

Вопрос о влиянии аортокоронарного шунтирования на работающем сердце и в условиях искусственного кровообращения на показатели качества жизни

Научный руководитель – Суковатых Борис Семенович

Полянский Дмитрий Владимирович

Студент (специалист)

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

E-mail: 666nero77794@mail.ru

Введение. Несмотря на развитие кардиохирургии, актуальным вопросом является снижение частоты послеоперационных осложнений, в связи с чем представляет интерес оптимизация выбора аортокоронарного шунтирования (АКШ) в условиях искусственного кровообращения (с ИК) и на работающем сердце (без ИК) [n1].

Цель. Оценить показатели качества жизни (КЖ) пациентов в отдаленном послеоперационном периоде при операциях АКШ с ИК и без ИК.

Материалы и методы. В исследование было включено 40 пациентов (22 мужчины и 18 женщин) в возрасте от 45 до 65 лет, которым было успешно выполнено АКШ. Сформированы 2 группы по 20 человек: 1 группа (n=20) проведено АКШ без ИК; 2 группа (n=20) - с ИК. Для выявления состояния коронарных артерий была проведена коронароангиография: стеноз ЛКА в 68% случаев, ПКА 18%, ПМЖА 28%, ОА 26%. Оценивался уровень повреждения миокарда (тропонин I) и маркеры воспаления (МПО) до и после операции. Изучение КЖ отобранных больных проводилось с помощью опросника SF-36 (The Short Form-36). Полученные статистические данные были обработаны с помощью программ BioStat и Microsoft Excel.

Результаты исследования и их обсуждение. В предоперационном периоде в обеих группах средние показатели качества жизни (КЖ) по всем шкалам были достоверно ниже, чем у здоровых лиц, без существенных различий. В послеоперационном периоде была выявлена достоверная разница между повреждением миокарда (Тропонин I 9,26 и 5,6 нг/мл, $p < 0,05$), уровнем маркеров воспаления (МПО 209,14 и 146,58; $p < 0,05$) при операциях без ИК и с ИК соответственно, что соответствует литературным данным [n2, n3]. Полученные лабораторные результаты сочетались с различиями в показателях КЖ. У пациентов перенесших АКШ с ИК показатели КЖ по всем шкалам физического компонента были достоверно выше: физический фактор на 13,96%; ролевой фактор - на 7,95%; фактор боли - на 6,57%; общее здоровье - на 9,01%; жизненная активность - на 4,29% ($p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, выполнение АКШ без ИК сопряжено с риском неполной реваскуляризации и соответственно снижением показателей КЖ. Наиболее предпочтительным является операция АКШ с ИК.

Источники и литература

- 1) Бокерия, Л.А. Аортокоронарное шунтирование на работающем сердце: современный взгляд на проблему / Л.А. Бокерия, М.Л. Гордеев, В.М. Авалиани // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. - 2013. - № 4. - С. 4-15.
- 2) Выбор оптимального метода выполнения аортокоронарного шунтирования у пациентов из группы высокого риска / И.В. Жбанов [и др.] // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия.- 2014. - Т. 7, № 2. - С. 15-18.

- 3) Сравнение отдаленных результатов аортокоронарного шунтирования, выполненного с искусственным кровообращением и на работающем сердце у больных с сахарным диабетом и многососудистым поражением коронарных артерий / Р.Р. Ярбеков [и др.] // Бюл. НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН «Сердечно-сосудистые заболевания». - 2015. - Т. 16, № S3. - С. 46.