраженности когнитивной дисфункции.

В течение периоперационного периода летальных исходов не зарегистрировано. Общая частота осложнений составила 10,0% в группе КАС и 16,7% в группе КЭАЭ.

Спектр осложнений представлен в таблице 3.

Статистически значимые различия между группами были выявлены только для такого осложнения, как поражение черепно-мозговых нервов ($p = 0,02$).

Частота комбинированной конечной точки (инфаркт миокарда + ОНМК) в периоперационном периоде (интраоперационном + раннем послеоперационном – до 30 дней) в группе пациентов, подвергшихся КАС, составила 6,0%, в группе КЭАЭ – 6,3%, т. е. была сопоставимой.

В когнитивном статусе в обеих группах у симптомных и асимптомных пациентов при обследовании через интервал времени от 1 до 2 месяцев (в среднем 1,8) после операции отмечалось некоторое улучшение результатов тестов на внимание и счет, достигшее, однако, статистически значимого уровня. Улучшение отмечалось также по результатам тестов для оценки кратковременной памяти. Обобщенные данные динамики результатов нейропсихологических тестов MMSE и FAB представлены в таблице 2.

Обсуждение

У больных с симптомными и асимптомными выраженными стенозами сонных артерий операции реваскуляризации, выполненные высококвалифицированными хирургами (эндартерэктомия) и интервенционистами (стентирование), примерно одинаково эффективны и безопасны.

Таблица 2

**Осложнения оперативного лечения в периоперационном периоде
(интраоперационном + раннем послеоперационном периоде, до 30 дней)**

Осложнение	КАС, n=50		КЭАЭ, n=48		p	Всего, n=98	
Инсульт	1	2,0%	1	2,1%	0,74	2	2,0%
ТИА	2	4,0%	1	2,1%	0,52	3	3,06%
Инфаркт миокарда	0	0	1	2,1%	0,49	0	0
Повреждение ЧМН	0	0	5	10,4%	0,02	5	5,1%
Пульсирующая гематома	2	4,0%	0	0	0,26	2	2,0%
Летальность	0	0	0	0	0	0	0

Таблица 3

**Динамика показателей когнитивной дисфункции
на фоне оперативного лечения**

Группы	MMSE			FAB		
	Исходно	1–2 мес.	p	Исходно	1–2 мес.	p
Симптомные						
КАС	26 (23; 27)	28 (25; 30)	0,002	14 (12; 14)	16 (13; 16)	0,006
КЭАЭ	26 (24; 27)	28 (25; 28)	0,043	14 (12; 15)	16 (14; 18)	0,001
Асимптомные						
КАС	27 (26; 28)	29 (27; 30)	0,012	15 (14; 17)	17 (16; 17)	0,008
КЭАЭ	27 (26; 27)	29 (27; 30)	0,004	15 (14; 16)	17 (15; 18)	0,001

Частота периоперационных осложнений оказалась сопоставимой, несмотря на несколько более тяжелый контингент больных, подвергшихся стентированию, по сравнению с группой эндартерэктомии. Исключение составило периоперационное повреждение черепно-мозговых нервов, встречавшееся только в 1-й группе, что связано с самими особенностями техники операционного вмешательства.

Полученные результаты соотносятся с данными крупных рандомизированных исследований [20, 22], метаанализа Cochrane [16], нескольких спонтанных нерандомизированных мультицентровых регистров (Carotid Artery Stenting with Embolic Protection Surveillance (CASES-PMS) и Carotid ACCULINK/ ACCUNET Post-Approval Trial to Uncover Unanticipated or Rare Events (CAPTURE) [20], ACCULINK for Revascularization of Carotids in High-Risk Patients (ARCHeR) [14, 15], а также работами отечественных авторов [7].

Изменение нейропсихического статуса на фоне реваскуляризации головного мозга также отражает общую тенденцию к улучшению когнитивных функций в послеоперационном периоде [1, 6, 10] независимо от метода хирургической коррекции, несмотря на тяжелую сопутствующую кардиальную патологию, оказывающую самостоятельное негативное влияние на такие высшие корковые функции, как память,

сосредоточение (концентрация) внимания, праксис, гнозис, речь [10]. Предпосылками для улучшения результатов исследования когнитивных функций может быть увеличение объемной скорости мозгового кровотока, что способствует ликвидации энергетического дефицита, ингибированию окислительного стресса и усилению антиоксидантной защиты клеток головного мозга.

У пациентов с асимптомным течением стеноза ВСА наблюдались исходно более высокие показатели результатов тестов MMSE и FAB, свидетельствующие о менее выраженной когнитивной дисфункции.

Таким образом, учитывая отсутствие статистически значимых различий между частотой возникновения кардиальных и неврологических осложнений (инфаркт, инсульт, ТИА), показателями нейропсихологического тестирования у пациентов, подвергнутых КЭАЭ и КАС в течение 3 лет в ККБ, можно говорить о том, что эффективность и безопасность обоих типов реконструкции ВСА сопоставимы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бокерия Л. А., Голухова Е. З., Мерзляков В. Ю. и др. Оценка мозгового кровотока при реваскуляризации миокарда у больных ишемической болезнью сердца с поражением сонных артерий //

Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. — 2005. — № 3. — С. 20–25.

2. Илов Н. Н., Шварц Р. Н., Панова Т. Н. Когнитивно-мнестические функции у больных гипертонической болезнью трудоспособного возраста при лечении амлодипином // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. — 2011. — № 7 (3). — С. 235.

3. Клименко И. С., Глотова Н. А., Сергеева А. Н. и др. Взаимосвязь церебральной гемодинамики и показателей артериального давления у больных артериальной гипертензией и каротидным атеросклерозом // Труды I Национального конгресса «Кардионеврология». — 2008. — С. 285.

4. Лила А. М., Корнева В. А., Петровский В. И. Клинико-функциональные особенности ишемической болезни сердца у больных со стенозирующим церебральным атеросклерозом // Клиницист. — 2008. — № 4. — С. 11–15.

5. Мишалов В. Г., Литвинова Н. Ю. Особенности хирургического лечения атеросклеротического поражения брахиоцефальных артерий у больных с сопутствующей ишемической болезнью сердца // Серце і судини. — 2003. — № 1. — С. 90–96.

6. Падабед Д. А., Бельская Г. Н., Фокин А. А. Особенности когнитивного статуса пациентов до и после реконструктивных операций на внутренних сонных артериях // Уральский медицинский журнал. Неврология. — 2008. — № 1 (41). — С. 77–80.

7. Пивень А. В., Иванов В. А., Гаверилко А. В. и др. Ближайшие результаты каротидной эндартерэктомии и каротидного стентирования у пациентов с симптомными стенозами внутренних сонных артерий // Бюллетень НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН. Приложение. — 2009. — Т. 10. № 3. — С. 114.

8. Покровский А. В. Показания к реконструктивным операциям на ветвях дуги аорты у больных с сочетанным поражением брюшной аорты и экстракраниальных артерий // Хирургия. — 1988. — № 2. — С. 9–14.

9. Покровский А. В., Кияшко В. А. Ишемический инсульт можно предупредить // Русский медицинский журнал. — 2003. — № 12. — С. 691–695.

10. Пышкина Л. И., Кабанов А. А., Текоева А. Р., Пирцхалаишвили З. К., Дарвиш Н. А., Игнатенко А. В. Состояние клинико-неврологических и нейропсихологических функций у больных с окклюзирующими поражениями брахиоцефальных артерий на фоне реконструктивных операций на сонных артериях // Нейродиагностика и высокие биомедицинские технологии. — 2010. — № 4. — С. 3–9.

11. Сорокина Т. А. и др. Состояние мозгового кровообращения больных старших возрастов // Ишемическая болезнь сердца и мозга в гериатрической практике. — 2009. — С. 55.

12. Фуркало С. Н., Кондратьев В. А., Альтман И. В. Эндovasкулярные мультидисциплинарные вмешательства при рас-

пространном атеросклерозе венечных, сонных и подвздошных артерий // Клінічна хірургія. — 2003. — № 4/5. — С. 61.

13. Aboyans V., Lacroix P., Guilloix J. et al. A predictive model for screening cerebrovascular disease in patient undergoing coronary artery bypass grafting // Interactive cardiovascular thorac. surg. — 2005. — Vol. 4. — P. 90–95.

14. Back M. R. Commentary: protected carotid stenting in high-surgical-risk patients: the ARChER results. Perspect. vasc. surg. endovasc. // Ther. — 2006. — Vol. 18. — P. 349.

15. Brott T. G., Halperin J. L., Abbara S. et al. Guideline on the management of patients with extracranial carotid and vertebral artery disease // J. neurointerv. surg. — 2011. — Vol. 3 (2). — P. 100–130.

16. Coward L. J., Featherstone R. L., Brown M. M. Safety and efficacy of endovascular treatment of carotid artery stenosis compared with carotid endarterectomy: a Cochrane systematic review of the randomized evidence // Stroke. — 2005. — Vol. 36. — P. 905.

17. Drohomirecka A., Koltowski L., Kwinecki P. et al. Kardiologia pol. — 2010. — Vol. 7. — P. 789–794.

18. Fukuda I., Gomi S., Watanabe K. et al. Carotid and aortic screening for coronary artery bypass grafting // An. thorac. surg. — 2000. — Vol. 70. — P. 2034–2039.

19. Gray W. A., Yadav J. S., Verta P. et al. The CAPTURE registry: results of carotid stenting with embolic protection in the post approval setting // Catheter cardiovascular. interv. — 2007. — Vol. 69. — P. 341.

20. Hobson R. W., Howard V. J., Roubin G. S., Brott T. G. et al. CREST Investigators. Carotid artery stenting is associated with increased complications in octogenarians: 30-day stroke and death rates in the CREST lead-in phase // J. vasc. surg. — 2004. — Vol. 40 (6). — P. 1106–1111.

21. Lepore M. R., Sternbergh W. C., Salartash K., Tonnessen B., Money S. R. Influence of NASCET/ACAS trial eligibility on outcome after carotid endarterectomy // J. vasc. surg. — 2001. — Vol. 34. — P. 581.

22. Mozes G., Sullivan T. M., Torres-Russotto D. R., et al. Carotid endarterectomy in SAPHIRE-eligible high-risk patients: implications for selecting patients for carotid angioplasty and stenting // J. vasc. surg. — 2004. — Vol. 39. — P. 958.

23. Wijns W., Kolh P., Mario C. et al. Guidelines on myocardial revascularization: the task force on myocardial revascularization of the European society of cardiology (ESC) and the European association for cardio-thoracic surgery (EACTS) // European heart journal. — 2010. — Vol. 31 (20). — P. 2501–2555.

24. Yanaka K. et al. Prevalence of carotid disease in patients with coronary artery stenosis // Stroke. — 1999. — Vol. 30. — P. 22–38.

Поступила 19.02.2013

К. Р. АМЛАЕВ¹, А. А. КОЙЧУЕВ², З. Д. МАХОВ¹,
С. М. КОЙЧУЕВА¹, К. В. ХУРЦЕВ²

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ НЕКОТОРЫХ АСПЕКТОВ ПРОФИЛАКТИКИ РАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

¹Кафедра «Общественное здоровье и здравоохранение»;

²кафедра онкологии

Ставропольского государственного медицинского университета,
Россия, 355017, г. Ставрополь, ул. Мира, 310,
тел. 8 (8652) 39-39-59. E-mail: kum672002@mail.ru