

Медико-технологическое
предприятие
НЬЮДИАМЕД

КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕРОНТОЛОГИЯ

Научно-практический
рецензируемый журнал.
Основан в 1995 г., Москва

Входит в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, выпускаемых в Российской Федерации, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени доктора наук и Перечень ведущих научных журналов и изданий, выпускаемых в Республике Казахстан, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени доктора наук

Издательство «Ньюдиамед»

Директор издательства:
Буланова В.А.
Зам. директора по рекламе:
Рихард Г.С.

Адрес редакции:

115446, Москва,
Коломенский пр., 4, ГKB N 7
Кафедра гематологии и гериатрии
Тел./факс (095) 118-74-74
E-mail: mtpndm@dol.ru
Internet: www.zdrav.net
zdravkniga.net

Оригинал-макет изготовлен
издательством «Ньюдиамед»

Зав. редакцией: Буланова В.А.
Корректор: Чайнова С.М.
Компьютерная верстка:
ООО «Электронинформ»

Индекс журнала 72767

по каталогу агентства РОСПЕЧАТЬ
«ГАЗЕТЫ И ЖУРНАЛЫ»

**Том 12
6-2006
(Июнь)**

При перепечатке ссылка
на журнал обязательна
© Издательство «Ньюдиамед»

При оформлении обложки
использована работа А. Дюрера

Формат 60x84/8
Печ. листов 8,5. Заказ
Отпечатано в ООО «Возрождение»

Главный редактор П.А. Воробьев
Первый зам. главного редактора М.Г. Глезер

Редакционная коллегия:

В.Н. Анисимов зам. главного редактора
(фундаментальная геронтология),
Е.И. Асташкин,
И.Н. Денисов,
Л.М. Горилловский,
Ю.В. Конев,
Л.Б. Лазебник,
А.И. Мартынов,
Е.Л. Насонов,
Н.И. Некрасова,
Л.К. Обухова,
А.Д. Пальман,
В.А. Парфенов,
Д.В. Преображенский,
Т.А. Федорова,
В.В. Цурко

Редакционный совет:

Б.А. Айнабекова
Р.Ш. Бахтияров (С.-Петербург),
Б.С. Брикин (Москва),
А.И. Воробьев (Москва),
Л.М. Белозерова (Пермь),
В.С. Гасилин (Москва),
В.Г. Герасимов (Ярославль),
Ф.И. Комаров (Москва),
Г.П. Котельников (Самара),
Х.Дж. Коэн (Дурэм, США),
В.А. Насонова (Москва),
В.В. Серов (Москва),
В.Х. Хавинсон (С.-Петербург),
А.Л. Хохлов (Ярославль),
В.В. Чельцов (Москва),
А.И. Яковлев (Москва),
О.Г. Яковлев (Самара)

Издательство «НЬЮДИАМЕД», Москва, 2006

**Редколлегия журнала «КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕРОНТОЛОГИЯ»
просит авторов оформлять статьи, направляемые в редакцию журнала,
в строгом соответствии с правилами.**

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ

- I. Журнал «Клиническая геронтология» публикует статьи, освещающие фундаментальные вопросы биологии и патофизиологии старения, особенности течения и терапии различных заболеваний в позднем возрасте, современные методы диагностики, лечения, реабилитации, ухода, деонтологические, медико-социальные аспекты гериатрии. Это передовые и оригинальные статьи, обзоры, лекции, письма в редакцию, заметки из практики, информация о новых лекарственных препаратах, конференциях, съездах, симпозиумах, рефераты статей, опубликованных в зарубежных геронтологических журналах. Статьи построены по традиционному для мировой научной периодики плану.
- II. Статья должна быть напечатана и представлена в редакцию и (обязательно) набрана на компьютере в любом текстовом редакторе в системе Windows (перенос слов не делать).
- III. Объем статьи, включая таблицы, литературу, реферат и резюме, не должен превышать 300–350 строк шрифтом не менее 12-го кегля.
- IV. В выходных данных указывается название работы, инициалы и фамилия авторов, название учреждения, в котором выполнена работа, город. Необходимо сообщить фамилию, имя и отчество автора, с которым редакция будет иметь переписку, его адрес и телефон. Статья должна быть тщательно выверена автором, т. к. редакция не высылает корректуру.
- V. Математические и химические формулы должны быть написаны очень четко, с указанием на полях букв алфавита (русский, латинский, греческий), а также прописных и строчных букв, показателей степени, индексов, букв или цифр, когда это не ясно из текста.
- VI. Таблицы должны быть компактными, иметь название, текст статей должен содержать ссылку на таблицу. Цифры в ней не должны расходиться с цифрами в тексте. Обязательна статистическая обработка со ссылкой на рассчитываемые коэффициенты.
- VII. К статье может быть приложено минимальное количество рисунков, необходимых для понимания текста. Рисунки должны быть представлены на дискете в любом графическом редакторе и в распечатанном виде. Рисунки должны быть четкими, легко воспроизводимыми и не содержать текстовых надписей и обозначений, которые можно поместить в текст или подрисуночные подписи. В тексте статьи должна быть ссылка на каждый рисунок. Микрофотографии, фотографии и рентгенограммы должны быть размером 6×9 см и хорошего качества.
- VIII. К статье необходимо приложить список всей цитируемой литературы в алфавитном порядке. Библиографические ссылки в тексте статьи должны даваться в квадратных скобках цифрами в соответствии с пристатейным списком литературы. Список литературы должен быть составлен следующим образом: фамилия и инициалы автора, название журнала, год, том, вып., стр. (Название статей не дается). Пример: Серов В.В. Клини. геронтол. 1995; 1: 3–8.; Ringvold A., Davanger M. Brit. J. Ophthal. 1981; 65: 138–141.
- IX. Для книг и сборников точные заглавия по титульному листу, место и год издания. В список литературы не включаются неопубликованные работы (за исключением препринтов) и ссылки на учебники.
- X. К каждой статье должен быть приложен список ключевых слов (в русском и английском вариантах).
- XI. Направление в редакцию работ, которые уже посланы в другие редакции или напечатаны в них, не допускается!
- XII. Редакция журнала оставляет за собой право вносить стилистические изменения, включая названия статей, термины и определения.

Статьи следует направлять по адресу:

**115446, Москва, Коломенский проезд 4, ГКБ 7. Кафедра гематологии и гериатрии
ММА им. И.М. Сеченова, редакция журнала «Клиническая геронтология»
E-mail: mtprndm@dol.ru**



УДК 616.34–007.43–031:611.95 (957)

НЕКОТОРЫЕ GERONТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ И ПУПОЧНЫХ ГРЫЖ

А.М. Шулутко

Москва

«Даже в тех случаях, когда пожилой пациент по ряду физиологических параметров выглядит моложе своего возраста, ничто так быстро не восстанавливает соответствие, как травма или оперативное вмешательство».

«Textbook of Surgery» D.C. Sabistone. 1986. P. 88.

Ключевые слова: хирургическое лечение, паховые и пупочные грыжи, пожилой возраст

Key words: aged, regio inguinalis, abdomen s. venter

Традиция российской хирургической школы пока еще оставляет лечение брюшных грыж за общими хирургами. Правда, уже организовано Общество герниологов России, происходит фор-

мирование неформальных герниологических центров, но думается, что еще много лет лечением этого распространенного недуга будут заниматься общие хирурги.

Может сложиться обманчивое впечатление, особенно у начинающих хирургическую практику, что грыжесечение — это простая операция, удел тех, кому не «светят» кардиохирургия, трансплантация органов, микрохирургия, большие онкологические операции. Это совсем не так! С нашей точки зрения, нет более важной задачи, чем научиться профессионально оперировать при часто встречающихся хирургических заболеваниях. К таким можно отнести пупочные и паховые грыжи, в том числе и у лиц пожилого возраста.

В России ежегодно выполняется до 200000 грыжесечений, в США — более 700000, во Франции — 110000, иными словами, это одно из самых распространенных хирургических заболеваний, излечиваемых только хирургическим путем. Летальность при плановых грыжесечениях по поводу пупочных и паховых грыж не превышает 1%. Примерно такое же число пациентов не оперируется. Среди них лица пожилого возраста составляют большинство. Причинами отказа от операции являются: боязнь оперативного вмешательства, рецидив грыжи (иногда — многократный), наличие тяжелых сопутствующих заболеваний и рекомендации семейных врачей или врачей общей практики, особенно в случаях, когда кроме самого наличия грыжевого выпячивания, других клинических проявлений болезни нет.

Можно ли предсказать вероятность развития осложнения при грыже брюшной стенки? Факторами риска развития осложнения (в том числе ущемления) являются: пожилой и старческий возраст, короткий анамнез грыжи, бедренная грыжа и характер сопутствующих заболеваний.

В большинстве учебников по хирургии рекомендуется плановое грыжесечение во избежание развития ущемления, причем возраст пациента не может быть противопоказанием к хирургическому лечению сам по себе. Сегодня практически невозможно проследить достаточно репрезентативную группу грыженосителей в течение длительного срока для выяснения истинной частоты развития ущемления. Более того, даже при развитии симптомов возможного ущемления тактика хирурга будет различной — от немедленной операции до осторожного вправления и плановой операции. Стандартно приводимые цифры в 4–6% ущемлений среди боль-

ных с паховыми грыжами в течение жизни, вероятнее всего, несколько завышены. По данным одной из парижских клиник, в 1880–1884 гг. на 8633 наблюдения больных с паховыми грыжами имели место 242 эпизода ущемления, что означает вероятность 0,0037 на одного пациента в год.

Посмотрим на проблему с другой стороны. С 2001 по 2005 г. в Москве оперировано 13843 больных с ущемленными грыжами брюшной стенки. Послеоперационная летальность составила 3,9%. Иными словами, ежегодно в Москве умирают 100 пациентов после грыжесечения по поводу ущемленной грыжи!

В 2005 г. оперировано 2879 пациентов, умер после операции 81 больной, что составило 2,8%. Послеоперационная летальность у больных с ущемленными грыжами, оперированными в сроки до 24 ч от начала заболевания составила 1,8%, а после 24 ч — 6,1%. (Из доклада главного хирурга Департамента здравоохранения Москвы «О состоянии экстренной хирургической помощи при острых заболеваниях органов брюшной полости в Москве за 2001–2005 гг.».)

Имеющиеся в литературе цифры послеоперационной летальности при ущемленных паховых и особенно пупочных грыжах у больных пожилого и старческого возраста еще выше и достигают 30–45 % и более.

Таким образом, все теоретические рассуждения о малой вероятности ущемления грыжи, особенно если она существует длительно и не имеет другой клинической манифестации, вряд ли можно считать оправданными. В подавляющем большинстве случаев пациенту следует рекомендовать плановое хирургическое лечение. Исключение составляют лишь больные с декомпенсированными сопутствующими заболеваниями и очень высоким риском развития осложнений в раннем послеоперационном периоде.

Следующий аспект проблемы — какой вариант пластики передней брюшной стенки следует предпочесть при пупочных и паховых грыжах у лиц пожилого возраста.

Принцип Бассини — укрепление задней стенки пахового канала — признается большинством хирургов при любом варианте паховой грыжи. Методы пластики передней стенки пахового канала не должны применяться. Однако операция Бассини, равно как и остальные модификации пластики местными тканями задней стенки па-

хового канала, постепенно уступают место методикам с использованием синтетических протезов. Причин две — значительное число рецидивов при пластике местными тканями в общехирургических стационарах (от 10 до 15% и более при первичных операциях) и выраженный болевой синдром в послеоперационном периоде. Следует подчеркнуть необходимость достаточно длительного срока наблюдения для оценки истинного числа рецидивов — не менее 5, а лучше — не менее 10 лет.

Методика Лихтенштейна, основанная на укреплении задней стенки пахового канала с помощью полипропиленового сетчатого эндопротеза, позволила значительно уменьшить число рецидивов (от 0,1 до 0,5%), и зависимость результатов операции от опыта и квалификации хирурга. Справедливости ради следует сказать, что методика Shouldice позволяет получить аналогичные результаты, но только в специализированных стационарах или в руках ограниченного контингента специально подготовленных хирургов. Менее выраженный болевой синдром после операции — еще одно преимущество отсутствия натяжения при сшивании тканей.

Преимущества метода Лихтенштейна при выполнении пахового грыжесечения у больных пожилого и старческого возраста можно сформулировать следующим образом:

1. Выполнение операции под местной анестезией.
2. Отсутствие выраженного болевого синдрома и возможность использования ненаркотических анальгетиков в раннем послеоперационном периоде.
3. Ранняя (практически — в день операции) активизация больного.
4. Отсутствие жизнеугрожающих послеоперационных осложнений.
5. Небольшое число рецидивов.

Анализ наших результатов лечения больных с паховыми грыжами показал, что в учебной клинике при значительном числе пациентов старше 65 лет среди оперированных больных рецидивы при первичном паховом грыжесечении по методу Бассини составляли 9%, и число их у конкретного хирурга зависело от опыта и количества выполняемых ежегодно грыжесечений. При методике Лихтенштейна в сопоставимой группе больных рецидивы при сроках наблюдения более 5 лет составили 0,5%. Что

касается выраженности болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде, то наши наблюдения показывают, что наименьшая интенсивность боли отмечена при инвагинировании грыжевого мешка по сравнению с его резекцией и перевязкой с прошиванием. Методика пластики передней брюшной стенки при этом имеет меньшее значение.

Пупочные грыжи в значительной степени обойдены вниманием хирургов, очевидно, как давно решенная проблема, а ведь это совсем не так! Осматривая во время обходов больных, поступивших в клинику по самым разным причинам, обращаешь внимание на то, как часто встречаются пупочные грыжи, в том числе и рецидивные. Неоднократно оперированные пупочные грыжи, порой, представляют значительную проблему для пациента и хирурга. Только за последний год мне довелось оперировать двух пациенток, еще не достигших категории пожилого возраста, но близких к этому, с гигантскими пупочными грыжами. Обе они имели среднее медицинское образование и проживали в Москве. Естественно, что вправление в брюшную полость практически всего кишечника, длительно пребывавшего вне ее, вызвало значительные проблемы в раннем послеоперационном периоде. Эти практические наблюдения подтверждают отсутствие четко организованной программы санации грыженосителей в плановом порядке.

Вместо традиционной пластики по Мейю или по Сапежко рациональнее использовать пластику сетчатым трансплантатом, располагая его предбрюшинно. Наш опыт, насчитывающий более 120 операций, и сроки наблюдения более 5 лет показали, что рецидивы отсутствуют, а число местных и общих осложнений минимально.

Вполне удовлетворительные результаты пластики «без натяжения» в плановых ситуациях позволили нам применить методику при ущемленных паховых, бедренных и пупочных грыжах. Наиболее типичными контраргументами использования сетчатых протезов при ущемленных грыжах являются утверждения о высоком риске развития гнойных осложнений. У 87 больных с ущемленными паховыми и бедренными и у 47 больных с ущемленными пупочными грыжами было выполнено грыжесечение с последующей пластикой брюшной стенки полипропиленовым сетчатым эксплантом.

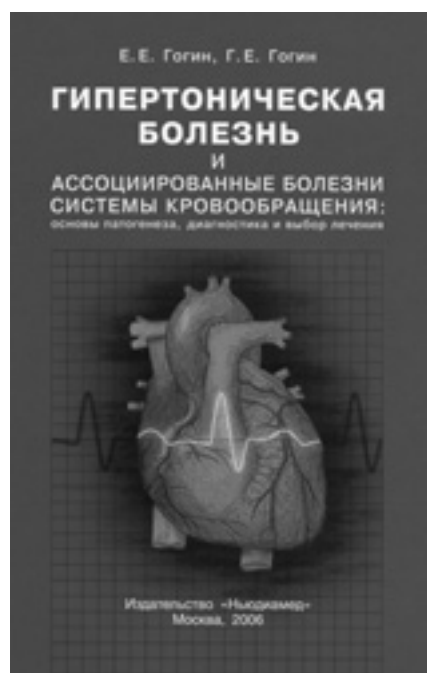
Большинство больных были пожилого возраста, у 75% имелись сопутствующие заболевания, у 12 выполнена резекция ущемленного органа. Летальных исходов после операции не было. Мы не наблюдали нагноения ран, ни в одном наблюдении не потребовалось удаления экспланта. В 6% имели место скопления серозного экссудата в подкожной клетчатке или между сеткой и апоневрозом. Эти скопления выявлялись клинически или при обязательном ультразвуковом обследовании зоны операции на 2–3-и сутки после нее и были разрешены пункцией под контролем УЗИ.

Антибиотикопрофилактика является основным способом предупреждения гнойных осложнений в раннем послеоперационном периоде. В случаях высокого риска инфицирования (резекция ущемленного участка кишки) перед при-

шиванием экспланта рана обрабатывается струей оксида азота в течение 15 мин.

Наше глубокое убеждение заключается в том, что пациенты даже пожилого и старческого возраста не должны умирать от ущемленных паховых, бедренных и пупочных грыж. Для достижения этого идеала нужно многое изменить в социальной политике, здравоохранении и хирургии. Некоторые направления уже сейчас понятны и реализуемы — программа своевременного выявления и санации грыженосителей, осуществляемая совместно врачами общей практики и хирургами, адекватные возрасту и состоянию больных плановые грыжесечения и современные минимально инвазивные методики операции при ущемленных грыжах.

Поступила 04.05.2006



ВНИМАНИЕ!!! НОВИНКА!!!

В издательстве НЬЮДИАМЕД
вышла книга авторов
Е.Е. Гогина, Г.Е. Гогина

"Гипертоническая болезнь и ассоциированные болезни системы кровообращения: основы патогенеза, диагностика, выбор лечения"

В книге на основе многолетнего клинического опыта рассмотрены особенности течения гипертонической болезни — «эссенциальной» гипертонии, вариабельной и изменчивой, но нозологически единой и патогенетически обособленной, освещен вклад отечественных терапевтических школ в изучение гипертонической болезни, проанализированы мировые достижения в разработке стандартов диагностики и лечения, успехи популяционной стратегии, обеспечившей ограничение пандемии артериальной гипертонии, развитие активных методов по-

мощи при сопутствующей ей ишемической болезни и снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в социально стабильных странах. Рассмотрены возможности эхокардиографии в объективизации изменений сердца и задачи раннего установления симптоматических (монопатогенетических) гипертоний. Большое место в книге отведено лечению гипертонической болезни — стандартному гипотензивному и индивидуально оптимизированному в соответствии со стадией и проявлениями болезни, сочетающему базисную патогенетическую терапию с курсовой симптоматической, которые обеспечивают вторичную профилактику осложнений.

Книга предназначена терапевтам, кардиологам, студентам и преподавателям медицинских вузов и биологических факультетов университетов.

СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА ФОНЕ МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА

Б.С. Брискин, Ф.Ф. Хамитов, М.В. Костюченко

Московский государственный медико-стоматологический университет

Представлен анализ 480 операций у пожилых пациентов с желчнокаменной болезнью и атеросклеротическим поражением магистральных артерий различной локализации, выполненных из минидоступа, в сравнении с операциями, выполненными традиционным путем. При использовании минидоступа стал короче послеоперационный период, в 1,5 раза уменьшилось количество послеоперационных осложнений, пациенты легче переносили операцию.

Ключевые слова: симультанные операции, мультифокальный атеросклероз, желчнокаменная болезнь, пожилой больной
Key words: simultaneous operations, multifocal atherosclerosis, cholelithiasis, aged patient

Заболевания билиарной системы у пожилых и старых являются одной из ведущих проблем в гериатрии ввиду их распространенности у лиц старше 50 лет.

Изменения в желчевыведительной системе у больных пожилого и старческого возраста характеризуются уплотнением и утолщением стенки желчного пузыря, увеличением его объема и снижением двигательной активности. Возможность возрастных изменений функционально-структурного состояния желчевыведительной системы необходимо учитывать при обследовании и лечении пациентов старших возрастных групп [5,20,3].

У больных преклонного возраста значительно чаще развиваются деструктивные формы острого холецистита, учащаются приступы желчнокаменной болезни, характеризующиеся высокой частотой осложнений. Летальность в старших

возрастных группах в 2–4 раза превышает таковую у молодых больных, особенно при осложненных формах болезни [12].

Кроме того, единство патогенетических механизмов нарушения холестеринового обмена способствуют тому, что отклонения в желчевыведительной системе в 73,2% случаев сочетаются с атеросклеротическим поражением аорты и ее ветвей [7,8,23]. Синдром взаимного отягощения этих двух нозологических форм обуславливает постоянное внимание хирургов к выбору наиболее рациональной тактики при существовании этих симультанных заболеваний [15,18,19,22,24,26,27].

Следует учитывать, что в последние годы все большее распространение получают менее травматичные операции с использованием набора мини-ассистент [1,2,4,9,10,11,13,14,16,17,21,25,28].

Цель настоящего исследования — сопоставить различные хирургические подходы к оперативному лечению сочетания и мультифокального атеросклероза различных локализаций.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Представлен анализ 480 операций, выполненных с использованием минидоступа, из которых 87 — по поводу мультифокального атеросклероза с минидоступом к брюшному отделу аорты (28 из них сочетались с каротидной эндартерэктомией), 386 — по поводу желчнокаменной болезни из минидоступа, 7 — по поводу сочетания желчнокаменной болезни и мультифокального атеросклероза с применением минидоступа. Эффективность оперативного лечения из минидоступа оценивали в сравнении с таковой 26 операций, выполненных традиционным путем (12 операций на сосудах и 10 холецистэктомий), причем 4 операции выполнены по поводу сочетания желчнокаменной болезни с мультифокальным атеросклерозом из большого лапаротомного доступа (табл. 1).

Оперированы пациенты с желчнокаменной болезнью и мультифокальным атеросклерозом с преимущественным поражением терминального отдела аорты и подвздошно-бедренного сегмента. Показанием к хирургическому лечению были желчнокаменная болезнь и окклюзирующее или стенозирующее атеросклеротическое поражение в сочетании с клинической картиной ишемии конечности II—III стадии (по классификации Савельева). Для определения непосредственно хирургической тактики помимо анализа клинических проявлений сочетанного

заболевания (данные осмотра, лабораторные параметры) обязательными были доплерометрия и ангиография брюшного отдела аорты и артерий нижних конечностей, ультразвуковое и контрастное исследование желчных путей. С учетом сочетанной патологии методом выбора хирургического лечения при обострении желчнокаменной болезни и аневризмах, гемодинамически значимом стенозе или окклюзии брюшного отдела аорты и подвздошных артерий была комбинация холецистэктомии и бифуркационного аортобедренного шунтирования или линейного протезирования аорты. При этом к пациентам с высоким риском (4% больных) и условно благоприятным прогнозом, определяемым по коронарному резерву, применяли тактику последовательного оперирования: при превалировании клиники желчнокаменной болезни первым этапом была холецистэктомия, вторым — реконструктивные операции на артериальном русле. При превалировании клиники атеросклеротического поражения сосудов первым этапом выполняли вмешательства на инфраренальном отделе аорты и подвздошно-бедренном сегменте, вторым этапом — холецистэктомию (табл. 2).

Как видно из таблицы, выбор способа реконструкции артериального русла зависел также от характера поражения. Пациентам со средним и низким операционным риском и высоким и средним коронарным резервом (прогностически благоприятная ситуация) выполняли симультанные операции (20%): а) на желчных путях и сосудах; б) на различных отделах артериального русла. При значительной непроходимости (вплоть до полной окклю-

Таблица 1

Группы пациентов и выполненные операции

Группа больных		Вид операции	Число больных
Из минидоступа (480 человек)	Группа 1	Холецистэктомия (ХЭ)	386
	Группа 2	Аортобедренное бифуркационное шунтирование (АББШ)	54
	Группа 3	АББШ + каротидная эндартерэктомия (КЭЭ)	23
		Каротидная эндартерэктомия + аортоглубокобедренное протезирование	3
		АББШ+КЭЭ+ХЭ	1
		Аортоглубокобедренное шунтирование	5
		Протезирование общей сонной артерии + АББШ из минидоступа	1
		ХЭ + АББШ	4
		Резекция аневризмы инфраренального отдела аорты с линейным протезированием + ХЭ	1
		Резекция аневризмы инфраренального отдела аорты с линейным протезированием	1
ХЭ + АББШ + подключично-сонное шунтирование	1		
Из лапаротомного доступа (26 человек)	Группа 4	ХЭ	10
	Группа 5	АББШ	12
	Группа 6	ХЭ + АББШ	3
		ХЭ + резекция аневризмы аорты и линейное протезирование	1

Таблица 2

**Тактика оперативного вмешательства
по степени операционного риска по ASA
и коронарному резерву**

Риск	Прогноз (по коронарному резерву)	Тактика
Высокий	Относительно благоприятный (средний коронарный резерв)	Последовательная тактика
Средний и низкий	Благоприятный (высокий и средний коронарный резерв)	Симультанные операции <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>Миниинвазивные технологии</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>Срединная лапаротомия (группа сравнения)</p> </div> </div>

зии) сосудистого русла выполняли симультанно холецистэктомиию с аортобедренным бифуркационным шунтированием. При этом в конечном счёте в 36,4% случаев осуществили холецистэктомиию в сочетании с сосудистыми симультанными операциями из срединной лапаротомии, в 63,6% случаев — использована малоинвазивная методика: холецистэктомиия из минидоступа с минидоступом к брюшному отделу аорты. Техника выполнения операции из минидоступа приведена в табл. 3.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Очевидно, что все оперированные пациенты представляли собой две категории: а) к одним применена тактика последовательного опериро-

вания; б) к другим — симультанная методика оперативного лечения (у 7 человек симультанные операции выполнены из минидоступа). Выделение этих двух групп пациентов было обусловлено степенью операционного риска и выявленными различиями в прогнозе у них.

Данные выполненных из минидоступа операций и хирургического лечения из традиционных топографических разрезов представлены в табл. 4 и 5.

Из табл. 5 видно, что при использовании минидоступа снижалась длительность послеоперационного периода (на 2–5 дней в среднем), в 1,5 раза уменьшалась частота послеоперационных осложнений. Операции из минидоступа легче переносились пациентами. Существенно отличались операции и по экономической эффективности.

Таким образом, выявлено преимущество применяемой нами тактики миниинвазивного одновременного вмешательства из минидоступа.

Обобщая вышеизложенное, можно заключить, что своевременное хирургическое лечение больных старших возрастных групп с такой сочетанной патологией, как мультифокальный атеросклероз и желчнокаменная болезнь, является залогом улучшения результатов лечения и профилактики осложнений.

При этом при сочетании желчнокаменной болезни и мультифокального атеросклероза миниинвазивные операции из минидоступа должны

Таблица 3

Техника выполнения операций из минидоступа с использованием набора мини-ассистент

Техника мини холецистэктомии	Техника операции из минидоступа на аортобедренном сегменте
<p>После обработки операционного поля выполнялись лапаротомии в правом подреберье трансректальным доступом длиной 3–5 см. Края брюшины подшивали отдельными узловыми швами к коже. После ревизии органов брюшной полости в неё устанавливали марлевые тампоны, ограничивающие операционное пространство. Устанавливали ранорасширитель мини-ассистент. Желчный пузырь фиксировали зажимом Люэра. Затем после ревизии гепатодуоденальной связки выделяли пузырную артерию и пузырный проток, которые пересекали и раздельно перевязывали. Далее выполняли холецистэктомиию от дна, желчный пузырь мобилизовывали при помощи электрокоагулятора. Гемостаз и билестаза в области ложа пузыря осуществляли электрокоагуляцией. При выраженных реологических нарушениях крови и желчи ложа пузыря укрывали препаратом тахокомб. Через контрапертуру в подпеченочное пространство устанавливали силиконовый дренаж. Операцию заканчивали ушиванием раны наглухо.</p>	<p>Первым этапом выполняли ревизию бедренных артерий, определяли состояние общей, поверхностной и глубокой бедренных артерий, степень атеросклеротического поражения. При удовлетворительном их состоянии переходили к оперативному этапу на брюшном отделе аорты. Выполняли срединный лапаротомный разрез длиной 5–7 см. Края брюшины подшивали к коже отдельными лигатурами. После ревизии органов брюшной полости марлевыми тампонами ограничивали петли кишечника, устанавливали набор мини-ассистент. Дном раны является задний листок париетальной брюшины, под которой пальпируется брюшной отдел аорты ориентировочно от правой почечной вены до бифуркации аорты. Рассекали брюшину и забрюшинную клетчатку над аортой, проводили мобилизацию боковой поверхности аорты. Формировали забрюшинные туннели для браншей протеза, затем пережимали аорту и накладывали проксимальный анастомоз между аортой и протезом по типу "конец в бок" или "конец в конец". Бранши протеза проводили на бедра по предварительно сформированным туннелям, после чего формировали дистальные анастомозы между браншами протеза и бедренными артериями по типу "конец в бок". Раны на бедрах и передней брюшной стенке ушивали наглухо.</p>

Таблица 4

Одновременная и последовательная тактика оперирования при сочетании желчнокаменной болезни и мультифокального атеросклероза

Параметры	Симультанная тактика		Последовательная тактика	
	минидоступ	традиционный доступ	минидоступ	традиционный доступ
Среднее время операции, мин	145,6 ± 8,6	162,9 ± 16,8	122,4 ± 8,2 +37,4 ± 6,2	155,7 ± 18,5 +48,5 ± 10,4
Послеоперационный период:				
длительность ИВЛ после операции, мин	13,9 ± 5,2	49,5 ± 28,9	13,9 ± 5,2 +5,2 ± 2,3	49,5 ± 28,9 +10,5 ± 2,8
применение анальгетиков, сутки	1	2	1 + 1	2 + 2
начало перорального питания, часы	25,8 ± 4,2	50,8 ± 9,0	25,8 ± 4,2	50,8 ± 9,0
Послеоперационные осложнения, %	1,5	2,3	1,4	4,2
Переносимость операции	+++	++	+++	++
Общий койко-день	20,1 ± 1,8	24,2 ± 5,4	20,1 ± 1,8 +5,4 ± 2,1	22,8 ± 2,6 +12,6 ± 4,5

Примечание. В табл. 4 и 5 ИВЛ – искусственная вентиляция легких.

считаться технологией выбора. Определяя объем операции и тактику (поэтапную или одновременную), необходимо учитывать степень операционного риска и коронарный резерв как важнейшие прогностические показатели.

«Открытая» операция из минидоступа при остром и хроническом калькулезном холецистите, реализуемая комплектом инструментов мини-ассистент, является современной малоинвазивной методикой, позволяющей выполнить нетравматичную операцию даже в тех ситуациях, когда невыполнима и рискованна видеолaparоскопическая методика (у пациентов преклонного возраста повышение внутрибрюшного давления при наложении пневмоперитонеума крайне нежелательно, а в ряде ситуаций противопоказано). Даже при основном недостатке метода в виде ограниченного обзора брюшной полости [1,6,9] приемы оперирования из минидоступа практически не отличаются от традиционных, что весьма привычно для хирурга. При этом традиционное хирургическое пособие при желчнокаменной болезни, оставаясь на протяжении многих лет «золотым стандартом», не потеряло своей актуальности и сегодня. Однако в современных условиях оно применяется в основном при различных ее осложнениях, когда малоинвазивное пособие невозможно либо заведомо неэффективно. В подобных ситуациях применяется двухэтапный метод лечения: первый этап, реализуемый под контролем лапароскопа или УЗИ, заключается в пункции или микрохоле-

цистостомии (т. е. одномоментной или пролонгированной декомпрессии и санации желчного пузыря), второй – радикальный этап, который проводится в сравнительно безопасном периоде, – определяется преимущественными клиническими проявлениями сочетанной патологии. Так, при превалировании симптомов желчнокаменной болезни второй после пункции желчного пузыря или микрохолецистостомии этап может быть реализован холецистэктомией из минидоступа. При превалировании симптоматики атеросклеротического поражения аорты и ее ветвей в случае малой и средней степени

Таблица 5

Результаты хирургического лечения сочетанной патологии с использованием различной технологии из минидоступа и традиционных методов

Параметры	Операция из минидоступа	Операция из традиционного доступа
Среднее время операции	145,6 ± 8,6	162,9 ± 16,8
Длительность послеоперационного периода, сутки	6	8
Послеоперационный период:		
длительность ИВЛ после операции, мин	13,9 ± 5,2	49,5 ± 28,9
применение анальгетиков, сутки	1	2
начало перорального питания, ч	25,8 ± 4,2	50,8 ± 9,0
Послеоперационные осложнения, %	1,5	2,3
Переносимость операции	+++	++

операционного риска, благоприятного прогноза, высокого или среднего коронарного резерва выполняют в первую очередь симультанные сосудистые операции из малого доступа и холецистэктомии из минидоступа. При этом в случае высокого операционного риска и низкого коронарного резерва применяют снова этапное хирургическое лечение: вначале выполняют операции на сосудах (преимущественно из минидоступа), затем (спустя незначительный реабилитационный период) минихолецистэктомиию.

Следует, однако, отметить, что внедрение операций из малого доступа позволило значительно ограничить показания к двухэтапному методу лечения, поскольку большинство пациентов переносят минихолецистэктомиию в острой стадии заболевания. В то же время у больных пожилого и старческого возраста с желчнокаменной болезнью и ее осложнениями в сочетании с тяжелыми сопутствующими заболеваниями (в том числе мультифокальным атеросклерозом) не всегда удаются радикальные одномоментные операции с использованием малоинвазивных методик. Поэтому даже в наши дни не стоит сбрасывать со счетов и такую давно известную операцию, как холецистостомия. Порой только она оказывается спасительной для самых ослабленных больных как первый этап хирургического лечения.

ЛИТЕРАТУРА

- Брискин Б.С., Гудков А.Н., Брюнин А.В., Котовичина Ю.А. Возможности и трудности холецистэктомии из минилапаротомного доступа. *Анналы хирургической гепатологии*. 2001; 6(1): 88-98.
- Брискин Б.С., Ломидзе О.В. Медико-экономическое обоснование выбора способа операции холецистэктомии. *Ремедиум*. М. 2005; 4: 30-36.
- Брискин Б.С., Хамитов Ф.Ф., Костюченко М.В. Трудный пациент. 2005; 3(10-11): 9-14.
- Брюнин А.В. Сравнительная характеристика малоинвазивных оперативных вмешательств: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М. 2000.
- Бутенко Г.М. Иммуитет и старение. *Институт геронтологии АМН СССР*. 1987: 3-8.
- Дадвани С.А., Терновой С.К., Сивичин В.Е., Артюхина Е.Г. Неинвазивные методы диагностики в хирургии брюшной аорты и артерий нижних конечностей. М.; 2000.
- Курицына С.И. Диагностика и лечение атеросклероза брюшной аорты и сонных артерий у больных желчнокаменной болезнью: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Иван. гос. мед. акад. 2000.
- Медведева В.Н., Курицына С.И., Медведев В.Н. *Кардиология*. 2003; 8: 40-44.
- Прудков М.И. Минилапаротомия и «открытые» лапароскопические операции в лечении больных желчнокаменной болезнью. *Хирургия* 1997; 1: 32-35.
- Хамитов Ф.Ф., Белов Ю.В., Базылев В.В., Кузубова Е.А., Гулешов В.А. Мининвазивная хирургия синдрома Лериша. *Хирургия* 2004; 2: 14-17.
- Хамитов Ф.Ф., Белов Ю.В., Верткина Н.В., Кузубова Е.А. Мининвазивная хирургия при синдроме Лериша. Под ред. Дибирова М.Д. М.: Наука; 2005.
- Шулутко А.М., Агаджанов В.Г. В кн.: *Хирургические болезни в гериатрии (Избранные лекции)*. Под ред. Б.С. Брискина, С.Н. Пузина, Л.Н. Костюченко. М.: Издательство БИНОМ; 2006. 222-230.
- Шулутко А.М., Данилов А.И., Маркова З.С., Корнев Л.В. Минилапаротомия в хирургическом лечении калькулезного холецистита. *Хирургия* 1997; 1: 36-37.
- al-Tameem M.M. Minilaparotomy cholecystectomy. *J. R. Coll Surg Edinb.* 1993 Jun; 38(3): 154-157.
- Bortinchak E.A., Freeman D.H Jr., Ostfeld A.M., Castelli W.P., Kannel W.B., Feinleib M., McNamara P.M. The association between cholesterol cholelithiasis and coronary heart disease in Framingham, Massachusetts. *Amer. J. Epidemiol.* 1985; 121(1): 19-30.
- Brustia P., Renghi A., Gramaglia L., Porta C., Cassatella R., De Angelis R., Tiboldo F. Mininvasive abdominal aortic surgery. Early recovery and reduced hospitalisation after multidisciplinary approach. *J. Cardiovasc. Surg. (Torino)*. 2003; 44(5): 629-35.
- Daou R. Cholecistectomy using a minilaparotomy. *Ann. Chir.* 1998; 52(7): 625-628.
- Evans W.E., Hayes J.P., Waltke E.A., Kleckner S.C. Screening for cholelithiasis prior to aortic reconstruction. *Amer. J. Surg.* 1989; 157(2): 208-209.
- Fry R.E., Fry W.J. Cholelithiasis and aortic reconstruction: the problem of simultaneous surgical therapy. *Conclusion from a personal series. J. Vasc. Surg.* 1986; 4(4): 345-350.
- Kesaniemi Y.A. *Curr. Opin. Lipidol.* 1996; 7(3): 124-131.
- Klokocovnik T. Minilaparotomy for abdominal aortic aneurysm repair. *Tex. Heart. Inst. J.* 2001; 28(3): 183-185.
- Ouriel K., Ricotta J.J., Adams J.T., De Weese J.A. Management of cholelithiasis in patients with abdominal aortic aneurysm. *Ann Surg.* 1983; 198(6): 717-9.
- Schuster J.J., Raptopoulos V., Baker S.P. Increased prevalence of cholelithiasis in patients with abdominal aortic aneurysm: sonographic evaluation. *AJR Amer. J. Roentgenol.* 1989; 152(3): 509-511.
- Sonpal I.M., Schreiber H., Byramjee A.M. The rationale for incidental cholecystectomy during major abdominal vascular surgery. *Amer. Surg.* 1991; 57(9): 579-581.
- Stadler P., Sebesta P., Klika T., Sedivy P., Michalek P. Minilaparotomy as an access route to vascular reconstruction procedures in the aortoiliac region. *Rozhl. Chir.* 2004; 83(11): 545-548.
- Tsuji Y., Okada M., Sasada A., Ota T., Hosokawa Y., Yamamoto S., Nakamura K. Surgical treatment for the association of cardiovascular disease and cholelithiasis. *Nippon Geka Gakkai Zasshi.* 1991; 92(3): 360-362.
- Tsuji Y., Watanabe Y., Ataka K., Yamashita C., Hisano K., Sasada A., Okada M. Management of cholelithiasis in combination with cardiovascular surgery. *Surg. Today.* 2000; 30(7): 588-593.
- Weber G., Strauss A.L., Jako G. Minimally invasive and direct approach for aorto-iliac reconstruction. *Langenbecks Arch. Chir. Suppl. Kongressbd.* 1996; 113: 885-888.

Поступила 20.02.2006

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ БЛОКАДА ВЕГЕТАТИВНЫХ НЕРВНЫХ СПЛЕТЕНИЙ И НЕРВОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКОГО И ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

С.Е. Емельянов, А.В. Чукбар, А.Ю. Панкратов, Д.Н. Панченков

Московский государственный медико-стоматологический университет

169 больным с хирургическими и онкологическими заболеваниями (120 из них были пожилого и старческого возраста) выполнена блокада звездчатого ганглия, чревного, поясничного, пояснично-крестцового сплетения, периферических нервов нижних конечностей, сакральная анестезия. Положение иглы при блокаде контролировали ультразвуковым и рентгенологическим исследованием и компьютерной томографией. Использовали нейролитические средства и местные анестетики. Серьезных осложнений в процессе блокады удалось избежать.

Ключевые слова: медикаментозная блокада, нервные сплетения, нижние конечности, пожилой возраст
Key words: medicine blockade, neural plexus, aged

В последние годы существенно возрос интерес к проблеме обезболивания и методам устранения как острой, так и хронической боли, появились современные эффективные методы анальгезии и осознание роли адекватного обезболивания в послеоперационной реабилитации пациентов. Адекватная послеоперационная анальгезия – основное условие реализации программы активной послеоперационной реабилитации.

Сами по себе послеоперационные болевые ощущения представляют только видимую часть айсберга, являясь первопричиной патологического послеоперационного синдрома. Острая боль повышает ригидность мышц грудной клетки и передней брюшной стенки, что ведет к снижению дыхательного объема, жизненной емкости легких, функциональной остаточной емкости и альвеолярной вентиляции [1,2].

Боль сопровождается гиперактивностью симпатической нервной системы, что клинически

проявляется тахикардией, гипертензией и повышением периферического сосудистого сопротивления. Симпатическая активация вызывает гиперкоагуляцию и, следовательно, повышает риск тромбообразования. На этом фоне у пациентов с недостаточностью коронарного кровотока высока вероятность резкого увеличения потребности миокарда в кислороде с развитием острого инфаркта миокарда [4]. Интенсивная боль является одним из факторов реализации катаболического гормонального ответа на травму: задержки воды и натрия с увеличением секреции альдостерона, а также гипергликемией за счет гиперсекреции кортизола и адреналина [10]. Невозможность ранней мобилизации пациентов на фоне неадекватной анальгезии повышает риск венозного тромбообразования [9].

В ряде исследований показано, как существенно ухудшается иммунный статус и повышается частота септических осложнений в после-

операционном периоде при неадекватном купировании послеоперационной боли [3,6]. Наконец, ноцицептивная стимуляция боль-модулирующих систем спинного мозга может привести к расширению рецепторных полей и повышению чувствительности боль-воспринимающих нейрональных структур спинного мозга. В результате формируется хронический послеоперационный нейропатический болевой синдром [8].

Кроме этого, хорошо известно, что одно из наиболее частых и мучительных проявлений онкологического заболевания — боль. Многочисленные публикации свидетельствуют о том, что у онкологических больных этот симптом — основной и отмечается в 26–100% случаев [7]. Проведенные исследования показывают, что жалобы на боль чаще предъявляются в далеко зашедших стадиях опухолевого процесса. Так, если на ранних стадиях заболевания боль встречается в 30–40% случаев, то в IV стадии процесса частота жалоб на боль значительно возрастает (70–100%) [8].

В связи с этим представляется целесообразным провести клиническое исследование по совершенствованию как операционного, так и послеоперационного обезболивания у больных хирургического и онкологического профиля.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Клиническим материалом для исследования были данные 169 больных, лечившихся в хирургическом и онкологическом отделениях ГКБ № 33 им. проф. А.А. Остроумова, РКБ № 2 ЛДО Минздрава РФ, Онкологического клинического диспансера № 1 КЗ г. Москвы и Дорожной больницы им. Н.А. Семашко на станции Люблино МЖД за период с 1997 по 2002 г. Из наблюдавшихся больных 49 были в возрасте от 38 до 60 лет, 105 — от 60 до 75 лет, 15 — старше 75. У 23 больных выполнена блокада звездчатого ганглия, у 30 — чревного сплетения, у 9 больных — поясничного сплетения. Проведена 91 блокада пояснично-крестцового сплетения, его основных ветвей или периферических нервов нижних конечностей, у 28 больных — сакральная анестезия.

Положение инъекционной иглы в тканях и визуализацию расположенных в непосредственной близости от места инъекции сосудов при блокаде бед-

ренного нерва контролировали ультразвуковым исследованием.

Для рентгенологического контроля положения инъекционной иглы при паравертебральной блокаде и анестезии крупных ветвей пояснично-крестцового сплетения у 15 больных применяли передвижную рентгенодиагностическую установку РТС-612М («General Electric»).

У 16 больных для точного позиционирования иглы при симпатической блокаде с использованием нейролитических средств применяли компьютерную томографию. Исследование выполняли на компьютерном томографе GE HiSpeed X/i Pro с толщиной среза при сканировании от 2 до 5 мм, полем охвата от 22 до 32 см и стандартным пространственным разрешением.

При выполнении местной анестезии за всеми больными проводили стандартное наблюдение: электрокардиографический мониторинг, измерение артериального давления, пульса, а также наблюдение возможных признаков системной токсичности. Перед началом блокады фиксировали исходный уровень артериального давления.

Блокаду периферических нервов в большинстве случаев выполняли иглой, предназначенной для стимуляции нерва, диаметром 22 G, адаптером типа Луег и боковым расширением для подключения проволочного коннектора, соединенного с пассивным электродом стимулятора нерва Tracer II (GE).

Для сакральной анестезии использовали эпидуральные иглы диаметром 18G с проводником для катетера диаметром 20G с притупленным коротким срезом типа Crawford. Для непрерывной инфузии у 9 больных использовали электрически управляемый программируемый инфузионный шприц-насос TERUFUSION STC-508.

Для блокады симпатических сплетений использовали растворы местных анестетиков в низкой концентрации: у большинства больных (43 случая) — 0,5% раствор лидокаина, в 11 случаях — 0,25% раствор бупивакаина.

Для диагностической блокады или для дополнения хирургической анестезии, когда длительная симпатическая блокада и гипотония могли оказаться нежелательными, применяли короткодействующие препараты. Диагностическая блокада выполнена у 7 больных. В 17 случаях при хроническом болевом синдроме для серии блокад (в основном от 3 до 5) были использованы длительно действующие препараты. У 8 больных для нейролитического воздействия на симпатические волокна поясничного сплетения использовали этиловый спирт и фенол.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Было выполнено 29 блокад звездчатого ганглия у 23 больных. В 26 случаях его блокада была дополнительной анальгезией, чтобы снизить интенсивность боли при торакоскопии или торакотомии. Три блокады выполнены, чтобы купировать болевой синдром, возникший при сдавлении брахиоцефального ствола опухолью средостения.

У 10 больных инъекция местного анестетика в область звездчатого ганглия была выполнена под контролируемой визуализацией иглы компьютерно-томографическим исследованием, у 6 больных — только под пальпаторным контролем костных анатомических ориентиров.

В связи с расположением купола плевры сразу латеральнее места инъекции, наиболее частым осложнением блокады звездчатого ганглия был пневмоторакс, проявившийся у 4 больных кашлем и/или болью в грудной клетке при продвижении иглы. У всех этих больных провели срочное рентгенологическое исследование, данные которого указывали на отсутствие необходимости оперативного пособия. У одного больного наблюдались признаки субарахноидальной инъекции с высокой спинномозговой блокадой, которая при поддержке дыхательной и сердечно-сосудистой деятельности разрешилась самостоятельно.

Примененная нами методика селективной анестезии звездчатого ганглия, дополненная в ряде случаев рентгенологическим определением основных анатомических ориентиров, позволила не превысить приемлемую частоту не угрожающих жизни осложнений при удовлетворительном качестве обезболивания.

У 30 больных было выполнено 39 блокад чревного сплетения. В 19 случаях блокада была проведена при боли, связанной со злокачественным новообразованием поджелудочной железы, в 4 случаях — для купирования боли, обусловленной увеличенными парааортальными и паракавальными лимфатическими узлами, в 7 случаях — при боли, вызванной хроническим панкреатитом. У 23 больных блокаду выполняли через поясничный доступ.

В 12 случаях при проведении хирургической или диагностической блокады чревного сплетения использовали только костные ориентиры.

У остальных больных за продвижением иглы осуществляли рентгенологический контроль, окончательной целью которого была визуализация иглы спереди у тела позвонка.

У 7 больных чревное сплетение было достигнуто через переднюю брюшную стенку под рентгеноскопическим (2 случая) и ультрасонографическим (5 случаев) контролем. Осложнений при трансабдоминальном доступе не было.

При транслюмбальной блокаде чревного сплетения признаки внутрисосудистой инъекции были выявлены у 2 больных, у 6 больных отмечалась транзиторная гипотония со снижением артериального давления до 90–100/62–70 мм рт. ст. Признаков субарахноидальной инъекции ни в одном из случаев блокады чревного сплетения не было. У одного больного при использовании нейролитического средства возникла выраженная боль в надплечье и образовался односторонний плевральный выпот объемом до 700 мл.

Для воздействия на симпатическую иннервацию нижних конечностей у 9 больных выполнено 12 блокад поясничного сплетения. В 3 случаях блокада поясничного сплетения была основным средством обезболивания при хирургическом вмешательстве на нижних конечностях, в 9 случаях блокада выполнена, чтобы купировать болевой синдром при распространенной опухоли органов малого таза. Эффективность блокады оценивали по изменению кожной температуры.

Гипотоническая реакция на блокаду поясничного сплетения была отмечена у 1 больного. Она выражалась в резком, но кратковременном снижении артериального давления до 95/60 мм рт. ст. Внутрисосудистой или субарахноидальной инъекции ни в одном из случаев не было.

В наших исследованиях применение нейролитической блокады было ограничено случаями с прогнозируемо невысокой продолжительностью жизни у больных, страдающих сильной, не купируемой пероральными анальгетиками болью.

Все больные были информированы о возможности таких осложнений блокады, как неврит, паралич, нарушения мочеиспускания. Перед введением нейролитических препаратов мы убеждались в правильном положении иглы введением раствора местного анестетика. До

введения нейролитического средства мы во всех случаях при помощи рентгеноскопии убеждались в положении иглы вдоль переднего края тела первого поясничного позвонка. У 3 больных в связи с выраженным анатомическим отклонением, связанным с ростом опухоли, потребовались введение рентгеноконтрастных средств и компьютерная томография.

Нейролитическая блокада поясничного сплетения выполнена у 9 больных, среди которых преобладали больные с распространенными опухолями органов малого таза и выраженной висцеральной болью.

У 42% больных в связи с недостаточной анестезией потребовалась повторная блокада, у 12% больных блокада была выполнена трижды. Отдаленные результаты нейролитических блокад можно оценить как «хорошие» у 64% больных.

У 4 больных блокада прекратилась рано — в срок от 4 до 6 недель. Средняя продолжительность эффективного обезболивания составила 3,5–5 мес.

У 18% больных после блокады отмечен неврит, в отдельных случаях упорный. Транзиторное повреждение двигательных нервов произошло у 2 больных с полным восстановлением моторной функции после прекращения блокады. В одном случае развился неврит бедренно-полового нерва, а также симпатическая невралгия нижней конечности.

Сочетание классического способа симпатической блокады с методиками, основанными на рентгенологическом и ультрасонографическом контроле положения иглы, позволяет избежать тяжелых осложнений практически при любых топографоанатомических условиях, связанных как с индивидуальными особенностями, так и с болезнью. Точное позиционирование инъекционной иглы позволяет достаточно безопасно использовать нейролитические средства и при необходимости проводить повторную симпатическую блокаду.

При поясничной блокаде у 18 больных нами была использована инъекция в поясничную лауну как наиболее простой доступ к пояснично-крестцовому сплетению. Во всех случаях этот доступ позволил достичь анестезии поясничных ветвей сплетения, однако необходимая

анестезия седалищного сплетения при этом не обеспечивалась.

При введении 35–40 мл раствора местного анестетика он распространяется на корешки пояснично-крестцового сплетения через 20–25 мин. Анестезия бедренного нерва и латерального кожного нерва бедра была достигнута у 17 из 18 больных, запирающего нерва — у 15 больных. В 3 случаях наблюдалась анестезия зоны иннервации седалищного нерва.

У 8 больных выполнена одно-инъекционная блокада ветвей поясничного сплетения в паховой области. Несмотря на то, что фасциальная анатомия подтверждает наличие соединения между лакунами трех нервов, изучение распространения инъецируемого раствора в наших исследованиях и определение блокады нервов по этой методике показали, что запирающий нерв и ветви крестцового сплетения обычно (более чем в половине случаев) не охватываются одно-инъекционной блокадой.

Блокада седалищного нерва у 14 больных была выполнена по классической методике: иглу вводили в места парестезии в зоне иннервации нерва или после стимуляции нерва в области его выхода через подгрушевидное отверстие.

После двигательного ответа и парестезии в области одного из основных стволов положение иглы фиксировали и по ней вводили 25–30 мл раствора местного анестетика. Для повторной стимуляции в области прохождения других нервов положение иглы изменяли, при этом разделение дозы анестетика всегда повышало качество блокады.

В ряде случаев для хирургических манипуляций в области коленного сустава использовали комбинированную седалищно-бедренную блокаду, при которой однократная инъекция или постоянная аналгезия бедренного нерва обеспечивает уменьшение послеоперационной боли и ускоряют реабилитацию.

По нашему мнению, наиболее надежно определить расположение бедренного нерва можно в области ниже паховой связки, сразу латерально и кзади от бедренной артерии. Чтобы достичь этой зоны, иглу проводили перпендикулярно в точке, расположенной латеральнее пульсирующей бедренной артерии, на 2,5 см ниже паховой связки. У 8 больных инъекционную иглу пози-

ционировали под ультразвукографическим контролем.

Серией инъекций инфильтрировали боковую и переднюю сторону бедренного нерва, что обеспечивало анестезию поверхностных сенсорных ветвей, отходящих от основного ствола на уровне или выше паховой связки. В 6 случаях использована стимуляция нерва, которая приводила к сокращению четырехглавой мышцы бедра.

При блокаде пояснично-крестцового сплетения и его основных ветвей признаки системной токсичности появились у 5 больных. Во всех случаях удалось избежать судорожного порога токсичности.

Проявления системной токсичности в наших исследованиях были возможны у больных с такими факторами, как клинически выраженное снижение функции печени, предшествующий прием барбитуратов и общее влияние основного заболевания, что не позволяло точно определить безопасные границы местной анестезии как самого пояснично-крестцового сплетения, так и его ветвей.

Использование низкой концентрации растворов также не позволяло значительно уменьшить общую дозу анестетика в миллиграммах. Выраженность проявлений системной токсичности, на наш взгляд, следует оценивать при тщательном наблюдении за больным не только во время блокады, но и в течение 40–50 мин после нее.

Стволы периферических нервов можно блокировать не только в месте их прохождения вдоль ребер, но и рядом с местом их выхода из межпозвоночных отверстий. Этот доступ особенно эффективен для блокады корешков поясничных нервов, периферическое направление которых трудно определить.

Люмбальную паравертебральную блокаду мы проводили почти исключительно при болевом синдроме. В 2 случаях она была дополнением к хирургической анестезии нижних отделов брюшной полости и верхних отделов нижних конечностей. В отличие от торакальной паравертебральной блокады, эта методика не связана с риском пневмоторакса, однако чтобы обеспечить послеоперационное обезболивание в течение 10 ч, требуется вводить большой объем раствора анестетика.

Люмбальная паравертебральная анестезия выполнена нами у 11 больных. Рентгеноскопический контроль за продвижением иглы при паравертебральной блокаде в поясничной области потребовался в наших исследованиях только в одном случае — при выраженном деформирующем остеохондрозе поясничного отдела позвоночника.

Несмотря на то, что в каждом случае до введения раствора проводили аспирацию, а сама инъекция была пробной, у 2 больных были отмечены умеренно выраженные признаки системной токсичности. У 1 больного в связи с распространением раствора анестетика возникла транзиторная симпатическая блокада в двух поясничных дерматомах.

У 18 больных для хирургических манипуляций на стопе ветви седалищного и бедренного нерва были заблокированы дистальнее бедра: в области коленного или голеностопного сустава. Блокада на уровне голеностопного сустава в 3 случаях была использована для экзартикуляции пальца при меланоме, в 2 случаях — для иссечения невриномы.

При всех блокадах периферических нервов нижней конечности мы использовали низкие концентрации средней продолжительности и длительно действующих аминоамидных препаратов: 0,5% раствор бупивакаина или ропивакаина в среднем обеспечивал анестезию продолжительностью от 10 до 22 ч при голеностопной блокаде и от 14 до 20 ч — при подколенной блокаде. Все блокады в подколенной области выполнены со стимуляцией нерва.

При блокаде периферических нервов нижней конечности явления нейропатии были отмечены у 2 больных. Чтобы снизить частоту этого осложнения, на наш взгляд, важно избегать не только прямого попадания иглы, но и применения игл с малым углом среза, парестезии во многих зонах и высокой концентрации анестетика.

У 28 больных для обезбоживания во время хирургического лечения опухолей мягких тканей нижних конечностей нами выполнена сакральная анестезия.

После проникновения в крестцовый канал канюлю иглы направляли вниз к межягодичной складке так, чтобы кончик иглы после этого был бы продвинут в канал не более чем на 1 см.

Дальнейшее продвижение иглы по крестцовому каналу мы считаем опасным (кроме ранения дурального мешка можно повредить многочисленные в этой области кровеносные сосуды) и нецелесообразным, поскольку раствор анестетика и так окажет необходимое действие без снижения эффективности сакральной анестезии.

Сразу после начала инъекции раствора анестетика двое больных жаловались на средневыраженную острую боль, что потребовало изменить место введения иглы в связи с ее субпериостальным положением. Умеренно выраженное чувство защемления по задней поверхности бедер мы расценивали как свидетельство правильного положения иглы. Катетер устанавливали только после подтверждающих эпидуральное положение иглы тестов. Мы использовали катетеры длиной от 7 до 9 см.

У 21 больного адекватная хирургическая анестезия наступала через 15–20 мин, у 7 больных в сроки от 23 до 30 мин, у 1 больного достаточная для хирургического вмешательства на мягких тканях бедра анестезия не была достигнута.

Нам удалось избежать попадания иглы в сосуд у 26 из 28 больных, что связано, на наш взгляд, с неглубоким продвижением иглы по крестцовому каналу. Пункции твердой мозговой оболочки, внутрикостной инъекции ни в одной процедуре не случилось.

Частота неадекватной анальгезии при сакральной анестезии составила 3,6% без серьезных осложнений. Сакральная анестезия, выпол-

ненная при хирургических вмешательствах по поводу новообразований мягких тканей нижних конечностей, позволяет обеспечить достаточное по глубине и длительности обезболивание, даже при отсутствии других видов операционной анестезиологической протекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Береснев В.А., Осипова Н.А., Петрова В.В. Трамал - фармакокинетические свойства и клинический опыт. *Анестезиол. и реаниматол.* 1996; 4: 68-71.
2. Новиков Г.А., Осипова Н.А., Вайсман М.А., Рудой С.В. Хроническая боль - проблема паллиативной помощи в онкологии. Тез. докл. Российской научно-практ. конф. «Клинические и теоретические аспекты боли». Москва, 15-16 мая 2001 г. 19-21.
3. Осипова Н.А., Петрова В.В., Береснев В.А., Долгополова Н.В. Профилактическая анальгезия - новое направление в анестезиологии. *Анестезиол. и реаниматол.* 1999; 6: 13-18.
4. Троян Ю.Ю., Жуков В.Н. В кн. Патофизиология и фармакология боли. Экспер. и клинич. аспекты: тез. докл. I конф. Российской ассоциации по изучению боли. М.; 1993. 147.
5. Bonica J.J. The management of Pain. 2nd Edition. Vol. I. Philadelphia. London, 1990. 958.
6. Camu F. Peripherally Acting Analgesics. *Anaesthesiology*, 11 World Congress of Anaesthesiologists, Sydney. 1996. 83-89.
7. McCahill L., Ferrell B. Palliative surgery for cancer pain. *West. J. Med.* 2002; 176(2): 107-10.
8. Owen H., McMillan V. and Rogowski D. Postoperative pain therapy: a survey of patients' expectations and their experiences. *Pain.* 1990; 41: 303-309.
9. Reuben S.S., Sklar J. Intravenous regional anesthesia with clonidine in the management of complex regional pain syndrome of the knee. *J. Clin. Anesth.* 2002; 14(2): 87-91.
10. Wittels B., Faure E.A., Chaver R. Regional anesthesia. *Anesth., Analg.* 1988; 87(3): 619-623.

Поступила 12.01.2004

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

В.В. Павленко

*Кемеровская государственная медицинская академия,
ГКБ № 3 им. Подгорбунского, Кемерово
РМАПО, ГКБ им. С.П. Боткина, Москва*

Обобщен опыт хирургического лечения 348 больных пожилого и старческого возраста с паховой грыжей за период с 1994 по 2003 гг. с анализом хирургической тактики. Дана сравнительная оценка результатам лечения больных по усовершенствованной тактике, основанной на достижениях современной герниологии. Проанализированы основные причины рецидива у пожилых.

Ключевые слова: паховая грыжа, герниопластика, пожилой возраст, отдаленные результаты
Key words: hernia, hernioplasty, outcome results

Оперативное лечение паховой грыжи у больных пожилого и старческого возраста является актуальной проблемой абдоминальной хирургии, что объясняется как широкой ее распространенностью, так и достаточно частым рецидивом. В России ежегодно выполняется около 100 тыс., а в Европе около 600 тыс. плановых операций больным пожилого и старческого возраста с паховой грыжей [1,7]. При этом ежегодно приходится оперировать 11,4–23,3% больных с рецидивной паховой грыжей [7,12,13]. Целесообразность планового лечения этих больных несомненна, так как риск экстренной операции при ущемлении грыжки очень велик. Это объясняется тем, что послеоперационные осложнения и летальность после экстренного грыжесечения наиболее часты у больных старших возрастных групп [7,9]. Характерная черта хирургического лечения больных паховой грыжей старше 60 лет – частый рецидив, достигающий 30–35% [9,11].

Постоянный поиск «идеального» метода лечения привел к созданию более 600 вариантов оперативных вмешательств при паховой грыже [2–4,9,10]. Разобраться, а тем более отдать предпочтение тому или иному способу лечения среди сотен порой мало отличающихся методов крайне трудно. Необходимо четкое представление об их патогенетической обоснованности. Выбор способа операции, его безукоризненное техническое исполнение возможны лишь при правильном понимании принципов лечения, выборе индивидуальной программы. Стереотипность в отношении ауто- или аллогерниопластики при всех формах грыжи поддерживает ее рецидив на стабильно высоком уровне [5–9].

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

За период с 1994 по 2003 гг. в клинике госпитальной хирургии на базе ГКБ № 3 г. Кемерово оперировано 348 пожилых и старых больных с паховой грыжей.

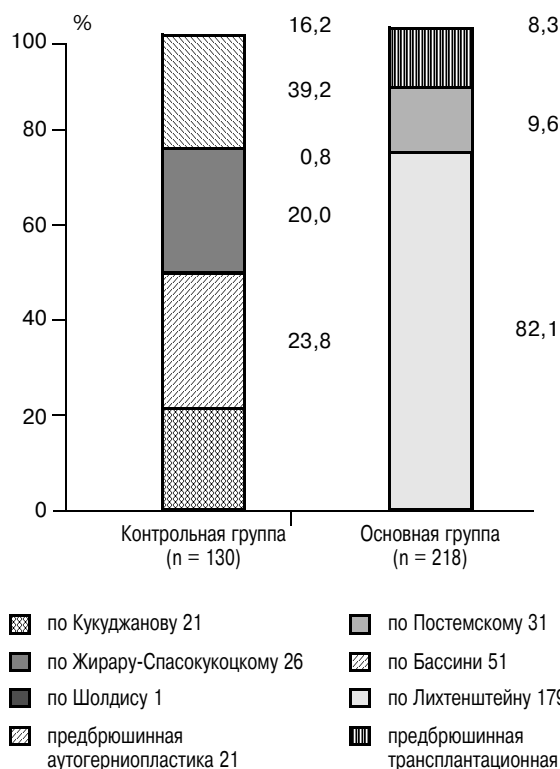
Контрольную группу составили 130 больных (мужчин – 116, женщин – 14) в возрасте от 61 до 89 лет, оперированных по традиционной тактике (1994–1997 гг.), средний возраст – $69,5 \pm 2,7$ года.

Основную группу составили 218 больных (мужчин – 195, женщин – 23) в возрасте от 61 до 93 лет, оперированных по усовершенствованной методике лечения (1998–2003 гг.). Средний возраст – $67,4 \pm 2,1$ лет. Распределение больных по виду грыжи представлено в таблице.

Традиционная тактика лечения больных с паховой грыжей состояла в применении всего арсенала аутопластических методов лечения. Пациентам с первичной грыжей выполняли пластику преимущественно задней стенки в различных вариантах. При рецидивной паховой грыже у пожилых пациентов применяли в основном герниопластику – ликвидацию пахового канала по Постемскому. В 1997 г. в клинике прошел клиническую апробацию способ герниопластики по Лихтенштейну (метод «заплатки» или 1-й способ).

Основой усовершенствованной тактики лечения было широкое внедрение хирургических методик укрепления задней стенки пахового канала «без натяжения», с преимущественным использованием различных трансплантационных способов герниопластики.

При первичной и рецидивной паховой грыже среднего и большого размера методом выбора была открытая трансплантационная герниопластика по Лихтенштейну. При рецидивной грыже малого размера использовали преимущественно преперитонеальную герниопластику косопоперечным надпаховым минидоступом по разработанной нами методике либо пластику по Лихтенштейну с применением полипропиленовой сетки. Альтернативой синтетического протеза служил ксеноперикард, способ укрепления которым задней стенки пахового канала был схож. При первичной грыже малого размера альтернативой операции Лихтенштейна служила предбрюшинная аутогерниопластика полудунным пара-



Распределение больных с паховой грыжей по способам пластики.

ректальным доступом по разработанному нами методу. Распределение больных по способам пластики представлено на рисунке.

Преперитонеальную аутогерниопластику полудунным параректальным доступом (патент РФ № 2240050) выполняли, осуществляя разрез мягких тканей и обеих стенок влагалища прямой мышцы по полудунной линии, соответствующей наружному краю прямой мышцы. Отслаивали брюшину книзу, входили в предбрюшинное пространство Пирогова-Богро.

После удаления грыжевого мешка выполняли пластику наложением 4–5 узловых швов, последовательно прошивая поперечную фасцию с серповидным апоневрозом поперечной мышцы, подвздошно-лонный тракт и связку Купера от лонного бугорка до подвздошных сосудов. Глубокое (внутреннее) паховое кольцо ушивали 2–3 швами между валиками поперечной фасции и подвздошно-лонным трактом.

Разработанный нами способ предбрюшинной герниопластики надпаховым косопоперечным минидоступом выполняли с помощью преперитонеоскопа. Перед операцией проводили УЗИ паховой области со стороны грыжевого выпячивания аппаратом ALOKA SSD-1100 с конвексным датчиком 7,5 МГц. На фоне проведения пробы Вальсальвы лоцировали внутреннее отверстие пахового канала. После по-

Распределение больных в зависимости от вида паховой грыжи

Вид грыжи	Группа				Итого	
	контрольная		основная			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Первичная, в том числе:	112	86,2	186	85,3	298	85,6
– косая	43	38,4	71	38,2	114	38,3
– прямая	69	61,6	115	61,8	184	61,7
Рецидивная	18	13,8	32	14,7	50	14,4
Всего	130	100	218	100	348	100

слоистого разделения тканей через разрез кожи длиной до 3 см, в проекции внутреннего отверстия пахового канала, в предбрюшинное пространство вводили преперитонеоскоп, отслаивали париетальную брюшину, а затем в подготовленном пространстве под зрительным контролем размещали сетчатый эксплантат, закрывая зоны образования грыжи паховой локализации. При расширенном глубоком отверстии пахового канала дополнительно его ушивали П-образным швом до нормальных размеров для профилактики пролабирования сетки и возможного рецидива грыжи.

Большинство больных имели сопутствующие заболевания или различные их сочетания: сердечно-сосудистую патологию — 197 больных, легочную — 113; сахарный диабет — 15; хронический колит — 26, избыточную массу тела или ожирение — 178.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Эффективность применяемой нами тактики лечения оценивали сравнительно количеством осложнений в послеоперационном периоде.

Все осложнения, связанные с перенесенной герниопластикой, мы подразделяли на интраоперационные, гнойные раневые послеоперационные и поздние (рецидив грыжи).

Из интраоперационных осложнений в контрольной группе в 2 случаях отмечено повреждение ветвей а. epigastrica superficialis, в 1 случае повреждение элементов семенного канатика. Все осложнения были при операциях по поводу рецидивной паховой грыжи. В основной группе интраоперационных осложнений не было.

Гнойные раневые послеоперационные осложнения наблюдались у 9 пациентов (6,9%) в контрольной группе, в основной — у 3 больных (1,4%). Причины меньшего количества раневых осложнений в основной группе неоднозначны. Они могут быть обусловлены комплексом мер профилактики раневой инфекции при рецидивной грыже: региональной антибактериальной терапией во время операции и извлечением экссудата из области послеоперационной раны под УЗ-контролем, а также с использованием менее длительного и менее травматичного оперативного вмешательства.

Проведен анализ результатов хирургического лечения в отдаленном периоде до 8 лет у 79 пациентов контрольной группы и до 4 лет у 142 пациентов основной. Главным показателем эффективности операций при грыжах является

низкий процент рецидива грыжи, он возник у 11 больных (13,9%) в контрольной группе и у 2 (1,4%) — в основной.

При пластике по способу Бассини, технически достаточно простому, к сожалению, рецидив грыжи отмечен в 12,9% случаев, при технически более сложном способе пластики по Кукуджанову — в 7,1%. Не оправдал себя способ укрепления пахового канала по Жирару—Спасокукоцкому, при котором рецидив был отмечен у каждого 5-го пациента. В основной группе оба рецидива пришлось на больных, оперированных по Лихтенштейну (1,7%).

Большая часть рецидива грыжи отмечена нами в течение первого года после операции. Образовавшаяся грыжа прогрессивно увеличивалась и, как правило, к концу года достигала большого размера. В связи с тем, что условия рецидивирования «закладываются» во время операции и реализуются уже в раннем послеоперационном периоде, вполне объяснимо развитие основного количества рецидивов грыж уже в первый год после операции. Это обосновывает необходимый срок диспансерного наблюдения за данной категорией больных.

Анализ причин рецидива болезни в контрольной группе позволил выявить ряд закономерностей. Во-первых, фактором риска рецидива является размер грыжевого выпячивания. У 63,6% больных рецидивировали грыжи большого размера, что объясняется выраженными морфологическими изменениями в опорных тканях пахового канала.

Во-вторых, мы установили существенное влияние на уровень рецидива грыжи сопутствующей патологии, которая обуславливает значительное повышение внутрибрюшного давления (доброкачественная гиперплазия предстательной железы, хронический колит, хронические обструктивные легочные заболевания и др.). Ее не было только у 25% пациентов с рецидивом грыжи.

Кроме того, достоверное влияние на частоту возврата заболевания оказывает такой фактор, как рецидивность. Если у пациентов обеих групп с первичной грыжей рецидив отмечен в 4,2% случаев, то при рецидивной — в 16,4%. В основной группе больных рецидив был отмечен в период освоения методики операций.

Снижение общего процента рецидива заболевания в основной группе пациентов было до-

стигнуто благодаря современным трансплантационным способам герниопластики. Во многом улучшение результатов предопределила рациональная, основанная на индивидуализации показаний, дифференцированная тактика лечения. При «простой» паховой грыже применяли предбрюшинную аутогерниопластику полулунным параректальным доступом. Этот способ хорошо себя зарекомендовал у пациентов с небольшой первичной паховой грыжей. Его преимуществом является надежное закрытие грыжевых ворот фасциально-апоневротической структурой глубоких слоев паховой области вне зоны ранее проведенной операции. При «сложной» (рецидивная, первичная среднего и большого размер) грыже считаем показанными только трансплантационные способы (передним или задним доступом). Они позволяют избежать натяжения сшиваемых тканей.

ВЫВОДЫ

1. Анализ результатов лечения пожилых пациентов контрольной группы с паховой грыжей показал недостаточную эффективность традиционной тактики лечения, основанной на принципе укрепления пахового канала с использованием различных аутопластических — так называемых натяжных методов. На фоне прогрессирующих инволюционных процессов в соединительной ткани в пожилом и старческом возрасте это приводит к резкому нарушению питания тканей по линии швов, прорезыванию их лигатурами вследствие значительного натяжения, что и является главной причиной рецидива грыжи.

2. Усовершенствованная тактика лечения больных с паховой грыжей пожилого и старческого возраста, основанная на широком применении трансплантационных способов операции,

позволила существенно снизить частоту рецидива и добиться значительного улучшения результатов лечения. Использование современных эксплантатов обеспечило решение основной задачи паховой герниопластики — укрепление задней стенки пахового канала без натяжения ее тканей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисов А.Е., Кубачев К.Г., Митин С.Е. и др. Новые технологии в лечении паховых грыж. *Амбул. хирургия* 2002; 1(5): 36-39.
2. Бульнин И.И. Наружные грыжи живота. Ставрополь; 1968. 232.
3. Воробьев В.В., Новиков К.В., Феодориди Н.К. и др. Некоторые современные взгляды на заболевания, объединяемые в группу сложных форм паховых грыж. *Амбул. хирургия* 2002; 1(5): 28-32.
4. Кузнецов В.И., Барыков В.Н. Хирургическое лечение сложных видов паховых грыж. *Вестн. хирургии им. И.И. Грекова*. 1983; 9: 50-53.
5. Нагибин В.И., Чижов В. В. Диагностика и лечение сложных форм паховых грыж. *Хирургия* 1992; 2: 133-134.
6. Нестеренко Ю.А., Салов Ю.Б. Хирургическое лечение паховых грыж. *Хирургия*. 1982; 8: 119-123.
7. Ореховский В.И. Основные грыжесечения. Ганновер; Донецк; Котбус: МУНЦЭХ, КИТИС; 2000. 236.
8. Седов В.М., Тарбаев С.Д. Современные подходы к хирургическому лечению сложных форм паховых грыж. *Амбул. хирургия*. 2002; 1(5): 32-35.
9. Тоскин В.Д., Жебровский В.Е. Грыжи брюшной стенки. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина; 1990. 272 .
10. Федоров В.Д., Андреев С.Д., Адамян А.А. Принципы хирургического лечения паховых грыж. *Хирургия* 1991; 1: 59-64.
11. Alvarez D., Vihaspre R., Dorronsoro L.M. et al. A proposito de lasrecidivas herniarias. *Rev. esp. Enferm. Apar. dig.* 1984; 43(6): 649-656.
12. Bauer K.H., Kemen M., Senkal M. Zehn-Jahres-Ergebnisse nach Reparation der Problemrezidivleistenhernie mit Prolenenetz *Zentrabl Chir* 123. 1998. 163.
13. Rückert K. Laparoskopische Leistenhernienchirurgie In. In: Rothmund M., Grundmann R.T. *Laparoskopische Chirurgie - Pro und Contra - In und Out. Zentraibl. Chir.* 123. 1998. 565.

Поступила 20.12.2004

ПЕРЕОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ – АНТИОКСИДАНТНАЯ ЗАЩИТА И ФАГОЦИТОЗ У БОЛЬНЫХ СТАРШЕ 50 ЛЕТ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Т.И. Виткина¹, О.Ю. Кытикова²

¹НИИ МКВЛ СО РАМН

²ВГМУ, г. Владивосток

У пациентов старше 50 лет с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области выявлены возрастные особенности системы перекисления липидов – антиоксидантной защиты и фагоцитарного звена иммунитета.

Ключевые слова: перекисление липидов, антиоксидантная защита, фагоцитоз, гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области, пожилой возраст

Key words: lipids peroxidation, antioxidant defense, phagocytosis, purulent and inflammatory diseases of maxillofacial area, aged

К проблеме гнойно-воспалительной патологии челюстно-лицевой области у пожилых пациентов в настоящее время приковано внимание хирургов-стоматологов в связи с постарением населения, ростом числа больных с данной патологией, появлением труднодиагностируемых форм заболеваний с непредсказуемым исходом [8,9]. Возрастное снижение функциональной активности иммунной системы, нарушение обмена веществ, снижение активности и содержания ферментов, биологически активных веществ, множественность сопутствующей патологии, увеличение числа нарастающих хронических процессов, нечеткость симптоматики, атипичность клиники, склонность к обострению и осложнениям, длительный период восстановления делают эту возрастную группу наиболее уязвимой

для развития тяжелых гнойно-воспалительных процессов [5].

Последние десятилетия важная роль в развитии воспалительных процессов отведена свободнорадикальным реакциям активными формами кислорода, продуцируемыми рядом систем организма, в том числе системой фагоцитоза [6,7,13]. Перекисное окисление липидов и сбалансированная с ним антиоксидантная защита являются необходимым условием нормального функционирования мембран, поэтому дисбаланс в этой системе наряду с другими факторами может быть началом гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области. Среди факторов, определяющих резистентность организма к окислительному повреждению, немаловажное значение принадлежит комплексу ферментов антиокислительной защиты. Активность

глутатионпероксидазы и глутатионредуктазы как показатель естественной резистентности организма может дать информацию о ее состоянии или развитии синдрома пероксидации, необходимости его купирования или коррекции [2,5].

Цель исследования заключалась в сравнительной оценке исходных показателей перекисления липидов, антиоксидантной защиты и фагоцитоза у разных возрастных групп больных с флегмоной и эффективности традиционного лечения у больных старше 50 лет.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследование включено 26 человек с одонтогенной флегмоной одной анатомической области (подчелюстной). Все пациенты поступили в экстренном порядке, прооперированы в первые часы после поступления. Оперативное лечение включало удаление причинного зуба, вскрытие гнойника, ревизию клетчаточных пространств. Курс традиционного лечения состоял из антибактериальной, дезинтоксикационной, противовоспалительной терапии. Все пациенты были распределены на 2 равные группы в зависимости от возраста – основная (50 лет и старше) и сравнения (19–40 лет). Контрольную группу составили 20 человек – практически здоровые лица, сопоставимые по возрасту с группами наблюдения, без патологии челюстно-лицевой области.

Исследовались показатели интенсивности перекисления липидов – гидроперекиси липидов (диеновые конъюгаты) и малоновый диальдегид [1]. Активность ферментного звена перекисления липидов определяли по активности глутатионредуктазы, глутатионпероксидазы (ГПО), содержанию глутатиона в эритроцитах крови [10,11]. Определяли интегральный показатель антиоксидантной активности (АОА) [3]. Для оценки неспецифической резистентности использовали следующие показатели: фагоцитарная активность нейтрофилов, фагоцитарный резерв, фагоцитарное число, резерв фагоцитарного числа, суммарный процент завершающих стадий процесса, завершенность, тест восстановления нитросинего тетразолия (НСТ), резерв НСТ, индекс активации нейтрофилов (ИАН), резерв индекса активации нейтрофилов [4].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ исходных показателей изучаемой системы в разных возрастных группах больных выявил преобладание вариантов инициирования оксидантной системы. В группе больных 19–40 лет (группа сравнения) отмечена гипероксидация

при угнетении антиоксидантной защиты, характерная для чрезмерной активности воспалительного процесса, в основной группе – нормооксидация при угнетении защиты, характеризующая вялотекущее воспаление со склонностью к обострению и прогрессированию.

В основной группе исходный показатель малонового диальдегида нормальный, в группе сравнения – повышен на 73,1% и в 2 раза превышает таковой в основной группе ($p < 0,05$). Коэффициент пероксидации МДА/АОА в группе сравнения в 2,5 раза выше этого показателя в норме и у больных основной группы ($p < 0,05$) (табл. 1). Отмечен более низкий уровень глутатиона в основной группе, чем в норме (на 16,8%, $p < 0,05$), и в группе сравнения ($p < 0,05$). Наблюдалось повышение активности глутатионредуктазы в группе сравнения по отношению к основной ($p < 0,05$).

В процессе традиционного лечения уровень малонового диальдегида в группах остался выше контрольного. В основной группе он повысился на 23,8% ($p < 0,01$), а в группе сравнения произошло его снижение на 68%, что выше контрольного уровня на 17,7% ($p < 0,001$). В основной группе больных как до, так и после лечения достоверных различий в уровне гидроперекисей не выявлено, в группе сравнения он повысился на 12,4%, что выше нормы на 22,7% ($p < 0,001$). Исходно сниженная антиоксидантная активность в группах после лечения осталась ниже нормальной: на 18,1% в группе сравнения (ниже нормы на 37,5%) и в основной группе на 22% (ниже нормы на 35,3%) ($p < 0,05$).

Активность глутатионпероксидазы в основной группе при лечении продолжала снижаться, оставаясь ниже уровня нормы на 15,7% ($p < 0,01$) и достоверно ниже таковой в группе сравнения ($p < 0,05$). Уровень глутатиона в основной группе после лечения оставался на 12,8% ниже нормального ($p < 0,01$) и достоверно ниже такового в группе сравнения ($p < 0,05$). Активность глутатионредуктазы ниже нормы на 32% в основной группе ($p < 0,05$) и ниже таковой в группе сравнения ($p < 0,05$). Достоверных различий в активности ферментов до и после лечения по отношению к норме в группе сравнения не выявлено.

Показатели перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты

Показатель	Возраст, годы	
	19–40	50 и старше
МДА, мкмоль/гНб	13,86 ± 0,6**/9,43 ± 0,7***	7,62 ± 0,4/9,43 ± 0,7**
Норма	8,01 ± 0,21	7,62 ± 0,28
АОА, %	43,6 ± 6,29/35,72 ± 4,81*	52,29 ± 6,1/40,81 ± 5,8*
Норма	57,09 ± 2,39	63,0 ± 3,4
МДА/АОА	0,351 ± 0,043**	0,149 ± 0,023
Норма	0,14 ± 0,005	0,12 ± 0,004
Гидроперекиси липидов, у.е.	3,49 ± 0,53/3,92 ± 0,41***	3,02 ± 0,3/3,35 ± 0,4
Норма	3,2 ± 0,09	3,2 ± 0,09
Глутатион, мкмоль/мл GSh/гНб	7,5 ± 0,9*/11,1 ± 1,5	4,37 ± 0,2**/4,5 ± 0,4***
Норма	5,76 ± 0,1	5,26 ± 0,2
Глутатионпероксидаза, мкмоль/гНб	75,9 ± 3,8/92,4 ± 16,8	72,8 ± 14,8/61,8 ± 1,3***
Норма	69,36 ± 3,2	73,35 ± 8,2
Глутатионредуктаза, НАДФН/гНб	173,9 ± 11*/275,5 ± 65	144,5 ± 47*/101 ± 13,4**
Норма	153,04 ± 7,8	148,99 ± 15,9

Примечание: в числителе – показатель до лечения, в знаменателе – показатель после лечения; достоверность показателей разных возрастных групп относительно нормы: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$, *** – $p < 0,001$; достоверность показателей при сравнении возрастных групп между собой: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$. МДА – малоновый диальдегид. АОА – антиоксидантная активность.

При сравнительном анализе эффективности лечения выявлено снижение антиоксидантной активности, малонового диальдегида, повышение уровня гидроперекисей липидов в группе сравнения. В основной группе наблюдалось повышение уровня альдегида, гидроперекисей липидов и снижение антиоксидантной активности. Статистически достоверных различий между группами нет.

При исследовании фагоцитарной защиты выявлена зависимость нарушений от возраста больных. Фагоцитарная активность нейтрофилов исходно снижена по отношению к норме – на 8,6% в группе сравнения ($p < 0,001$) и на 30,6% в основной группе ($p < 0,05$) и различается между собой ($p < 0,05$). Показатель фагоцитарного резерва при поступлении снижен на 16% в основной группе больных ($p < 0,01$) и на 16,2% ($p < 0,01$) в группе сравнения по отношению к норме. Завершенность фагоцитоза исходно снижена (на 37%) в основной группе по отношению к норме и к группе сравнения ($p < 0,001$). Фагоцитарное число исходно снижено как в группе сравнения (на 17,6%, $p < 0,01$), так и

в основной группе (на 19,4%, $p < 0,05$), что говорит о недостаточной поглотительной активности нейтрофилов. Низкий показатель фагоцитарного числа сочетается со сниженным суммарным процентом завершающих стадий фагоцитоза в основной группе ($p < 0,05$ по отношению к норме, $p < 0,01$ – к группе сравнения). НСТ-тест показал исходно увеличенную активацию внутриклеточных антибактериальных систем фагоцита по отношению к норме в 2,2 раза и в 2,7 раз соответственно в группе сравнения и основной ($p < 0,05$). При этом резерв НСТ исходно снижен ($p < 0,05$) в группе сравнения на 62,8% и в основной на 59,6%, что говорит об истощении резервных кислородзависимых механизмов бактерицидности нейтрофильных гранулоцитов в начале одонтогенного гнойно-воспалительного процесса. Исходно выявлен ($p < 0,05$) низкий окислительный метаболизм нейтрофилов (индекс активации нейтрофилов ниже контрольного уровня в 2 раза в группе сравнения и в 1,8 раза в основной) в сочетании с низким ($p < 0,05$) резервом индекса в обеих группах (соответственно в 2,4 и в

Показатели фагоцитарной защиты в процессе лечения больных разных возрастных групп

Показатель	Норма	Группа больных	
		19–40 лет	50 и старше
ФАН	65,0 ± 3,8	59,4 ± 2,4***/58 ± 2,5**	45,1 ± 3,8**/53 ± 5,3**
ФР	1,1 ± 0,08	0,9 ± 0,05***/0,9 ± 0,03	0,92 ± 0,025**/1,03 ± 0,03
ЗФ	0,9±0,12	1,01 ± 0,05/1,01 ± 0,05	0,56 ± 0,18****/1,1 ± 0,03**
ФЧ	5,0 ± 0,29	4,1 ± 0,2**/4,1 ± 0,12*	4,03 ± 0,19*/4,075 ± 0,21*
ФЧР	1,6 ± 0,82	1,0 ± 0,06/1,06 ± 0,06*	1,03 ± 0,04/1,09 ± 0,07*
СП, %	56,0 ± 3,2	49 ± 4,0*/44 ± 3	33 ± 5***/48 ± 3*
НСТ	15,0 ± 2,1	33 ± 3,3/37 ± 3	41 ± 3,5*/43,0 ± 3,0
НСТР	2,5 ± 0,08	0,93 ± 0,06*/0,9 ± 0,1*	1,01 ± 0,08*/1,0 ± 0,1*
ИАН	0,13 ± 0,01	0,6 ± 0,01*/0,7 ± 0,1*	0,7 ± 0,01*/0,7 ± 0,1*
ИАНР	2,5 ± 0,11	1,03 ± 0,09*/1,0 ± 0,1*	0,89 ± 0,09*/1,0 ± 0,1*

Примечание. В числителе показатель до лечения, в знаменателе – после лечения; достоверность показателей при сравнении с нормой: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$; достоверность показателей при сравнении возрастных групп между собой: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$. ФАН – фагоцитарная активность нейтрофилов. ФР – фагоцитарный резерв. ФЧ – фагоцитарное число. ФЧР – резерв фагоцитарного числа. СП – суммарный процент завершающих стадий процесса. НСТ – тест восстановления нитросинего тетразола. НСТР – резерв НСТ. ИАН – индекс активации нейтрофилов. ИАНР – резерв ИАН.

2,8 раз). При сравнении показателей фагоцитарного резерва, фагоцитарного числа, теста восстановления нитросинего тетразола, индекса активации нейтрофилов, резерва индекса активации нейтрофилов статистически достоверных различий не выявлено (табл. 2).

В процессе лечения фагоцитарная активность нейтрофилов остается сниженной ($p < 0,01$) по отношению к контрольному уровню как в группе сравнения (на 10,8%), так и в основной (на 18,5%). Завершенность фагоцитоза возросла ($p < 0,01$) в 2 раза в основной группе. Фагоцитарное число по окончании лечения ниже ($p < 0,05$) контрольного уровня на 16,3% в группе сравнения и на 18,5% в основной. Суммарный процент завершающих стадий фагоцитоза остается ниже ($p < 0,05$) контрольного уровня в основной группе (на 14,3%). Тест восстановления нитросинего тетразола по окончании лечения остается повышенным по отношению к контролю (в группе сравнения в 2,4 раза и в 2,8 раз в основной). Резерв до и после лечения остается сниженным ($p < 0,05$) по отношению к норме (в 2,7 раз у больных 19–40 лет и в 2,5 раз у больных 50 лет и старше). Индекс активации нейтрофилов, резерв до и после лечения остаются ниже нормы ($p < 0,05$) как в

группе больных сравнения (в 1,8 раз), так и в основной (в 2,5 раз). Статистически достоверных отличий при сравнении изученных в группах не выявлено.

Таким образом, у больных с флегмоной челюстно-лицевой области отмечается исходно низкая общая антиоксидантная активность, на фоне которой в группе сравнения увеличена перекисидация липидов и довольно высока активность ферментов, стимулирующих образование липоперекисей. В основной группе снижена активность ферментов на фоне близкой к норме перекисидации липидов. С возрастом отмечается тенденция к незначительному снижению уровня продуктов перекисления липидов на фоне сниженной продукции глутатиона и активности глутатионзависимых ферментов. Сниженная активность ферментов антиоксидантной защиты может быть результатом приспособления к возрастному снижению генерации активных форм кислорода в тканях. У больных 50 лет и старше отмечено более выраженное снижение фагоцитарной активности нейтрофилов, суммарного процента завершающих стадий фагоцитоза в сочетании с низкой поглотительной активностью по сравнению с показателями в группе сравнения, что говорит об угнетении фагоцитарного

процесса, недостаточном киллинге и расщеплении антигена. В обеих группах увеличены показатели окислительного метаболизма теста восстановления нитросинего тетразолия, индекса активации нейтрофилов в сочетании со снижением их резерва, что указывает на истощение кислородзависимых механизмов бактерицидности нейтрофильных гранулоцитов.

В процессе лечения отмечены существенные различия в группах больных. Так, в группе сравнения на фоне выраженной тенденции к снижению антиоксидантной активности наблюдалось некоторое снижение уровня продуктов перекисного окисления при активации глутатионпероксидазы и глутатионредуктазы, контролирующей этот процесс, и снижение уровня восстановленного глутатиона, расходующегося для детоксикации перекисей липидов и поддерживающего антиокислительный гомеостаз клеток и тканей. В основной группе на фоне сниженной антиоксидантной активности не наблюдалось ожидаемого уменьшения содержания продуктов перекисления липидов, а исходно сниженная активность ферментов антиоксидантной защиты оставалась неизменной после лечения. По окончании лечения фагоцитарная активность нейтрофилов, фагоцитарное число и суммарный процент завершающих стадий фагоцитоза остается ниже контрольного уровня в обеих группах, но более выраженное угнетение показателей отмечено в основной группе. На фоне проведенного лечения у всех больных со-

храняется высокий тест восстановления нитросинего тетразолия в сочетании со сниженным его резервом и близкие к исходным показатели индекса активации нейтрофилов и его резерва.

Полученные результаты позволяют говорить о существующем исходном дисбалансе системы перекисления липидов и антиоксидантной защиты и нарушении в фагоцитарном звене иммунитета у больных 50 лет и старше с флегмоной челюстно-лицевой области, не претерпевающим существенных изменений в процессе лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гончаренко М.С., Латинова А.М. Лаб. дело. 1985; 1: 60-61.
2. Зенков Н.К., Ланкин В.З., Меньщикова Е.Б. Окислительный стресс. Биохимические и патофизиологические аспекты. - М: МАИК, Наука. Интерпериодика; 2001. 343.
3. Клебанов Г.И., Бабенкова И.В., Теселкин Ю.О. Лаб. дело. 1988; 5: 59-62.
4. Оценка иммунного статуса человека: Методич. рекомендации. Р.В. Петров, Ю.М. Лопухин, А.Н. Череев. М.; 1984. 26.
5. Подколзин А.А., Донцов В.И., Крутько В.Н. и др. Клиническая геронтология. 2001; 3-4: 50-57.
6. Рагимов Ч.Р., Касаганова Н.Ю., Тер-Асатуров Г.П. и др. Стоматол. 1991; 1: 45-47.
7. Сулейманова С.Т., Сеинбеков О.С., Алекперова Н.В. Стоматол. 1992; 1: 36-37.
8. Фомичев Е.В., Романенко Н.В. Стоматол. 1996; Спец. выпуск: 85-86.
9. Шаргородский А.Г. Воспалительные заболевания лица и шеи. М., 2001. 271 с.
10. Mills I.S. J. Biol.Chem. 1959; 234(3): 502-506.
11. Ramos-Martines I.L., Torres A.M.R. Comp. Biochem. Physiol. 1985; 80(213): 355-360.

Поступила 15.07.2003

ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ

С.Н. Лунева, М.В. Стогов, Т.Н. Ерофеева, Е.В. Николайчук,
С.А. Романенко

ГУН РНЦ «Восстановительная травматология и ортопедия»
им. Г.А. Илизарова, г. Курган

Исследованы перекисное окисление липидов и ферментативная активность супероксиддисмутазы у травматологических больных старше 60 лет в ходе лечения методом чрескостного дистракционного остеосинтеза с использованием гипербарической оксигенации. Исследования показали, что интенсивность перекисного окисления липидов в ответ на травму, оперативное вмешательство и действие гипербарического кислорода зависит от возраста.

Ключевые слова: травма, чрескостный остеосинтез, гипербарическая оксигенация, перекисное окисление липидов, пожилой возраст
Key words: trauma, transosseous, osteosynthesis, hyperbaric oxygenation, lipid peroxidation, aged

Индивидуальные особенности реакции организма на травму складываются из различных отношений между его реактивностью, т.е. способностью реагировать на этиологические факторы, и резистентностью – способностью противостоять, сопротивляться их влиянию. Реактивность и резистентность с возрастом постепенно снижаются, ухудшается работа регуляторных механизмов, уменьшаются компенсаторные резервы организма [6]. Для травматической болезни в пожилом и старческом возрасте характерна большая частота пневмоний, гнойно-септических процессов и других осложнений. С целью снизить тяжесть болезни и уменьшить количество осложнений применяются различные методы интенсивной терапии, одним из которых является гипербарическая оксигенация. Важнейший аспект воздействия гипербарической оксигенации – ее влияние на процессы перекисного окисления липидов (ПОЛ) и на антиокси-

дантную систему (АОС) организма [4]. Цель настоящего исследования – изучить изменения, происходящие в системе ПОЛ-АОС под влиянием гипербарической оксигенации у травматологических больных пожилого и старческого возраста при лечении их методом чрескостного остеосинтеза и сравнительно оценить перекисное окисление липидов в разных возрастных группах.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Биохимические исследования проведены у 18 больных обоего пола в возрасте старше 60 лет с закрытым переломом конечностей, леченным методом чрескостного остеосинтеза. Люди в возрасте 61–70 лет составили 1-ю группу (n = 10), во 2-ю группу были объединены пациенты старше 70 лет (n = 8). Всем пациентам сеансы гипербарической оксигенации проводили в ранний послеоперационный период при рабочем давлении 1,4–1,8 атм, продолжительность курса – 10–20 сеансов. Кровь брали в

послеоперационном периоде — до и после сеанса оксигенации. Контрольная группа состояла из практически здоровых людей, также разделенных на две группы: 60–70 лет и старше 70.

Перекисное окисление липидов оценивали, определяя в плазме крови содержание его первичных (диеновые конъюгаты — ДК) и вторичных (малоновый диальдегид — МДА) продуктов [5]. Антиоксидантную систему оценивали, изучая активность супероксиддисмутазы (СОД; КФ. 1.15.1.1) модифицированным методом Nishikimi N. [2]. Для оценки реакций перекисного окисления липидов, характеризующих интенсификацию метаболических процессов в организме, мы ввели коэффициент — отношение ДК/МДА. Изменения в системе ПОЛ-АОС оценивали при помощи интегрального индекса (ИИ), объединяющего показатели в соотношение (ДК + МДА)/СОД. Достоверность различий изучаемых показателей оценивали при помощи t-критерия Стьюдента для малых выборок [3].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Как следует из полученных нами данных, травма, операционное вмешательство и, как следствие их, стресс, гипоксия, нарушение кровообращения вызывали активацию свободнорадикального процесса в 1-й группе, о чем свидетельствовало достоверное повышение содержания малонового диальдегида и снижение активности супероксиддисмутазы (таблица). Во 2-й группе активность супероксиддисмутазы также снижалась, но сохранялся исходный уровень ДК и МДА. При этом соотношение ДК/МДА в 1-й группе достоверно падало относительно нормы, а во 2-й группе не менялось (рис. 1). Интегральный индекс был достоверно повышен по сравнению с нормой в 2,4 ($p < 0,05$) в 1-й группе, во 2-й группе он находился в пределах нормы (рис. 2).

После проведения первых десяти сеансов гипербарической оксигенации в 1-й группе больных сохранялся высокий уровень продуктов перекисного окисления — отмечался достоверный рост диеновых конъюгатов при сохранении высоких концентраций малонового диальдегида. При этом активность супероксиддисмутазы по сравнению с предыдущим сроком возрастала и достоверно от нормы не отличалась. Во 2-й группе после 10 сеансов оксигенации значительно активировался процесс перекисного окисления. Концентрация диеновых конъюгатов увеличилась в 4,6 раза ($p < 0,01$), диальдегида — в

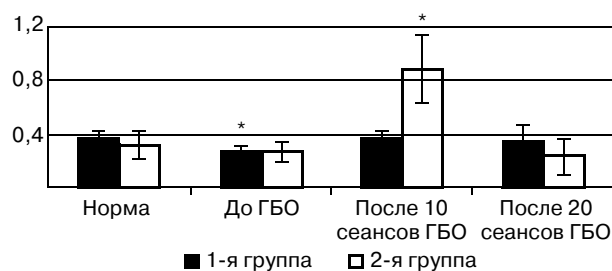


Рис. 1. Динамика соотношения ДК/МДА у больных в ходе лечения переломов с использованием гипербарической оксигенации (ГБО).

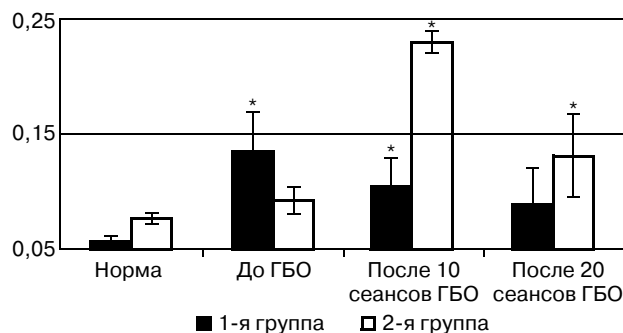


Рис. 2. Динамика интегрального индекса (по вертикали) в ходе лечения переломов с использованием гипербарической оксигенации (ГБО).

1,6 раза ($p < 0,05$), активность фермента находилась в пределах нормы. На данном этапе лечения для обеих групп интегральный индекс был достоверно изменен, при этом в 1-й группе он был в 1,8 раза выше нормы ($p < 0,05$), а во 2-й — в 3 раза ($p < 0,05$). Кроме того, отношение ДК/МДА в 1-й группе находилось в пределах нормы, во 2-й оно значительно возрастало (в 2,8 раза, $p < 0,05$).

После 20 сеансов оксигенации у больных 1-й группы оставался достоверно повышенным уровень диальдегида, содержание диеновых конъюгатов было в пределах нормы, активность фермента имела тенденцию к росту. Во 2-й группе пациентов после 20 сеансов уровень продуктов перекисного окисления находился в пределах нормы, однако отмечалась низкая активность супероксиддисмутазы. При этом интегральный индекс в 1-й группе находился на уровне дооперационных величин, во 2-й группе оставался достоверно выше.

Проведенные исследования показали, что травма и оперативное вмешательство вызывали у больных 1-й группы более выраженную активацию процессов перекисного окисления, чем у больных 2-й группы, при этом изначально концентрация его продуктов в плазме крови у па-

Показатели перекисного окисления липидов и активности СОД у травматологических больных

Показатели	Группы	Норма	ДоГБО	После 10 сеансов ГБО	После 20 сеансов ГБО
ДК, нмоль/мг липидов	1-я	0,3 ± 0,03	0,37 ± 0,06	0,5 ± 0,08	0,44 ± 0,16
	2-я	0,36 ± 0,09	0,35 ± 0,07	1, 2 ± 0,31**<*>	0,38 ± 0,18
МДА, нмоль/мг липидов	1-я	0,83 ± 0,08	1,5 ± 0,19**	1,4 ± 0,08	1,31 ± 0,08**
	2-я	1,15 ± 0,18 [#]	1,33 = 1 = 0,22	1,84 ± 0,37*	1,64 ± 0,57
СОД мкМ НСТ 1×10 ⁹ Эр/мин	1-я	20,46 ± 1,78	13,42 ± 0,37	17,46 ± 1,57	21,49 ± 4,44
	2-я	19,89 ± 0,07	13,06 ± 2,15*	16,13 ± 5,33	14,83 ± 0,67*(<*)

Примечание: * – достоверность различий от нормы с уровнем значимости $p < 0,05$; ** – достоверность различий от нормы с уровнем значимости $p < 0,01$; [#] – достоверность различий между группами с уровнем значимости $p < 0,05$. ДК – диеновые конъюгаты. ГБО – гипербарическая оксигенация. МДА – малоновый диальдегид, СОД – супероксиддисмутаза.

циентов 1-й группы была ниже. Данное обстоятельство позволяет предположить, что у больных старше 70 лет уровень реактивности ниже – ответная реакция на травму замедлена, у пациентов 1-й группы она более выражена.

Применение 10 сеансов гипербарической оксигенации вызывало заметную активацию перекисного окисления у пациентов 2-й группы, тогда как у больных 1-й группы существенных отличий его показателей по сравнению с послеоперационным периодом, до курса оксигенации, не было, при этом в обеих группах имелись односторонние изменения – повышение уровня диеновых конъюгатов и активности супероксиддисмутазы. В 1-й группе отношение ДК/МДА было в пределах нормы, а во 2-й – значительно возрастало, что, по-видимому, объясняется более поздней реакцией на травму и действием гипербарического кислорода. Повышение содержания диеновых конъюгатов в плазме крови по отношению к уровню малонового диальдегида у пациентов более старшей возрастной группы свидетельствовало об интенсификации обменных процессов в организме, так как образование и накопление диеновых конъюгатов при сохранении высокого уровня антиоксидантной защиты облегчало самообновление мембранных структур и влияло на проницаемость мембран, на активность мембраносвязанных ферментов и ионный транспорт [1]. Однако высокий уровень отношения ДК/МДА, а также высокое значение интегрального индекса после 10 сеансов оксигенации у больных старше 70 лет является фактором риска в связи с возможной неконтролируемой активацией перекисного окисления липидов.

Изменения изучаемых показателей после 20 сеансов гипербарической оксигенации в обе-

их группах были разнонаправленными. В 1-й группе пациентов 60–70 лет сохраняющиеся высокие значения перекисного окисления компенсировались ростом активности антиоксидантной защиты, тогда как во 2-й группе (старше 70 лет) при относительно нормальном уровне перекисного окисления липидов активность антиоксидантной системы была значительно снижена. Эти изменения, по-видимому, связаны с возрастным истощением резервов ферментных антиоксидантов.

ВЫВОДЫ

Ответная реакция системы ПОЛ-АОС на травму, оперативное вмешательство и действие гипербарического кислорода зависит от возраста. Действие гипербарического кислорода, особенно для лиц старше 70 лет, может быть негативным и вызывать образование большого количества продуктов перекисного окисления и их накопление. В связи с этим для лиц пожилого и старческого возраста число сеансов гипербарической оксигенации должно быть ограничено.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бышевский А.Ш., Терсенов О. А. Биохимия для врача. Екатеринбург, 1994. 384.
2. Векслер Б.М. Характеристика системы перекисного окисления липидов крови в семьях больных ишемической болезнью сердца: Дис. ... канд. биол. наук. СПб.; 1995. 76.
3. Медик В.А., Токмачев М.С., Фишман Б.Б. Статистика в медицине и биологии: Рук-во в 2-х томах. Т. 1. Теоретическая статистика. М.: Медицина; 2000. 456.
4. Руководство по гипербарической оксигенации. Под ред. С.Н. Ефуни. М: Медицина; 1986. 416.
5. Современные методы в биохимии. Под ред. В.Н. Ореховича. М; 1977. 62-68.
6. Травматическая болезнь. Под ред. И.И. Дерябина, О.С. Насонкина. Л.: Медицина; 1987. 304.

Поступила 16.01.2003

УДК 617.585:616.89.2

БИОМЕХАНИКА ХОДЬБЫ БОЛЬНЫХ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП ПОСЛЕ ПЕРЕЛОМОВ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА

А.А. Жилиев

Центральный институт травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова

Ключевые слова: биомеханика ходьбы, перелом, голеностопный сустав

Key words: aged, biomechanics of walking, fraction

В биомеханике нижняя конечность человека рассматривается как обычный маятник в переносный период шага и как маятник с перевернутой точкой подвеса в опорный период шага. Сумма периодов колебания конечности как маятника в переносный и опорный периоды шага и определяет привычный темп ходьбы человека. У больных с повреждением и заболеванием суставов нижних конечностей вследствие ограничения подвижности в суставах из-за анатомических и функциональных нарушений и связанных с ними болевых ощущений затрудняется использование колебательных свойств конечностей при ходьбе, чем и объясняется неоптимальный стереотип их ходьбы. Чем более значительно нарушение функционального состояния опорно-двигательного аппарата нижних конечностей, тем ниже темп ходьбы больного, соответствующий данному поражению аппарата, и тем выше его энерготраты при ходьбе.

Для каждого типа поражения опорно-двигательного аппарата свойственны свои механизмы компенсации утраченной функции, проявляющиеся, прежде всего, в особенностях блокировки опорных сочленений при ходьбе для удержания тела в вертикальном положении. Любой компенсаторный процесс, развивающийся у

больных с патологией нижних конечностей, представляет собой целесообразное взаимодействие двух факторов: действия силы тяжести и анатомо-физиологических возможностей опорно-двигательного аппарата. Возникновение и развитие компенсаторных приспособлений при травмах и заболеваниях нижних конечностей обуславливается целостностью организма человека и использованием для компенсации дополнительных возможностей его опорно-двигательного аппарата [1]. Исследование биомеханики ходьбы больных с различной патологией опорно-двигательного аппарата позволяет объективно выявить особенности, характерные для конкретного вида поражения нижних конечностей, и использовать полученную информацию для определения степени тяжести патологического процесса и наблюдения за динамикой лечения.

Несмотря на распространенность травм голеностопного сустава, связанных прежде всего с переломом его костных элементов, в литературе ограничено число публикаций по исследованию ходьбы больных с данным видом патологии.

Как показали исследования [2] кинематических параметров ходьбы (угловых перемещений в крупных суставах конечностей), при одностороннем поражении голеностопного сустава наи-

более часто наблюдается компенсаторное увеличение объема движения в тазобедренном суставе преимущественно непораженной конечности, что сопровождается выраженной асимметрией колебаний плечевого пояса. Однако использование кинематических параметров при исследовании патологической ходьбы создает значительные трудности как при регистрации, так и при трактовке полученных данных, поскольку необходимо анализировать и сопоставлять угловые перемещения при ходьбе одновременно в 6 крупных суставах обеих конечностей.

Нами проводились исследования динамической характеристики ходьбы (силы взаимодействия между стопами человека и поверхностью опоры в вертикальной и горизонтальной плоскости) больных с повреждением голеностопного сустава, что позволяет наглядно сравнить ходьбу больных с патологией нижних конечностей с нормой, используя для этой цели всего две интегральных кривых для обеих конечностей. При исследовании регистрировали также ряд традиционно исследуемых биомеханических параметров: коэффициент ритмичности, распределение нагрузки на ноги при ходьбе, относительная длительность фазы двойной опоры, периоды опоры конечностей. Фаза двойной опоры (опора одновременно на пятку одной ноги и носок другой при ходьбе) характеризует устойчивость человека при ходьбе. Чем выше степень поражения опорно-двигательного аппарата, тем труднее достигает человек равновесия при ходьбе, тем больше по отношению к длительности двойного шага фаза двойной опоры.

Изучалась ходьба больных старших возрастных групп (58–86 лет обоего пола) с изолированным и двухлодыжечным переломом, переломом с отрывом заднего и переднего края нижнего эпифиза большеберцовой кости по прошествии 2–5 дней после окончания иммобилизации сустава. Условием для биомеханического исследования была возможность больного самостоятельно без средств дополнительной опоры пройти расстояние 10–15 м. Исследования проводились с использованием двух динамометрических платформ фирмы «Kistler». При этом нас интересовали информативные параметры, позволяющие судить о степени нестабильности сустава и связанного с ней нарушения стереотипа ходьбы

больных при сохраняющейся боли в суставе, а также величина нагрузки на конечность с поврежденным суставом и динамика этой нагрузки в процессе реабилитации больного.

Из-за длительной иммобилизации конечности с поврежденным голеностопным суставом (гипсовая повязка типа «сапожок») у больных наблюдается ослабление функциональных возможностей трехглавой и передней большеберцовой мышц, что выражается при ходьбе в сгибательной установке нижней конечности в фазу опоры вследствие избыточного наклона голени вперед, опорой в начале шага на носок или всю стопу, шаркающей походкой, ослаблением заднего толчка.

Проведенные нами биомеханические исследования выявили наиболее характерные изменения стереотипа ходьбы больных с повреждением голеностопного сустава, направленные на уменьшение боли в нем. Во-первых, при ходьбе больной наступает на носок конечности с пораженным суставом, а не на пятку, как при нормальной ходьбе, что позволяет добиться дополнительной амортизации переднего толчка и более плавно наступать на поверхность опоры. Кроме этого, поскольку голеностопный сустав расположен достаточно близко к поверхности опоры, то больной для избежания резкой боли при опоре на конечность с пораженным суставом плавно нагружает сустав сначала весом конечности, а уже потом переносит на пораженную конечность вес всего тела. Плавная нагрузка на сустав сначала весом конечности, а затем переносом на конечность с пораженным суставом веса всего тела приводит к появлению характерного перелома на переднем фронте вертикальной составляющей реакции опоры. Этот перелом выражен тем заметнее, чем сильнее боль в пораженном голеностопном суставе. Снижает болевые ощущения при заднем толчке отсутствие подошвенного разгибания стопы при отталкивании от поверхности опоры, что видно по отсутствию второй волны на горизонтальной составляющей реакции опоры конечности с пораженным суставом.

Проведенные исследования ходьбы больных с односторонним поражением голеностопного сустава показали, что перечисленные выше изменения стереотипа ходьбы находят свое выра-

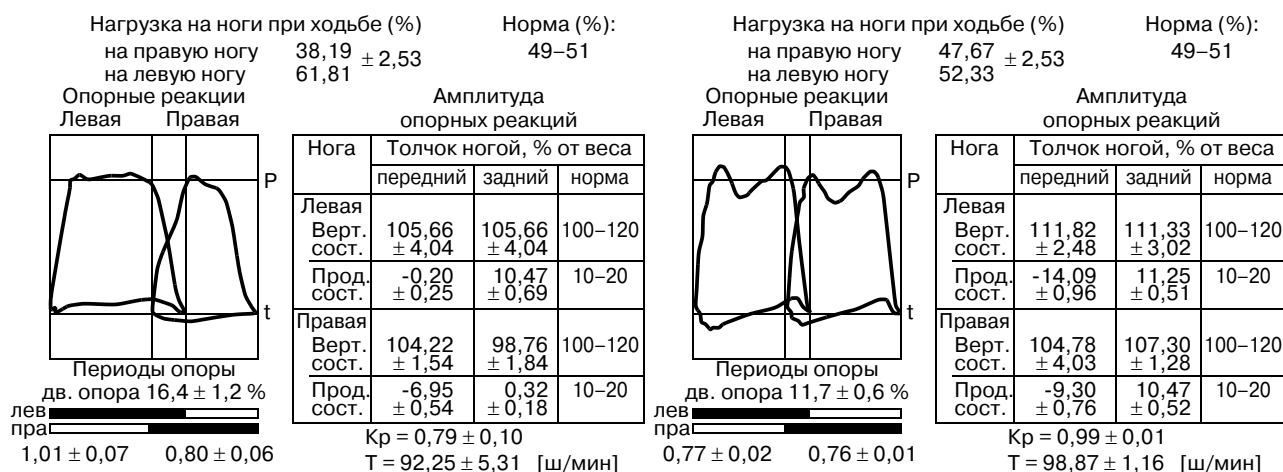


Рис. 1. Слева реакция опоры (в вертикальной и горизонтальной плоскости) при ходьбе больной Ж. 62 лет с двухлодыжечным переломом правого голеностопного сустава, справа — реакция опоры практически здоровой женщины М. того же возраста (биомеханические параметры усреднены по 10 шагам обоих испытуемых).

жение в формировании Л-образной формы вертикальной составляющей реакции опоры на стороне конечности с пораженным суставом. При более плавном, чем в норме, нагружении и отталкивании конечности с пораженным голеностопным суставом основной вес пациента продолжает более длительное время приходиться на неповрежденную конечность, поэтому вертикальная составляющая реакции опоры контралатеральной конечности приобретает более сглаженный вид (рис. 1).

Чем сильнее боль в пораженном голеностопном суставе, тем более плавно пациент наступает и отталкивается от поверхности опоры, и тем ниже темп его ходьбы. При этом сокращается не только фаза опоры конечности с пораженным суставом, но и в большей степени время переноса тяжести всего тела на эту конечность (сближение максимумов вертикальной составляющей реакции опоры на уровне линии веса Р испытуемого, т. е. формирование Л-образной вертикальной реакции опоры), что позволяет минимизировать болевые ощущения в момент максимальной нагрузки на сустав.

С понижением нагрузки на конечность с пораженным суставом за шаг наклон фронтов вертикальной составляющей реакции опоры возрастает. Одновременно с этим по мере увеличения поражения голеностопного сустава вертикальная составляющая реакции опоры контралатеральной конечности становится более плоской и приобретает П-образный вид (рис. 2). Поэтому угол наклона фронтов вертикальной составля-

щей реакции опоры конечности с пораженным суставом и наличие характерного перелома на переднем фронте вертикальной составляющей реакции опоры являются информативными параметрами при определении степени поражения голеностопного сустава. Чем более плавно проходят нагрузка и перенос веса тела на конечность с пораженным суставом при ходьбе, тем больше увеличивается продолжительность периода двойной опоры. Напротив, коэффициент ритмичности ходьбы в данном случае не является информативным, поскольку в первую очередь пропорционально степени поражения сустава изменяется длительность периода нагруже-

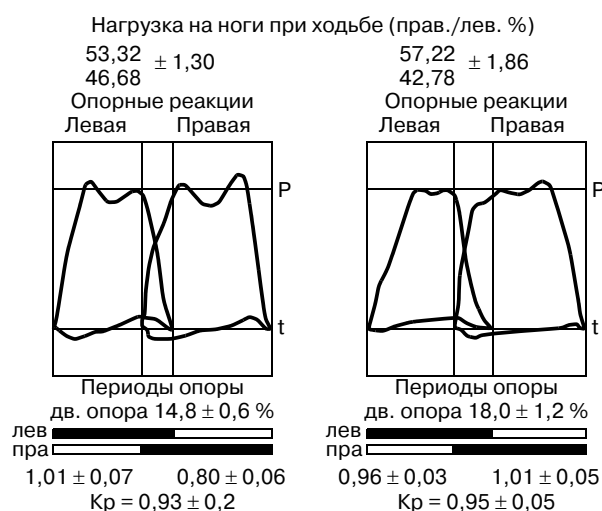


Рис. 2. Характерное для больных с односторонней патологией голеностопного сустава изменение динамограммы реакции опоры при разной асимметрии нагрузки на конечности (в обоих случаях перелом левого голеностопного сустава).

ния пораженной конечности весом больного, а не периода опоры этой конечности.

Из приведенного рисунка видна высокая вариабельность от шага к шагу (по 12 шагам) нагрузки на конечности больного при ходьбе ($\pm 2,53\%$) против $\pm 0,39\%$ у практически здорового человека. Этот параметр отражает возросший относительно нормы объем компенсаторных движений пациента при ходьбе. Из рис. 1 и 2 следует, что объем компенсаторных движений повышается с ростом асимметрии нагрузки на конечности при ходьбе.

Таким образом, анализ закономерностей ходьбы больных после сращения голеностопного сустава позволил выявить ряд биомеханических параметров, связанных с изменением формы вертикальной составляющей реакции опоры, на стороне как пораженной, так и контралатеральной конечностей, информативных для оценки нормализации стереотипа ходьбы больных после консервативного лечения. Чувствительным информативным параметром для больных с патологией этого сустава является рост вариабельности нагрузки на конечности при ходьбе относительно нормы (определявшийся в проведенных исследованиях по 10–12 шагам каждого испытуемого), позволяющий также диагностировать нарушения функционального состояния при повреждениях не костных элементов сустава, например при нарушении целостности связочного аппарата сустава или артрозе, в том числе посттравматического происхождения. Следует отметить по результатам повторных исследований, что у больных старших возрастных групп сохраняется заметная асимметрия нагрузки на конечности. Так, если в ранние сроки после

окончания иммобилизации голеностопного сустава (2–5 дней) нагрузка на конечности составляла в среднем по всем группам больных $38,96 \pm 1,80$ и $61,04 \pm 1,80\%$ на поврежденную и неповрежденную ногу соответственно, то в поздние сроки (31 человек спустя 3–7 мес после окончания иммобилизации сустава) нагрузка составляла $47,62 \pm 0,74\%$ и $52,38 \pm 0,74\%$. Сохраняющаяся асимметрия может быть объяснена сниженной двигательной активностью пациентов данных возрастных групп и, как следствие, ухудшением функциональных свойств мышц конечности с поврежденным суставом относительно первоначального уровня. Основанием разрешить больному полностью нагружать поврежденную ногу, как правило, является отсутствие боли в пострадавшей конечности [3]. Однако объективным биомеханическим показателем возможности полной нагрузки на ногу с поврежденным суставом является отсутствие характерного перелома на динамограмме вертикальной реакции опоры для данной конечности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Витензон А.С. Биомеханические закономерности компенсации двигательных нарушений при патологической ходьбе. Протезирование и протезостроение. Сб. трудов. 1980, вып. 55. М., ЦНИИПП. 39-52.
2. Мякотина Л.И. Биомеханические аспекты компенсаторных приспособлений в ходьбе при повреждении отдельных кинематических звеньев. Медицинская биомеханика. Т. 3. Рига; 1986. 257-262.
3. Гурьев В.Н. Повреждения голеностопного сустава. В кн.: Травматология и ортопедия. Руководство для врачей в 3 томах. Под ред. Ю.Г. Шапошникова. Т. 2. М.: Медицина; 1997. 382-408.

Поступила 14.03.2006

КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ОСТРОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

В.А. Ступин, Г.О. Смирнова, С.В. Силуянов, И.Г. Лучинкин, А.Ю. Никитенко, А.А. Гребенкин

ГОУ ВПО Российский государственный медицинский университет Росздрава

Ключевые слова: острая язва желудка и двенадцатиперстной кишки, кровотечение

Key words: gastrorrhagia, acute stomach ulcer, bleeding

В современную эпоху научно-технического прогресса одновременно с новыми методами диагностики и лечения изменяется клиническое течение многих известных ранее заболеваний. Так на фоне применения наиболее распространенных лекарственных препаратов, к которым относят нестероидные противовоспалительные средства, нередко развивается гастропатия с эрозивно-язвенным поражением желудка или двенадцатиперстной кишки. Согласно эпидемиологическим данным, язвенное поражение возникает у 20–25% больных, а эрозии более чем у 50% пациентов. И те, и другие клинически манифестируют желудочно-кишечным кровотечением, что требует наблюдения и лечения в хирургическом стационаре или отделении интенсивной терапии [3,4,10].

К факторам риска эрозивно-язвенного поражения желудка и двенадцатиперстной кишки относят пожилой возраст больных, наличие в анамнезе язвенной болезни, сопутствующие заболевания, утрату физической активности, одновременный прием антикоагулянтов, глюкокортикостероидов и нестероидных противовоспалительных средств.

Несмотря на рекомендуемую профилактику эрозивно-язвенного поражения у лиц групп риска, частота острой язвы у пациентов пожилого и старческого возраста остается стабильно высокой и составляет, по данным литературы,

16–28% [1,2]. В 75–90% случаев у этих пациентов острая язва осложняется желудочно-кишечным кровотечением, что ухудшает состояние и приводит к смерти 9,6–35,8% пациентов.

Кроме того, кровотечение из острой язвы в послеоперационном периоде является наиболее частым желудочно-кишечным осложнением у больных пожилого возраста и приводит к летальному исходу в 9,6–80% случаев [1,8]. Нередко финальный исход зависит не только от объема кровопотери, но и декомпенсации тяжелой соматической патологии. Эрозивно-язвенное поражение желудка и двенадцатиперстной кишки наблюдается у 40–75% больных в первые часы пребывания в отделениях интенсивной терапии [3,9].

Основными причинами появления острых язв в послеоперационном периоде являются:

- централизация кровообращения, которая приводит к локальной гипоксии слизистой оболочки желудка;
- послеоперационный парез с дискоординацией моторики желудочно-кишечного тракта, гастростазом, дуодено-гастральным рефлюксом;
- изменение секреции соляной кислоты, ферментов, связанное с операционным стрессом;
- повышенное выделение в кровь биологически активных аминов и цитокинов, которые становятся дополнительным фактором развития эндотоксикоза.

Наиболее вероятными причинами развития острой язвы желудочно-кишечного тракта в послеоперационном периоде считают [3]:

- искусственную вентиляцию легких (острая дыхательная недостаточность);
- гипотензию, обусловленную септическим шоком;
- гоагулопатию (ДВС-синдром).

Если профилактика острой язвы желудочно-кишечного тракта в послеоперационном периоде достаточно хорошо разработана, то ее профилактика у пациентов пожилого и старческого возраста и лечебная тактика при осложнениях остается насущной проблемой как хирургов, так и врачей другой специальности: терапевтов, гастроэнтерологов, неврологов, кардиологов [5,7].

В клинике госпитальной хирургии №1 РГМУ на базе городской клинической больницы №15 им. О.М. Филатова за период 2000–2005 гг. обследовано и пролечено 745 пациентов с желудочно-кишечным кровотечением из острой язвы, 400 (53,7%) из них были старше 60 лет (средний возраст 70,7 года). Соотношение мужчин и женщин составляло 3,5 : 1. В пожилом возрасте острая кровоточащая язва у 83 (20,75%) пациентов локализовалась в двенадцатиперстной кишке, у 317 (79,25%) – в желудке. Множественная локализация желудочных язв наблюдалась в 42% случаев, что свидетельствует о распространенном поражении слизистой оболочки.

Изучая основную патологию – фон для острой язвы, мы установили, что только 156 (39%) пациентов поступали с кровотечением в хирургические отделения с амбулаторного приема, остальные находились на лечении в различных отделениях стационара (табл. 1).

Как правило, у стационарных больных причиной осложненного течения острой язвы были

Таблица 1

Место лечения пациентов с острой язвой

Отделение	Частота, %
Общехирургическое	39
Терапевтическое	22
Реанимации и интенсивной терапии	25
Неврологическое	8
Сосудистая и сердечно-сосудистая хирургия	6
Всего	100

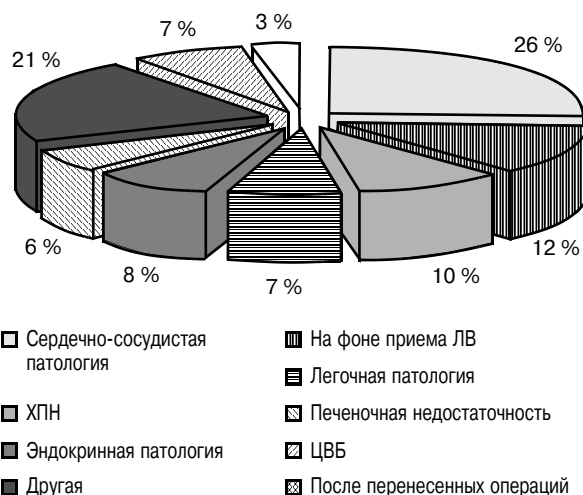


Рис. 1. Системная сопутствующая патология у пациентов пожилого возраста с кровотечением из острой язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. ЦВБ — цереброваскулярная патология.

осложнения основного заболевания либо его декомпенсация, поэтому необходима профилактика кровотечения из острой язвы у больных с нестабильным состоянием или развивающимся осложнением. Причиной развития острых язв у пациентов пожилого и старческого возраста во всех случаях была тяжелая сопутствующая патология (рис. 1).

Наиболее часто острая язва встречалась у пациентов с сердечно-сосудистой патологией, что связано с распространенностью их у пожилых и приемом ими большого количества лекарственных препаратов: дезагрегантов (аспирин, тромбоАСС) и антикоагулянтов (фенилин, варфарин). Особо неблагоприятно сочетание диспепсии с постоянным приемом дезагрегантов, повышающее риск острой язвы в 1,5–2 раза и требующее для профилактики антисекреторных препаратов, антацидов, блокаторов H₂-гистаминовых рецепторов или ингибиторов протонной помпы.

Частота острой язвы в послеоперационном периоде составляет всего 7% в связи с использованием средств профилактики данного осложнения в группах риска.

Анализируя сопутствующую патологию, мы обнаружили высокую корреляцию желудочно-кишечного кровотечения из острой язвы с числом системных поражений органов. У 345 (86%) из 400 пациентов наблюдалось сочетание двух заболеваний и более, наиболее часто ишемической

болезни сердца, хронической обструктивной болезни легких и цереброваскулярной патологии. Однако анализ неструктурированной сопутствующей патологии не позволяет рассматривать критерии риска такого осложнения, как кровотечение из острой язвы. Поэтому для количественной оценки тяжести сопутствующей патологии и органной дисфункции нами использованы современные балльные системы и шкалы оценки патологии.

Применение систем оценки сопутствующей патологии позволяет прогнозировать исход заболевания и летальность в зависимости от степени органной дисфункции и влияния на неё величины и скорости кровопотери. Для анализа сопутствующей патологии у пациентов пожилого возраста мы пользовались балльной системой оценки APACHE III. Система оценки тяжести и прогноза APACHE III позволяет выявить взаимосвязь тяжести органной дисфункции и выраженности сопутствующей патологии.

Мы выделили среди больных с сопутствующей патологией по числу баллов 3 группы пациентов с различным исходом лечения:

- 1-я группа: компенсированная, больные с несколькими сопутствующими заболеваниями. Прогноз относительно благоприятный. Баллы по APACHE III – 44,2–66,3.
- 2-я группа: субкомпенсированная, больные с двумя, тремя сопутствующими заболеваниями, одно или два из них в стадии декомпенсации. В эту группу вошли больные с сочетанной сердечно-легочной недостаточностью, сахарным диабетом, почечной недостаточностью. Прогноз зависит от сроков компенсации полиорганной патологии. Вынужденные операции независимо от объема при рецидиве кровотечения дают 50% летальность. Баллы по APACHE III – 66,3–98,8.
- 3-я группа: декомпенсированная, больные с тремя сопутствующими заболеваниями и более, два из них в стадии декомпенсации, при наличии печеночно-почечной недостаточности. Основная патология в этой группе – декомпенсированный цирроз печени. Прогноз неблагоприятный. Оперативное лечение дает 98% летальность. Баллы по APACHE III – 98,4–120,9.

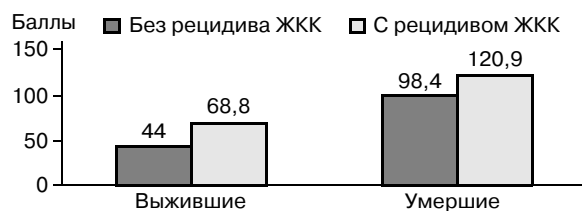


Рис. 2. Тяжесть состояния выживших и умерших пациентов, оцененная по APACHE III при рецидиве желудочно-кишечного кровотечения и без него.

Таким образом, объективная шкала оценки тяжести состояния пациентов позволяет прогнозировать вероятность неблагоприятного исхода и влияет на тактику лечения.

Исход лечения пожилых пациентов с многочисленной сопутствующей патологией во многом зависит от рецидива кровотечения. Особенность его – позднее появление в сравнении с хронической язвой желудка и двенадцатиперстной кишки. Рецидив возникает в тех случаях, когда нарушены процессы регенерации в зоне язвы, и она начинает переходить в следующую стадию подострого течения. Мы сравнили показатели состояния пациентов в группах с рецидивом кровотечения и без него у выживших и умерших, рис. 2.

Все 28 (7%) умерших пациентов находились в декомпенсированной группе прогноза. При рецидиве кровотечения у 11 пациентов было отмечено нарастание органной недостаточности на 22–24 балла.

В лечении всех больных с клиническими признаками желудочно-кишечного кровотечения использовали эзофагогастродуоденоскопию для установления источника кровотечения, первичного гемостаза или для профилактики рецидива кровотечения. Риск повторного кровотечения оценивали, используя эндоскопическую классификацию J. Forrest (1987). В группу высокого риска включали пациентов с эндоскопическими признаками FI A, B; FII A, B [6].

После эндоскопического гемостаза назначали инъекционные формы H₂-блокаторов: квамател по 20 мг 4 раза в сутки в/в каждые 6 ч или зантак по 80 мг в/в 3 раза в сутки каждые 8 ч на протяжении 3–5 дней. В группах высокого риска рецидива кровотечения проводили эндоскопический контроль гемостаза, контрольную эзофагогастродуоденоскопию выполняли на 1-е,

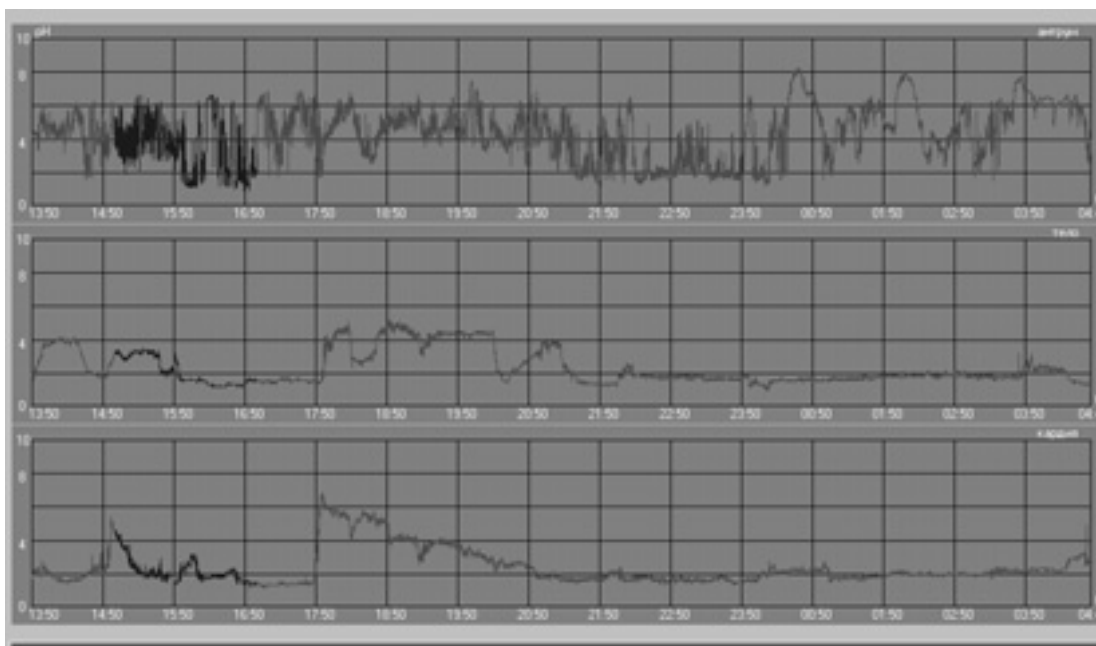


Рис. 3. Суточный мониторинг рН у пациента А. 60 лет, с острой язвой желудка, осложненной кровотечением.

3-е, 5-е, 10–12-е сутки, далее по мере необходимости. При гастродуоденоскопии оценивали качество гемостаза, риск рецидива кровотечения и проводили профилактику рецидива кровотечения всеми доступными методами: диатермокоагуляция сосуда в дне язвы, лазерная коагуляция сосуда, обкалывание язвы спирт-новокаиновой смесью, орошение язвы гемостатическими растворами. Нередко использовали сочетание инъекционных и термических способов гемостаза.

На 2–3-и сутки после остановки кровотечения при стабильном состоянии пациентов выполняли внутрижелудочную рН-метрию для оценки эффективности действия назначенных препаратов и при необходимости коррекции лечения. При исследовании секреторной функции мы выявили группу пациентов, у которых острая язва развивалась на фоне нормальной или пониженной желудочной секреции, рис. 3.

В зонах кислотопродукции – тело желудка, индекс агрессии 2,6 ед., т.е. нормацидность на протяжении 84% времени исследования, субкомпенсация ощелачивания в антральном отделе за счет выраженного ДГР, 94 эпизода за время исследования.

У данного пациента острая язва желудка возникла на фоне системного атеросклероза после аортобедренного шунтирования, с ИБС, постинфарктным кардиосклерозом, цереброваскуляр-

ной патологией, после острого нарушения мозгового кровообращения в бассейне правой внутренней сонной артерии. В лечении пациента ведущую роль играет стабилизация сопутствующей патологии, защита слизистой оболочки желудка и нормализация моторной функции гастродуоденальной зоны. Учитывая сосудистый генез язвы, в схеме лечения пациента мы заменили антисекреторные препараты на гастропротекторы, венгер, а для профилактики прогрессирования полиорганной недостаточности назначили антиоксидантную терапию – цитофлавин в дозе 10 мг в сутки в/в капельно на 400 мл физиологического раствора в течение 5 дней. Рецидива кровотечения не было, язва зарубцевалась.

Цитофлавин применен у 20 пациентов с острой язвой, осложненной кровотечением сосудистого генеза на фоне нормальной или пониженной секреторной активности желудка. Лишь у 2 из них возник рецидив кровотечения, который удалось остановить эндоскопически. Все пациенты выжили.

В последние годы для оценки секреторной активности желудка используем эндоскопический экспресс-метод топографической рН-метрии после успешного гемостаза при острой язве, что позволяет сразу назначить адекватную медикаментозную терапию. Данные секреторной ак-

Значения рН в функционально различных зонах секреторной активности при острой язве, осложненной кровотечением

Эндоскопическая картина	n	Зоны функциональной активности			
		кислотопродукции	кислотонейтрализации	двенадцатиперстная кишка	язвенный дефект
Острая язва желудка	10	1,8 ± 0,5	3,9 ± 0,7	6,4 ± 0,3	5,1 ± 0,4
Острая язва двенадцатиперстной кишки	12	0,9 ± 0,6	1,5 ± 0,8	6,9 ± 0,4	6,6 ± 0,4

тивности у 22 больных сразу после эндоскопического гемостаза в различных зонах функциональной активности представлены в табл. 2.

К зонам кислотопродукции относили тело желудка и кардиальный отдел, кислотонейтрализации — антральный отдел и двенадцатиперстную кишку. Из полученных данных следует, что при острой язве желудка с кровотечением, в отличие от таковой двенадцатиперстной кишки, секреторная активность в зонах кислотопродукции приближается к таковой у здоровых лиц, при сохранной функции антрального отдела. В то же время в местах язвы обнаружены близкие к нейтральным значения пристеночного рН.

При антисекреторной терапии, используемой после эндоскопического гемостаза, рецидив кровотечения из острой язвы возник у 11 (28,9%) пациентов. У всех из них был высокий риск рецидива кровотечения в виде активного кровотечения во время осмотра, тромбированные сосуды или сгусток крови, прикрывающий язву, что соответствует FIA—FIIA,B, язвы располагались в желудке. У 8 из 11 пациентов был неоднократный рецидив кровотечения, который не зависел от способа эндоскопического гемостаза и возникал на 4—7-е сутки антисекреторной терапии. При этом у всех пациентов с рецидивом кровотечения отмечено нарастание полиорганной недостаточности на 18—24 балла перед повторным кровотечением.

Оперировано 8 (2%) из 400 пациентов по поводу неоднократного рецидива кровотечения из острой язвы желудка. У всех мы отметили прогрессирование язвенного процесса в виде увеличения площади изъязвления, глубины язвы и появления воспалительного вала при повторном эндоскопическом исследовании и инт-

раоперационно. Всем оперированным выполнена гастротомия с прошиванием язвы с целью остановки кровотечения. Умерли 4 из 8 оперированных пациентов на 2—5-е сутки после операции в связи с прогрессированием полиорганной недостаточности.

Анализируя причины смерти, связанные с операцией на фоне повторного рецидива кровотечения из острой язвы, мы считаем, что у больных с острой одиночной язвой желудка, осложненной тяжелым кровотечением, у которых при повторной эзофагогастроуденоскопии наблюдается «хронизация» язвы и размер ее превышает 1,5 см, при баллах APACHE III от 44 до 69, тактика лечения должна быть такой же, как и при хронической язве. Необходимо после эндоскопического гемостаза использовать инъекционные формы H₂-блокаторов или блокаторов протонной помпы, а при ЭГДС-контроле в случаях FIA, B; FIIA, B должна быть выполнена эндоскопическая профилактика кровотечения. При упорном рецидивировании кровотечения показано оперативное лечение.

Таким образом, у больных с острой язвой, осложненной кровотечением на фоне полиорганной недостаточности, оптимальным является следующий лечебно-диагностический алгоритм:

1. При клинических признаках желудочно-кишечного кровотечения у пациентов с тяжелой соматической патологией необходима экстренная эзофагогастроуденоскопия с первичным гемостазом, оценкой риска рецидива кровотечения и эндоскопической рН-метрией.
2. При высокой секреторной активности желудка в зонах кислотопродукции назначают инъекционные формы блокаторов желудочной

секреции в течение 5 дней, а затем пероральные формы этих препаратов.

3. В группах с высоким риском рецидива кровотечения по Forrest FI A, B; FII A, B и прогрессированием органной недостаточности необходима контрольная эзофагогастродуоденоскопия на 2-е, 5-е, 11-е сутки после первичного гемостаза.
4. При нормальной или сниженной секреторной активности желудка в зонах кислотопродукции показаны гастропротекторы и антиоксиданты.
5. Профилактика рецидивов кровотечения из острой язвы – не только противовоспалительная терапия, но и лечение полиорганной недостаточности и стабилизация состояния больного.
6. При отсутствии эпителизации язвы в срок от 10 суток после первичного гемостаза следует считать язву склонной к хронизации и использовать тактику лечения как при хронической язве. При рецидиве кровотечения в поздний срок от первичного гемостаза необходимо решать вопрос об оперативном лечении.

Таким образом, в основе эрозивно-язвенного поражения желудка и двенадцатиперстной кишки у пожилых и старых пациентов лежит сочетание нескольких соматических заболеваний в состоянии декомпенсации, поэтому этим пациентам в случае приема нестероидных противовоспалительных средств необходимо использовать и препараты, уменьшающие желудочную агрессию, для профилактики кровотечения из острой язвы. Опасным осложнением является кровотечение из острой язвы, требующее использования современных способов диагностики и лечения. Исход лечения и возможный рецидив кровотечения из язвы зависят от прогрессиро-

вания полиорганной недостаточности. Лечение этой недостаточности сложно, дорого и требует времени и нестандартных решений, но «хромой, идущий по правильному пути, достигает цели быстрее, чем скороход, сбившийся с дороги» (Ф. Бэкон).

ЛИТЕРАТУРА

1. Бокерия Л.А., Ярустовский М.Б., Шипова Е.А. Острые гастро-дуоденальные кровотечения в сердечно-сосудистой хирургии. М.; 2004. 185.
2. Горбашко А.И. Особенности лечения больных пожилого и старческого возраста с острыми желудочно-кишечными кровотечениями язвенной этиологии. Вест. хирур. 1982; 128(6): 120-125.
3. Гельфанд Б.Р., Гурьянов В.А., Мартынов А.Н. Профилактика повреждений желудочно-кишечного тракта у больных в критических состояниях. Consilium medicum. 2005; 5(6): 464-468 .
4. Yuan Y., Padol I.T, Hunt R.H. Peptic ulcer disease today. Nat. Clin. Pract. Gastroenterol Hepatol. 2006; 3(2): 80-89.
5. Leontiadis G.I., Sharma V.K., Howden C.W. Proton pump inhibitor treatment for acute peptic ulcer bleeding. Cochrane Database Syst Rev. 2006; 25(1): CD002094.
6. Sung J. Current management of peptic ulcer bleeding. Nat. Clin. Pract. Gastroenterol. Hepatol. 2006; 3(1): 24-32.
7. Triadafilopoulos G. Review article: the role of antisecretory therapy in the management of non-variceal upper gastrointestinal bleeding. Aliment Pharmacol Ther. 2005; 22 Suppl 3: 53-58.
8. Zheng K., Wu G., Cheng N.N., Yao C.J., Zhou L.F. High risk factors of upper gastrointestinal bleeding after neurosurgical procedures. Zhonghua Yi Xue Za Zhi. 2005; 85(48): 3387-3391.
9. Lewis J.D., Kimmel S.E., Localio A.R., Metz D.C., et al. Risk of serious upper gastrointestinal toxicity with over-the-counter nonaspirin nonsteroidal anti-inflammatory drugs. Gastroenterology 2005; 129(6): 1865-1874.
10. Ohmann C., Imhof M., Ruppert C., Janzik U. et al. Time-trends in the epidemiology of peptic ulcer bleeding. Scand. J. Gastroenterol. 2005; 40(8): 914-920.

Поступила 01.04.2006

ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ У ПОЖИЛЫХ И СТАРИКОВ

Ю.А. Нестеренко, С.В. Михайлузов, Р.Ю. Тронин, М.А. Хоконов,
В.И. Кан, М.В. Шевченко, З.З. Балкизов, А.Е. Соломахин

Российский государственный медицинский университет,
ГКБ № 15, Москва

Ключевые слова: острый холецистит, пожилые больные, минимально инвазивное лечение, холецистэктомия
Key words: acute cholecystitis, elderly patients, minimally invasive treatment, cholecystectomy

Острый холецистит в настоящее время — наиболее частая ургентная абдоминальная патология. В большинстве случаев причиной заболевания служит желчнокаменная болезнь. Эти пациенты составляют около 15% госпитализированных хирургического профиля, около 50% из них пожилые и старики. Именно у больных старше 65 лет наиболее остро стоит проблема улучшения результатов лечения. До сегодняшнего дня, несмотря на внедрение в клиническую практику новых способов радикального лечения желчнокаменной болезни, у больных пожилого и старческого возраста все еще остается множество нерешенных проблем.

Среди хирургов спорным остается вопрос оказания объема первичной помощи госпитализированным старше 65 лет при различных морфологических изменениях стенки желчного пузыря, осложненном течении и отягощающих острый холецистит обстоятельствах [2,9]. Различны и представления о многоэтапном лечении с использованием дренирующих желчный пузырь манипуляций [9]. Обсуждается и целесообразность пункционного вмешательства при высоком операционно-анестезиологическом риске [10,11]. Спорными остаются вопросы применения радикальных, альтернативных традиционной открытой холецистэктомии, методов лечения у лиц пожилого и старческого возраста: видеолапароскопической холецистэктомии [3,4,

6,12,13,16], операции из мини-доступа [1,10,15] и методики неоперационной санации желчного пузыря [5,7,8].

В клинике госпитальной хирургии за период с 1982 по 2005 гг. с острым холециститом находилось на лечении 4995 человек в возрасте старше 65 лет. Они составили 42% общего числа больных с острым воспалением желчного пузыря. Больных в возрасте 65–75 лет было 4845 (97%), старше 75 — 150 (3%), преобладали женщины. Их было 3367 (67,4%), мужчин — 1628 (32,6%). В результате комплексного обследования и лечения в 869 случаях (17,4%) выявлено катаральное воспаление желчного пузыря, в 3941 (78,9%) — флегмонозный холецистит, в 185 (3,7%) — гангренозный. У больных старше 65 лет флегмонозный и гангренозный холецистит был чаще, чем у лиц более молодого возраста (табл. 1).

Таблица 1

Формы острого холецистита в различных возрастных группах

Форма	Распространенность в возрастных группах, %		p
	до 65 лет	старше 65 лет	
Катаральная	40,3	17,4	0,000
Флегмонозная	59,5	78,9	0,000
Гангренозная	0,2	3,7	0,000

У пациентов пожилого и старческого возраста во время госпитализации чаще, чем у более молодых больных, отмечаются плотный перивезикальный инфильтрат, перивезикальный абсцесс, эмпиема пузыря, холангит, патология желчных протоков и большого дуоденального сосочка, а также перитонит (табл. 2). Это значительно осложняет клиническую ситуацию и требует многоэтапного комплексного лечения.

Больные старше 65 лет с острым холециститом обращаются за помощью позднее, чем более молодые. Так, в первые 24 ч заболевания госпитализировано соответственно 35,6% пациентов старше 65 лет по сравнению с 45,1% моложе 65 лет ($p = 0,000$), на 2–3-и сутки соответственно 29,2 и 38,9% ($p = 0,000$), позднее 3 суток – 35,2 и 16% ($p = 0,000$). Более позднее обращение за помощью связано с трудностями клинического распознавания болезни ввиду замедленного обмена веществ, сниженных функциональных резервов, адаптационных возможностей, ареактивности организма пожилых и стариков, стертости клинических проявлений при тяжелом течении заболевания [14]. Классические симптомы (боль в правом подреберье, повышение температуры тела, диспептические явления) наблюдаются реже, чем у пациентов молодого и среднего возраста (табл. 3).

Вместе с этим у пожилых и стариков течение острого холецистита чаще отягощается другой соматической патологией, что усложняет клиническую ситуацию (табл. 4): ишемической болезнью сердца и гипертонической болезнью, патологией легких, центральной нервной системы, почек, сахарным диабетом. Достоверных различий у пациентов старше и моложе 65 лет не наблюдается лишь в конституциональных особенностях.

Диагноз острый холецистит подтверждали в клинике ультразвуковым исследованием, а в 45 (0,9%) наблюдениях – лапароскопией. К последней приходится прибегать лишь при невозможности УЗИ, либо когда оно неинформативно.

В настоящее время в клинике применяется активная тактика лечения больных с острым холециститом в зависимости от характера осложнений и степени воспаления стенки желчного пузыря. При этом в экстренном порядке, после предоперационной подготовки в течение 2–3 ч, оперируют больных холециститом, осложнен-

Таблица 2

Осложнения острого холецистита

Осложнения	Распространенность в возрастных группах, %		p
	до 65 лет	старше 65 лет	
Перивезикальный инфильтрат			
рыхлый	7,2	4,8	0,000
плотный	5,4	9,4	0,000
Перипузырный абсцесс	3,1	8,4	0,000
Эмпиема желчного пузыря	7	23,9	0,000
Холангит	1,7	9,8	0,000
Патология желчных протоков и БДС	16,1	34,9	0,000
Перитонит,			
в том числе	0,3	3,9	0,000
распространенный	0,07	1,1	0,000

Примечание. БДС – большой дуоденальный сосочек.

Таблица 3

Клинические проявления острого холецистита у больных различного возраста

Клинические симптомы	Распространенность в возрастных группах, %		p
	до 65 лет	старше 65 лет	
Боль в правом подреберье	98	74	0,000
Напряжение мышц передней брюшной стенки	97	86	0,011
Пальпируемый желчный пузырь	69	52	0,683
Диспептические явления	89	72	0,004
Лихорадка выше 38 °С	86	63	0,000
Лейкоцитоз выше $10 \times 10^9 / л$	88	73	0,012

Таблица 4

Сопутствующая соматическая патология у больных с острым холециститом

Сопутствующая патология	Распространенность в возрастных группах, %		p
	моложе 65 лет	старше 65 лет	
ИБС, различные формы	42,3	65,4	0,000
Заболевания легких	3,9	8,9	0,000
Гипертоническая болезнь	32,1	59,3	0,000
Заболевания ЦНС	14,4	36	0,000
Диабет	7,3	13,7	0,000
Патология почек	11,1	20,4	0,000
Ожирение III–IV ст.	5,6	5,5	0,361

ным распространенным перитонитом. Это всего 1,1% больных пожилых и стариков (54 человека), хирургическое лечение которых становится вынужденным. При подобном течении заболевания используем исключительно лапаротомию с целью санации первичного очага и брюшной полости. Как показал анализ материала, это наиболее тяжелая группа больных. Летальность пациентов старше 65 лет, оперированных в экстренном порядке, составила 9,3%. Несмотря на хорошее медикаментозное обеспечение, совершенствование реанимационно-анестезиологического пособия, умерли 5 пациентов из 54.

Видеолапароскопия в лечении больных острым холециститом, осложненным распространенным перитонитом, в нашей клинике не применяется.

В срочном порядке (в первые сутки госпитализации) оперировали больных острым холециститом любой формы, в том числе и деструктивной, не осложненной перивезикальным инфильтратом, сопутствующей патологией билиарного тракта и соматическими заболеваниями, требующими специальной коррекции и предоперационной подготовки. Данные вмешательства составляют 18% общего числа холецистэктомий по поводу острого холецистита. Из них у пожилых и стариков – 49,9%. Для отбора больных, с нашей точки зрения, следует применять диагностический комплекс (биохимический анализ крови, УЗИ, дуоденоскопия) с осмотром больного специалистами (терапевт и анестезиолог), при этом операционно-анестезиологический риск должен соответствовать I–III ст. (по ASA). На-

ми в срочном порядке осуществляются как открытая, так и лапароскопическая холецистэктомия, оптимальным условием являются первые 72 ч заболевания. При этом видеолапароскопическая операция имеет преимущество перед открытой холецистэктомией в любом возрасте, в том числе и у пожилых и стариков (табл. 5). Эта операция не привела к увеличению продолжительности вмешательства, не повысив и количество интраоперационных осложнений.

Послеоперационная летальность при срочных оперативных вмешательствах составляет 1,8%, у лиц пожилого и старческого возраста – 2,1%. При лапароскопической холецистэктомии у пожилых и стариков реже встречаются как общие послеоперационные осложнения (пневмония, тромбоэмболия легочной артерии, острая сердечная недостаточность, острое нарушение мозгового кровообращения), так и местные (см. табл. 5). Меньшая травматичность лапароскопической холецистэктомии по сравнению с открытой у лиц старше 65 лет приводит к ранней активации, уменьшению использования наркотических препаратов, ранней выписке больных из стационара, что отражается на рациональном использовании коечного фонда клиники. Частота конверсии при вмешательствах не позднее 72 ч от начала заболевания составляет всего 1,4%. Отсутствие летального исхода у оперированных пожилого и старческого возраста особенно обуславливает целесообразность широкого применения лапароскопической холецистэктомии при остром неосложненном калькулезном холецистите в ранние сроки госпитализации больного.

В отсроченном («холодном») периоде холецистэктомию выполняют после подготовки и обследования пациента. Это касается прежде всего больных с отягощенным течением холецистита. Среди них 55,3% лиц старше 65 лет. Необходимость предоперационных мер, направленных на санацию билиарного тракта, рассасывание перивезикального инфильтрата, коррекцию соматических заболеваний заставляет у этих больных применять микрохолецистотомию, позволяющую купировать воспаление желчного пузыря и избавиться от вынужденного вмешательства по поводу его прогрессирующих деструктивных изменений. В нашей клинике

Таблица 5

Результаты различного вида срочной холецистэктомии

Показатель	Холецистэктомия, %		p
	открытая	лапароскопическая	
Интраоперационные осложнения	1,6	1,4	0,796
Послеоперационные осложнения			
местные	14,1	3,3	0,000
общие	4,7	0,9	0,037
Срок пребывания в стационаре, сутки	11,5 ± 2,2	3,7 ± 1,1	0,000

предпочитаем методику дренирования пузыря под контролем ультразвука. Микрохолецистостомия позволяет купировать его воспаление к 16–21-му дню у 87% больных, что подтверждается, прежде всего, снижением бактериальной обсемененности желчи. Купировать воспаление можно и тонкоигльной пункцией желчного пузыря с санацией его содержимого. Однако у пациентов старше 65 лет эффект адекватной санации пузыря таким способом достичь чрезвычайно трудно. Не утратила своего значения и хирургическая макрохолецистостомия под местной анестезией у пациентов с высоким операционно-анестезиологическим риском, у которых по разным техническим обстоятельствам невозможна микрохолецистостомия.

В данной группе больных широко применяются эндоскопические методы санации желчных путей. Детальную информацию об их состоянии получаем с помощью фистулографии после микрохолецистостомии (1896 из 4995 больных старше 65 лет – 37,95%) и эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (886 – 17,7%). Основанием для дообследования билиарного тракта служат гипербилирубинемия, желтуха в анамнезе, расширение желчных протоков (по данным УЗИ). Для коррекции патологии общего желчного протока, большого дуоденального сосочка используются эндоскопическая папиллосфинктеротомия (1321 – 26,4%), назобилиарное дренирование (322 – 6,4%), эндоскопическая литотрипсия и литоэкстракция. Подобная тактика дает возможность уменьшить число оперативных вмешательств на желчных протоках, шире используя лапароскопическую холецистэктомию в «холодном» периоде. В отсроченном периоде сегодня она производится у 85% пациентов старше 65 лет. Комплексное многоэтапное лечение пожилых и стариков с осложненным холециститом позволяет снизить процент холедохотомий до 0,7%, холецистэктомию по Прибраму до 0,8%.

По результатам открытой и лапароскопической холецистэктомии, преимущества последней по травматичности и местным послеоперационным осложнениям оказались бесспорными. Отсутствие широкого разреза брюшной стенки позволяло раньше активировать пациентов, мень-

ше использовать наркотические анальгетики (табл. 6).

В связи с выраженной сопутствующей патологией у больных пожилого и старческого возраста показатели общих послеоперационных осложнений и летальности при лапароскопической и открытой холецистэктомии достоверно не отличались. Среди общих противопоказаний к лапароскопической холецистэктомии у пожилых и стариков можно считать выраженные нарушения сердечно-сосудистой и дыхательной системы, не позволяющие провести операцию даже в условиях ненапряженного пневмоперитонеума, а также нарушения свертывающей системы крови. К местным противопоказаниям следует отнести воспаление передней брюшной стенки.

Наиболее оптимальным сроком лапароскопической холецистэктомии у пожилых и стариков при холецистите в «холодном периоде» после микрохолецистостомии следует считать 3-ю неделю от начала заболевания, не ранее (табл. 7). Этот срок необходим не только для купирова-

Таблица 6

Показатели холецистэктомии в отсроченном периоде

Показатель	Холецистэктомия, %		p
	открытая	лапароскопическая	
Интраоперационные осложнения	5,2%	2,6%	0,008
Послеоперационные осложнения			
местные	8,7%	3,4%	0,000
общие	1,99%	0,8%	0,067
Срок пребывания в стационаре, сутки	27,3 ± 3,5	19,2 ± 2,1	0,000
Летальность	0,5	0,3	0,762

Таблица 7

Конверсия при лапароскопической холецистэктомии в отсроченном периоде деструктивного холецистита у больных старше 65 лет

Срок операции от начала болезни, сутки	Конверсия, %
10–14	46,3
15–21	3,1
Позднее 21	1

ния воспаления в перивезикальной клетчатке с целью создания благоприятных условий для холецистэктомии, но и для подготовки больных совместно со специалистами различного профиля (терапевт, эндокринолог, анестезиолог и др.) к оперативному вмешательству. Предварительную выписку из стационара с последующей госпитализацией и операцией следует считать неоправданной ввиду высокого риска рецидива воспалительного процесса в желчном пузыре. Достоверных различий в частоте конверсии на 1-й и 2-й неделе заболевания нет ($p = 0,822$), а на 2-й и 3-й неделе они имеются ($p = 0,000$).

Необходимость холецистэктомии позднее 2-й недели заболевания на фоне комплексного лечения подтверждают и интраоперационные находки, и послеоперационные осложнения (табл. 8). При удалении желчного пузыря в первые 2 недели заболевания осложнения диагностируются значительно чаще ($p = 0,000$). После вмешательства в этот срок чаще выявляются и хирургические и общие осложнения (соответственно $p = 0,000$ и $p = 0,000$). Достоверных же различий в количестве осложнений после лапарос-

копической и открытой холецистэктомии в указанный срок не отмечено.

Подтверждает технические трудности удаления желчного пузыря видеолaparоскопическим способом в первые 2 недели заболевания при многоэтапном лечении продолжительность вмешательства (табл. 9). Так, продолжительность операции в первые 2 недели заболевания достоверно отличается от таковой при операции на 14–21-й день ($p = 0,026$), как и при операции в первые 3 недели и позднее ($p = 0,000$).

При сравнении результатов лечения пациентов с различной формой острого холецистита, следует отметить, что трудности возникают исключительно при деструктивной форме. Так при катаральном холецистите средняя продолжительность операции (лапароскопической и открытой холецистэктомии) составляет всего $51,45 \pm 8,9$ мин, при деструктивном – $90,5 \pm 17,1$ мин ($p = 0,000$).

Таким образом, при многоэтапном лечении больных пожилого и старческого возраста с холецистэктомией в «холодном» периоде, особенно при деструктивном холецистите, не следует проявлять поспешность с операцией. Ситуация значительно осложняется еще и тем, что трудно идентифицировать и определить сформированность перивезикального инфильтрата, особенно после микрохолецистостомии. Точность УЗИ в данном случае составляет 94,5%, а достоверные клинические и лабораторные критерии отсутствуют.

Особого интереса заслуживает группа «неприкасаемых» пациентов. К этой группе относятся больные, у которых, несмотря на лечение сопутствующей соматической патологии, остается высоким операционно-анестезиологический риск. Это в 87% случаев пациенты старше 65 лет с сердечной недостаточностью III–IV ФК, необратимыми изменениями центральной нервной системы, тяжелым сахарным диабетом, хронической почечной недостаточностью и др. При отказе от радикальной операции после стихания воспалительных изменений, рецидив заболевания после удаления дренажа из пузыря, по нашим данным, наблюдается в 80% случаев, что приводит к повторной госпитализации. Причем в 20% случаев рецидив холецистита сопровождается перитонитом. С другой стороны, как по-

Таблица 8

Результаты лапароскопической холецистэктомии в отсроченном периоде в различные сроки заболевания

Показатель	Сроки операции	
	10–14-е сутки	после 14 сут
Интраоперационные осложнения, %	15,8	1,3
Послеоперационные осложнения интраабдоминальные, %	22,9	0,7
Осложнения общие, %	6,3	0,3

Таблица 9

Продолжительность отсроченной лапароскопической холецистэктомии в различные сроки от момента заболевания

Сроки заболевания, сутки	Продолжительность, мин
10–13	$119 \pm 5,5$
14–21	$112 \pm 7,9$
Позднее 21	$87 \pm 11,4$

казывает опыт, выписка таких больных из стационара с микрохолецистостомой ведет к выпадению дренажа, его закупорке и к повторному обращению к врачам. При открытой холецистэктомии у них послеоперационная летальность составила 17%, ввиду чего пришлось отказаться от подобного ведения больных. Внедрение в клиническую практику лапароскопической холецистэктомии, даже с применением щадящего режима пневмоперитонеума, также не привело к обнадеживающим результатам. Летальность уменьшилась только на 4%. Исходя из всего вышесказанного, в нашей клинике разработана методика чресфистульной неоперативной санации желчного пузыря. Суть ее заключается в извлечении конкрементов из полости пузыря через свищевой канал, образуемый после микро- либо макрохолецистостомии. Дренажный канал после микрохолецистостомии бужирруется с помощью металлических гильз. Обязательным условием успешности лечения является дообследование желчных протоков и их санация эндоскопическим способом. Информацию о желчном дереве получаем с помощью рентгенологической фистулографии или эндоскопической панкреатохолецистографии. После этого извлекаются конкременты из полости желчного пузыря за один или несколько сеансов литотрипсии и литоэкстракции с помощью холедохоскопа или операционного лапароскопа. Последним этапом чресфистульной санации является облитерация желчного пузыря с помощью электрокоагуляции его слизистой. К настоящему времени мы обладаем опытом подобного лечения 115 больных. Результаты оказались весьма обнадеживающими. Соблюдение всех принципов лечения позволяет избежать рецидива болезни, а летальность уменьшилась почти в 10 раз. Преимущества этой санации перед холецистэктомией подчеркивает и достоверно разная частота послеоперационных осложнений и летальности при ней и лапароскопической и открытой холецистэктомии (табл. 10).

Таким образом, в настоящее время лечение больных пожилого и старческого возраста с острым холециститом требует дифференцированного подхода. Точная диагностика сразу на этапе госпитализации больного с использованием, прежде всего, УЗИ дает возможность определить наиболее приемлемый вариант хирур-

Таблица 10

Результаты применения различных вариантов лечения острого холецистита у «неприкасаемых» пациентов

Показатели	ОХЭ	ЛХЭ	ЧФС
Послеоперационные осложнения, %	20	18,3	5,6
Летальность, %	17,1	13,3	2,6

Примечание. ОХЭ – открытая холецистэктомия. ЛХЭ – лапароскопическая холецистэктомия. ЧФС – чресфистульная санация желчного пузыря.

гического лечения, необходимость и объем как первичных, так и окончательных мероприятий. Вопрос об объеме лечения следует решать совместно хирургу, терапевту и анестезиологу.

Подход к лечению больных острым холециститом пожилого и старческого возраста должен быть индивидуализированным с учетом выраженности воспалительных изменений в желчном пузыре, осложнений и отягчающих факторов.

Показанием к вынужденной экстренной операции в первые часы госпитализации после подготовки следует считать распространенный перитонит.

В срочном порядке (в первые сутки госпитализации) у больных старше 65 лет возможно оперативное вмешательство в первые 72 ч заболевания при доказанном отсутствии патологии билиарного тракта и сопутствующей соматической патологии, требующей специальной коррекции. Предпочтение при этом следует отдать видеолапароскопической методике.

При сформированном перивезикальном инфильтрате, патологии желчной системы, большого дуоденального сосочка и поджелудочной железы, осложняющих острый холецистит, а также декомпенсированных соматических заболеваниях показано многоэтапное лечение с использованием микрохолецистостомии, эндоскопической санации желчных протоков и коррекции сопутствующих заболеваний с последующим решением вопроса о холецистэктомии.

У «неприкасаемых» больных пожилого и старческого возраста методом выбора лечения острого калькулезного холецистита следует считать чресфистульную санацию желчного пузыря с предварительной микро- и макрохолецистостомией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брискин Б.С., Гудков А.Н., Ломидзе О.В. Выбор способа операции при остром холецистите. Неотложная медицина в мегаполисе. Международный форум. Научные материалы. М.; 2004. 39-40.
2. Брискин Б.С., Ломидзе О.В. Медико-экономическая оценка различных способов выполнения холецистэктомии. Хирургия 2005; 6: 24-30.
3. Винокуров М.М., Бушков П.Н., Петров В.С., Павлов И.А., Иванов И.В. Осложнения лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите у лиц пожилого и старческого возраста. 6-й Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии. М.; 2002. 88-90.
4. Галлингер Ю.И., Карпенкова В.И. Осложнения лапароскопической холецистэктомии. Актуальные проблемы современной хирургии. Международный хирургический конгресс. Труды конгресса. М.; 2003. 59.
5. Емельянов С.И., Федоров А.В., Феденко В.В., Матвеев Н.Л., Коротков В.В., Евдошенко В.В. Эндоскопическая мукозэктомия и электрокоагуляция слизистой желчного пузыря. Анналы хирургической патологии. Материалы четвертой конференции хирургов-гепатологов. Тула; 1996. Т. 1. 45.
6. Карпухин Г.Н., Лейбель В.Н., Боев С.Н., Солод Н.Ф. Экстренные видеолaparоскопические холецистэктомии у лиц пожилого и старческого возраста. Сб. трудов международного хирургического конгресса. Новые технологии в хирургии. Ростов-на-Дону; 2005. 212.
7. Мейлах Б.Л., Карташов А.В. Термическая мукоклазия желчного пузыря в лечении больных с крайними степенями операционного риска. Сб. тезисов 9-го Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. М.; 2005. 209-211.
8. Никуленко С.Ю., Ефимкин А.С., Новиков А.С. Пути улучшения эндоскопической облитерации желчного пузыря. Анналы хирургической гепатологии. Материалы четвертой конференции хирургов-гепатологов. Тула; 1996. Т. 1. 57.
9. Тотиков В.З., Слепушкин В.Д., Кибизова А.Э. Хирургическая тактика при деструктивном холецистите у больных пожилого и старческого возраста. Хирургия 2005; 6: 20-23.
10. Чумаков А.А., Хорев А.Н., Малашенко В.Н., Козлов С.В. Лечебно-диагностическая тактика при остром холецистите у больных с высоким операционным риском. Актуальные проблемы современной хирургии. Международный хирургический конгресс. Труды конгресса. М.; 2003. 43.
11. Шорох С.Г. Этапность эндохирургического лечения осложненного холецистита у больных с высоким операционным риском. Сб. трудов международного хирургического конгресса. Новые технологии в хирургии. Ростов-на-Дону; 2005. 257.
12. Al-Mulhim A.S., Al-Mulhim F.M., Al-Suwaiygh A.A. The role of laparoscopic cholecystectomy in the management of acute cholecystitis in patients with sickle cell disease. Amer. J. Surg. 2002; 183(6): 668-672.
13. Chau C.H., Tang C.N., Siu W.T., Ha J.P., Li M.K. Laparoscopic cholecystectomy versus open cholecystectomy in elderly patients with acute cholecystitis: retrospective study. Hong Kong Med. J. 2002; 8(6): 394-99.
14. Harris E. Prescribing for the ageing population. Monash University Medical School: Update Cours Proceedings handbook, 1992.
15. Hsieh C.H. Early minilaparoscopic in patients with acute cholecystitis. Amer. J. Surg. 2003; 185(4): 344-348.
16. Zacks S.L., Sandler R.S., Rutledge R., Brown R.S. A population-based cohort study comparing laparoscopic cholecystectomy and open cholecystectomy. Amer. J. Gastroenterol. 2002; 97(2): 334-340.

Поступила 01.04.2006

**«ЛАБОРАТОРНАЯ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА.
СПУТНИК ИНТЕРНИСТА»
ИЗДАТЕЛЬСТВО «НЬЮДИАМЕД»
ПОД РЕД. ПРОФЕССОРА П.А. ВОРОБЬЕВА**

Бестселлер учебно-методической литературы!

В краткой по точной форме содержит показатели нормы и трактовку результатов общеклинических и биохимических исследований крови, мочи, системы гемостаза, других биологических жидкостей, ЭКГ, ФВД, тестов функциональной диагностики, ультразвуковых исследований внутренних органов и др. Всего 8000 параметров.

Книга — Ваш верный помощник в любой ситуации по выбору правильного диагноза.

Спутник интерниста можно приобрести в г. Москве в магазинах:

- «Дом медицинской книги» — метро «Фрунзенская»;
- «Московский дом книги» — метро «Арбатская»;
- «Книга и здоровье» — метро «Беговая»;
- заказать через электронный магазин медицинской литературы www.zdravkniga.net;
- в издательстве по тел.: (495) 118-74-74, E-mail: mtpndm@dol.ru

УДК 617–089.844: 617/7

ВАРИКОЗНАЯ БОЛЕЗНЬ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

М.Д. Дибиров, А.И. Шиманко, А.Ю. Васильев, С.А. Соломатин,
Н.А. Постнова, С.В. Цуранов, Ю.А. Корниенко,
Н.Л. Крылова, С.А. Волков

*Московский государственный медико-стоматологический университет,
Главный клинический госпиталь МВД России*

Ключевые слова: варикозная болезнь, пожилой возраст, диагностика и лечение

Key words: varicose disease, prevention and treatment, aged

Варикозная болезнь вен нижних конечностей – хроническое полиэтиологическое заболевание, требующее постоянного врачебного контроля. Лечение заболевания у больных пожилого и старческого возраста имеет определенные особенности, связанные с часто запущенным варикозом, хронической венозной недостаточностью III и IV ст., сопутствующей патологией, психологическими особенностями пациентов.

С 1998 г. в нашей клинике находились на лечении 86 пациентов с варикозной болезнью вен нижних конечностей старше 70 лет.

Мы считаем, что диагностика должна максимально достоверно определить характер заболевания, его выраженность, исключить маскирующиеся под варикозную болезнь другие болезни, такие, как посттромбофлебитическая болезнь, ангиовенозные дисплазии и т. д. На сегодняшний день самой современной методикой при варикозной болезни является ультразвуковое исследование:

- ультразвуковая доплерография с использованием постоянно-волнового доплеровского режима;

- дуплексное сканирование (или ультразвуковое ангиосканирование) – двухмерное сканирование в реальном масштабе времени с доплеровской оценкой кровотока в сосудах и(или) с применением цветного картирования кровотока по скорости или энергии.

Режим триплексного сканирования включает, кроме серошкальной эхографии, два доплеровских режима – цветовой и спектральный. Для улучшения качества изображения применяется временная «заморозка» (выключение) одного из режимов.

Задача доплерографической диагностики заболеваний вен нижних конечностей заключается в определении проходимости вен и оценке функции их клапанного аппарата.

Исследуют вены в нескольких режимах (В-режим, цветовой и энергетический доплеровский, спектральный доплеровский режим), их данные дополняют друг друга при постановке достоверного ультразвукового диагноза. Оценивают проходимость сосуда, сосудистую геометрию, диаметр сосуда, состояние сосудистой стенки, просвета сосуда, венозных клапанов и периваскулярных тканей.

Применение цветового доплеровского режима позволяет определить дефекты заполнения, зоны турбулентности и регургитации.

Состояние венозной гемодинамики оценивается по данным исследования в спектральном доплеровском режиме. Преимущество отдается качественным параметрам: спонтанный кровоток, синхронизация его с актом дыхания, фазность кровотока и характер изменения кровотока при проведении функциональных проб. Проходимость венозного русла оценивают пробой дистальной компрессии; состоятельность клапанного аппарата – пробой с натуживанием, дыхательной, кашлевой пробой, модифицированной пробой Вальсальвы. Трудности исследования венозной системы объясняются достаточно частой вариабельностью строения вен и их гемодинамики, а также легкой компрессируемостью периферических вен (особенно поверхностных) из-за малого содержания соединительнотканых и мышечных элементов в стенке вен.

Исследование (особенно поверхностных вен) выполняется при минимально возможной компрессии датчиком. Сканирование обязательно производится в двух проекциях – продольной и поперечной. Оптимальное положение датчика определяется по получению четкого и контрастного изображения сосуда.

Для ангиосканирования различных отделов вен нижних конечностей используются стандартные зоны исследования.

После исследования в В-режиме проводится цветное дуплексное картирование венозного кровотока в режиме цветного доплера. При малой скорости кровотока используется режим энергетического доплера. Применение этих режимов позволяет определить дефекты заполнения просвета вены или полное отсутствие окрашивания участка венозного русла.

Спектральный доплеровский режим используется как часть триплексного сканирования. Оценивают спонтанный кровоток, синхронизацию кровотока с актом дыхания.

Следует подчеркнуть, что исследование необходимо выполнять на высококачественном оборудовании опытным специалистом, обязательно в присутствии лечащего врача во избежание недопонимания и различной трактовки клинической и ультразвуковой картины.

Консервативное лечение включает эластическую компрессию, применение лекарственных препаратов, лечебную гимнастику, физиотерапевтическое лечение, соблюдение правил поведения и режима. При этом основным методом является эластическая компрессия. Однако следует отметить, что у пожилых и старых пациентов варикозная болезнь часто протекает на фоне атеросклеротического поражения аорты и артерий нижних конечностей. Поэтому определяющим фактором при подборе компрессии является лодыжечно-плечевой индекс. Если индекс менее 0,8, то эластическая компрессия не показана.

Компрессионные методы разработаны с целью противодействия патологическому повышенному давлению, возникающему в варикозных венах при физической нагрузке. Дисфункция мышечной помпы вызывает хронический периферический отек, который ведет к трофическим осложнениям – индурации, экземе, трофической язве. Мы обычно используем эластичные бинты средней растяжимости.

Наряду с эластическими бинтами мы применяем другую разновидность компрессионных изделий, получивших распространение в России лишь в последние годы. Речь идет о специальном лечебном медицинском трикотаже (гольфы, чулки, колготы) машинной вязки по бесшовной технологии. В настоящее время у российских флебологов и их пациентов появилась возможность использовать прочный, высокоэффективный, имеющий широкий ассортимент, компрессионный трикотаж всемирно известной марки «Сигварис» – швейцарской компании Ganzoni & Cie AG. Принципиальным преимуществом медицинского компрессионного трикотажа являются физиологическое распределение давления, постепенно убывающего в проксимальном направлении, высокая прочность и длительное сохранение исходной компрессии, а также обязательное участие врача в наложении эластического биндажа или в обучении пациента его технике.

При острой и осложненной венозной патологии, выраженных венозных и лимфатических отеках, в пред- и послеоперационном периоде эластические бинты являются методом выбора. В остальных ситуациях мы предпочитаем использовать медицинский трикотаж. Тем более

следует учесть, что бинтование нижних конечностей для пожилых людей представляет значительные трудности, им тяжело достичь адекватной компрессии этим способом.

Из медикаментов, независимо от возраста пациентов, абсолютно показаны при варикозной болезни вен нижних конечностей флеботропные препараты. Эти препараты восстанавливают нормальную проницаемость стенок капилляров. Одним из самых современных средств является диосмин + гесперидин.

Препарат эффективен при лечении больных с любой формой хронической венозной недостаточности. Он прост в применении, высокоэффективен и редко оказывает побочное действие. Мы считаем его препаратом выбора при лечении хронической венозной недостаточности.

При наличии у больного выраженных трофических расстройств, целлюлита показана антибактериальная и противовоспалительная терапия.

Физиотерапия обязательно должна включать в себя методы лимфатического дренажа в случаях с устойчивым отеком и методы восстановления подвижности в голеностопном суставе для нормализации функции мышечно-венозной помпы.

Склеротерапия. Требование миниинвазивности при лечении варикозной болезни у лиц пожилого и старческого возраста подразумевает широкое применение склеротерапии.

Склеротерапия у пожилых пациентов имеет следующие основные цели: предупреждение развития болезни; уменьшение симптомов заболевания; уменьшение объема и травматичности оперативного лечения.

Требование улучшения внешнего вида конечности, как правило, не является определяющим, учитывая длительность заболевания и выраженность трофических нарушений кожи.

Склерозирующее лечение варикозных вен мы проводим в строгом соответствии с современными требованиями:

1. Соблюдение правил асептики и антисептики.
2. Стерильность препаратов и инструментов.
3. Обеспечение немедленной эластической компрессии.
4. Наличие ассистента.

Для склеротерапии мы используем препараты из класса детергентов с наибольшей степенью очистки, такие, как фибро-вейн (fibro-vein), этоксисклерол (aetoxysclerol).

Склеротерапию проводим в горизонтальном положении пациента, которое создает максимально комфортные условия и для врача, и для пациента, особенно пожилого и старческого возраста, при этом снижаются кровенаполнение и давление в подкожных и внутрикожных венах, что способствует более полному контакту склеропрепарата с интимой вены. Повторный сеанс склеротерапии проводим не ранее 12 суток.

Никаких ограничений в плане физической активности нет, наоборот, пациентов стараемся активировать как можно ранее. В течение 2 мес после склеротерапии пациентам не рекомендуется производить эпиляцию, посещать баню и сауну.

Каждый вид склеротерапии имеет свои особенности и различается по показаниям. Из 86 наблюдавшихся пациентов мы провели склеротерапию немагистральных варикозно расширенных подкожных вен у 12.

У многих больных имеются выраженные трофические нарушения кожи. У этих пациентов оперативный доступ к главному источнику венозной гипертензии, недостаточной перфорантной вене часто затруднен ввиду выраженной индурации, липодерматосклероза. Когда оперативное лечение больных не показано из-за выраженной сопутствующей патологии, мы применяем склерозирование «непальпируемых и невизуализируемых» перфорантных вен под ультразвуковым контролем, или «эхосклеротерапию».

Показаниями для эхосклеротерапии мы считаем наличие выраженных трофических нарушений кожи нижних конечностей при невозможности оперативного лечения или категорическом отказе больного от операции, а также санацию трофических расстройств в пред- и послеоперационном периоде при сложном доступе к недостаточным перфорантным венам.

Противопоказания к эхосклеротерапии стандартны и соответствуют противопоказаниям для всех остальных видов склеротерапии.

Эхосклеротерапию провели 14 пациентам пожилого и старческого возраста, из них хороший

результат получен у 8 больных, удовлетворительный у 5 и неудовлетворительный у 1 пациента. У 3 пациентов с трофической язвой на фоне эхосклеротерапии удалось добиться полной ее эпителизации.

Методика эхосклеротерапии. Пункцию перфоранта проводим иглой, калибр которой достаточен для хорошей ее визуализации (21 G). Используются препараты в 3% концентрации этоксисклерол или фибро-вейн. Объем вводимого препарата 2 мл.

При проведении процедуры сначала визуализируем недостаточную перфорантную вену, оцениваем ее размер и форму. При возможности склерозирования вены вводим иглу по плоскости луча датчика для контроля пункции.

При визуализации недостаточной перфорантной вены в 75% случаев выявляем сопровождающую ее мышечную ветвь большеберцовой артерии, что осложняет пункцию, так как попадание склеропрепарата в артерию совершенно противопоказано ввиду большого риска эмболизации артерии и некроза окружающих тканей.

Склеропрепарат вводим максимально быстро для лучшего его контакта с эндотелием сосуда и предотвращения разведения препарата током крови. Введение раствора при цветном дуплексном картировании изменяет цвет потока крови, что еще раз подтверждает попадание склерозанта в перфорантную вену. После введения препарата необходимо обеспечить немедленную локальную компрессию места инъекции латексной подушечкой и эластичное бинтование конечности бинтом высокой растяжимости на 10–12 суток. Компрессия необходима сильная, учитывая глубину залегания вены и большой, во многих случаях индурированный слой подкожной клетчатки.

В ряде случаев мы проводим эхосклеротерапию в пред- или послеоперационном периоде с целью снижения объема и травматичности операции, эпителизации трофической язвы или предотвращения ее образования в послеоперационном периоде. Такой подход позволил снизить травматичность операции, длительность предоперационной подготовки и объем оперативного вмешательства.

Данная методика позволяет ликвидировать или уменьшить патологический горизонтальный венозный рефлюкс, снизить венозную гипертензию и в большой степени купировать трофические расстройства кожи нижних конечностей, улучшив качество жизни пациентов.

Оперативное лечение. Обязательными при операции являются радикальная обработка сафенофemorального соустья без оставления культи большой подкожной вены, что может привести к образованию локального венозного застоя в культе с последующим образованием источника тромбоемболов и к рецидиву заболевания посредством формирования перетоков через необработанные вены, и перевязка всех недостаточных перфорантных вен.

Варикозно измененные магистральные и немаргистральные подкожные вены радикально удаляем с использованием миниинвазивной техники.

Применяя предоперационное маркирование недостаточных перфорантных вен с помощью ультразвукового ангиосканирования, мы значительно снизили объем и травматичность операции, уменьшили число и размер операционных доступов. В связи с этим значительно снизилось число инфекционных и некротических осложнений. Мы полностью отказались от обширных оперативных доступов типа операции Линтона, Феддера. Маркирование перфорантов проводим непосредственно накануне операции, обязательно в присутствии хирурга.

За время исследования мы провели оперативное лечение 49 пациентов из 86. При этом на фоне тщательного обследования при дальнейшем наблюдении мы не отмечаем рецидива варикозной болезни.

Интраоперационная флебосклерооблитерация. При определенных показаниях мы используем интраоперационную флебосклерооблитерацию. Данная методика значительно снижает травматичность операции. При интраоперационной склерооблитерации плавное удаление катетера из вены, с одновременным введением препарата, обеспечивает равномерное воздействие последнего на все отделы вены. Однако, несмотря на это, показания к ее применению значительно ограничены. При облитерации магистральных подкожных вен трудно добиться их

полной и равномерной окклюзии при большом диаметре. Нельзя полностью исключить риск аллергических реакций, воспаления в склерозированной вене, интоксикации ввиду большого объема склеропрепарата. На этом фоне более предпочтительным является интраоперационное катетерное склерозирование немагистральных подкожных вен среднего и крупного калибра.

Из 49 оперированных пациентов мы в 9 случаях использовали интраоперационную флебо-склерооблитерацию немагистральных подкожных вен.

В последнее время все чаще используем комбинированные методы инвазивного лечения — операция + склеротерапия (у 6 пациентов), операция + эхосклеротерапия (у 9 пациентов), склеротерапия + эхосклеротерапия (у 4 пациентов). Это способствует снижению травматичности лечения, позволяет избежать послеоперационных осложнений, широко комбинировать стационарные и амбулаторные методы лечения.

Послеоперационное ведение. Послеоперационное ведение больных включает раннюю активацию пациента, продолжение консервативных мероприятий (постоянная эластическая компрессия, применение флеботропных средств, физиотерапевтическое лечение). Постельный режим, отсутствие комплексной терапии ведут к нарушению работы мышечно-венозной помпы, способствуют образованию послеоперационных гематом.

Ведение пациентов на всех стадиях варикозной болезни включает в себя полную цепь методик прямого терапевтического и хирургического воздействия на вены с целью излечения макроскопических изменений и нарушений микроциркуляции. Ни один из методов не явля-

ется универсальным, каждый из них имеет свои соответствующие показания. Оперативное вмешательство не решает всех проблем, поэтому мы дополняем его симптоматической терапией и фармакотерапией с использованием флеботропных препаратов в процессе восстановления качества жизни и работоспособности пациента.

Для улучшения качества лечения пациентов, снижения операционной травмы необходимо повышать качество амбулаторного ведения больных. Часто больные поступают в стационар на поздних стадиях варикозной болезни, что осложняет их лечение, снижает его эффективность. Поэтому на повестке дня стоит вопрос об улучшении качества диспансерного наблюдения, расширения профилактической и разъяснительной работы с пациентами. Только комплексный подход к лечению больных пожилого и старческого возраста с варикозной болезнью может решить данную проблему.

ЛИТЕРАТУРА

1. Jantet G. Эпидемиология заболеваний вен. Обзор существующего положения. Флеболимфология. 1997; Спецвыпуск: 7-8.
2. Савельев В.С., Кириенко А.И., Богачев В.Ю., Голованова О.В. Мультицентровое исследование препарата Детралекс (Relief Study), обобщенные результаты российской части проекта. Международный мед. журнал 2000; 5: 398-402.
3. Стеммер Р. Лечение хронической венозной недостаточности нижних конечностей. Флеболимфология. 1997; 4: 1-4.
4. Foldi M., Kluken N., Collard M. Praxis der Lymphgefäß- und Venenerkrankungen. Gustav Fischer-Verlag. Stuttgart. 1974.
5. Савельев В.С. Варикозная болезнь — современное состояние старой хирургической проблемы. Анналы хирургии 1999; 2.

Поступила 20.12.2004

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭНДОПРОТЕЗА «ИМПЛАНТ-МТ»

Н.В. Загородний, Е.А. Жармухамбетов, А.О. Момбеков

Российский университет Дружбы народов, Москва

Ключевые слова: эндопротез имплант-МТ, эндопротезирование тазобедренного сустава
Key words: endoprosthesis, MT-implant, hip joint

Перелом шейки бедренной кости у пожилых людей, частота которого, по данным В.А. Неворова и соавт. (1999), составляет 68% всех переломов длинных трубчатых костей, является трудной задачей в смысле лечения и реабилитации [1].

Одной из основных задач в лечении перелома шейки бедренной кости у больных пожилого и старческого возраста является их ранняя активация, возможность самообслуживания и самостоятельного передвижения, этим требованиям в наибольшей степени отвечает операция эндопротезирования.

В последние годы нами применяются эндопротезы «имплант-МТ» для тотального и субтотального эндопротезирования тазобедренного сустава, которые отвечают современным требованиям, предъявляемым к эндопротезированию. Эндопротезы использованы нами у 45 больных с переломом и ложным суставом шейки бедра. Большинство больных с эндопротезированием — лица пожилого и старческого возраста (69,7%), женщины составили 61%.

Эндопротез «имплант-ординарный» для субтотального эндопротезирования был использован у 18 пациентов, в основном у лиц пожилого возраста при субкапитальном переломе шейки бедра и ранних осложнениях после первичного остеосинтеза.

У 27 больных применены эндопротезы для тотального эндопротезирования «имплант-МТ», с субкапитальным переломом шейки бедренной кости было 15 пациентов, ложным суставом —

12. У 82% больных диагностированы коксартроз и выраженный остеопороз. Женщин было 15; в возрасте от 47 до 65 лет — 7 больных, остальные пациенты старше 65 лет, ведущие активный образ жизни.

При свежем переломе шейки бедренной кости, отсутствии признаков артроза и с умеренно выраженными дистрофическими изменениями в суставе выбор эндопротезирования решался в пользу субтотального эндопротезирования, а при наличии дотравматической дисплазии или коксартроза у больных пожилого и старческого возраста, ведущих активный образ жизни, считали обоснованным тотальное эндопротезирование. Вопрос об использовании цементных эндопротезов определялся индексом остеопороза Singh, 3–5-я степень остеопороза была показанием для применения костного цемента. Противопоказание для эндопротезирования — высокая степень риска оперативного вмешательства, связанная с декомпенсацией соматических заболеваний при сопутствующей патологии, и психическая неполноценность больных.

В предоперационный период больным с переломом шейки бедренной кости накладывали скелетное вытяжение, проводили профилактику гипостатических осложнений и уход за кожей во избежание пролежней, в необходимых случаях проводилось лечение сопутствующих заболеваний.

На рентгенограмме обоих тазобедренных суставов выбирали размер и определяли положение чаши и бедренного компонента эндопро-

теза. При бесцементной установке вертлужной впадины размер вертлужного компонента эндопротеза был на 1–2 мм больше самой вертлужной впадины. При бесцементном эндопротезировании ножки эти размеры должны совпадать [2].

Оперативное вмешательство в большинстве случаев производилось под эпидуральной анестезией. При эндопротезировании тазобедренного сустава нами используется боковой разрез Хардинга. Достоинство этого доступа заключается в его малой травматичности, незначительной кровопотере и скорости выполнения. При этом доступе не повреждаются крупные кровеносные сосуды, сохраняется большой вертел и точки прикрепления мышц, создаются условия для ревизии сустава, удаления головки и введения эндопротеза.

После вскрытия тазобедренного сустава оперативное вмешательство проходило следующим образом: удаление головки бедренной кости, подготовка и установка вертлужного компонента эндопротеза. Затем приступали к разработке костномозгового канала бедренной кости. После вправления головки эндопротеза в чашу проверяли объем движений, стабильность эндопротеза и длину конечности. На рентгенограмме положение ножки эндопротеза считали нормальным, когда ось ножки совпадала с осью бедренного канала.

В 7 случаях тотального эндопротезирования была произведена гибридная установка компонентов эндопротеза, в остальных цементная фиксация. Операция заканчивалась ушиванием и дренированием раны.

В послеоперационный период после тотального эндопротезирования в течение 2–3 дней больные соблюдали постельный режим в положении на спине и с подушкой между ногами, на 2-е сутки назначали дыхательную гимнастику, присаживание в постели, пассивные движения в суставах оперированной конечности и активное сгибание неоперированной. Через 3–5 дней начало ходьбы с помощью костылей без нагрузки на оперированную ногу с ежедневным увеличением времени ходьбы. Дозированную нагрузку на оперированную конечность разрешали с 10-го дня и к 6–7-й неделе — полная нагрузка. Контрольную рентгенограмму оперированного сустава выполняли через 3, 6 и 12 мес после операции.



Рентгенограмма Б. после эндопротезирования тазобедренного сустава.

Основным критерием активации больных, перенесших субтотальное эндопротезирование, являлись прочность установки ножки протеза и качество ушивания капсулы сустава. У 3 в послеоперационном периоде накладывали деротационный «сапожок» до 2 недель. На амбулаторное наблюдение выписывали с рекомендацией передвигаться на костылях с дозированной нагрузкой на оперированную конечность. Полную нагрузку рекомендовали через 1–1,5 мес.

Клинический пример. Больная Б. 53 года, поступила в клинику с диагнозом: ложный сустав шейки правого бедра. Металлоконструкция.

После перелома шейки бедренной кости был произведен остеосинтез шейки бедра трехлопастным гвоздем. В результате миграции гвоздя произошло вторичное смещение костных фрагментов. После предоперационной подготовки больной удалена металлоконструкция и произведено гибридное эндопротезирование левого тазобедренного сустава тотальным эндопротезом "имплант-МТ" (рентгенограмма). Через 10 дней после операции больная была выписана из стационара с рекомендациями. Через месяц больной разрешена полная нагрузка на оперированную конечность.

Интраоперационное осложнение возникло у одного больного из-за технических трудностей во время операции, связанных с иссечением и удалением рубцовых тканей и остеофитов,

вследствие чего произошла кровопотеря, которая потребовала переливания донорской крови и кровозаменителей.

Перелом диафиза бедренной кости в результате рассверливания бедренного канала наблюдали в одном случае. Во время обработки рашпилем проксимального отдела бедренной кости для бесцементной ножки эндопротеза «имплант-МТ» появилась трещина по наружной поверхности, идущая к диафизу. Вследствие этого был вставлен эндопротез меньшего размера, и кость дополнительно укреплена двумя проводочными кольцами. В послеоперационном периоде больному назначен постельный режим в течение 5 недель, после контрольной рентгенографии разрешена ходьба с помощью костылей.

Вывих головки эндопротеза был в одном случае при тотальном эндопротезировании. Причиной вывиха стал мышечный дисбаланс, а провоцирующим фактором – несоблюдение пациентом рекомендаций. Вправление вывиха у больных выполняли закрытым путем с применением миорелаксантов. Для иммобилизации гипсовый сапожок накладывался в нейтральном положении с отведением конечности на 30–40° сроком до 2 недель, с продолжением занятий лечебной гимнастикой. В отдаленные сроки рецидива вывиха головки эндопротеза не наблюдалось.

Нагноения послеоперационной раны, легочных осложнений не наблюдали.

Результаты эндопротезирования с использованием однополюсного эндопротеза «имплант-ординарный» прослежены через 1–3 года у 11 пациентов, хороший результат был у 8 (73%) больных, удовлетворительный – у 2 (18%) и плохой – у 1 (9%). Причина плохого исхода свя-

зана с развитием коксартроза в оперированном суставе у больного, которому только заменили головку и вставили вертлужный компонент при сохраненном бедренном компоненте.

Использование тотального эндопротеза «имплант-МТ» с цементной и бесцементной фиксацией позволило добиться у 26 (96,2%) больных хороших результатов, в одном случае (3,8%) больной жаловался на периодическую боль в области оперированного сустава.

Таким образом, использование эндопротезирования тазобедренного сустава явилось оптимальным способом оперативного лечения при ложном суставе шейки бедра и осложнениях после его остеосинтеза, оно показало высокую эффективность применения «имплант-МТ» с цементной и бесцементной фиксацией. Комплекс конструкторских и технологических решений тотального эндопротеза «имплант-МТ» обеспечивает его высокую надежность и длительную работоспособность. А техническая простота установления, дешевизна, доступность и высокая эффективность позволяют рекомендовать этот вид эндопротеза к широкому применению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Неверов В.А., Маан Саад. Первичное эндопротезирование тазобедренного сустава при переломах шейки бедренной кости. Актуальные проблемы травматологии и ортопедии. Материалы республиканской научно-практической конференции. М.; 1995. 148-150.
2. Загородний Н.В. и др. Эндопротезы тазобедренного сустава бесцементной фиксации ножки линии «ИМПЛАНТ» - предоперационное планирование, технология операции и послеоперационная реабилитация. Врачебное практическое пособие. 32.

Поступила 20.12.2004

ПИСЬМО В РЕДАКЦИЮ

УДК 616.351–007.44

**ТРАНСАНАЛЬНЫЕ СПОСОБЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ
КОРРЕКЦИИ РЕКТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА
У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО
ВОЗРАСТА**

А.У. Зубайдов

ФГУ ГНЦ колопроктологии Росздрава, Москва

*Ключевые слова: ректальный пролапс, пожилой возраст, хирургическое лечение**Key words: rectal prolapse, treatment, chirurgia aged*

Ректальный пролапс представляет собой выхождение всех слоев стенки прямой кишки через заднепроходное отверстие [1,3,4]. Наиболее сложно выбрать оптимальный способ коррекции ректального пролапса у больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Это в первую очередь пациенты пожилого и старческого возраста с ограниченными компенсаторными возможностями, составляющие 16,8% от общего числа лиц с выпадением прямой кишки [2,3,6]. В связи с высоким риском трансабдоминальных способов лечения таких больных в литературе рассматриваются возможности применения трансанальных методов коррекции ректального пролапса [4,5,6,7,8,9].

Цель нашего исследования – оценка степени операционного риска и эффективности трансанальной резекции и операции Делорма у лиц пожилого и старческого возраста, страдающих выпадением прямой кишки.

В ГНЦ колопроктологии за период 1995–2004 гг. по поводу ректального пролапса, сочетающегося с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, трансанальным доступом оперировано 24 больных. Среди них 14 женщин и 10 мужчин в возрасте от 60 до 82 лет. Средний возраст $72,2 \pm 1,4$ года. У большинства чаще всего (81,8%) диагностированы патологические

изменения сердечно-сосудистой системы: атеросклеротические изменения различной степени выраженности с преимущественным поражением коронарных и церебральных сосудов наблюдались у 72,7% больных, артериальная гипертензия различной степени – у 68,1%, ишемическая болезнь сердца – у 59,5% и недостаточность кровообращения у 41,6%. Заболевания органов дыхания (диффузный пневмосклероз, хронический бронхит, эмфизема легких) были выявлены у 63,6% больных. У 14 (58,3%) из 24 больных было более 3 сопутствующих заболеваний.

У 7 (29,2%) из 24 больных выполнена трансанальная резекция выпадающей части прямой кишки с оставлением избытка, у 4 (16,6%) – трансанальная резекция выпадающей части прямой кишки с формированием гладкомышечной манжетки и у 13 (54,2%) – операция Делорма.

Техника трансанальной резекции выпадающей части прямой кишки с оставлением избытка. Максимально выводим выпадающий отдел кишки наружу (рис. 1, а). Электроножом производим циркулярное рассечение всей толщи наружного цилиндра прямой кишки, отступив 1,0 см от зубчатой линии (рис. 1, б). Рассекаем вначале стенку по боковым и задней полуокружности, чтобы после рассечения стенки наружно-

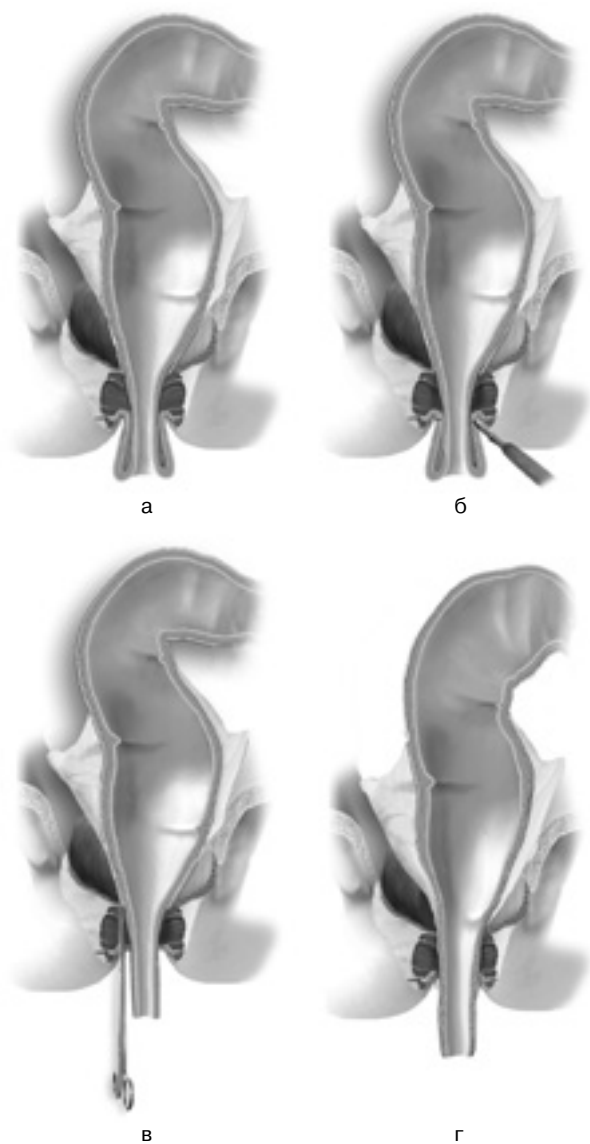


Рис. 1. Трансанальная резекция выпадающей прямой кишки с избытком: *а* — выпадающая прямая кишка; *б* — рассечение всей толщи наружного цилиндра прямой кишки; *в* — мобилизация и резекция выпадающей части кишки; *г* — фиксация кишки к краю анального канала с оставлением избытка.

го цилиндра по передней полуокружности сразу же восстановить целостность тазовой брюшины отдельными полисорбовыми швами. После рассечения наружного цилиндра кишка по всей окружности дополнительно мобилизуется, а затем резецируется с оставлением избытка длиной 4–5 см (рис. 1, *в*). Отдельными серозно-мышечными швами кишка фиксируется к краю анального канала (рис. 1, *г*). Отсечение избытка прямой кишки производится через 2–3 недели после операции.

Техника трансанальной резекции выпадающей части прямой кишки с формирова-

нием гладкомышечной манжетки. Выводим наружу выпадающую часть прямой кишки (рис. 2, *а*). Производим циркулярный разрез стенки прямой кишки на 1,0–1,5 см выше зубчатой линии (рис. 2, *б*). Прямая кишка острым путем мобилизуется до дистальной части сигмовидной кишки (рис. 2, *в*). Прямую кишку с дистальной третью сигмовидной низводим в анальный канал и пересекаем на уровне сигморектального перехода. Тазовую брюшину подшиваем к низведенной кишке отдельными серозно-мышечными полисорбовыми швами по переднебоковой полуокружности. Затем производим отсепаровку мышечного слоя сигмовидной кишки на протяжении около 5 см с оставлением избытка слизистой кишки (рис. 2, *г*). Выкраиваем мышечный лоскут длиной около 8 см на ножке и оборачиваем его вокруг кишки с фиксацией каждого витка отдельными серозно-мышечными швами. Таким образом формируется гладкомышечная манжетка (рис. 2, *д*). Затем отдельными швами формируется сигмоанальный анастомоз с оставлением избытка слизистой.

Операции Делорма. При помощи зажима Люэра без травмирования слизистой прямой кишки максимально выводим выпадающую часть прямой кишки из заднего прохода (рис. 3, *а*). Затем электроножом, отступив 1,5–2,0 см от зубчатой линии, производим разрез слизистой оболочки по передней полуокружности, отделяя при этом слизистый и подслизистый слой от мышечного (рис. 3, *б, в*). Основным критерием к остановке мобилизации слизистой оболочки является ее воронкообразное сужение и неподатливость для последующей мобилизации. После этого накладываем в продольном направлении 8–10 гофрирующих швов на освобожденную от слизистой оболочки мышечную стенку выпадающего отдела прямой кишки без захвата слизистой оболочки, начиная от края заднего прохода. Швы берем на держалки (рис. 3, *г*). Затем погружаем мобилизованную часть кишки с одновременным завязыванием наложенных швов. Таким образом формируется циркулярная манжетка из мышечной оболочки прямой кишки (рис. 3, *д*). Затем остаток мобилизованной слизистой оболочки отсекаем с наложением циркулярных слизисто-слизистых швов.

Непосредственные результаты изучены в течение 30 дней после оперативного лечения у всех 24 пациентов, включенных в исследование.

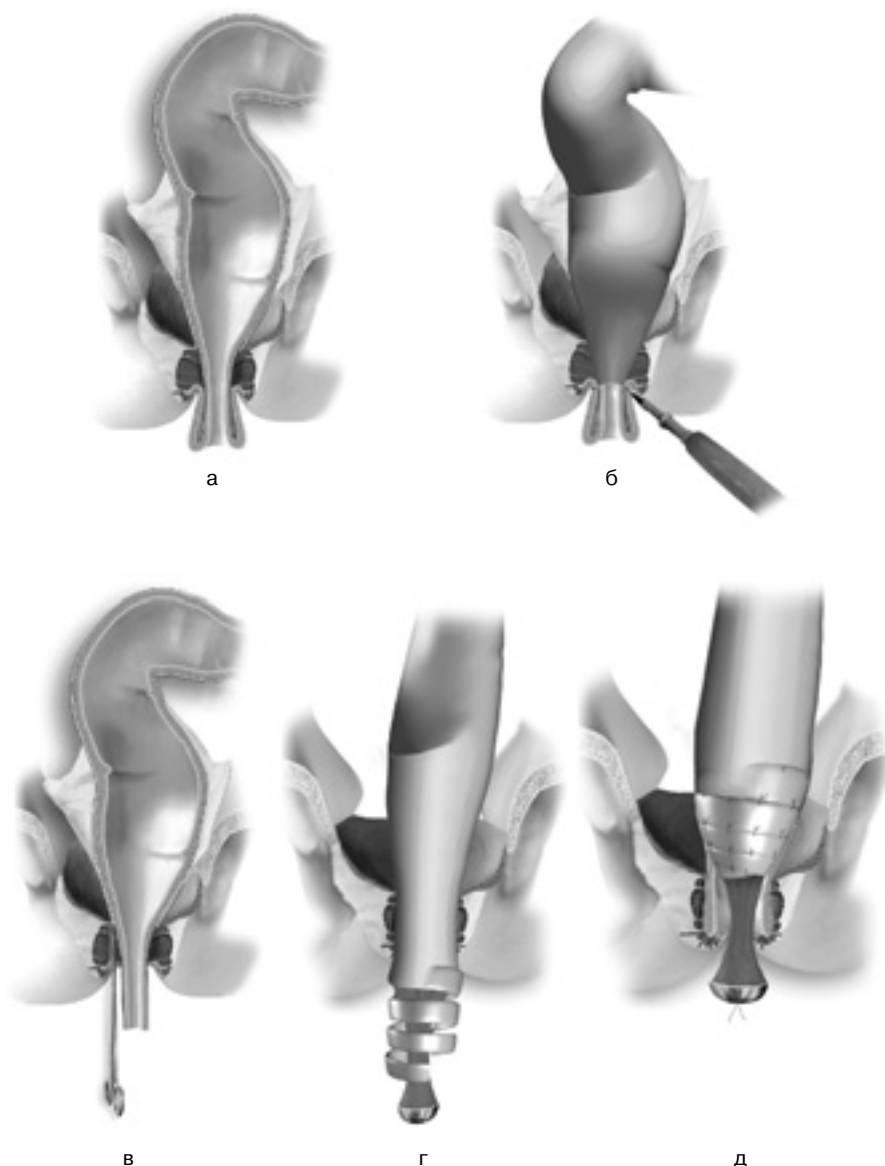


Рис. 2. Трансанальная резекция выпадающей прямой кишки с формированием гладкомышечной манжетки: *а* – выпадающая прямая кишка; *б* – циркулярный разрез стенки прямой кишки; *в* – мобилизация прямой кишки до дистальной части сигмовидной кишки; *г* – отсепаровка мышечного слоя сигмовидной кишки с выкраиванием мышечного лоскута; *д* – формирование гладкомышечной манжетки.

Результаты оценивались по следующим параметрам: а) частота интраоперационных осложнений; б) длительность операции; в) частота осложнений в раннем послеоперационном периоде; г) сроки заживления раны и длительность послеоперационного койко-дня.

Средняя продолжительность трансанальных резекций выпадающей части прямой кишки составила 120 ± 10 мин, а операции Делорма 70 ± 10 мин. Дизурические нарушения, потребовавшие повторной катетеризации, проведения курсов электростимуляции и медикаментозной стимуляции мочевого пузыря, были отмечены у 4 (40%) из 11 больных после трансанальных

резекций выпадающей кишки и у 5 (35,7%) из 13 после операции Делорма. Послеоперационный койко-день в группе больных с трансанальными резекциями составил $12,5 \pm 3,4$ дня, а после операции Делорма – $10,5 \pm 4,1$ дня. Необходимо отметить, что длина удаляемой части кишки при выполнении трансанальных резекций колебалась от 7 до 37 см (в среднем 22 см).

Отдаленные результаты лечения прослежены у 21 из 24 пациентов в сроки от 1 года до 9 лет (в среднем $4,6 \pm 1,6$ года). У 2 больных, перенесших трансанальную резекцию выпадающей части прямой кишки с оставлением избытка, через 3 мес после его отсеечения сформировалась

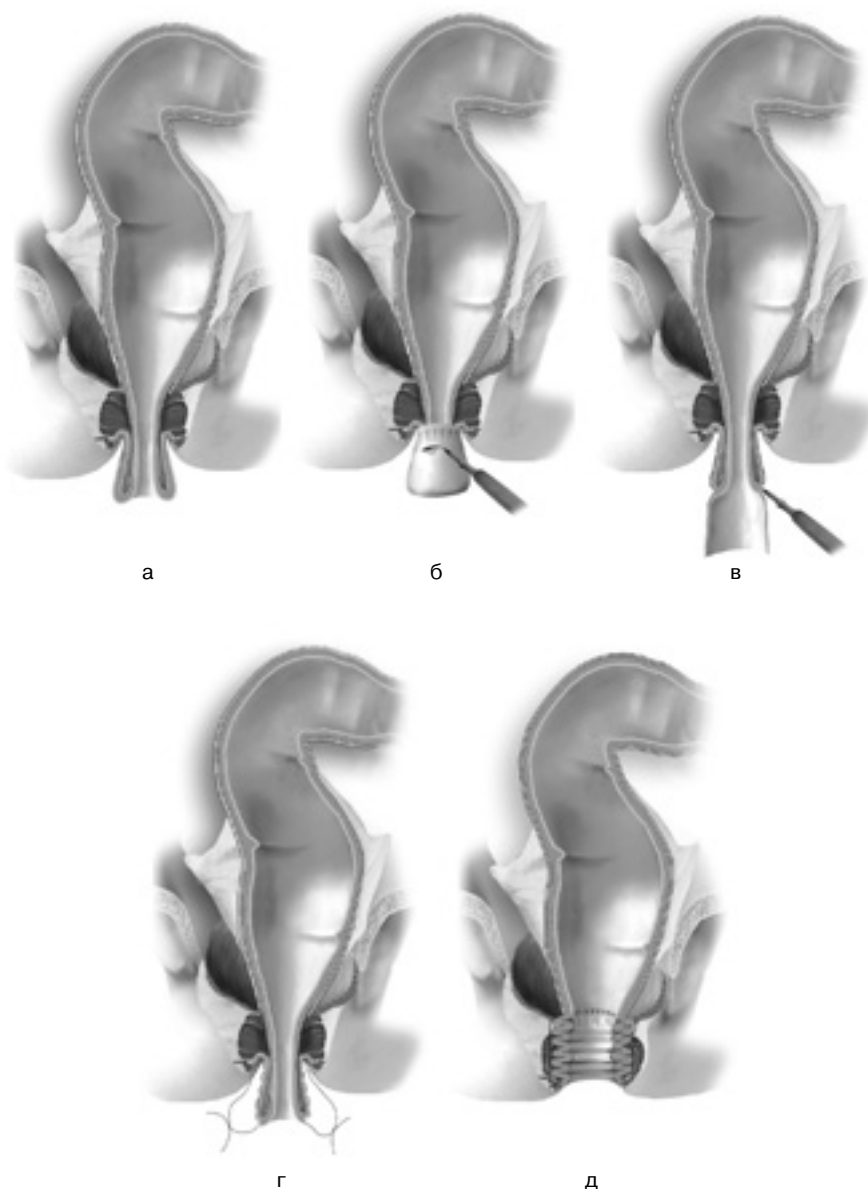


Рис. 3. Операция Делорма: *а* – выпадающая прямая кишка; *б* – разрез слизистой оболочки по передней полуокружности; *в* – отделение слизистой оболочки от мышечного слоя; *г* – наложение гофрирующих швов на освобожденную от слизистой оболочки мышечную стенку выпадающего отдела прямой кишки без захвата слизистой оболочки; *д* – формирование циркулярной манжетки из мышечной оболочки прямой кишки и наложение циркулярных слизисто-слизистых швов.

стриктура колоанального анастомоза, потребовавшая длительного бужирования в амбулаторных условиях.

В отдаленном послеоперационном периоде у 1 из 7 больных, перенесших трансанальную резекцию выпадающей части прямой кишки с оставлением избытка, возник рецидив заболевания через 6 мес после вмешательства. Поскольку наряду с возвратом заболевания у этой пациентки имелось резкое замедление транзита (преимущественно по левым отделам толстой кишки), ей была выполнена резекция левых отделов ободочной кишки с формированием

трансверзоректального анастомоза, заднепетлевая ректопексия. Рецидив заболевания имел место у 3 из 13 больных, перенесших операцию Делорма, через 6, 12 и 36 мес. Все эти пациенты были в возрасте старше 78 лет, страдали ректальным пролапсом более 8 лет. При этом исходно длина выпадающей прямой кишки составляла от 7 до 18 см. Важно подчеркнуть, что рецидива заболевания не отмечено ни у одного пациента, перенесшего операцию Делорма, у которого длина выпадающей кишки не превышала 7 см.

У всех 3 больных с возвратом пролапса после операции Делорма исходно имелся упорный запор, который не удалось ликвидировать с помощью проводимой консервативной терапии. Время транзита по желудочно-кишечному тракту оставалось неизменным, превышая 72 ч. Наиболее выраженные нарушения транзита отмечены по левым отделам ободочной кишки. Эти пациентки были повторно оперированы трансабдоминальным доступом – выполнены заднепетлевая ректопексия, резекция левых отделов ободочной кишки.

В общей сложности исходные нарушения транзита и эвакуаторной функции имелись у 19 из 21 прослеженного больного. В отдаленные сроки после трансанальных операций у 3 человек произошло сокращение времени транзита с 112 до 72 ч, у 3 – с 72 до 48 ч (табл. 1).

Следует отметить, что исследование моторики дистального отдела толстой кишки показало, что после оперативного лечения у 6 человек

акинетический тип моторики трансформировался в гипокинетический, у 1 – гипокинетический в нормокинетический и у 1 – гиперкинетический в нормокинетический (табл. 2).

С нашей точки зрения, это связано не только с перенесенным оперативным лечением, но и с проводимой консервативной терапией, включающей комплекс лечебной физкультуры, диетотерапию, физиотерапевтические процедуры (10–15 сеансов БИОФИДБЕК в режиме механостимуляции) и пищевые добавки (отруби с морской капустой по 2–3 капсулы 3 раза в день).

У всех больных, включенных в исследование, исходно имелась 2-я или 3-я степень недостаточности анального сфинктера. В отдаленном послеоперационном периоде не произошло изменений ни у одного из 6 больных, перенесших трансанальную резекцию с оставлением избытка (табл. 3). Вместе с тем, формирование гладкомышечного сфинктера привело к уменьше-

Таблица 1

Время транзита по желудочно-кишечному тракту до и после операции (n = 21)

Время транзита, ч	Трансанальная резекция с избытком				Трансанальная резекция с манжеткой				Операция Делорма			
	до операции		после операции		до операции		после операции		до операции		после операции	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
До 48	–	–	–	–	–	–	1	25,0	1	9,1	1	9,1
От 48 до 72	1	16,7	2	33,3	–	–	1	25,0	3	27,2	3	27,2
От 72 до 96	2	33,3	1	16,7	2	50,0	1	25,0	4	36,5	6	54,6
Более 96	3	50,0	3	50,0	2	50,0	1	25,0	3	27,2	1	9,1
Всего	6	100,0	6	100,0	4	100,0	4	100,0	11	100,0	11	100,0

Таблица 2

Типы моторики дистального отдела толстой кишки у больных до и после операций (n = 21)

Тип моторики кишки	Трансанальная резекция с избытком				Трансанальная резекция с манжеткой				Операция Делорма			
	до операции		после операции		до операции		после операции		до операции		после операции	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Нормокинез	–	–	–	–	1	25,0	2	50,0	1	9,1	2	18,1
Гипокинез	1	16,7	3	50,0	1	25,0	–	–	6	54,5	9	81,8
Гиперкинез	3	50,0	3	50,0	1	25,0	2	50,	1	9,1	1	9,1
Акинез	2	33,3	–	–	1	25,0	–	–	3	27,3	–	–
Всего	6	100,0	6	100,0	4	100,0	4	100,0	11	100,0	11	100,0

Состояние функции анального держания у больных выпадением до и после операции (n = 21)

Состояние функции анального держания	Трансанальная резекция с избытком				Трансанальная резекция с манжеткой				Операция Делорма			
	до операции		после операции		до операции		после операции		до операции		после операции	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1-я степень НАС	—	—	—	—	—	—	2	50	—	—	3	27,3
2-я степень НАС	2	33,3	2	33,3	1	25	2	50	4	36,4	5	45,4
3-я степень НАС	4	66,7	4	66,7	3	75	—	—	7	63,6	3	27,3
Всего	6	100,0	—	—	4	100,0	4	100,0	11	100,0	11	100,0

Примечание. НАС – недостаточность анального сфинктера.

нию степени недержания у всех 4 пациентов. Также по субъективным ощущениям улучшение функции держания отметили 7 из 11 пациентов, перенесших операцию Делорма.

Важно подчеркнуть, что проведенные нами электрофизиологические исследования (n = 15) в отдаленные сроки (от 1 до 9 лет) после трансанальной резекции с формированием гладкомышечной манжетки и операции Делорма показали сохранение электрической активности гладкомышечной ткани.

Таким образом, трансанальные способы коррекции ректального пролапса связаны с небольшим операционным риском и риском развития ранних послеоперационных осложнений. Применение трансанальной резекции выпадающей кишки с формированием гладкомышечного жома, а также операции Делорма приводит по клиническим данным к улучшению функции держания. Однако следует подчеркнуть высокий риск развития рецидива заболевания, прежде всего после операции Делорма, а также трансанальной резекции прямой кишки, что является препятствием для применения их в широкой клинической практике.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Всем 4 больным с рецидивом ректального пролапса после трансанальных операций были успешно выполнены трансабдоминальные вме-

шательства, включающие резекции левых отделов ободочной кишки с ректопексией.

В связи с этим мы пришли к выводу, что трансанальные способы коррекции связаны с высоким риском рецидива заболевания и должны применяться ограниченно. Даже у пожилых больных следует стремиться к выполнению более радикальных вмешательств (заднепетлевая ректопексия) с использованием трансабдоминального доступа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аминев А.М. Руководство по проктологии. Куйбышев; 1971. 202-412.
2. Васильев С.В., Попов Д.Е., Нечай И.А., Васильев А.С. Операция Делорма при выпадении прямой кишки. Проблемы реабилитации проктологических больных. Витебск; 1998. 147-148.
3. Воробьев Г.И., Титов А.Ю., Шельгин Ю.А. Подмаренкова Л.Ф. Выбор метода хирургической коррекции выпадения прямой кишки у больных пожилого возраста. Анналы хирургии 1999; 47-51: 4.
4. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. Ростов-на-Дону; 2001. 209-222.
5. Генри М.Н., Своша М. Колопроктология тазового дна. М.; 1998. 346-386.
6. Титов А.Ю. Виды выпадения прямой кишки и выбор способа их лечения. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук; 1998. 30.
7. Akira Tsunoda, M.D., Ph.D., Naokuni Yasuda, M.D. Dis. Colon Rectum. 2003; 46: 1260-1265.
8. Madoff R., Mellgren A. Dis. Colon. Rectum. 1999; 42: 441-445.
9. Mark H., Kimmins, M.D., FRCSC, Brent K. Evetts, M.D. Dis. Colon Rectum. 2001; 44: 565-570.

Поступила 20.02.2006

ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ, ДЕОНТОЛОГИИ И ПРАВА

В наш адрес поступило письмо от нашего друга врача геронтологического центра ОЗЕ (Париж, Франция) Г. Некрича. Он предлагает рассмотреть некоторые деонтологические вопросы:

Уважаемая редакция! Во Франции в программе усовершенствования врачей, специализирующихся в области геронтологии, а также клиницистов различных специальностей, сталкивающихся, по роду деятельности, с проблемами, возникающими при лечении пожилых пациентов, среди прочих пособий используется вопросник с ответами и комментариями по различным разделам геронтологии Syllabus Gériatrique (livre 3), издаваемый в США на английском языке и во Франции на французском. Издателями являются Fondation IPSEN, Société Française de Gérontologie, American Geriatrics Society IPSEN.

В ряде клинических случаев мнения американских и французских специалистов не совпадают, предлагаю редакции высказать мнение российских специалистов по дискуссионному клиническому случаю, весьма распространеному в геронтологической практике.

Дискуссионный клинический случай. Женщина 83 лет находится в глубокой коме после перенесенного 10 дней назад острого нарушения мозгового кровообращения (геморрагический инсульт) с массивным поражением правой гемисферы. Спонтанное дыхание отсутствует, нет реакции на визуальную и болевую стимуляцию. Неврологическое обследование дает основание полагать, что возвращение сознания мало вероятно. В первые часы после нарушения мозгового кровообращения пациентка была в состоянии изложить свое предварительное требование: назначить свою сестру полномочной и ответственной для всех переговоров с лечащим персоналом и администрацией госпиталя. При этом пациентка уточнила, что в случае потери сознания, она против искусственного введения жидкостей и питательных продуктов с

целью продления жизни в коматозном состоянии. Сестра передала требование пациентки лечащему врачу. Лечащий врач из собственных моральных соображений против прекращения реанимационных мероприятий. Сестра пациентки настаивает на исполнении требования последней.

Вопрос: какие из нижеперечисленных действий лечащего врача должны соответствовать клинической ситуации?

1. Не соглашаться с требованием сестры, поскольку предварительное требование пациентки недействительно при изменении состояния.

2. Согласиться с требованием сестры пациентки.

3. Передать полномочия по лечению этой пациентки другому лечащему врачу.

4. Консультироваться с Комитетом госпиталя по вопросам медицинской этики.

Комментарии американских специалистов. Согласно закону о Самоопределении Пациента (США), врач обязан выполнить резонное требование пациента (если последний в состоянии его высказать) или делегированного пациентом лица. Предварительное требование действительно с момента его изложения на все случаи изменения клинической ситуации. Если лечащий врач не согласен с просьбой пациента или его представителя, он обязан передать лечебные функции другому врачу, который согласен выполнить это требование. От конкретного врача не требуется выполнения лечебно-диагностических актов, не совместимых с его моральными представлениями, но медицинское учреждение обязано выполнить резонное требование пациента. Комитет по вопросам медицинской этики госпиталя способен дать полезную консультацию, но единственно лечащий врач является ответственным за выполнение требования пациента или делегированного им лица. Таким образом, правильный ответ — третий: передать полномочия по лечению пациентки другому лечащему врачу, согласному с ее требованием.

Комментарий французских специалистов.

Это наблюдение абсолютно не соответствует ни клинической практике, ни французским законам, ни медицинской деонтологии. Даже в отсутствие директивы пациента о конце его жизни, клиническая ситуация, характеризующая невозможность восстановления витальных функций в курсе острого нарушения мозгового кровообращения (например, массивные кровоизлияния в желудочки мозга) не требует установки искусственной вентиляции легких и еще меньше ее поддержания – проблемы более важной, чем инфузионная гидратация или искусственное питание! Принятие такого решения – прекращения реанимационных мероприятий – требует от ответственного за лечение врача обязательного оповещения родственников пациента и всего дежурного медицинского персонала, по возможности консультации с бригадой специалистов паллиативного лечения терминальных состояний и Комитета по медицинской этике госпиталя. Однако окончательное решение принимает лечащий врач, согласно своим профессиональным знаниям, а также «душе и сознанию». Но такое решение должно сопровождаться точной стандартной диагностикой с обязательным сканированием мозга и электро-

энцефалографией, подтверждающими необратимые нарушения мозговых структур. Наша деонтология запрещает проводить лечение, не имеющее своей целью терапевтическое улучшение или, по меньшей мере, поддержание жизненного комфорта в отсутствие надежды на выздоровление или хотя бы на частичное восстановление. В США, при отсутствии директив со стороны пациента или делегированных лиц, «терапевтическое упорство» является правилом.

Что делают в России? В большинстве случаев никто не подключит такую больную к аппарату искусственного дыхания. Решение принимает (или не принимает) лечащий врач, иногда – с участием заведующего отделением. Обычно для такого решения не требуется даже консультация реаниматолога. Законодательно этические нормы и правила в России не закреплены. Так, в законодательстве отсутствуют критерии смерти (мозга), в связи с чем и возник процесс над врачами, забиравшими у трупа органы: они считали, что работают с трупом, а пришедшие с милицией эксперты – что изъятие органов проводится у живого. Вопросы активной и пассивной эвтаназии не являются предметом общественных дискуссий.

**«КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ»
(ОЦЕНКА, ВЫБОР МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ И УПРАВЛЕНИЕ
КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ)**

Под редакцией профессора П.А. Воробьева

Издательство «НьюДиамед»

Новое направление в медицине приобретает все больше сторонников.

Книга уже произвела огромный общественный резонанс.

Как правильно считать деньги, всегда ли дешевле – дешево, а дорогое – дорого, что такое соотношение затраты/эффективность, как правильно составить формуляр больницы, как рационально подобрать лекарство больному, что такое фармакоэкономика и формулярная система – ответы на эти и другие вопросы Вы найдете в книге.

Монография – размышления о качестве медицинской помощи, современном состоянии здравоохранения, рациональных путях развития.

Книга адресована практическим врачам, главным врачам, начмедам, клиническим фармакологам, членам формулярных комиссий.

УДК 612.67

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ В САМАРСКОМ ОБЛАСТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ ГОСПИТАЛЕ ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН

И.Е. Бадалянц

Самарский областной клинический госпиталь для ветеранов войн

Ключевые слова: медицинская помощь, ветераны Великой Отечественной войны

Key words: medical care, veterans the Great Patriotic war

Современная ситуация в России предполагает разработку необходимой методологии и технологии, позволяющих регулярно выяснять мнение населения, а также конкретных методов оперативного сбора информации о его состоянии, которое приобретает все большее практическое значение для управления здоровьем населения.

Знание общественного мнения, касающегося деятельности учреждений геронтологического профиля, несомненно, поможет выявить недостатки и упущения еще до того, когда могут возникнуть нарекания на объем, качество и своевременность требуемой профильной медицинской помощи со стороны социально активных пожилых людей.

Так, по данным ряда исследователей [1], при анализе жалоб больных пожилого и старческого возраста на медиков было установлено, что в 95% жалобы связаны именно с недостаточностью общения медицинских работников с пациентами.

В двух терапевтических отделениях Самарского областного клинического госпиталя для ветеранов войн (СОКГВВ) в 2000–2004 гг. нами было проведено изучение социального благополучия и социальной поддержки ветеранов Великой Отечественной войны (ВОВ) (300 чело-

век) о качестве медицинского обслуживания с помощью специально разработанных анкет, в которых были учтены рекомендации ВОЗ и особенности местных условий.

Изучение уровня социального благополучия показало, что в достаточном социальном благополучии пребывало только 50% опрошенных. Большая часть испытывала социальный дискомфорт: вели себя раздраженно – 58%, предъявляли завышенные требования к семье и друзьям – 36%, держалась изолированно – 34% респондентов.

Изучение социальной поддержки показало ее недостаточный уровень: 41% опрошенных чувствовали себя одинокими и еще 11% не имели поблизости человека, который мог бы помочь в случае необходимости.

Приведенные данные свидетельствуют о необходимости более целенаправленного внимания к социально-психологическим особенностям лиц пожилого и старческого возраста.

С помощью другой специальной анкеты нами было изучено сравнительное мнение ветеранов ВОВ о качестве медицинского обслуживания в СОКГВВ, в районной (городской) больнице, а также в поликлинике по месту их жительства.

Изучение мнения ветеранов ВОВ о качестве медицинской помощи показало, что большинст-

во респондентов все же довольно качеством оказания лечебной помощи, методами обследования и качеством врачебных рекомендаций по предупреждению обострений (в СОКГВВ – 93,4%, в районных и городских больницах – 78,0%, в поликлиниках по месту жительства – 76,4%), что представлено в табл. 1.

Основными критериями удовлетворенности ветеранов ВОВ, находящихся на лечении в СОКГВВ, являются следующие показатели:

Таблица 1

Удовлетворенность медицинской помощью пациентов СОКГВВ, %

Место оказания медицинской помощи	СОКГВВ		Городская больница (ЦРБ)		Районная поликлиника	
	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет
Удовлетворены ли Вы медицинской помощью	93,4	6,2	78	22	76,4	23,6

Таблица 2

Неудовлетворенность пациентов СОКГВВ, %

Причины	СОКГВВ	Городская больница (ЦРБ)	Районная поликлиника
Культура поведения медицинского персонала	16,6	62	53,4
Недостаток заботливости и доброжелательности в процессе медицинского обслуживания	18,3	58,6	60,0
График посещений родственниками	15,6	17,2	

- режим работы медицинского учреждения (в СОКГВВ – 84,8%, в центральной районной (городской) больнице – 70,3%, в поликлинике по месту жительства – 76,0%),
- санитарно-бытовые условия (98,0% – в СОКГВВ, 63,0% – в районных и городских больницах),
- качество питания (88,2% – в СОКГВВ, 64,0% в городских и районных больницах).

В табл. 2 нами приводятся также причины неудовлетворенности оказываемой медицинской помощью в СОКГВВ и других лечебно-профилактических учреждениях.

Данные таблицы свидетельствуют о необходимости улучшения деонтологических принципов в организации медицинской помощи пожилым и престарелым, прежде всего на уровне муниципальных медицинских учреждений: больниц и поликлиник.

В то же время необходимо заметить, что у респондентов, критикующих медицинский персонал, на наш взгляд, как правило, отсутствует ожидаемый ими эффект от лечения или не удовлетворяется их не обоснованное медицинскими показаниями желание направления на медико-социальную экспертную комиссию для усиления группы инвалидности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Яковлев О.Г., Захарова Н.О., Дубков А.В., Николаева А.В., Стоволкова Т.А. Клин. геронт. 1998; 3: 67.

Поступила 30.03.2006

SUMMARY

B.S. Briskin, F.F. Khamitov, M.V. Kostuchenko

**SIMULTANE SURGERY TREATMENT
OF CHOLELITHIASIS SENILE PATIENTS
WITH MULTIFOCAL ARTERIOSCLEROSIS
OF THE BACKGROUND**

Moscow State Medical Dentistry Academy

We present results of 480 cholelithiasis cases and arteriosclerosis of many different arteries of different localizations analysis with minimal approach (invasion), compared to traditional methods. With the use of minimal approach we detect the reduction of post-operative recovery period and decrease of post-operative complications in 1.5 times.

S.I. Emelianov, A.V. Chubkar, A.U. Pankratov,
D.N. Panchenkov

**MEDICINE BLOCKADE OF NEURAL VEGETATIVE
PLEXUSES AND NERVES OF LOWER
EXTREMITIES OF SURGERY AND ONCOLOGY
PATIENTS**

Moscow State Medical Dentistry Academy

We have carried out blockade of cervicothoracic ganglion, lumbar and lumbosacral plexuses of lower extremities of oncology and surgery patients with sacral anesthesia. Localization of the needle during the operation was controlled by the ultrasound, X-rays and computer tomography.

We have used neurolytics and local anesthesia. There was no serious complications during the operation.

V.V. Pavlenko

**INGUINAL HERNIA SURGERY TREATMENT
OF OLD AND SENILE PATIENTS**

*Kemerovo State Medical Academy,
City Clinical Hospital № 3 of Podgorbunsky,
Kemerovo, RMAPO,
City Clinical Hospital of Botkin, Moscow*

We have generalized data of 348 inguinal hernia old and senile patients from the year of 1994 to the year of 2003 with analysis of modern surgery methods. We have also estimated the results of treatment with modern technique, based on geroontology achievements and analyzed main reasons of recidivating among old and senile patients.

T.I. Vitkina, O.U. Kytikova

**LIPIDS PEROXIDATION –
ANTIOXIDANT PROTECTION
AND PHAGOCYTOSIS DURING
PURULENT ACUTE MAXILLOFACIAL
DISEASES OF AGED**

SRC MKVL SD RMAS

SMIV Vladivostok

Aged patients (under 50 years old) with purulent acute diseases of maxillofacial region developed several age peculiarities in lipid peroxidation- phagocytosis and antioxidant protection.

S.N. Luneva, M.V. Strogov, T.N. Erofeeva,
E.V. Nikolaychuk, S.A. Romanenko

**LIPID PEROXIDATION
OF AGED PATIENTS DURING
FRACTIONS TREATMENT
WITH HYPERBARIC OXYGENATION**

*SUN RSC «Reparative Traumatology and Medicine»
of G.A. Ilisarov, Kurgan*

There were studied lipid peroxidation and superoxide dismutase enzyme activity of traumatology patients, elder then 60, during intrabone distraction osteosynthesis with the use of hyperbaric oxygenation. As the result, we detect that the activity of lipid peroxidation, as an answer to trauma, as well as surgery treatment and action of hyperbaric oxygen depends on age.

ОГЛАВЛЕНИЕ—CONTENTS

ПЕРЕДОВАЯ СТАТЬЯ

НЕКОТОРЫЕ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ
И ПУПОЧНЫХ ГРЫЖ

А.М. Шулуток 3

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ У ПОЖИЛЫХ
БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ
НА ФОНЕ МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО
АТЕРОСКЛЕРОЗА

Б.С. Брискин, Ф.Ф. Хамитов, М.В. Костюченко 7

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ БЛОКАДА ВЕГЕТАТИВНЫХ
НЕРВНЫХ СПЛЕТЕНИЙ И НЕРВОВ НИЖНИХ
КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКОГО
И ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

С.Е. Емельянов, А.В. Чукбар, А.Ю. Панкратов,
Д.Н. Панченков 12

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ
У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО
ВОЗРАСТА

В.В. Павленко 18

ПЕРЕОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ – АНТИОКСИДАНТНАЯ
ЗАЩИТА И ФАГОЦИТОЗ У БОЛЬНЫХ СТАРШЕ
50 ЛЕТ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Т.И. Виткина, О.Ю. Кыткова 22

ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ У ПОЖИЛЫХ
БОЛЬНЫХ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ С
ПРИМЕНЕНИЕМ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ

С.Н. Лунева, М.В. Стогов, Т.Н. Ерофеева,
Е.В. Николайчук, С.А. Романенко 27

ЛЕКЦИИ

БИОМЕХАНИКА ХОДЬБЫ БОЛЬНЫХ СТАРШИХ
ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП ПОСЛЕ ПЕРЕЛОМОВ
ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА

А.А. Жилиев 30

КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ОСТРОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА
И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ
В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

В.А. Ступин, Г.О. Смирнова, С.В. Силуянов,
И.Г. Лучинкин, А.Ю. Никитенко, А.А. Гребенкин 34

ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ У ПОЖИЛЫХ И СТАРИКОВ

Ю.А. Нестеренко, С.В. Михайлузов, Р.Ю. Тронин,
М.А. Хоконов, В.И. Кан, М.В. Шевченко, З.З. Балкизов,
А.Е. Соломахин 40

EDITORIAL

SOME GERONTOLOGICAL ASPECTS
OF INGUINAL AND UMBILICAL
HERNIA

A.M. Shulutko 3

ORIGINAL ARTICLES

SIMULTANE SURGERY TREATMENT
OF CHOLELITHIASIS SENILE PATIENTS
WITH MULTIFOCAL ARTERIOSCLEROSIS
OF THE BACKGROUND

B.S. Briskin, F.F. Khamitov, M.V. Kostuchenko 7

MEDICINE BLOCKADE OF NEURAL
VEGETATIVE PLEXUSES AND NERVES
OF LOWER EXTREMITIES OF SURGERY
AND ONCOLOGY PATIENTS

S.I. Emelianov, A.V. Chubkar, A.U. Pankratov,
D.N. Panchenkov 12

INGUINAL HERNIA SURGERY
TREATMENT OF OLD AND SENILE
PATIENTS

V.V. Pavlenko 18

LIPIDS PEROXIDATION –ANTIOXIDANT
PROTECTION AND PHAGOCYTOSIS DURING
PURULENT ACUTE MAXILLOFACIAL DISEASES
OF AGED

T.I. Vitkina, O.U. Kytikova 22

LIPID PEROXIDATION OF AGED PATIENTS
DURING FRACTIONS TREATMENT
WITH HYPERBARIC OXYGENATION

S.N. Luneva, M.V. Strogov, T.N. Erofeeva,
E.V. Nikolaychuk, S.A. Romanenko 27

LECTURS

BIOMECHANICS OF WALKING
AFTER ANKLE JOINT FRACTURES
IN AGED PATIENTS

A.A. Zhilyaev 30

BLEEDINGS FROM
ACUTE ULCER
IN SURGERY

V.A. Stupin, G.O. Smirnova, S.V. Silouyanov,
I.G. Luchinkin, A.U. Nikitenko, A.A. Grebenkin 34

ACUTE CHOLECYSTITIS OF SENILE PEOPLE

U.A. Nesterenko, S.V. Mikhaylusov, R.U. Tronin,
M.A. Khokonov, V.I. Kan, M.V. Shevchenko,
Z.Z. Balkizov, A.E. Solomakhin 40

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

**ВАРИКОЗНАЯ БОЛЕЗНЬ ВЕН НИЖНИХ
КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО
И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА: ДИАГНОСТИКА
И ЛЕЧЕНИЕ**

М.Д. Дибиров, А.И. Шиманко, А.Ю. Васильев,
С.А. Соломатин, Н.А. Постнова, С.В. Цуранов,
Ю.А. Корниенко, Н.Л. Крылова, С.А. Волков 47

**ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО
СУСТАВА С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭНДОПРОТЕЗА
«ИМПЛАНТ-МТ»**

Н.В. Загородний, Е.А. Жармухамбетов,
А.О. Момбеков 52

ПИСЬМО В РЕДАКЦИЮ

**ТРАНСАНАЛЬНЫЕ СПОСОБЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ
КОРРЕКЦИИ РЕКТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА У БОЛЬНЫХ
ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

А.У. Зубайдов 55

**ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ,
ДЕОНТОЛОГИИ И ПРАВА**

Г. Некрич 61

СРОЧНО В НОМЕР

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПАЦИЕНТАМ В САМАРСКОМ ОБЛАСТНОМ
КЛИНИЧЕСКОМ ГОСПИТАЛЕ ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН**

И.Е. Бадалянц 63

SUMMARY 65

PRACTITIONERS ASSISTANCE

**VARIX VEINS DISEASE
OF LOWER EXTREMITIES
OF SENILE PATIENTS-DIAGNOSTICS
AND TREATMENT**

M.D. Dibrov, A.I. Shimanko, A.U. Vasiliev,
S.A. Solomatin, N.A. Postnova, S.V. Tsuranov,
U.A. Kornienko, N.L. Krylova, S.A. Volkov 47

**HIP REPLACEMENT WITH THE USE
OF «IMPLANT-MTT»
ENDOPROSTHESIS**

N.V. Zagorodniy, E.A. Zharmukhambetov,
A.O. Mombekov 52

LETTER TO THE EDITOR

**TRANSANAL WAYS OF RECTAL PROLAPSIS
CORRECTION IN SENILE AGE**

A.U. Zubaydov 55

**QUESTIONS OF MEDICAL ETHICS,
DEONTOLOGY AND LAW**

G. Nekrich 61

URGENT ISSUE

**RESEARCH OF MEDICAL HELP TO WAR VETERANS
IN SAMARA REGIONAL HOSPITAL FOR WAR
VETERANS**

I.E. Badalyanc 63

SUMMARY 65

СПРАВОЧНИК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ФОРМУЛЯРНОГО КОМИТЕТА

2-е издание

2006 год

Под редакцией профессора П.А. Воробьева

Издательство "Ньюдиамед"

Вышло в свет 2-е издание Справочника лекарственных средств Формулярного комитета. Как и в предыдущем издании, в Справочник включены лекарственные средства, прошедшие тщательную экспертную оценку Формулярного комитета. Большая часть лекарственных средств Справочника включена в действующий Федеральный Перечень. Справочник содержит сведения о 446 лекарственных средствах.

По сравнению с предыдущим изданием, в Справочник добавлено более 30 формулярных статей на лекарственные средства, среди которых новая группа диагностических средств. Кроме того, экспертами Формулярного комитета разработаны и включены в Справочник новые перечни лекарственных средств: Перечень лекарственных средств для оказания медицинской помощи в условиях стационара (стационарный формуляр); Негативный перечень медицинских технологий Формулярного комитета; Перечень редко применяемых ("сиротских") медицинских технологий Формулярного комитета, а также Перечень жизненно необходимых лекарственных средств Формулярного комитета.

Формулярные статьи содержат стандартизованные по форме и содержанию сведения о применении лекарственных средств, включая правила назначения, контроля за эффективностью, изменения доз и отмены, информацию для пациентов и членов их семей, медицинского персонала, фармакоэкономические характеристики. Справочник обеспечивает врачей достоверными данными по применению наиболее эффективных лекарственных средств. Справочник может быть использован для составления формуляров регионов или медицинских организаций. Информация о применении лекарств уникальна и ее нет ни в одном другом издании.