

ВЛИЯНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СОННЫХ АРТЕРИЙ НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 70 ЛЕТ ПРИ ДВУСТОРОННЕМ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМОМ СТЕНОЗЕ

Кокоришвили М.А.

Клиника Южно-Уральского государственного медицинского университета, Челябинск, e-mail: kokmanana@rambler.ru

Проведена оценка динамики когнитивной функции и субъективных жалоб, а также качества жизни у пациентов пожилого возраста старше 70 лет с атеросклеротическим поражением ВСА с двух сторон до хирургического лечения и после реконструкции СА через 6 и 12 месяцев. Пациентам выполнено хирургическое лечение сонных артерий с двух сторон, интервал между операциями 60 суток, и произведена профилактика острого нарушения мозгового кровообращения на период пережатия сонной артерии с последующим внутривенным введением в послеоперационном периоде препарата «Цераксон». Отмечено, что поэтапное восстановление кровотока по сонным артериям с межоперационным интервалом не менее 60 дней в сочетании с введением цераксона внутривенно до кроссклампинга максимальной суточной дозировки 2 грамма и в последующем в течение 5 суток по 1 грамму в значительной мере уменьшает выраженность когнитивного дефицита, улучшает качество жизни.

Ключевые слова: атеросклероз, когнитивные функции, качество жизни.

THE IMPACT OF SURGICAL TREATMENT OF THE CAROTID ARTERIES ON COGNITIVE FUNCTION AND QUALITY OF LIFE IN ELDERLY PATIENTS OLDER THAN 70 YEARS WITH BILATERAL HEMODYNAMIC SIGNIFICANT STENOSIS

Kokorishvili M.A.

Clinic of South Ural state medical university, Chelyabinsk, e-mail: kokmanana@rambler.ru

Assessment of cognitive function and subjective complaints, as well as the quality of life in elderly patients over 70 years of age with atherosclerotic lesions of the ICA with 2 sides before surgery and after the reconstruction of SA after 6 and 12 months. Patients underwent surgical treatment of the carotid arteries from both sides, the interval between operations of 60 days and produced the prevention of acute disorders of cerebral circulation for the period of cross-clamping of the carotid arteries and followed in the postoperative period in the introduction of the drug Carcason. Noted that the phased restoration of blood flow through the carotid arteries with inter-operation intervals of not less than 60 days in combination with the introduction of ceraxon vnutrivenno to crossclamping maximum daily dosage 2 grams, and subsequently for 5 days 1 gram greatly reduces the severity of cognitive deficits and improves quality of life.

Keywords: atherosclerosis, cognitive function, quality of life.

Наиболее характерной и отличительной особенностью течения любого заболевания у пациентов пожилого и старческого возраста является полиморбидность, затрудняющая диагностику и выбор способа лечения. Многие исследователи обращают внимание на то, что у пациентов пожилого и старческого возраста некоторые болезни, в особенности сердечно-сосудистые, могут оказать существенное влияние на течение послеоперационного периода и отдаленные результаты лечения [1]. Мнение специалистов о целесообразности хирургического вмешательства на СА различны. Многие авторы считают пожилой возраст фактором риска для хирургического лечения [22]. Однако увеличивается число исследований, которые считают хирургическое лечение у пожилых пациентов приоритетным [6]. На современном этапе развития общества большое значение придается качеству жизни

пациентов. Важен не только результат операции, но и то, как протекает послеоперационный реабилитационный период. С увеличением продолжительности жизни у лиц пожилого возраста вызывает беспокойство возможность стать зависимым от посторонней помощи. В настоящее время качество жизни становится самостоятельным критерием оценки эффективности лечения, которое дополняет результаты клинических и экономических данных [14]. У пациентов пожилого возраста со стенозом сонных артерий отмечается прогрессирование хронической сосудистой мозговой недостаточности (ХСМН) и снижение качества жизни [13; 15]. Результаты большинства исследований свидетельствуют о том, что стеноз сонной артерии является причиной снижения качества жизни [12]. Данные о влиянии хирургического лечения сонных артерий на качество жизни противоречивы [2; 3].

В ряде публикаций эффективность хирургического лечения сонных артерий расценивается не только как метод предотвращения ишемического инсульта, но и как способ профилактики прогрессирования ХСМН и улучшения качества жизни пожилых пациентов [12; 13]. Часто в пожилом возрасте отмечаются расстройства в когнитивной сфере. По данным канадского исследования здоровья и старения, когнитивные нарушения отмечаются у 16,8% пожилых людей [4; 8; 17; 20]. Распространенность сосудистого когнитивного расстройства проявляется у 10-17% лиц в возрасте от 70 до 90 лет. Когнитивные нарушения неспецифические по своему характеру и негрубые по тяжести выявляются почти у 50% больных с окклюзией сонной артерии и ипсилатеральными транзиторными ишемическими атаками [5; 18]. Коррекция когнитивных нарушений часто имеет решающее значение для улучшения качества жизни у пациента и привлекает внимание исследователей [7; 9; 10; 21]. В литературе имеются данные, что среди больных стенозом сонных артерий более чем у 75% после хирургического лечения существенно уменьшается когнитивный дефицит нарушения памяти и внимания [11; 16; 19].

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения двусторонних окклюзионно-стенотических гемодинамически значимых поражений сонных артерий у пациентов старше 70 лет.

Задачи исследования: оценить динамику когнитивных функций и качества жизни пациентов старше 70 лет в раннем и отдаленном периодах после двусторонней операции по реконструкции сонных артерий в зависимости от временного интервала между двумя этапами хирургического лечения и медикаментозной защиты головного мозга на период кроссклампинга.

Материалы и методы. В клиническое исследование было включено 207 пациентов пожилого возраста, старше 70 лет с 2-сторонними окклюзионно-стенотическими

поражениями сонных артерий. Всем пациентам было проведено хирургическое лечение – поэтапная реконструкция сонных артерий с двух сторон.

1. Группа исследования «А» - 83 пациента, которым реконструктивная операция на контралатеральной сонной артерии выполнена после первой операции с интервалом более 60 суток.

2. Группа сравнения «В» - 84 пациента, которым реконструктивная операция на контралатеральной сонной артерии выполнена после первой операции через 14 – 21 - 30 суток.

3. Группа исследования «С» - 40 пациентов, которым реконструктивная операция на контралатеральной сонной артерии выполнена после первой операции с интервалом более 60 суток. Внутривенно за 5 минут до кроссклампинга ВСА вводился цераксон в дозе 2 грамма с действующим веществом цитоколин и последующим введением по 1 грамму в течение 5 суток после операции. Эффективность хирургического лечения сонных артерий у пожилых пациентов оценивали с помощью различных критериев.

Оценка субъективного состояния больного. Использован индекс субъективного состояния (Голубева Л.В., 2008), который включал следующие пункты: снижение памяти, головокружение, плохой сон, общая слабость, шаткость при ходьбе. Каждый пункт оценивался в баллах по степени выраженности (нет жалоб - 0 баллов, умеренные жалобы - 1 балл, выраженные - 2 балла). Для каждого признака определяли среднее арифметическое и среднее стандартное отклонение в группах до операции, через 6 и 12 месяцев после двусторонней реконструкции сонных артерий и рассчитывали в динамике индекс субъективного состояния оперированных пациентов.

Исследование когнитивных функций. Для оценки общего состояния когнитивных функций использовали краткое исследование психического статуса при помощи шкалы MMSE (Mini Mental State Examination; M.F. Folstein, S.E. Folstein, P.R. Hugh, 1975), тест «рисования часов» (Шмидт Е.В., 1975), тест запоминания 5 слов (Лури А.Р., 1969; Глозман Ж.М., 2003). Батарея лобной дисфункции. Frontal Assessment battery (B. Dubois et al., 1999). Для оценки качества жизни использовали опросник качества жизни SF-36. В качестве контрольной группы были взяты показатели КЖ здоровых лиц г. Санкт-Петербурга (Ионова Т.И., 2000).

Результаты. От степени выраженности атеросклеротического поражения сонных артерий, состояния контралатерального кровообращения и микроциркуляторного русла головного мозга зависят неврологические симптомы цереброваскулярной недостаточности. Для изучения особенностей этих симптомов в исследуемых группах отдельно оценивали субъективные симптомы. Основные жалобы при поступлении пациентов в стационар:

снижение памяти, общая утомляемость, головокружение (кохлеовестибулярные расстройства), шаткость при ходьбе, нарушение ночного сна. Характер этих жалоб у пациентов всех групп при поступлении в стационар после хирургической коррекции второй сонной артерии представлены в таблице 1.

Таблица 1

Жалобы больных до и после операции в группах «А», «В» и «С»

| Жалобы | До операции | | | Через 6 месяцев | | | Через 12 месяцев | | |
|---------------------|-------------|-------------|-------------|-----------------|-------------|-------------|------------------|-------------|-------------|
| | Группа «А» | Группа «В» | Группа «С» | Группа «А» | Группа «В» | Группа «С» | Группа «А» | Группа «В» | Группа «С» |
| Снижение памяти | 59 71,1% | 57 67,9% | 27 67,5% | 45 54,2% | 49 58,3% | 16 40,0% | 42 50,6% | 50 59,5% | 11 27,5% |
| Нарушение сна | 41 49,4% | 36 42,9% | 21 52,5% | 26 31,3% | 32 38,1% | 12 30,0% | 24 28,9% | 32 38,1% | 9 22,5% |
| Общая слабость | 69 83,1% | 68 80,9% | 32 80,0% | 58 69,9% | 57 67,8% | 22 55,0% | 47 56,6% | 49 58,3% | 19 47,5% |
| Голово-кружение | 20 24,1% | 19 22,6% | 9 22,5% | 15 18,1% | 17 20,2% | 7 17,5% | 15 18,1% | 15 17,9% | 8 20,0% |
| Шаткость при ходьбе | 20 24,1% | 19 22,6% | 7 17,5% | 11 13,3% | 14 16,7% | 4 10,0% | 10 12,0% | 12 14,3% | 4 10,0% |

* % удельный вес в группах.

Как видно из таблицы 1, группы «А», «В» и «С» по количеству и характеру жалоб до хирургического вмешательства практически не различались между собой. Однако при анализе жалоб пациентов спустя 6 месяцев после операции выявляется выраженная тенденция к снижению их по сравнению с дооперационным периодом во всех группах. Эта тенденция превращается в статистически достоверную разницу по показателю снижения памяти через 12 месяцев после хирургического лечения СА. Если до лечения снижение памяти беспокоило 67,7% пациентов в группе «С», то через 12 месяцев после операции – только 27,5%. Несколько меньшая разница по этому показателю наблюдалась у пациентов группы «А»: 71,1% до операции и 50,6% через 12 месяцев после хирургического лечения. Сравнение этого показателя у пациентов группы «В» в разные послеоперационные сроки достоверной разницы не выявило. Сопоставление всех групп между собой в отдаленном периоде показывает статистически достоверные различия в группе «С» по сравнению с группами «А» и «В». Хотя через 12 месяцев после хирургического лечения имело место снижение количества других жалоб по сравнению с дооперационным периодом, тем не

менее они не имеют статистически достоверных отличий. Во всех случаях в группах «А» и «С» количество других жалоб стало меньше после хирургического лечения, чем в группе «В».

Для количественной оценки субъективного состояния больного каждый пункт мы оценивали в баллах (нет жалоб - 0 балла, умеренные жалобы – 1 балл, выраженные жалобы – 2 балла) и определяли индекс субъективного состояния пациента для каждого признака (Голубева Л.В., 2008).

Таблица 2

Субъективные жалобы, выраженные в баллах, до и после операции
в группах «А» «В» и «С» $m \pm SD$

| Жалобы | До операции | | | Через 6 мес п\о | | | Через 12 мес п\о | | |
|---------------------|-------------|------------|------------|-----------------|------------|------------|------------------|------------|------------|
| | «А» (1) | «В» (2) | «С» (3) | «А» (4) | «В» (5) | «С» (6) | «А» (7) | «В» (8) | «С» (9) |
| Снижение памяти | 1,3±0,9 | 1,0±0,8 | 1,0±0,9 | 0,4±0,6* | 0,6±0,7* | 0,2±0,5* | 0,3±0,6* | 0,4±0,5* | 0,2±0,4* |
| Нарушение сна | 0,8±0,9 | 0,6±0,7 | 0,9 ±0,9 | 0,2±0,5 | 0,3±0,5* | 0,2±0,5* | 0,1±0,4* | 0,2±0,4 | 0,1±0,3* |
| Общая слабость | 1,2±0,7 | 1,1±0,7 | 1,3±0,9* | 0,3±0,6* | 0,4±0,6 | 0,2±0,9* | 0,8±0,3* | 0,3±0,5 | 0,1±0,3* |
| Голово-кружение | 1,1±0,8 | 0,9±0,8 | 1,2±0,9* | 0,2±0,4 | 0,3±0,5* | 0,2±0,4* | 0,1±0,3* | 0,2±0,4 | 0,1±0,3* |
| Шаткость при ходьбе | 0,4±0,3 | 0,3±0,4 | 0,4±0,7 | 0,2±0,4 | 0,3±0,6 | 0,3±0,5 | 0,1±0,3 | 0,1±0,4 | 0,2±0,4 |

* $P \leq 0,05$.

Из таблицы 2 видно достоверное различие между группами после операции через 6 месяцев по таким жалобам, как снижение памяти, нарушение сна. Различия в группах «А», «В» и «С» по другим субъективным признакам было менее выражено, но всегда значения наблюдаемого признака в группах «А» и «С» были достоверно меньше, чем в группе «В».

Результаты и значения индекса субъективного состояния пациентов после реконструкции сонных артерий в группах представлены на рисунке 1.

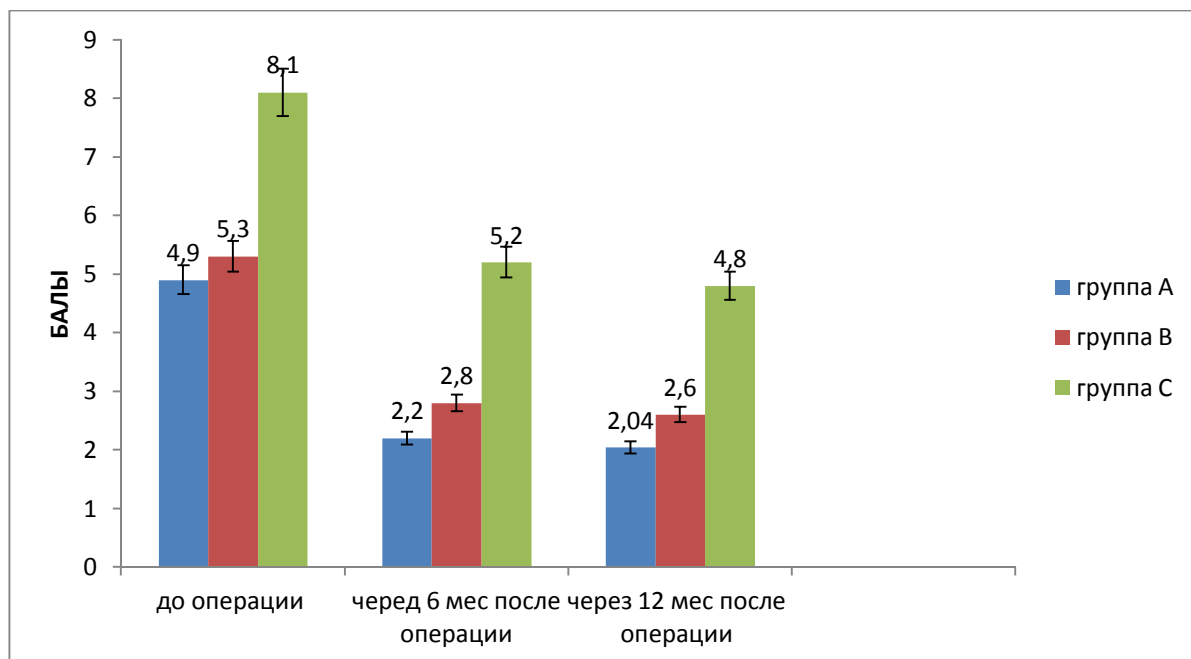
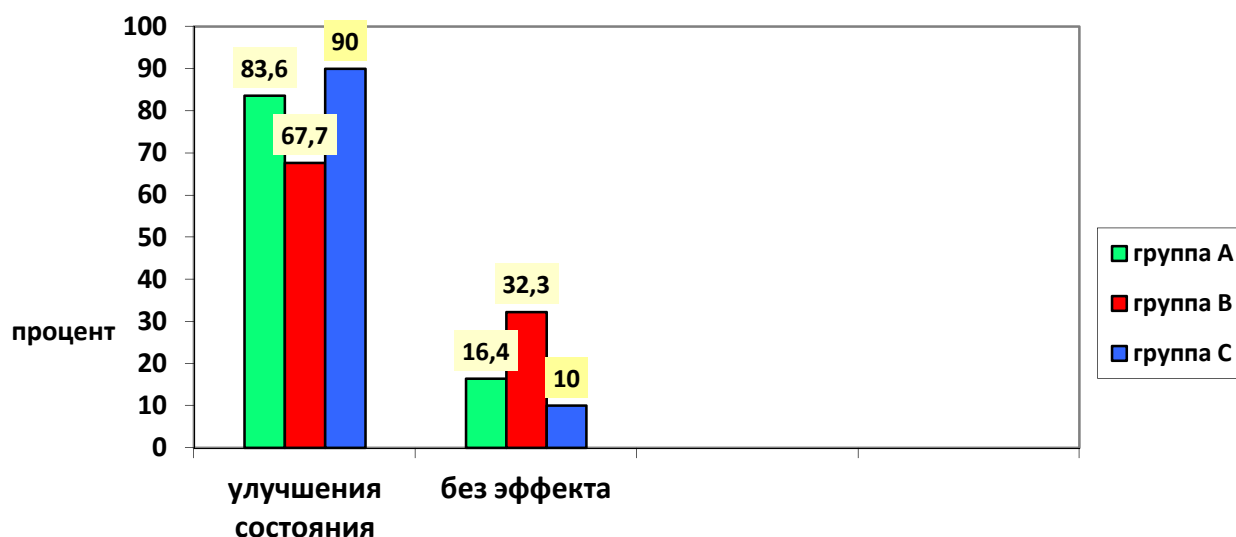


Рис. 1. Результаты индекса субъективного состояния пациентов после реконструкции сонных артерий с двух сторон

На рисунке 1 индекс субъективного состояния в группах «А» и «С» после реконструкции сонных артерий улучшился, прежде всего, за счет уменьшения жалоб на снижение памяти, отмечено улучшение сна. До операции этот индекс составлял в группе «А» 4,9 балла, через 6 месяцев после - уменьшился лишь до 2,2 балла, а через 12 месяцев после двухсторонней реконструкции сонных артерий индекс субъективного состояния составил лишь 2,04 балла ($p \leq 0,05$). В группе «В» также было отмечено снижение этого индекса, но в меньшей степени. Через 6 месяцев после операции индекс субъективного состояния составил 2,8, а через 12 месяцев - 2,6. В группе «С» жалобы на снижение памяти снизились с 8,1 балла до 5,2 через 6 месяцев и до 4,8 через 12 мес.

Таким образом, увеличение интервала между операциями до 60 суток и применение на период кроссклампинга и после операции в течение 5 дней цераксона обуславливает в послеоперационном периоде улучшение самочувствия пациентов.

Субъективное улучшение состояния после хирургического лечения в отдаленном периоде мы оценивали по динамике основных жалоб. Совокупная динамика жалоб после хирургического лечения представлена на рисунке 2.



*% - удельный вес в группах

Рис. 2. Динамика субъективного состояния пациентов после хирургического лечения в отдаленном послеоперационном периоде до 3 лет в группах «А», «В» и «С»

Как видно из диаграммы, субъективное улучшение состояния отмечали в группе «А» - 51 (83,6%) больных, в группе «В» - 42 (67,7%), в группе «С» - 26 (90,0%). Не отмечено улучшения состояния после хирургического лечения в группе «А» у 10 (16,4%) пациентов, в группе «В» - у 20 (32,3%), в группе «С» - у 3 (10,0%) пациентов.

Нарушение когнитивных функций - это основное проявление поражения головного мозга, которое часто встречается в пожилом возрасте. Проведенное исследование до операции выявило у пациентов умеренные когнитивные нарушения (классификация Захаров В.В., Яхно И.И., 2005), результаты его приведены в таблице 3.

Таблица 3

Динамика средних показателей оценки когнитивных функций по шкале MMSE в группах «А», «В» и «С» (баллы) до и после хирургического лечения сонных артерий, $m \pm SD$

| Группы | До операции (1) | Через 6 месяцев (2) | Через 12 месяцев (3) | P | P |
|-------------|-----------------|---------------------|----------------------|----------------------------|---------------------------|
| «А» n=83 | 26,3±1,5 | 27,5±1,6 | 27,8±1,6 | 0,005(A 2,3) | 0,003(AB) 0,00005(AB) |
| «В» n=84 | 26,5±1,5 | 26,8±1,7 | 26,7±1,7 | 0,0008(B 1,2) 0,02(1,3) | 0,00007(AC) 0,0003(AC) |
| «С» n=40 | 8,6±1,4 | 9,3±0,8 | 9,4±0,8 | 0,000001(C 1,3) | 0,000001(BC) |

$P \leq 0,05$.

Проведенное исследование показало, что имеет место увеличение общего балла по шкале MMSE после хирургического лечения. Это подтверждает положительное влияние хирургического лечения стенотических поражений ВСА. Хотя по уровню повышения когнитивных функций достоверно группы и не различались между собой, тем не менее показатели оценки КФ у пациентов групп «А» и «С» были несколько выше, чем у пациентов группы «В».

Таблица 4

Динамика показателей теста «Рисование часов» до и после реконструкции СА с двух сторон (баллы), $m \pm SD$ (Шмидт Е.В., 1975)

| Группы | До операции (1) | Через 6 месяцев (2) | Через 12 месяцев (3) | Р | Р |
|--------|-----------------|---------------------|----------------------|--------------|---|
| «А» | 7,9±1,7 | 8,9±1,2 | 9,2±0,9 | 0,0002(2,3) | 0,003(AB) 0,04(AC) 0,002(BC) 0,007(BC) |
| «В» | 7,9±1,6 | 8,4±1,4 | 8,5±1,5 | 0,00002(1,3) | |
| «С» | 8,6±1,4 | 9,3±0,8 | 9,4±0,8 | 0,00003(1,3) | |

$P \leq 0,05$.

Таблица 5

Динамика средних показателей по тесту запоминания 5 слов (непосредственное воспроизведение до и после реконструкции) (в баллах) ($M \pm SD$)

| Группы | До операции (1) | Через 6 месяцев (2) | Через 12 месяцев (3) | Р | Р |
|--------|-----------------|---------------------|----------------------|--------------------------------|---|
| «А» | 8,02±1,6 | 8,9±1,1 | 8,9±1,1 | 0,000002(1,2) 0,000000(1,3) | 0,04(AB) 0,02(AB) 0,09(AC) 0,001(BC) 0,04(BC) |
| «В» | 8,1±1,5 | 8,5±1,3 | 8,5±1,3 | 0,000002(1,2) 0,000008(1,3) | |
| «С» | 8,7±1,3 | 9,3±0,9 | 9,3±0,9 | 0,00004(1,2) 0,00002(1,3) | |

$P \leq 0,05$.

Таблица 6

Динамика средних показателей по тесту запоминания 5 слов (отсроченное воспроизведение до и после реконструкции) (в баллах) ($M \pm SD$)

| Группы | До операции (1) | Через 6 месяцев (2) | Через 12 месяцев (3) | Р | Р |
|--------|-----------------|---------------------|----------------------|---|---|
|--------|-----------------|---------------------|----------------------|---|---|

| | | | | | |
|-----|---------|---------|---------|------------------------------|------------------------|
| «А» | 8,2±1,4 | 8,5±1,3 | 8,5±1,2 | 0,00002(1,3) 0,00008(1,2) | 0,4(AB) 0,004(AC) |
| «В» | 8,3±1,4 | 8,4±1,4 | 8,3±1,4 | 0,01(1,2) | 0,007(AC) |
| «С» | 8,3±1,6 | 9,2±0,9 | 9,2±0,9 | 0,00004(1,3) | 0,001(BC) 0,003(BC) |

$P \leq 0,05$.

Как видно из таблиц 4-6, через 6 месяцев после хирургического лечения у пациентов нет существенного улучшения показателей в тесте запоминания 5 слов, однако в группах «А» и «С», где интервал между операциями 2 месяца, и в группе «С», где дополнительно до пережатия СА и послеоперационном периоде в\в вводили суточную дозу цераксона, показатели были достоверно лучше в сравнении с группой «В». Также отмечено улучшение показателей в тесте рисования часов, который характеризует зрительно-пространственную функцию. По результатам проведенных исследований отмечено умеренное улучшение показателей практически по всем тестам, которые использованы для оценки когнитивных функций у пожилых пациентов после хирургического лечения – реконструкции сонных артерий с двух сторон. Сравнение результатов исследования в группах «А и «В» не позволило выявить достоверную разницу между этими группами.

Таблица 7

Результаты средних показателей по Шкале лобной дисфункции (баллы) в группах «А» и «В»
(M±SD)

| Тесты | Группа «А» | | | Группа «В» | | | P |
|------------------------|-----------------|------------------|-------------------|-----------------|------------------|-------------------|--|
| | До операции (1) | Через 6 мес. (2) | Через 12 мес. (3) | До операции (4) | Через 6 мес. (5) | Через 12 мес. (6) | |
| Концептуализация | 2,4±0,7 | 2,5±0,6 | 2,4±0,6 | 2,4±0,6 | 2,4±0,6 | 2,4±0,6 | 0,005(1,2) 0,7(AB) 0,05(1,3) 1,0(4,5) |
| Беглость речи | 2,4±0,7 | 2,5±0,6 | 2,5±0,6 | 2,4±0,7 | 2,4±0,7 | 2,4±0,6 | 0,02(1,2) 0,06(4,5) 0,3(AB) |
| Динамический праксис | 2,3±0,7 | 2,4±0,6 | 2,4±0,6 | 2,3±0,7 | 2,4±0,7 | 2,4±0,7 | 0,007(1,2) 0,005(1,3) 0,06(4,6) 0,6(AB) |
| Простая реакция выбора | 2,3±0,7 | 2,3±0,8 | 2,4±0,7 | 2,3±0,7 | 2,3±0,7 | 2,3±0,7 | 0,005(2,3) 0,04(4,5) 0,02(4,6) 0,4(AB) |
| Сложная реакция выбора | 2,3±0,7 | 2,3±0,7 | 2,3±0,7 | 2,3±0,7 | 2,3±0,7 | 2,4±1,2 | 0,04(1,2) 0,02(4,6) 0,6(AB) |

| | | | | | | | |
|----------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------------------------------|
| Хватательный рефлекс | 2,3±0,7 | 2,4±0,7 | 2,3±0,7 | 2,3±0,7 | 2,3±0,7 | 2,3±0,7 | 0,01(1,2) 1,0(4,5) 0,5(AB) |
|----------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------------------------------|

$P \leq 0,05$.

Однако статистически достоверная разница была отмечена у пациентов группы «С», которые выполняли задания через 6 и 12 месяцев после операции лучше, чем пациенты в группах «А» и «В» (таблицы 7, 8).

Таблица 8

Результаты средних показателей по Шкале лобной дисфункции (баллы) в группе «С»

($M \pm SD$)

| Тесты | Группа «С» | | | P |
|------------------------|-----------------|------------------|-------------------|--|
| | До операции (7) | Через 6 мес. (8) | Через 12 мес. (9) | |
| Концептуализация | 2,4± 0,9 | 2,7±0,7 | 2,7±0,7 | 0,05(7,8) 0,05(7,9) 0,04(AC) 0,03(AC) 0,01(BC) 0,02(BC) |
| Беглость речи | 2,4± 0,9 | 2,5±0,8 | 2,5±0,8 | 0,1(7,8) 0,1(7,9) 0,3(AC) 0,2(BC) |
| Динамический проксис | 2,3 ±0,9 | 2,5± 0,8 | 2,6±0,7 | 0,01(7,8) 0,007(7,9) 0,2(AC) 0,1(BC) |
| Простая реакция выбора | 2,4 ±0,9 | 2,5± 0,8 | 2,5±0,7 | 0,02(7,8) 0,01(7,9) 0,07(AC) 0,05(BC) 0,04(BC) |
| Сложная реакция выбора | 2,4± 0,9 | 2,5±0,8 | 2,6±0,7 | 0,06(7,8) 0,04(7,9) 0,05(AC) 0,04(BC) |
| Хватательный рефлекс | 2,4± 0,8 | 2,5±0,8 | 2,5±0,8 | 0,09(7,8) 0,09(7,9) 0,1(AC) 0,08(BC) |

$P \leq 0,05$.

Качество жизни было оценено у 134 пациентов из исследуемых групп. Для сравнения в качестве «нормы» нами были взяты показатели здоровых лиц г. Санкт-Петербурга. Результаты имели значения от 0 до 100 баллов. В дооперационном периоде все показатели ниже, чем у здоровых лиц, наиболее выраженное снижение отмечалось в таких показателях, как физическое функционирование, социальное функционирование; низкую оценку пациенты давали состоянию общего здоровья. В отдаленном послеоперационном периоде после реконструкции СА с двух сторон было отмечено значительное увеличение показателей физического и ролевого физического функционирования, социального функционирования, наблюдалось уменьшение болевого синдрома.

Таблица 9

Результаты показателей качества жизни у пожилых пациентов до и после реконструкции сонных артерий с двух сторон (баллы), $m \pm SD$

| Показатели качества жизни | Группы | Баллы ($M \pm SD$) | | | | |
|--|--------|----------------------|------------------|-------------------|-----------------|--|
| | | До операции (1) | Через 6 мес. (2) | Через 12 мес. (3) | Норма | P |
| ФФ (физическое функционирование) | «А» | 63,1 \pm 4,0 | 70,0 \pm 4,4 | 71,8 \pm 4,3 | 79,1 \pm 22,9 | 0,005AB(3) 0,006AC(1) 0,00008AC(2) 0,0003AC(3) 0,005CB(1) 0,00001CB(2) |
| | «В» | 63,0 \pm 3,4 | 68,9 \pm 2,9 | 69,6 \pm 2,5 | | |
| | «С» | 60,6 \pm 3,7 | 75,7 \pm 5,12 | 74,4 \pm 13,1 | | |
| РФ (ролевое функционирование) | «А» | 62,9 \pm 5,8 | 72,0 \pm 4,7 | 72,9 \pm 4,4 | 64,0 \pm 37,5 | 0,0004AB(2) 0,0002AB(3) 0,02AC(2) 0,004AC(3) 0,00002BC(2) 0,000002BC(3) |
| | «В» | 63,0 \pm 3,2 | 68,8 \pm 2,6 | 69,7 \pm 2,9 | | |
| | «С» | 60,8 \pm 3,6 | 74,1 \pm 4,9 | 75,7 \pm 5,0 | | |
| ФБ (физическая боль) | «А» | 61,8 \pm 2,5 | 69,4 \pm 2,9 | 70,7 \pm 3,3 | 65,3 \pm 25,1 | 0,01B(2) 0,009AB(3) 0,2AC(3) 0,0001BC(1) 0,005BC(3) |
| | «В» | 63,2 \pm 2,6 | 68,7 \pm 1,9 | 68,8 \pm 2,4 | | |
| | «С» | 60,9 \pm 2,1 | 69,6 \pm 2,3 | 70,1 \pm 5,0 | | |
| ОЗ (общее здоровье) | «А» | 59,5 \pm 1,5 | 62,7 \pm 2,3 | 63,7 \pm 2,6 | 59,4 \pm 18,4 | 0,01AB(1) 0,03AB(3) 0,00001AC(2,3) 0,00001BC(2,3) |
| | «В» | 60,7 \pm 2,5 | 62,1 \pm 2,7 | 62,5 \pm 2,6 | | |
| | «С» | 60,3 \pm 2,7 | 65,9 \pm 2,9 | 81,8 \pm 4,7 | | |
| Ж (жизнеспособность) | «А» | 35,6 \pm 4,9 | 50,5 \pm 4,7 | 50,4 \pm 4,6 | 55,6 \pm 18,0 | 0,07AB(3) 0,002AC(2) 0,0008AC(3) 0,00001BC(2,3) |
| | «В» | 36,7 \pm 4,8 | 44,7 \pm 3,7 | 46,4 \pm 3,7 | | |
| | «С» | 35,7 \pm 4,9 | 55,6 \pm 4,9 | 56,7 \pm 4,7 | | |
| СФ | «А» | 59,2 \pm 1,9 | 62,7 \pm 2,1 | 63,2 \pm 2,1 | 68,2 \pm 22,3 | 0,01AB(1) 0,1AB(2,3) |
| | «В» | 60,0 \pm 1,3 | 62,2 \pm 1,8 | 62,7 \pm 1,9 | | |

| | | | | | | |
|---------------------------------|-----|----------|----------|----------|-----------|--|
| (социальное функционирование) | «С» | 58,3±1,8 | 64,1±2,1 | 64,2±1,9 | | 0,05AC(1) 0,002AC(2,3) 0,000006BC(2) 0,0001BC(3) |
| РЭ (ролевая эмоциональность) | «А» | 59,8±1,1 | 63,1±1,5 | 63,4±1,3 | 66,8±37,5 | 0,2AB(«) 0,09AB(3) 0,000004AC(2) 0,00001AC(3) 0,00001BC(2) 0,00002BC(3) |
| | «В» | 59,9±1,3 | 62,7±1,5 | 61,8±8,5 | | |
| | «С» | 59,4±1,4 | 64,4±2,2 | 64,7±2,7 | | |
| ПЗ (психическое здоровье) | «А» | 56,2±1,8 | 58,2±2,1 | 58,7±3,7 | 58,1±16,0 | 0,7AB(2) 0,5(3) 0,00004AC(2) 0,00007AC(3) 0,00003BC(2) 0,000001BC(3) |
| | «В» | 56,6±1,2 | 58,1±1,4 | 58,1±1,0 | | |
| | «С» | 55,2±1,2 | 59,2±2,2 | 59,3±1,0 | | |

$p \leq 0,05$.

Таким образом, двустороннее хирургическое лечение сонных артерий у пациентов старше 70 лет оказывает положительное влияние на качество жизни пациентов. Динамика состояния качества жизни после операций с двух сторон была положительной в отдаленном послеоперационном периоде.

Выводы. Когнитивные функции и качество жизни в отдаленном периоде после двухэтапной реконструкции сонных артерий при двустороннем стенозе у пациентов старше 70 лет, оперированных с интервалом 60 суток, значительно выше, чем у таких же пациентов, оперированных с меньшим межоперационным промежутком.

Поэтапное восстановление кровотока по сонным артериям с межоперационным интервалом не менее 60 дней в сочетании с введением цераксона внутривенно до кроссклимпинга максимальной суточной дозировки 2 грамма и в последующем в течение 5 суток по 1 грамму в значительной мере уменьшает выраженность когнитивного дефицита, улучшает качество жизни.

Список литературы

1. Гендлин Г.Е. Методы исследования качества жизни у больных с хронической недостаточностью кровообращения / Г.Е. Гендлин, Е.В. Самсонова, О.В. Бухало // Сердечная недостаточность. - 2000. – Т. 1. - № 2. - С. 74-80.
2. Бокерия Л.А. Математическое моделирование бифуркации сонных артерий / Л.А. Бокерия, И.В. Кирилова, З.К. Пирцхалашвили // Ангиология и сосудистая хирургия. - 2006. - № 1. – С. 5.
3. Бузунд Р. Хирургическое лечение стенозов сонных артерий // Актуальные проблемы

сердечно-сосудистой хирургии : тезисы докладов международной конференции. – Архангельск, 1996. - С. 8-9.

4. Дамулин И.В. Болезнь Альцгеймера и сосудистая деменция / под ред. Н.Н. Яхно. - М., 2002. - С. 85.

5. Дамулин И.В. Легкие когнитивные нарушения // Consilium medicum. - 2004. - № 2. - С. 138-141.

6. Дамулин И.В., Парфенов Д.А., Скоромец А.А., Яхно Н.Н. Нарушения кровообращения в головном и спинном мозге // Болезни нервной системы. Руководство для врачей / под ред. чл.-корр. РАМН, проф. Н.Н. Яхно, проф. Д.Р. Штульмана. - М. : Медицина, 2001. - С. 231-235.

7. Захаров В.В. Нарушение памяти / В.В. Захаров, Н.Н. Яхно. - М. : ГЭОТАР-МЕД, 2003. - С. 160.

8. Захаров В.В. Всероссийская программа исследований эпидемиологии и терапии когнитивных расстройств в пожилом возрасте // Неврологический журнал. – 2006. - Т. 11. - С. 27-32.

9. Левин О.С. Дисциркуляторная энцефалопатия: современные представления о механизмах развития и лечения // Consilium medicum. - 2007. - (8). - С. 72-79.

10. Локшина А.Б. Лечение когнитивных расстройств при дисциркуляторной энцефалопатии / А.Б. Локшина, В.В. Захаров // Неврологический журнал. - 2006. – Т. 11, приложение 1. - С. 57-64.

11. Левин О.С. Динамика когнитивных функций у больных с атеросклеротическим стенозом сонных артерий после каротидной эндартерэктомии / О.С. Левин, В.В. Ахметов, Л.В. Голубева // Неврологический журнал 2. – 2006. – Т. 11, № 4. - С. 14-19.

12. Марынич А. Влияние каротидной эндартерэктомии на качество жизни / А. Марынич, А. Щербюк, В. Виноградов // Врач. - 2008. - № 7. - С. 80-83.

13. Новик А.А. Исследование качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова. - М., 2004. - С. 320.

14. Недошивин А.О. Исследования качества жизни и психологического статуса у больных с хронической сердечной недостаточностью / А.О. Недошивин, А.Э. Кутузова, Н.Н. Петрова, С.Ю. Варшавский // Сердечная недостаточность. - 2000. - Т. 1, Т. 4. - С. 148.

15. Парфенов В.А. Постинсультные когнитивные нарушения // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2008. - Т. 22, приложение. - С. 16-21.

16. Падабед Д.А. Оценка состояния когнитивных функций у больных, перенесших реконструктивную операцию на сонных артериях : автореф. дис. ... к.м.н. – Челябинск, 2008. - С. 28.

17. Яхно Н.Н. Когнитивные расстройства в неврологической клинике // Неврологический журнал. - 2006. – Т. 11, приложение № 1. - С. 4-12.
18. Bakker F.C. Cognitive impairment in patients with carotid artery occlusion and ipsilateral transient ischemic attacks / F.C. Bakker, C.J.M. Klijn; A. Jennekens – Schinkel et al // J. Neurol. – 2003. – 250. - P. 1340-1347.
19. Borroni B. Is mild cognitive impairment reversible? Evidence from a study on the effect of carotid endarterectomy / B. Borroni, G. Tiberio, S. Bonardelli // Neurol. Res. – 2004. - 26:5. - P. 594-597.
20. Hachinski V. National Institute of Neurological Disorders and Stroke- Canadian Stroke Network Vascular Cognitive Impairment Harmonization Standards / V. Hachinski, I. Costantino // Stroke. – 2006. – 37. – P. 2220.
21. Stephans S.S. Association between mild vascular cognitive impairment and impaired activities of daily living in older stroke survivors without dementia / S.S. Stephans, R.A. Kenny, E. Rowan et al. // J. Am Ger Soc. - 2005. - 53:1. - P. 103-107.