с высоко активным типом темперамента статистически значимо чаще (p<0,02) достигали терапевтической ремиссии в сравнении с пациентами с высоко активным и низко эмоциональным типом темперамента.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Банников Г.С.* Роль личностных особенностей в формировании структуры депрессии и реакций дезадаптации: Дис. … канд. мед.наук. – М., 1998. – 24 с.

2. *Беляев Б.С.* Клиническая дифференциация и систематика эндогенных аффективных психозов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1991. – №4. – С.51-55.

3. *Беляев Б.С., Борисова О.А., Гаранян Н.Г. и др.* Клинико-психологическое исследование особенностей личности и эмоциональности больных аффективными расстройствами // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1990. – №4. – С.80-86.

4. *Бобров А.С.* К формально-динамическим преморбидным особенностям личности (темперамент) у больных с поздним манифестом эндогенной депрессии // Тезисы докладов научной конференции. – Иркутск, 1992. – С.20-22.

5. *Бобров А.С.* Эндогенная депрессия. – Иркутск: РИО ГИУВа, 2001. – 384 с.

6. *Бобров А.С.* Эндогенная депрессия. – 2-е изд., доп. и перераб. – Иркутск: Папирус, 2010. – 370 с.

7. *Бобров А.С., Ворсина О.П.* К особенностям темперамента у больных с поздним манифестом эндогенной депрессии // Актуальные проблемы клинической медицины. – Иркутск, 1994. – С.94-98.

8. *Бобров А.С., Магонова Е.Г.* Депрессия, связанная со стрессом в амбулаторной психиатрической практике // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2010. – №7. – С.9-15.

9. *Бобров А.С., Петрунько О.В., Иванова Л.А.* Интегративная оценка депрессии, тревоги и соматоформных расстройств // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2007. – №5. – С.24-31.

10. *Борисова О.А.* Клинические особенности доманифестных состояний у больных эндогенными аффективными психозами // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1989. – Т. 89. Вып. 4. – С.67-72.

11. *Вертоградова О.П., Кошкин К.А.* Апатическая депрессия: структура и динамика // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – Вып. 2. – С.26-31.

12. *Гаранян Н.Г.* Перфекционизм и враждебность как личностные факторы депрессивных и тревожных расстройств: Автореф. дис. … д-ра психол. наук. – М., 2010. – 42 с.

13. *Гаранян Н.Г.* Депрессия и личность: обзор зарубежных исследований. Часть 1 // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – №1. – С.79-89.

14. *Гаранян Н.Г.* Депрессия и личность: обзор зарубежных исследований. Часть 2 // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – №3. – С.80-89.

15. *Гаранян Н.Г., Васильева М.Н.* Личностные характеристики больных рекуррентной депрессией, резистентных к медикаментозному лечению // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – Т. 58. №1. – С.42-47.

16. *Головизнина О.Л.* Клинико-психологическая дифференциация больных психогенными (непсихотическими) депрессиями // Российский психиатрический журнал. – 2004. – №4. – С.4-8.

17. *Дмитриев А.С.* Затяжные депрессии при маниакально-депрессивном психозе и приступообразной шизофрении: Автореф. дис. … д-ра мед. наук. – Л., 1991. – С.8-43.

18. *Дубницкая Э.Б., Андрющенко А.В.* Выбор психофармакотерапии депрессии в свете коморбидных соотношений // Человек и лекарство: сборник тезисов VIII конгресса. – М., 1991. – С.91.

19. *Корень С.В.* Личностные характеристики и структура депрессии при аффективных расстройствах: Автореф. дис. … канд. мед. наук. – М., 2008. – С.6-22.

20. *Реброва О.Ю.* Статистический анализ медицинских данных. Применения пакета прикладных программ STATISTICA. – М.: МедиаСфера, 2002. – 312 с.

21. *Русалов В.М.* Формально-динамические свойства индивидуальности человека (темперамент): методическое пособие. – М., 2004. – 135 с.

22. *Русалов В.М., Манолова О.Н.* Опросник черт характера взрослого человека (ОЧХ-В): Методическое пособие. – М., 2003. – 100 с.

23. *Семке В.Я., Корнетов А.Н.* Персонологический подход к оценке депрессивных расстройств в соматическом стационаре: от медицинской психологии к клинической практике // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – Т. 60. №3. – С.17-19.

24. *Симуткин Г.Г., Счастный Е.Д.* Клинико-конституциональные взаимосвязи при монополярном и биполярном типе течения маниакально-депрессивного психоза // Эндогенная депрессия (клиника, патогенез). – Иркутск,1992. – С.88-89.

25. *Соколова Е.Т., Николаева В.В.* Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. – М., 1995. – 360 с.

26. *Шаманина М.В.* К типологии депрессий при эндогенных психозах // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1978. – Вып. 3. – С.389-397.

27. *Юдеева Т.Н.* Перфекционизм как личностный фактор депрессивных и тревожных расстройств: Автореф. дис. … канд. мед. наук. – М., 2007. – 23 с.

28. *Azorin J.M., Fakra E., Adida M., et al.* Temperamental endophenotypes // Encephale. – 2012. – Vol. 38. Suppl. 3. – P.70-74.

29. *Bartolomucci A., Leopardi R.* Stress and Depression. Preclinical Research and Clinical Implications // PLoS ONE. – 2009. – Vol. 4. – J.1-e4265.

30. *Baune B.* Conceptual Challenges of a Tentative Model of Stress-Induced Depression // PLoS ONE. – 2009. – Vol. 4. – J.1-e4266.

31. *Ekinci O., Albayrak Y., Ekinci A.E.* Temperament and character in euthymic major depressive disorder patients: the effect of previous suicide attempts and psychotic mood episodes // Psychiatry Investig. – 2012. – Vol. 9. №2. – P.119-126.

32. *Gois C., Akiskal H., Akiskal K., et al.* The relationship between temperament, diabetes and depression // J Affect Disord. – 2012. – Suppl. 142. – P.67-71.

33. *Kitamura T., Cloninger C.R., Fossati A., et al.* Temperament and Character Domains of Personality and Depression 2012 // Depression Research and Treatment. – 2012. – Vol. 2012. – P.2.

34. *Soskin D.P., Carl J.R., Alpert J., et al.* Antidepressant effects on emotional temperament: toward a biobehavioral research paradigm for major depressive disorder // CNS Neurosci. Ther. – 2012. – Vol. 18. №6. – P.441-451.

Информация об авторах: Бобров Александр Сергеевич – заведующий кафедрой, профессор, д.м.н., 664049, г.Иркутск, м-р Юбилейный, 100, ИГМАПО, кафедра психиатрии, тел.(3952) 763857, e-mail: bobrov_irkutsk@rambler.ru; Ковалева Анна Викторовна – очный аспирант; Рожкова Нина Юрьевна – доцент кафедры.

© ПОДКАМЕННЫЙ В.А., ЛИХАНДИ Д.И., ЖЕЛТОВСКИЙ Ю.В., ШАРАВИН А.А., ЧЕПУРНЫХ Е.Е., БОРОДАШКИНА С.Ю., ЕРОШЕВИЧ А.В., МЕДВЕДЕВ А.В. – 2013

УДК 616.132.2-089.168:616.713-089.85

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ «НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ» У БОЛЬНЫХ ИБС СТАРШЕ 70 ЛЕТ

Владимир Анатольевич Подкаменный[1,3], Дмитрий Игоревич Лиханди[3], Юрий Всеволодович Желтовский[1,2,3], Анатолий Александрович Шаравин[3], Елена Евгеньевна Чепурных[2,3], Светлана Юрьевна Бородашкина[3], Александр Викторович Ерошевич[3], Александр Владимирович Медведев[3]

([1]Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, ректор – д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра сердечно-сосудистой хирургии и клинической ангиологии, зав. – д.м.н., проф. Ю.В. Желтовский; [2]Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра госпитальной хирургии, зав. – д.м.н., член-корр. РАМН, проф. Е.Г. Григорьев; [3]Иркутская ордена «Знак почета» областная клиническая больница, гл. врач – к.м.н. П.Е. Дудин, кардиохирургическое отделение №1, зав. – д.м.н., проф. Ю.В. Желтовский, кардиохирургическое отделение №2, зав. – В.Н. Медведев)

Резюме. Повсеместно отмечается увеличение количества больных старшей возрастной группы, перенесших операцию коронарного шунтирования. Применение для данной группы больных минимально инвазивных методов коронарной реваскуляризации, в том числе коронарного шунтирования без искусственного кровообращения (КШ без ИК), является традиционным. С 2001 по 2011 годы в кардиохирургическом отделении №1 Иркутской областной клинической больницы прооперировано 1146 больных ИБС. Было сформировано 2 группы больных. В первую группу включены больные в возрасте 70 лет и старше (n=43). Вторую группу составили больные в возрасте менее 70 лет (n=215). Выживаемость больных старше 70 лет (1 группа) после операции статистически значимо хуже, чем больных, не достигших этого возраста (2 группа). Свобода от наступления первичной конечной точки статистически значимо не различалась для больных обеих групп.

Ключевые слова: коронарное шунтирование, выживаемость, качество жизни, отдаленные результаты, старше 70 лет.

THE LONG-TERM OUTCOME OF OFF-PUMP CORONARY BYPASS SURGERY IN SEPTUAGENARIANS

V.A. Podkmennyy[1,3], D.I. Likhandi[3], U.V. Zheltovskiy[1,2,3], A.A. Sharavin[3], E.E. Chepurnikh[2,3], S.U. Borodashkina[3], A.V. Eroshevich[3], A.V. Medvedev[3]
([1]Irkutsk State Medical Academy of Continuing Education; [2]Irkutsk State Medical University, [3]Irkutsk Regional Clinical Hospital, Russia)

Summary. There have been studied the long-term results of OPCAB in elderly patients. From 2001 to 2009 1146 patients were underwent OPCAB. Two groups of patients were formed. The first group included patients aged 70 years and older (n=43). The second group included patients aged less than 70 years (n=215). Survival of patients older than 70 years (group 1) after surgery was significantly worse than that of patients who have not reached this age (group 2). Frequency of MACE has no significant difference for both groups of patients.

Key words: coronary bypass surgery, quality of life, OPCAB, late outcome, elderly patients.

За последнее десятилетие в экономически развитых странах отмечается увеличение продолжительности жизни и, как следствие этого, рост возраста населения. По прогнозам Census Bureau и the National Center for Health Statistics в США к 2050 году число жителей старше 80 лет составит 38 млн по сравнению с 9 млн в 2002 году [5]. Схожий прогноз приводится для ряда Европейских стран. Во Франции на 2003 год проживало 1,1 млн. человек старше 85 лет (1,8% населения), а к 2050 году ожидается увеличение до 4,4 млн. человек (6,9% населения) [4].

В хирургическом лечении больных старших возрастных групп имеются особенности. Это связано с наличием у них хронических заболеваний. Наличие хронических заболеваний представляет повышенный риск для проведения общего обезболивания и выполнения хирургических вмешательств.

По данным Росстата, болезни системы кровообращения занимают первое место среди причин смертности населения РФ. Среди умерших больных в РФ от болезней системы кровообращения более половины составляют больные с ИБС. При этом стратификации структуры летальности по возрасту в отчетах по РФ не приводится [1]. В США по данным Census Bureau и the National Center for Health Statistics 1-е место в структуре смертности у больных старше 65 лет занимает ИБС [5].

Эндоваскулярные методы, обладая минимальной травматичностью по сравнению с операциями коронарного шунтирования (КШ) в условиях искусственного кровообращения (ИК), занимают важное место в лечении пожилых больных ИБС. При этом показания к этому виду лечения, в связи с распространенностью в пожилом возрасте диффузного поражения коронарного русла, имеют ограничения. Альтернативой КШ в условиях ИК является выполнение операции КШ на «работающем сердце». Лишенный отрицательных качеств, присущих операциям в условиях ИК, данный метод в настоящее время, по мнению некоторых авторов, претендует на роль нового «стандарта» в лечении больных высокого хирургического риска. Полученные результаты операций КШ на «работающем сердце» у больных старше 70 лет выглядят многообещающе. Однако общее количество наблюдений остается небольшим [8], а сроки наблюдения, в основном, не превышают 1 год.

Цель исследования. Оценить отдаленные результаты операции КШ на «работающем сердце» у больных ИБС в возрасте старше 70 лет.

Материалы и методы

С января 2001 по декабрь 2009 года в кардиохирургическом отделении №1 ГБУЗ ИОКБ операция КШ на «работающем сердце» выполнена 1146 больным ИБС. Из них в исследование, согласно критериям отбора, включены 253 (22%) больных.

Критериями отбора являлось наличие у больных ИБС стенокардии III и IY класса, ФВ более 30%, отсутствие заболеваний, повышающих риск операций в условиях ИК (сахарный диабет, хронические обструктивные заболевания легких, хроническая болезнь почек, цереброваскулярных поражений), возможность выполнения полной коронарной реваскуляризации без коронарной эндартерэктомии.

Таблица 1

Клиническая характеристика больных первой и второй группы

Параметры	1 группа (n=43)		2 группа (n=215)		p
	кол-во	%	кол-во	%	
Возраст	74 (72-78)		56 (53-61)		<0,001
Мужчины/женщины	34/9	79,1/20,9	193/22	89,8/10,2	0,12
ФВ(S)	37% (33-39%)		38% (35,5-48%)		0,08
Функциональный класс стенокардии (CCS)					
III ф.к.	21	48,8	147	68,4	0,63
IV ф.к.	8	18,6	24	11,2	0,47
Нестабильная стенокардия	14	32,6	45	20,9	0,27
Перенесенный ОИМ	164	95,3	41	76,3	0,10

Все больные разделены на две группы. В первую группу (основанная группа) включены 43 больных в возрасте 70 лет и старше. Вторую группу (группа сравнения) составили 215 больных в возрасте менее 70 лет.

В таблице 1 представлена клиническая характеристика больных. Возраст больных 1 группы составил 74 (72-78) года и статистически значимо отличался от возраста больных 2 группы. Средней возраст больных второй группы составлял 56 (53-61) лет. По остальным показателям больные обеих групп не имели статистически значимых различий.

Таблица 2

Данные коронарографии

Коронарная артерия	1 группа (n=43)		2 группа (n=215)		p
	кол-во	%	кол-во	%	
Ствол левой коронарной артерии	12	27,9	19	8,8	0,07
ПМЖА	43	100,0	213	99,1	0,92
Огибающая артерия	28	65,1	177	82,3	0,09
Правая коронарная артерия	38	88,4	173	80,7	0,55
Изолированное поражение ПМЖА	3	7,0	18	8,4	0,92
Двухсосудистое поражение	14	32,6	46	21,4	0,27
ПМЖА +огибающая артерия	2	14,3	24	52,2	0,55
ПМЖА +правая коронарная артерия	12	85,7	20	47,4	0,09
Трехсосудистое поражение (ПМЖА+ОА+ПКА)	26	60,5	151	70,2	0,32

В структуре поражений коронарного русла у больных обеих группах статистически значимых различий не выявлено. Данные результатов коронарографии представлены в таблице 2.

Всем больным выполнена операция КШ без искусственного кровообращения на «работающем сердце». Отдаленные результаты лечения оценивались в сроки 1 год, 5 и 9 лет после операции.

Больных обеих групп сравнивали по выживаемости и «свободе от больших сердечно-сосудистых событий». Под большим «сердечно-сосудистым событием» понимали повторный острый инфаркт миокарда, смерть от ИБС и выполнение повторной коронарной реваскуляризации (коронарного шунтирования или эндоваскулярного вмешательства) в связи с возвратом стенокардии. Первичной конечной точкой считали возникновение с момента начала наблюдения (с момента операции) первого «сердечно-сосудистого события», а также наступление смерти от любых причин, в том числе обусловленных ИБС.

Длительность наблюдения больных обеих групп не имела статистически значимых различий (p=0,56). Медиана (интерквартильный размах) длительности наблюдения для больных 1 группы составила 1504 суток (от 360 до 2003), а для больных 2 группы –1857 суток (от 570 до 2465).

Для оценки качества жизни больных использовался опросник MOS SF-36 v. 2. Оценивались физическое функционирование (Physical Functioning – PF), ролевая деятельность (Role-Physical Functioning – RP), телесная боль (Bodily pain – BP), общее здоровье (General Health – GH), жизнеспособность (Vitality – VT), социальное функционирование (Social Functioning – SF), эмоциональное состояние (Role-Emotional – RE) и психическое здоровье (Mental Health – MH). Качество жизни больных оценивалось в сроки 350 (350-380) суток с момента выполнения операции.

Данные в таблицах представлены в виде абсолютных величин и в процентах. Количественные признаки представлены в виде медианы, верхнего и нижнего квартиля. Для сравнения полученных данных применен критерий Гехана-Вилкоксона, а для анализа выживаемости пациентов и сроков наступления первичной конечной точки – метод Каплана-Мейера. Величина уровня значимости принималась равной 0,05. Для статистического анализа применялся пакет программ Statistica 6,0.

Результаты и обсуждение

Выживаемость больных старше 70 лет (первая группа) после операции была статистически значимо хуже, чем больных, не достигших этого возраста (вторая группа). Данные выживаемости больных обеих групп в течение 9 лет после операции представлены на рисунке 1.

В течение первого года после операции выживаемость больных первой группы составила 93%, через 5 и 9 лет после операции – соответственно 69% и 53%. У больных младше 70 лет (вторая группа) выживаемость через 1 год, 5 лет и 9 лет после операции составила 99%, 83,5% и 76,8% соответственно.

За период наблюдения умерли 13 (30,2%) больных первой группы и 38 (17,7%) – во второй. В таблице 3 представлена структура смертности в зависимости от причин смерти.

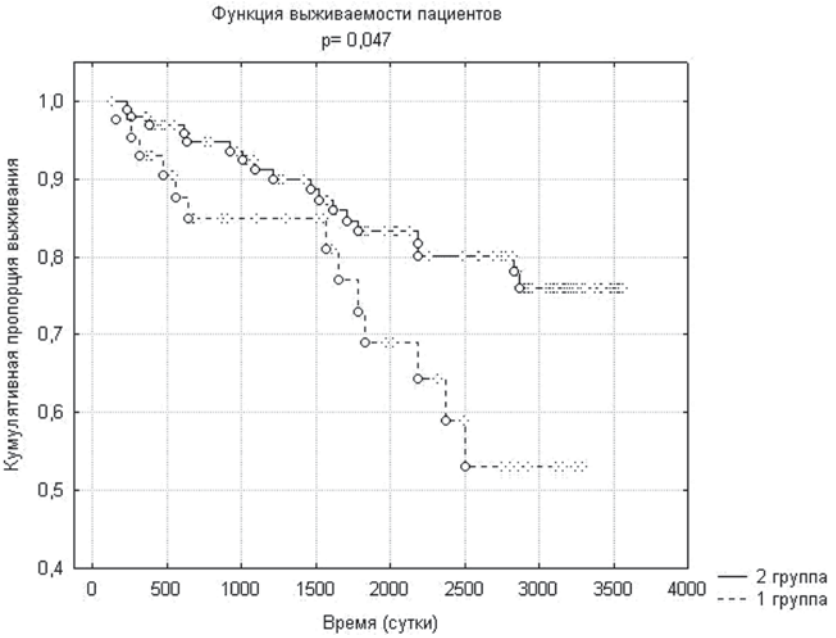

Рис. 1. Отдаленная выживаемость больных.

Условно все причины смерти были разделены на три группы: первая – кардиальные причины, то есть причины смерти, связанные с ИБС; вторая – причины смерти, не связанные с ИБС; третья – неустановленные причины смерти. Анализ структуры смертности показал, что ИБС являлась основной причиной смерти у больных обеих групп. При этом, по количеству кардиальных смертей больные обеих групп не имели статистически значимой разницы.

Таблица 3

Детализация причин смерти больных

Причины смерти	1 группа (n=13)		2 группа (n=38)		p
	кол-во	%	кол-во	%	
Кардиальные причины	7	53,8	23	60,5	0,16
Некардиальные причины	5	38,5	8	21,1	0,01
Из них: Онкологические заболевания	4	80	3	37,5	0,003
Травмы	0	0,0	2	25	0,01
Неврологические заболевания (ОНМК)	1	20	3	37,5	0,17
Неустановленные причины	1	7,7	7	18,4	0,08

Статистически значимое различие отмечалось по количеству смертей, не связанных с ИБС. У больных старше 70 лет смерть от причин, не связанных с ИБС, наблюдалась чаще (p=0,01). Из них основную часть составляли смерти от онкологических заболеваний (80%).

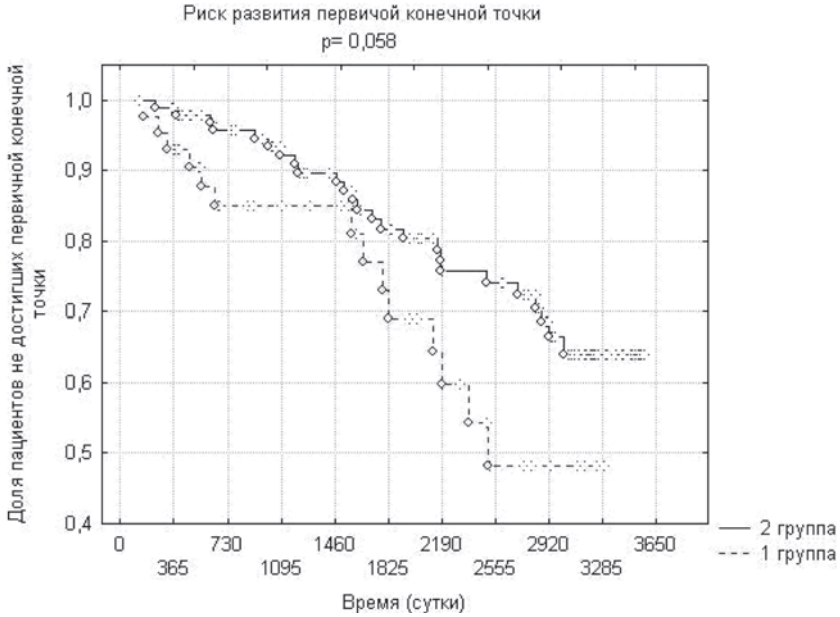

Рис. 2. Свобода от больших сердечно-сосудистых событий (наступления первичной конечной точки) больных до 70 лет (2 группа) и старше 70 лет (1 группа).

Данные о свободе от «больших сердечно-сосудистых событий» после операции больных первой и второй группы представлены на рисунке 2.

Больные обеих групп не имели статистически значимых различий по количеству повторных инфарктов миокарда, смерти, являющейся следствием ИБС, и числу повторных вмешательств на коронарных артериях, вызванных возвратом стенокардии. Свобода от больших «сердечно-сосудистых событий» в течение 1 года составила для больных 2 группы 99,0% и 93,0% для больных 1 группы, в течение 5 лет 81,1% для 2 группы и 69,0% для больных 1 группы, в течение 9 лет 65,8% для 2 группы и 48,3% для 1 группы.

При оценке качества жизни по вопроснику MOS SF-36, в 1 группе больных выявлены статистически значимо худшие показатели по шкалам: физическое функционирование, общее здоровье, социальное функционирование, эмоциональное состояние, психическое здоровье. Все результаты опроса представлены на таблице 4.

Таблица 4

Данные вопросника SF- 36 v.2

Шкала	1 группа	2 группа	p
	кол-во баллов	кол-во баллов	
Физическое функционирование (Physical Functioning)	55 (30-75)	75 (65-80)	0,04
Ролевая деятельность (Role-Physical Functioning)	50 (25-50)	50 (50-75)	0,46
Телесная боль (Bodily pain)	44 (30-74)	52 (41-74)	0,15
Общее здоровье (General Health)	43 (34-55)	57 (43-65)	0,01
Жизнеспособность (Vitality)	50 (25-65)	65 (55-75)	0,55
Социальное функционирование (Social Functioning)	50 (40-50)	62,5 (50-75)	0,01
Эмоциональное состояние (Role-Emotional)	33,3 (0-66,7)	66,7 (33,3-100)	0,02
Психическое здоровье (Mental Health)	44 (38-76)	76 (44-80)	0,01

Большинство исследований, посвященных изучению отдаленных результатов операций КШ у больных старших возрастных групп, анализируют результаты операций, выполненных в условиях ИК [3,7,8,10].

Наиболее крупным исследованием является исследование Peterson с соавт. [8]. Данная работа является ретроспективной. Она основана на данных базы Medicare и включает в себя 24461 наблюдение. В ходе исследования сравнивалась выживаемость больных старшей возрастной группы (>80 лет) и больных до 80 лет через 1 и 3 года после операции КШ. Авторами отмечается статистически значимо худшая выживаемость больных старших возрастных групп. Однолетняя выживаемость больных старше 80 лет составила 80,7%, а больных до 80 лет – 92,1%. Через 3 года после операции выживаемость в группе больных старше 80 лет составила 71,2%, а в группе сравнения была статистически значимо выше – 86,9%.

В исследовании Beauford [3] выживаемость больных старше 80 лет через год после операции КШ с ИК составляла 96%.

К длительным наблюдениям можно отнести работы Rohde с соавт. [10] и Kurlandsky с соавт. [7]. По данным Rohde с соавт., выживаемость больных старше 80 лет через 1, 3, 5 лет после операции КШ с ИК составила соответственно 91%, 77.8% и 66,5%. Через 7 лет после операции, по данным Kurlandsky с соавт., в живых осталось 42,2% оперированных больных, а через 14 лет – только 9,9%. Интересно, что 7-летняя выживаемость больных после КШ, выполненного без ИК на «работающем сердце», по данным Gundry с соавт. [2], была выше – 80%. При этом необходимо отметить, что возраст больных составлял более 65 лет, а в исследовании Kurlandsky с соавт. – более 80 лет.

В нашем исследовании выживаемость после операции оценивалась у больных старше 70 лет, а операция КШ была выполнена без ИК на «работающем сердце». Сроки наблюдения составили 1, 5 и 9 лет после операции. Мы отметили, что выживаемость больных старше 70 лет статистически значимо хуже, чем больных, возраст которых на момент операции не превышал 70 лет. Выживаемость через 1 год составляла 93%, через 5 лет 85% и через 9 лет после операции – 63%. Эти показатели согласуются с данными, полученными большинством авторов [2,3,7,8,10].

Мы проанализировали все случаи смерти в группе больных старше 70 лет и в группе моложе 70 лет и показали, что случаи смерти от ИБС одинаково часто наблюдаются в обеих возрастных группах. Несмотря на это, выживаемость больных старше 70 лет хуже. Причиной этого является статистически значимо более частые смерти от причин, не связанных с ИБС. К таким причинам относятся смерти от онкологических заболеваний. Они статистически значимо чаще отмечаются в группе больных старше 70 лет.

Исследования, посвященные анализу качества жизни больных старших возрастных групп после КШ, единичны [3,9]. Сроки наблюдения больных не превышают 1 год после операции. В нашем исследовании сроки наблюдения за больными после операции составили 9 лет. В опубликованных исследованиях Beauford [3] и Wilko Reents с соавт.[9] отмечается статистически значимо худшие результаты у больных старших возрастных групп по сравнению с молодыми больными. По данным Beauford [3], через год после КШ с ИК свобода от «больших сердечно-сосудистых событий» у больных старше 80 лет составила 87%. В исследовании Wilko Reents с соавт.[9] свобода от «больших сердечно-сосудистых событий» у больных, оперированных на «работающем сердце» через 1 год соответствовала дан-

ным Beauford [3] и составила 86,9%.

В нашем исследовании не отмечено статистически значимой разницы у больных обеих возрастных групп по свободе от «больших сердечно-сосудистых событий». Больные старше 70 лет через 1 год после операции КШ на «работающем сердце» не имели «большие сердечно-сосудистые события» в 93% наблюдений. Через 5 лет и 9 лет после операции свобода от «больших сердечно-сосудистых событий» в этой группе больных составила соответственно 81,1% и 48,3%.

По данным Kjeldsen с соавт. [6], оценка качества жизни больных старших возрастных групп после операции КШ, согласно вопроснику MOS SF-36, показала отсутствие статистически значимых отличий от средних показателей для населения Западной Европы соответствующей возрастной группы.

В нашем исследовании сравнительная оценка показателей качества жизни оперированных больных старше 70 лет и больных в возрасте менее 70 лет показала статистически значимо худшие показатели в старшей возрастной группе по шкалам физическое функционирование, общее здоровье, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Бокерия Л. А., Гудкова Р.Г.* Сердечно-сосудистая хирургия-2009. Болезни и врожденные аномалии системы кровообращения / НЦССХ им. Бакулева РАМН. – М., 2010. – 180 с.

2. *Bailey L.L., Gundry S.R., Romano M.A., et al.* Seven-year follow-up of coronary artery bypasses performed with and without cardiopulmonary bypass // J Thorac Cardiovasc Surg. – 1998. – Vol. 115. – P.1273-1278.

3. *Beauford R.B., Goldstein D.J., Sardari F.F.* Multivessel off-pump revascularization in octogenarians: early and midterm outcomes // Ann Thorac Surg. – 2003. – Vol. 76. – P.12-17.

4. *Champsaur P.* Résultats n°412-Démographie-Société 1995. – Paris: INSEE, 1995.

5. *Hoyert D., Sahyoun N.R., Lentzner H., Robinson K.N.* Trends in causes of death among the elderly. – Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2001.

6. *Kjeldsen B.J., Houlind K., Madsen S.N.* On-Pump Versus Off-Pump Coronary Artery Bypass Surgery in Elderly Patients // Circulation. – 2012. – Vol. 125. – P.2431-2439.

7. *Kurlansky P.A., Williams D.B., Traad E.A., et al.* Eighteen-year follow-up demonstrates prolonged survival and enhanced quality of life for octogenarians after coronary artery bypass grafting // J Thorac Cardiovasc Surg. – 2011. – Vol. 141. – P.394-399.

8. *Peterson E.D., Cowper P.A., Jollis J.G., et al.* Outcomes of coronary artery bypass graft surgery in 24,461 patients aged 80 years or older // Circulation. – 1995. – Vol. 92. (9 Suppl). – P.1185-1191.

9. *Reents W., Diegeler A., Börgermann J., et al.* Off-Pump versus On-Pump Coronary-Artery Bypass Grafting in Elderly Patients // N Engl J Med. – 2013. – Vol. 368. – P.1189-1198.

10. *Rohde S.L., Baker R.A., Tully P.J.* Preoperative and Intraoperative Factors Associated With Long-Term Survival in Octogenarian Cardiac Surgery Patients // Ann Thorac Surg. – 2010. – Vol. 89. – P.105-111.

Информация об авторах: Подкаменный Владимир Анатольевич – сердечно-сосудистый хирург, д.м.н., профессор, 664079, г.Иркутск, мкр. Юбилейный, 100, ГБУЗ ИОКБ, КХО №1, т. (3952) 407851, e-mail: pvdm@inbox.ru; Лиханди Дмитрий Игоревич - сердечно-сосудистый хирург, e-mail: likhandi_di@mail.ru; Желтовский Юрий Всеволодович – заведующий кафедрой, сердечно-сосудистый хирург, д.м.н., профессор; Шаравин Анатолий Александрович – сердечно-сосудистый хирург; Бородашкина Светлана Юрьевна – кардиолог; Чепурных Елена Евгеньевна – ассистент, сердечно-сосудистый хирург, к.м.н.; Медведев Александр Владимирович – сердечно-сосудистый хирург; Ерошевич Александр Викторович – сердечно-сосудистый хирург.

© БАХТИНА Т.П., КОВАЛЕВ В.В. – 2013

УДК 616-089.5: 618

ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Таиса Павловна Бахтина, Вячеслав Васильевич Ковалев

(Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, ректор – д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра анестезиологии и реаниматологии, зав. – д.м.н., проф. В.И. Горбачев)

Резюме. Обследовано 115 беременных в возрасте от 18 до 42 лет в сроке гестации 36-38 недель беременности. Оценивали показатели липидного обмена, перекисного окисления липидов (ПОЛ), уровень нитритов в крови и степень эндогенной интоксикации у беременных в зависимости от степени тяжести преэклампсии. Выявлено, что физиологическая гиперлипидемия у беременных в условиях преэклампсии приобретает патологический характер и способствует накоплению токсических продуктов ПОЛ. Увеличение концентрации продуктов ПОЛ имеет тесную взаимосвязь с уровнем средних молекул и лейкоцитарным индексом интоксикации и зависит от степени тяжести преэклампсии. Полученные данные подтверждают значимость этих показателей для диагностики эндогенной интоксикации, позволяют судить о возможном присоединении воспалительных осложнений и обоснованно подойти к выбору тактики ведения данных больных, т.е. к проведению дезинтоксикационной терапии.

Ключевые слова: преэклампсия, перекисное окисление липидов, нитриты, средние молекулы.

THE CHARACTERISTIC OF A LIPID METABOLISM AND LIPID PEROXIDATION IN PREGNANT WOMEN WITH PREECLAMPSIA OF VARIOUS DEGREE OF SEVERITY

T.P. Bakhtina, V.V. Kovalev

(Irkutsk State Medical Academy of Continuing Education, Russia)

Summary. The study involved 115 pregnant women aged from 18 to 42 years in gestation 36-38 weeks of pregnancy. There have been evaluated the lipid profile, lipid peroxidation (LPO), nitrite levels in the blood and the degree of endogenous intoxication in pregnant women, depending on the severity of preeclampsia. It has been revealed that the physiological hyperlipidemia in pregnancy in preeclampsia becomes pathological and contributes to the accumulation of toxic products of lipid peroxidation. Increasing the concentration of lipid peroxidation products has a close relationship with the level of middle molecules and leukocyte index of intoxication, depending on the severity of preeclampsia. The results confirm the importance of these indicators for the diagnosis of endogenous intoxication, allow to think of the possible joining of inflammatory complications and reasonable approach to the selection of tactics of the treatment of these patients, ie, to conduct detoxification.

Key words: Preeclampsia, lipid peroxidation, nitrites, middle molecules.