

*Медико-технологическое
предприятие
НЬЮДИАМЕД*

КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕРОНТОЛОГИЯ

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

Издательство «Ньюдиамед»

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

Адрес редакции:

*115446, Москва,
Коломенский пр., 4, ГКБ N 7
Кафедра гематологии и гериатрии
Тел./факс 8-499-782-31-09*

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»

Установочный тираж 7000 экз.

Индекс журнала 72767

*по каталогу агентства РОСПЕЧАТЬ
«ГАЗЕТЫ И ЖУРНАЛЫ»*

Том 13

5-2007

(Май)

*При перепечатке ссылка
на журнал обязательна*

© Издательство «Ньюдиамед»

*При оформлении обложки
использована работа А. Дюрера*

Формат 60x90/8

Печ. листов 9,5. 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,
Б.С. Брискин,
И.Н. Денисов,
Л.М. Горилловский,
Ю.В. Конев,
Л.Б. Лазебник,
А.И. Мартынов,
Е.Л. Насонов,
Н.И. Некрасова,
В.Е. Ноников,
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),
А.И. Воробьев (Москва),
Л.М. Белозерова (Пермь),
В.С. Гаеин (Москва),
В.Г. Герасимов (Ярославль),
Ф.И. Комаров (Москва),
Г.П. Котельников (Самара),
Х.Дж. Коэн (Дурэм, США),
В.А. Насонова (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, 2007

**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 617.089:612.67

ПОЛИМОРБИДНОСТЬ ПОЖИЛЫХ И ХИРУРГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

Б.С. Брискин

Московский государственный медико-стоматологический университет

Ключевые слова: полиморбидность, хирургические проблемы, пожилой возраст
Key words: polimorbidity, surgery problems, aged

Как известно, старение организма рассматривают как закономерный общебиологический процесс. Пожилой возраст в отечественной классификации считается с 60 до 74 лет, старческий — 75–84 года, долгожители — относят лиц 90 лет и старше.

Рост удельного веса старшей возрастной группы во всех странах мира — объективный процесс. По данным ЮНЕСКО, лица в возрасте

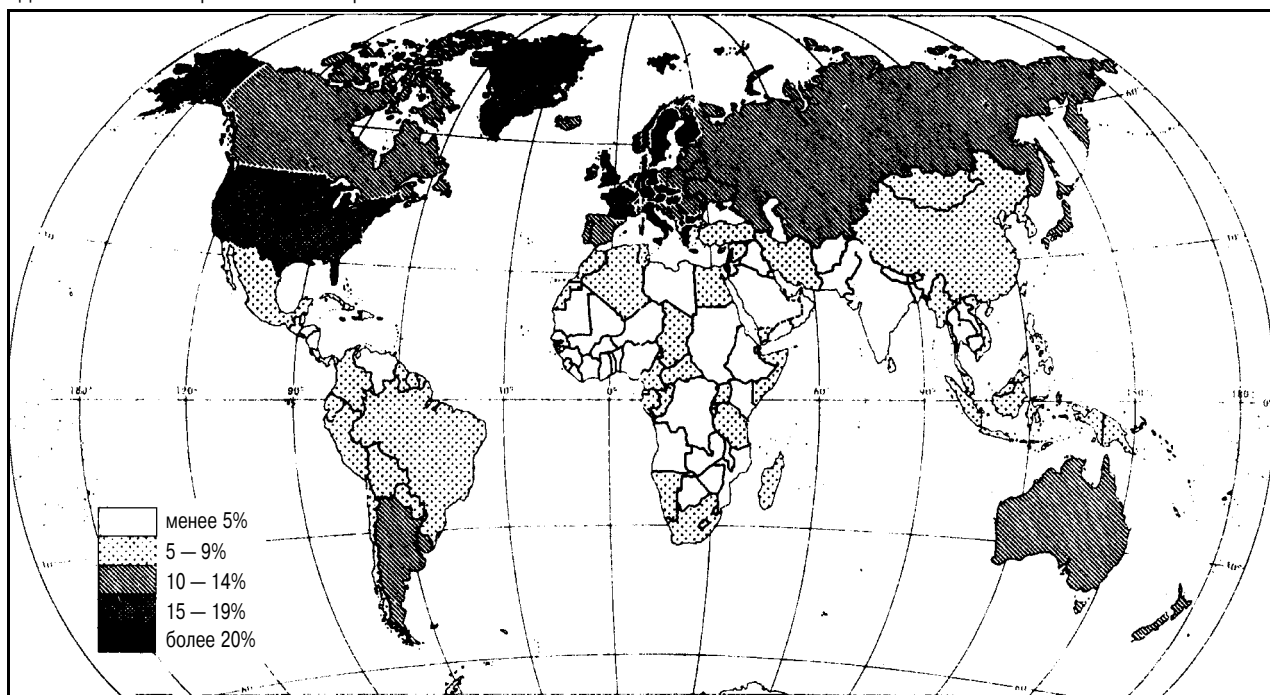
60 лет и старше — самая быстрорастущая группа населения. С 1950 по 2025 г. ООН прогнозирует 5-кратное увеличение населения в возрасте старше 60 лет и 7-кратное — в возрасте старше 80 лет. В 2025 г. каждый седьмой будет старше 60 лет по сравнению с каждым двенадцатым в 1950 г. В 1950 г. в мире проживало около 214 млн людей в возрасте старше 60 лет, к 2025 г. этот показатель возрастет до 1121 млн.

Изменение доли населения старше 60 лет наглядно представлено на рисунке, опубликованном в журнале «Курьер ЮНЕСКО» в ноябре 1982 г., и представленная тенденция находит свое подтверждение в исследованиях более позднего времени. Следует обратить внимание на то, что поколение старшей возрастной группы на территории России возрастет с 10–14% до 20% и более.

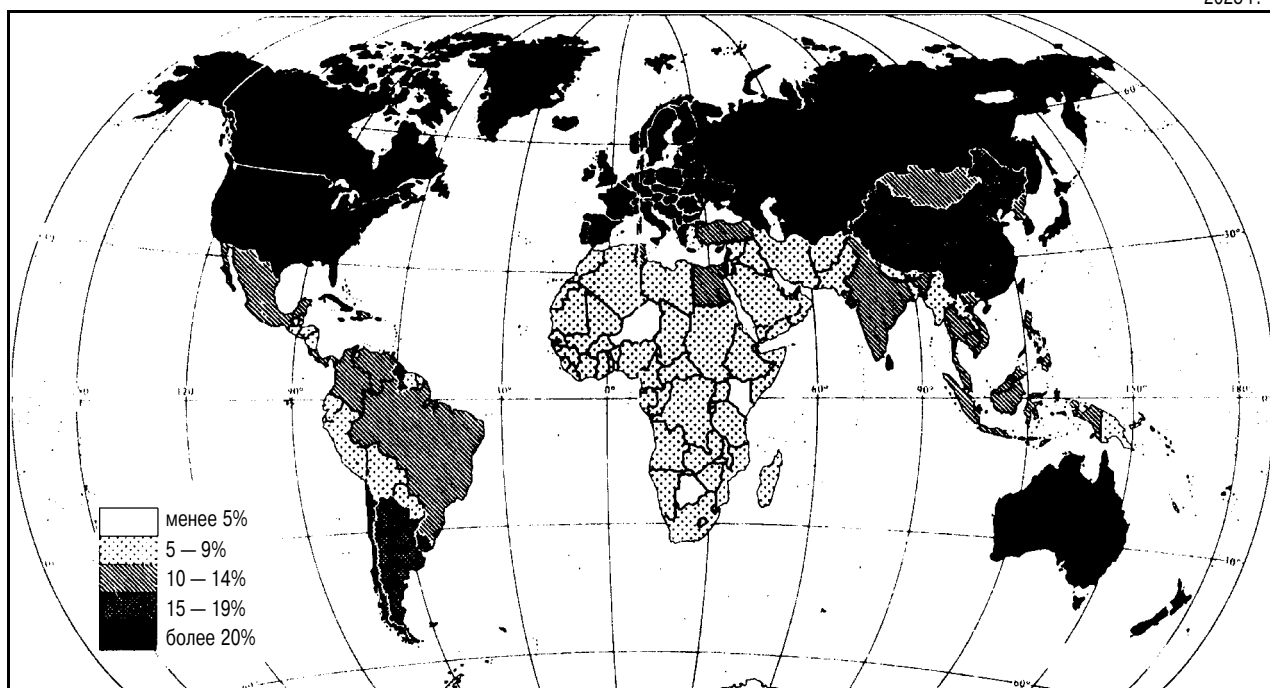
Современные демографические процессы имеют устойчивую тенденцию к постепенному старению населения планеты. Большинство клинико-эпидемиологических исследований свидетельствует о том, что в пожилом и старческом возрасте происходит «наложение» болезней: после 60 лет у каждого человека наблюдается 4–6 заболеваний, а с каждым последующим десятилетием их число увеличивается (Л.Б. Лазебник, 2002).

Доля населения в возрасте 60 лет и старше

1975 г.



2025 г.



Границы, указанные на этих картах, не подразумевают официального одобрения или принятия со стороны ООН или ЮНЕСКО.

Рис. 1. Рост доли населения старше 60 лет в регионах мира.

Старение организма – это не болезнь, а процесс ухудшения функционирования сложных систем во времени на всех их структурных уровнях, при котором развиваются морфофункциональные изменения, оказывающие отягчающее влияние на развитие различных патологических процессов, лежащих в основе конкретных заболеваний. При этом современные исследования показывают, что с возрастом возрастает кумулятивный эффект этих патологических процессов и соответственно растет число различных заболеваний у одного субъекта.

Проявление заболеваний у пожилых больных не всегда можно систематизировать в рамках известных нозологических форм (Л.Б. Лазебник и В.Н. Дроздов). Авторы обращают особое внимание на атипичное течение болезней с отсутствием характерных симптомов, когда на первое место выходят симптомы, не характерные для данного заболевания или связанные с другим заболеванием. Для пожилых характерно латентное течение болезни с минимальными клиническими проявлениями и медленной клинической динамикой. Отсутствие острого дебюта болезни нередко приводит к отказу от госпитализации, а иногда – от необходимого хирургического лечения. Именно у пожилых больных нередко случаи асимптомного течения ряда заболеваний, в том числе таких, как перитонит, перфорация полых органов, безболевого формы ишемической болезни сердца. Наконец, проявления социально-психологической дезадаптации у пожилых создают трудности для установления правильного диагноза.

Одной из важных проблем гериатрической практики является полиморбидность – наличие нескольких заболеваний у одного больного (Л.Б. Лазебник, 1995, 2005; Л.Н. Дворецкий, 1995). И хотя начало заболеваний, формирующих синдромы полиморбидности, и их хронизация приходится преимущественно на средний возраст, результат их суммарного накопления, т. е. период яркой демонстрации начинает проявляться именно в пожилом возрасте.

Следует иметь в виду и причинно-следственную трансформацию некоторых патологических процессов, сказывающихся на формировании полиморбидности. Так нарушение холестеринового обмена является не только фактором риска развития атеросклеротического поражения сосудов сердца, головного мозга, ветвей аорты и способствующим артериальной гипертонии, но и оказывает влияние на развитие холестероза желчного пузыря и желчнокаменной болезни. При оценке трудностей установления диагноза

на фоне полиморбидности необходимо помнить о довольно частых у пожилых неясных анемиях, которые требуют исключения не только V_{12} -дефицитной анемии или скрытой кровопотери из желудочно-кишечного тракта, но и таких заболеваний, как сепсис, пиелонефрит, туберкулез, злокачественные опухоли.

При оценке влияния полиморбидности на установление диагноза заболевания, требующего хирургического лечения, следует иметь в виду и достаточно характерные для пожилых пациентов различные психические нарушения: от депрессии, которая встречается у 20–60% пациентов с соматическими расстройствами (В. Pitt, 1991), до «мягкой» деменции и более тяжелых проявлений энцефалопатии.

Следует иметь в виду, что полиморбидность у пожилых приводит к сложному переплетению многих симптомов, снижая их привычную для врача диагностическую ценность или потенцируя эти проявления, ухудшает течение одного из компонентов. Перечисленные трудности правильного установления диагноза на фоне полиморбидности могут явиться причиной того, что носит название «ненамеренной профессиональной ошибки» (medical error – МЕ по базовой терминологии), которая нередко допускается, которая в некоторых случаях может служить причиной юридической ответственности медицинского работника. Достаточно типичным примером МЕ являются неверный диагноз и ошибки при выборе и проведении лекарственной терапии, полипрагмазия с развитием тяжелого метаболического нарушения вследствие нежелательного лекарственного взаимодействия, проведение необоснованной хирургической операции или необоснованное воздержание от нее.

Все это требует интегрального подхода к принятию решения о доминирующем диагнозе и рациональной терапии с привлечением различных специалистов. Осторожный и взвешенный подход к выбору лекарственной терапии пожилым усугубляется необходимостью принятия решения о показаниях к хирургической операции, которая нередко может осуществляться только по жизненным показаниям. Известно, что хирургический операционный риск в целом определяется многими факторами: состояние пациента, наличие сопутствующих заболеваний (прежде всего ИБС, гипертоническая болезнь, инфаркт миокарда, ревматический порок сердца, легочное сердце, гипотония, анемия, сахарный диабет, бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких, пневмония и др.), характер и объем предполагаемой операции, ее

возможная продолжительность, выбор обезболивания. Основные факторы риска лежат в основе различных классификаций. Примером наиболее простой и доступной может быть классификация Н.Н. Малиновского.

Классификация операционного риска
(по Н.Н. Малиновскому, 1973)

Объем операции: небольшой (1 балл); умеренный (2 балла); значительный (3 балла); особые условия, повышающие ее риск (4 балла).

Хирургическая патология: неосложненные хронические доброкачественные новообразования (0,5 балла); неосложненные острые злокачественные новообразования (1 балл); осложненная хирургическая патология (1,5 балла); крайне тяжелая осложненная хирургическая патология (2 балла).

Сопутствующие заболевания: преимущественно функционального характера (0,5 балла); с органическими изменениями и функциональными нарушениями (1 балл); органические заболевания со стойкой декомпенсацией (1,5 балла); сочетание общих органических изменений со стойкими функциональными нарушениями (2 балла).

Возраст: до 50 лет (0 баллов); 51–60 лет (0,5 баллов); 61–70 лет (1 балл); старше 70 лет (1,5 балла).

Степень риска: I степень – очень малый (1,5–2 балла); II степень – небольшой (2,5–3 балла); III степень – умеренный (3,5–4 балла); IV степень – большой (5–6,5 балла); V степень – крайне высокий (7–9,5 балла).

Еще более сложная задача – определение переносимости самой хирургической операции, решение которой нередко выходит за медицинские и деонтологические рамки и переходит в область юридической ответственности.

Возрастные особенности организма и полиморбидность пожилых во многом определяют выбор адекватного метода обезболивания, который в многом обеспечивает безопасность самой хирургической операции. Безусловно, задачей анестезиолога является максимально полный контроль за основными функциями организма, прежде всего дыхательной и сердечно-сосудистой системы. С этих позиций многие годы методом выбора является эндотрахеальный наркоз, который соответствует основному правилу: чем тяжелее общее состояние больного, тем больше показаний к анестезии с применением искусственной вентиляции легких, причем последняя должна проводиться в режиме нормовентиляции (Г.А. Рябов, В.В. Калабухов, 2006).

Однако изучение патофизиологии операционной травмы показало, что наиболее важным для определения реакции организма на эту травму является изучение стресс-ответа, под которым понимают совокупность патофизиологических процессов, вызванных изменениями метаболизма и воспалительными (иммунными) реакциями, индуцированными оперативным вмешательством.

При обширных хирургических операциях, особенно у пациентов пожилого возраста, выраженный стресс-ответ способен истощить метаболические резервы организма (В.М. Косаченко, 2005). Углубленное изучение патофизиологии периоперационного периода привело к тому, что первоначальная вера в адаптационную мудрость организма сменилась концепцией максимального подавления стресс-ответа. Установлено, что препараты, применяемые для общей анестезии, не оказывают достаточного модулирующего влияния на системный воспалительный ответ на хирургическую травму (Н.М. Федоровский с соавт., 2006).

В то же время регионарная анестезия предоставляет реальные возможности модуляции хирургического стресс-ответа. Для максимальной модуляции стрессовых реакций поток импульсов из операционной раны должен быть блокирован уже на уровне спинного мозга. За счет такой блокады подавляются адренкортикальный и гликемический ответы на хирургическое вмешательство. Установлено, что для максимального подавления кортизолового и гликемического ответа при операциях на половине тела сенсорная блокада (спинальная, эпидуральная) должна простираться от грудного Th₅-сегмента до крестцового S₅-сегмента. Для модуляции стресс-ответа при операциях на органах грудной клетки и верхнего отдела брюшной полости уровень блока должен достигать сегмента Th₁ (Carli, 1992, В.М. Косаченко, 2005, Н.М. Федоровский с соавт., 2006). Таким образом, с точки зрения патофизиологии операционной травмы при выборе обезболивания хирургических операций у пожилых, если есть возможность выбора, то при прочих равных условиях преимущество следует отдавать регионарным методам анестезии.

Данные доказательной медицины, основанные на многоцентровых исследованиях, более 30000–40000 пациентов (Y. Angra, 1997), показывают небольшую частоту серьезных осложнений, в пределах сотых и тысячных долей процента при проведении регионарной анестезии.

Респираторная поддержка регионарного обезболивания без управляемого дыхания слу-

жит хорошим дополнением к регионарной анестезии. Разумеется, это не исключает современного наркоза с искусственной вентиляцией легких, а также различных видов атаралгезии.

Учитывая особенности организма пожилых пациентов и высокий риск хирургических операций, при решении вопроса о показаниях к этим вмешательствам следует выбирать способ лечения, который будет наиболее целесообразным и достаточно безопасным. Особенно следует избегать выполнения операций без достаточных показаний, а также необоснованного отказа от операции, если она является единственным способом спасения жизни пациента или предотвращения угрожающих его жизни осложнений и последствий заболевания.

Нелегкой задачей для хирурга являются и случаи отказа больных пожилого возраста от операции. Отказ от операции может происходить по многим причинам, в том числе на основе механизма интенсивного страха или просто отрицания самого факта заболевания (М.Н. Hollender, 1958) или на фоне тяжелых невротических реакций (Н. Bond, 1961, R. Sagodi, 1960). Часто можно наблюдать отказ от ампутации конечности у пожилых больных или других страданиях в связи с чувством безнадежности, регрессии их личности: «Зачем это мне? И так осталось немного» (Н. Харди, 1988). В таких случаях необходима индивидуальная работа более опытных врачей с пациентами и помощь их близких родственников. Особенно трудная ситуация возникает в случаях, когда необходима экстренная операция по жизненным показаниям.

Естественно, что при определении показаний к хирургической операции или отказе от нее требуется большая осторожность и осмотрительность хирургов, обязательное решение вопроса путем проведения консилиумов с привлечением более опытных хирургов и всех необходимых специалистов.

И все это необходимо четко и подробно документировать в истории болезни пациента.

Прогресс хирургии в последние десятилетия открыл новые перспективы и возможности в области оперирования больных преклонного возраста (Н. Харди 1988). Однако, выбирая хирургическую операцию как наиболее целесообразный и обоснованный способ лечения, необходимо помнить и об особенностях биологии старения и о морфофункциональных изменениях стареющего организма.

Оценка резервных возможностей организма у лиц пожилого и старческого возраста относится не только к решению вопроса о переносимос-

ти пациентом предполагаемой операции, но и выбору ее рационального объема и хирургического доступа. Вопрос о переносимости самой операции в каждом конкретном случае решается индивидуально на основании тщательной оценки всех систем жизнеобеспечения организма с учетом всех клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования и привлечением к обсуждению специалистов смежных специальностей: терапевта, кардиолога, невролога, эндокринолога и др., но прежде всего анестезиолога и реаниматолога. Принятие решения о хирургической операции, особенно у пациентов пожилого возраста со всеми возрастными морфофункциональными особенностями, которые описаны выше, — акт большой моральной и юридической ответственности.

Необратимость процесса старения и всех неблагоприятных последствий его усугубляется не только тем, что старые люди чаще и дольше болеют, но и тем, что их заболевания протекают на фоне заметно сниженных защитных механизмов и способности к регенерации тканей, накоплению числа различных заболеваний у отдельно взятого пациента, а это на фоне сложных патофизиологических механизмов, присущих процессу старения, создает значительные трудности в оказании лечебной помощи заболевшим людям пожилого и старческого возраста. В хирургии эти трудности особенно заметны в связи со спецификой и агрессивностью самих способов лечения, значительным числом заболеваний и их осложнений, требующих хирургического вмешательства по жизненным показаниям, когда нет выбора и альтернативы хирургической операции.

В связи с этим наряду с разработкой фундаментальных мер профилактики старения необходимо более тщательно изучать особенности течения заболеваний, требующих хирургического лечения, разрабатывать наиболее безопасную для пациента лечебную тактику и использовать щадящие способы хирургического вмешательства.

С позиции полиморбидности пожилых представляется необходимым постоянное совершенствование опыта и знаний врачей, в том числе и хирургов, в рамках последипломного образования по различным аспектам клинической геронтологии, ибо базовое медицинское образование по этому разделу явно недостаточно. Кроме того, необходима интеграция специалистов различного клинического профиля и геронтологов для решения наиболее значимых проблем лечения больных пожилого и старческого возраста.

Поступила 03.04.2007

УДК 617.51-003.215

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СОСУДИСТО-МОЗГОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Ф.Ф. Хамитов, Д.А. Лисицкий, К.В. Чельдиев

Московский государственный медико-стоматологический университет

Проанализированы результаты лечения 1250 больных пожилого и старческого возраста с хронической сосудисто-мозговой недостаточностью, обусловленной патологией как интра- и экстракраниальных сосудов, так и кардиальными нарушениями – ишемией миокарда и аритмией. В большинстве случаев сосудисто-мозговая недостаточность развивалась вследствие нарушения ритма сердца и окклюзионно-стенотического поражения экстракраниальных артерий, хирургическая коррекция которых позволяет снизить степень этой недостаточности.

Ключевые слова: хроническая сосудисто-мозговая недостаточность, каротидная эндартерэктомия, имплантация электрокардиостимулятора

Key words: chronic brain-vascular insufficiency, carotid intratherectomy, myocardium electro stimulator implantation

Хроническая сосудисто-мозговая недостаточность – особая форма сосудистой церебральной патологии, обусловленная медленно прогрессирующей диффузной недостаточностью кровоснабжения мозговой ткани, приводящая к прогрессирующему ухудшению функционирования головного мозга [7,8,10,12].

Медицинская и социальная значимость проблемы хронической ишемии мозга чрезвычайно высока в связи с устойчивой тенденцией к старению населения и повышению в популяции удельного веса лиц пожилого возраста.

Термин «хроническая сосудисто-мозговая недостаточность» введен в действующую в нашей стране МКБ-10 вместо используемого ранее термина «дисциркуляторная энцефалопатия». Разнообразные формы патологии сосудистой систе-

мы мозга, приводящие к хронической ишемии мозга, в МКБ рубрифицированы следующим образом: закупорка и стеноз прецеребральных и церебральных артерий, не приводящие к инфаркту мозга, другие цереброваскулярные болезни, атеросклеротическая энцефалопатия, гипертоническая энцефалопатия, ишемия церебральная хроническая генерализованная, последствия цереброваскулярных болезней [2,3,7].

Выделяют 4 степени сосудисто-мозговой недостаточности:

1-я степень – асимптомная;

2-я степень – проходящие нарушения мозгового кровообращения или транзиторные ишемические атаки длительностью не более суток;

3-я степень – хроническая мозговая недостаточность – дисциркуляторная энцефалопатия;

4-я степень – ишемический инсульт и его последствия. Нарушения кровообращения могут быть в различных сосудистых бассейнах мозга: каротидном и вертебральном [2,3,12,13].

В патогенезе хронической сосудисто-мозговой недостаточности имеют значение системные и локальные факторы, приводящие к нарушениям церебральной гемодинамики, наиболее неблагоприятное воздействие оказывает их сочетание.

Локальные факторы. Наиболее частая причина локального расстройства мозгового кровотока – атеросклеротическое стенозирование и окклюзия внутримозговых и экстракраниальных сосудов, выполняющих транспортную (магистральные артерии головы) и распределительную функцию (артерии, расположенные на поверхности мозга). Снижение притока крови при атеросклерозе магистральных артерий приводит к редукции (облитерация и фиброз) микрососудистого русла с гипоксией и каскадом патобиохимических расстройств, опосредованных ишемией [5,6,7,9].

Системные факторы. Нарушения системной гемодинамики могут быть вызваны патологией, приводящей к снижению насосной функции миокарда, повышению или снижению системного артериального давления, срыву ауторегуляции мозгового кровотока, нарушению коагуляционных и реологических свойств крови [1,4,11].

Установлена приоритетная роль кардиальных нарушений при гемодинамическом инсульте. В результате кардиологического обследования у 30–40% пациентов с гемодинамическим инсультом диагностирована разнообразная кардиальная патология. Стратификация кардиогенных причин гемодинамического инсульта показала, что наиболее частыми причинами являются безболевая ишемия миокарда и постоянная фибрилляция предсердий. Далее по частоте следуют синдром слабости синусового узла, пароксизмальная фибрилляция предсердий и острый инфаркт миокарда. Реже к гемодинамическим церебральным нарушениям приводят частая желудочковая экстрасистолия, атриовентрикулярная блокада II–III степени с паузами 2 с и более, фибрилляция желудочков и отказ электрокардиостимулятора. Все перечисленные сердечные нарушения способны самостоятельно оказывать влияние на АД, реализующееся периодически выраженным уменьшением минутного объема сердца [2,3,4]. Особо следует подчеркнуть, что

за церебральное гемодинамическое поражение в большинстве случаев ответственны транзиторные асимптомные кардиальные нарушения, определяемые исключительно холтеровским мониторингом. Роль сердечной патологии у больных с ишемическим инсультом не следует ограничивать только патогенетическим аспектом, влияние ее распространяется и на последующий постинсультный период. Декомпенсация кардиальных нарушений, включая ангинозные приступы, сердечную недостаточность и нарушения ритма сердца, возникающие как в острой стадии инсульта, так и в более поздний период, может отягощать и замедлять процесс реабилитации [15,16,18,19].

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В период с декабря 2002 г. по настоящее время проявления хронической сосудисто-мозговой недостаточности диагностированы у 1250 пациентов, поступавших в отделение сердечно-сосудистой хирургии ГКБ № 81. Из них мужчин – 874, женщин – 350. Средний возраст больных составил $68 \pm 8,4$ лет.

Алгоритм обследования включал: суточное холтеровское мониторирование ЭКГ, чрезпищеводное ЭхоКГ, ультразвуковое доплеровское сканирование брахиоцефальных артерий, транскраниальную доплерографию. Пациенты были консультированы кардиологом и неврологом.

Ишемическая болезнь сердца отмечалась у 1235 пациентов. У 970 пациентов диагностированы клинически значимые нарушения ритма с наличием синкопальных состояний в анамнезе. Данная группа больных характеризуется как симптомные пациенты, 845 из них нуждались в имплантации постоянного электрокардиостимулятора.

У 145 пациентов отмечались нарушения ритма без четкой временной связи между приступами нарушения перфузии крови головного мозга – асимптомные больные, 137 из них также была необходима имплантация электрокардиостимулятора (рис. 1).

Показанием для имплантации постоянного водителя ритма считались: наличие по данным холтеровского мониторирования брадиаритмии ниже 40 сокращений в минуту, постоянное либо преходящее нарушение синоатриальной и атриовентрикулярной проводимости с паузами асистолии свыше 2 с, синдром слабости синусового узла, постоянная или пароксизмальная мерцательная аритмия с паузами асистолии свыше 2 с, синкопальные состояния в анамнезе (табл. 1).

При комплексном обследовании, включая ультразвуковое дуплексное ангиосканирование, у 445 пациентов выявлено одно- или двустороннее стенотическое поражение сонных артерий, у 277 из них гемодинамически значимое ($\geq 70\%$). Из них симптомных (с транзиторной ишемической атакой или

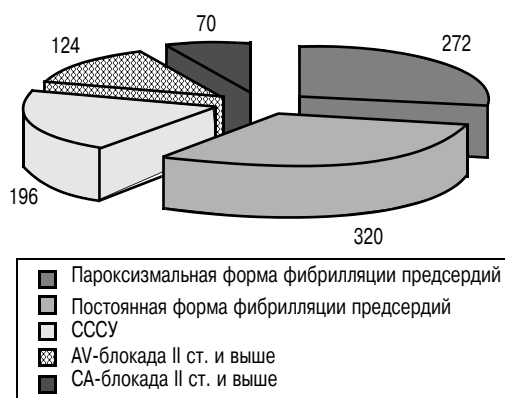


Рис. 1. Нарушения ритма сердца, при которых необходима имплантация электрокардиостимулятора. СССУ – синдром слабости синусового узла. AV-блокада – атриовентрикулярная блокада. СА-блокада – синоатриальная блокада.

ишемическим инсультом в анамнезе) 182 пациента и 95 асимптомных, 36 пациентов с билатеральным поражением. У 20 пациентов отмечалась гемодинамически значимая патологическая извитость внутренней сонной артерии, сопровождающаяся нарушением перфузии мозга, у 14 из них отмечались транзиторная ишемическая атака и ишемический инсульт на стороне поражения.

Показанием к каротидной эндартерэктомии считали симптомное или асимптомное сужение внутренней сонной артерии в устье более 70%. Показанием для резекции патологической извитости с редрессацией (выпрямление) внутренней сонной артерии считали гемодинамические нарушения в бассейне мозговых артерий на стороне поражения по данным транскраниальной доплерографии.

У большинства больных отмечались другие заболевания, в том числе окклюзионно-стенотическое поражение артерий нижних конечностей с хронической ишемией ПБ ст. и выше, которое в ряде случаев было причиной обращения в стационар. Распределение по сопутствующей патологии в табл. 2.

Таблица 1

Клиническая характеристика пациентов

Характеристика	Число больных	%
ИБС, стенокардия	1235	98,8
Асимптомное нарушение ритма сердца	145	11,6
Асимптомные пациенты, требовавшие имплантации ПЭКС	137	11
Симптомное нарушение ритма сердца	970	77,6
Симптомные пациенты, требовавшие имплантации ПЭКС	845	67,6
Инфаркт миокарда в анамнезе	425	34

Примечание. ПЭКС – постоянный электрокардиостимулятор.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Выполнено 313 операций каротидной эндартерэктомии у 277 больных (рис. 2).

36 пациентам с билатеральным поражением эндартерэктомия выполнялась поэтапно не ранее чем через 7 дней после первой операции, начиная со стороны, в бассейне которой отмечались симптомные нарушения; при отсутствии таковых, исходя из наибольшей степени стеноза внутренней сонной артерии с одной либо другой стороны. Резекция патологической извитости с редрессацией этой артерии выполнена в 20 случаях. У 8 пациентов интраоперационно диагностирована окклюзия внутренней сонной артерии, по поводу нее выполнена паллиативная операция резекции последней с пластикой общей и наружной сонных артерий.

Имплантация электрокардиостимулятора произведена 982 пациентам по поводу различных нарушений ритма, исходя из вышеизложенных критериев показаний к оперативному лечению, и составила 158 имплантаций в режиме AAI, 757 – в режиме VVI и 67 – в режиме DDR.

У 26 симптомных больных с нарушением ритма в послеоперационном периоде сохранялись клинические проявления нарушения перфузии головного мозга. У 20 пациентов отмечался гемодинамически значимый стеноз (более 70%) сонных артерий, у 2 – патологическая извитость внутренней сонной артерии. При этом у 18 пациентов отмечалась транзиторная ишемическая атака и ишемический инсульт на стороне поражения. Вторым этапом данным пациентам произведена каротидная эндартерэктомия и резекция патологической извитости с редрессацией внутренней сонной артерии соответственно. В группах асимптомных больных в ходе комплексного обследования выявлено 7 пациентов с

Таблица 2

Сопутствующая патология у больных

Патология	Число больных	%
Артериальная гипертония	1062	85
Хроническая обструктивная болезнь легких	356	28,5
Сахарный диабет	172	13,76
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в анамнезе	382	30,56
Ожирение II–III ст.	196	15,68
Хроническая почечная недостаточность	160	12,8
Сопутствующая хроническая ишемия нижних конечностей ПБ ст. и выше	328	26,24
Подключичный синдром обкрадывания	18	1,44

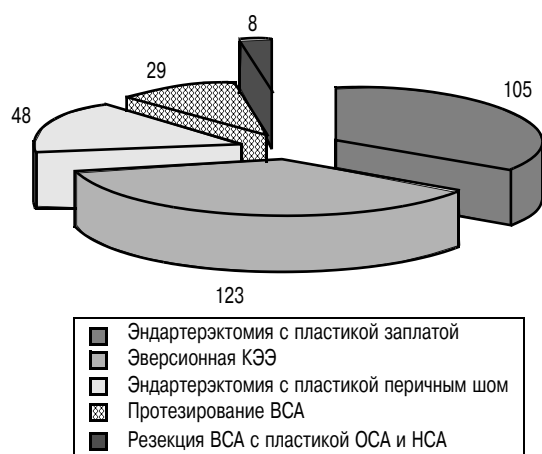


Рис. 2. Распределение каротидной эндартерэктомии (КЭЭ) по ее методикам. ОСА, НСА, ВСА – общая, наружная, внутренняя сонные артерии.

хронической сосудистой мозговой недостаточностью, требующей хирургической коррекции нарушения ритма и хирургического вмешательства на сонных артериях, при этом первым этапом выполнялась имплантация электрокардиостимулятора с целью предупреждения интраоперационной брадикардии, влекущей за собой нарушение гемодинамики и повышение риска ишемического инсульта в периоперационном периоде.

При выполнении вторым этапом операций на каротидном бассейне с целью предупреждения повреждения электрокардиостимулятора использовалась биполярная коагуляция при его работе в биполярном режиме, либо монополярная коагуляция при монополярной его работе соответственно.

В остальных тактических аспектах техника выполнения каротидной эндартерэктомии у данных больных не отличалась от общепринятой.

ВЫВОДЫ

Хроническая сосудисто-мозговая недостаточность возникает вследствие ряда причин, характерных для больных пожилого и старческого возраста. Установление причины данных проявлений затруднительно, сочетание же нескольких из них еще больше усугубляет состояние больных и усложняет диагностику. В связи с этим актуальность данной проблемы не утрачивает своего значения. Львиную долю причин хронической сосудисто-мозговой недостаточности составляют нарушения ритма сердца и окклюзионно-стенотическое поражение экстракраниальных артерий, хирургическая коррекция которых позволяет снизить степень сосудисто-мозговой недостаточности.

В алгоритм обследования, на наш взгляд, должны входить: холтеровское мониторирование ЭКГ, дуплексное ангиосканирование брахиоцефальных артерий, транскраниальная доплерография, чрезпищеводное Эхо-КГ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бендит Д., Римоул С., Ассо А. и др. Электрокардиостимуляция при синдроме каротидного синуса и вазовагальных обмороках. Новые перспективы в электрокардиостимуляции. СПб: Сильван; 1995. 31-45.
2. Бокерия Л.А., Гудкова Р.Г. Хирургия сердца и сосудов в РФ. М.; 1998.
3. Верещагин Н.В., Моргунов В.А., Гулевская Т.С. Патология головного мозга при атеросклерозе и артериальной гипертензии. М.: Медицина; 1997.
4. Гриффин Д. Показания к применению имплантируемых антиаритмических устройств: комментарии к сообщению Объединенной рабочей группы Американской Коллегии по Кардиологии и Американской Сердечной Ассоциации 1991 г. Новые перспективы в электрокардиостимуляции. СПб.: Сильван; 1995. 31-45.
5. Дунаев А.А. Тактика хирургического лечения больных с окклюзией одной и стенозом противоположной внутренней сонной артерии (клиника, диагностика, ближайшие результаты. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. 1999.
6. Лаврентьев А.В. Особенности клиники и церебральной гемодинамики при односторонней окклюзии внутренней сонной артерии в свете показаний к хирургическому лечению. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. 1991.
7. Одинак М.М. и др. Сосудистые заболевания головного мозга. СПб.: Гишпокрот; 1998.
8. Пирцхалаишвили З.К. Роль наружной сонной артерии в хирургической реваскуляризации головного мозга. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. 1991.
9. Спиридонов А.А., Грозовский Ю.Л., Куперберг Е.Б. Аспекты клинической классификации окклюдированных поражений ветвей дуги аорты. Грудная хирургия. 1997; 4 (88): 19-25.
10. Спиридонов А.А., Тутов Е.Г., Аракелян В.С., Морозов К.М., Лаврентьев А.В., Пирцхалаишвили З.К., Мелкумян А.Л. Влияние низкомолекулярного гепарина (фраксипарин-Ф) на систему свертывания крови при операциях на сонных артериях. 3-й съезд сердечно-сосудистых хирургов. М.; 1998.
11. Сметнев А.С., Гросу А.А., Шевченко Н.М. Диагностика и лечение нарушений ритма сердца. М.: Штиинца; 1990; 292-303.
12. Benditt D.G. et al. A Synopsis: Neurocardiogenic Syncope, An. International Symposium, 1996. PACE, 1996; 20: 851-860.
13. Dey A. et al. The impact of a dedicated «Syncope and Falls» clinic on pacing practice in Northeastern England. PACE 1997; 20: 815-817.
14. Grubb B.P. et al. Tilt table testing: concepts and limitation. PACE. 1997; 20: 781-787.
15. Kelly P.A. et al. Low dose disopiramide often fails to prevent neurogenic syncope during head-up tilt testing. PACE 1994; 17: 573-577.
16. Natale A. et al. Efficacy of different treatment strategies for neurocardiac syncope. PACE 1995; 18: 655-662.
17. Samoil D., Grubb B.P. Vasovagal syncope: Pathophysiology, diagnosis and therapeutic approach. Europ. J. Pacing Electrophysiology, 1992; 4: 234-241.
18. Slotwiner D.J. et al. Response of neurocardiac syncope to b-blocker therapy: Interaction between age and parasympathetic tone. PACE 1997; 20: 810-814.
19. Sutton R. et al. The economics of treating vasovagal syncope. PACE 1997; 20: 849-850.

Поступила 26.03.2007

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ ФОРМЫ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ У ГЕРИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

М.Д. Дибиров, Д.Г. Киртадзе, А.А. Дибиров, С.А. Терещенко, Ю.И. Рамазанова, С.Р. Соболева

Московский государственный медико-стоматологический университет

Представлен опыт хирургического лечения 1200 больных с ишемической формой синдрома диабетической стопы на почве окклюзии магистральных артерий, средний возраст – 76 лет. Реконструктивные операции на магистральных артериях удалось выполнить у 338 (28%) больных. Реконструктивные операции на аортоподвздошно-бедренном сегменте выполнены у 70 (21%), дистальная реконструкция – у 246 (73%), экстраанатомическая – у 22 (6%). При дистальной реконструкции у 94 пациентов использована аутовена *in situ*, у 82 – реверсированная аутовена и у 70 – протезы из политетрафторэтилена. Хороший результат отмечен у 235 (69%), удовлетворительный – у 57 (17%), ранний тромбоз – у 46 (14%), ампутация бедра выполнена у 36 (10,6%), умерли 5 (1,4%) пациентов. Реконструктивные операции при этой патологии позволяют сохранить опороспособную конечность или снизить уровень ампутации с бедра на голень и стопу у 86% больных, уменьшить число высоких ампутаций с 23 до 11% и летальность.

Ключевые слова: синдром диабетической стопы, хирургическое лечение, пожилые
Key words: «diabetic feet» syndrome, quality of life, aged

Лечение гнойно-некротических осложнений при диабетической ангиопатии представляет одну из сложных проблем хирургии. Средний показатель ампутаций на бедре при осложненном течении синдрома диабетической стопы составляет 25–30% [1,2].

Спасти конечность при окклюзии магистральной артерии и недостаточности магистрального кровотока можно путем восстановления или улучшения кровообращения в стопе, локализации воспалительно-некротического процесса, эффективной детоксикации [3,4].

Однако выполнение реконструктивной операции у больных пожилого и старческого воз-

раста сопряжено с большим риском из-за тяжести сопутствующей патологии, общего тяжелого состояния, резкого нарушения микроциркуляции, опасности развития сепсиса и полиорганной недостаточности, а также «многоэтажного» поражения артерий и плохих дистальных путей оттока.

Реконструктивные операции на артериях нижних конечностей у этой категории больных ранее считались малоэффективными или не показанными. Отсутствие единой хирургической тактики часто приводило либо к выполнению операций, превышающих компенсаторные возможности организма у пациентов пожилого и

старческого возраста, либо к минимальным хирургическим вмешательствам, не достаточным для достижения лечебного эффекта в каждом конкретном случае. Однако только консервативное лечение у этих больных не приносило хороших результатов. Только выполнение реконструктивных операций при критической ишемии приводит к спасению конечности или снижению уровня ампутаций и предотвращению тяжелой инвалидизации больных [5,6,7].

Целью настоящей работы является анализ 10-летнего опыта лечения ишемической формы синдрома диабетической стопы.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

За последние 10 лет в отделениях гнойной и чистой хирургии сосудов Госпиталя ветеранов войн № 1 Москвы находилось на лечении 1200 больных с ишемической формой диабетической стопы в возрасте 70–96 лет. Средний возраст составил 76 лет. Мужчин было 865 (72%), женщин – 335 (28%). У всех больных сахарный диабет типа 2. Средняя длительность диабета – 15 лет. По тяжести течения легкая форма была у 480 пациентов, среднетяжелая – у 503 и у 217 – тяжелая. У 92% больных имелись от 2 до 7 сопутствующих заболеваний, при этом ИБС выявлена у 82%, инфаркт миокарда в анамнезе – у 28%, гипертоническая болезнь – у 26%, язва и эрозии желудка – у 25%, нарушения мозгового кровотока – у 24% пациентов.

Для определения стадии ишемии, локализации и протяженности окклюзии, состояния путей оттока, нарушения микроциркуляции наряду с клиническими данными использовались специальные методы: ультразвуковая доплерография и ангиосканирование, ангиография, лазерная флоуметрия с помощью аппарата [ЛАКК]. У всех больных исследовали также степень эндотоксикоза (по количеству средних молекул, молочной и пировиноградной кислот в крови), состояние иммунного статуса (клеточного и гуморального).

Из 1200 больных выполнить реконструктивную операцию удалось у 338 (28%) больных: реконструктивные операции в аортоподвздошном сегменте – у 70 (21%) больных, дистальную реконструкцию – у 246 (73%), экстраанатомическую реконструкцию – у 22 (6%).

У 184 (55%) оперированных больных имелись трофические нарушения, т. е. IV стадия ишемии, у 96 (28%) – III и у 58 (17%) – IIБ стадия. Из 184 больных с влажной гангреной поступили 67, с сухой ограниченной гангреной пальцев – 56, с трофическими язвами – 47, воспалительно-некротическим процессом пальцев с переходом на стопу – 14 больных.

До операции в качестве предоперационной подготовки проводилась инсулинотерапия, мощная антибактериальная, детоксикационная, иммунокорригирующая терапия. Инфузионная терапия проводилась с учетом центральной гемодинамики и диуреза. При фракции выброса до 40–50% нормы суточное количество вводимых растворов не превышало 1000 мл, при 50–55% – 1000–1500 мл и >55% – 2000 мл и более.

При тяжелом эндотоксикозе наряду с форсированным диурезом для детоксикации применяли гемосорбцию или дискретный плазмаферез. Для оценки тяжести эндотоксикоза определяли в крови количество молекул средней массы, пировиноградной и молочной кислот.

У 122 больных с дистальной окклюзией и тяжелыми трофическими нарушениями антибиотиками и гемодилуантами вводились внутриаартериально пункционной катетеризацией бедренной артерии или катетеризацией глубокой артерии, окружающей подвздошную кость. В зависимости от тяжести состояния внутриаартериальное введение проводилось фракционно 3–4 раза в сутки или длительно с помощью микродозатора.

Параллельно проводилась терапия по нормализации функции дыхания, сердечной деятельности, функции печени, почек.

Предоперационная подготовка в зависимости от конкретного случая длилась в течение 10–13 сут. Большинство операций выполнено под эпидуральной анестезией, часть из них – под эндотрахеальным наркозом. Для доступа к аорте и подвздошным артериям применяли люботомию по Робу без пересечения мышц. Виды шунтирования представлены в таблице.

При аортобедренной и экстраанатомической реконструкции применялись протезы фирмы Gore – у 48, Vascutek – у 38, экокфлон – у 8 больных. При дистальной реконструкции протезы применены у 70 (28%), реверсированная аутовена – у 82 (33%) и аутовена в положении *in situ* у 94 (38%) больных.

Наш опыт показывает, что при экстраанатомической реконструктивной операции оптимальный диаметр протеза – 8 мм, а при бедренно-подколенной – не менее 6 мм. При использовании протезов меньшего диаметра в течение 6 мес после операции в большинстве случаев возникает тромбоз, несмотря на адекватную антикоагулянтную и дезагрегантную терапию.

Инфекционные осложнения ран были у 14 (4,1%) больных. Нагноение ран в паховой области было у 9, живота – 2, нижней трети бедра – 1, верхней трети голени – у 2 больных; поверхностное нагноение – у 8, глубокое с переходом на протез – у 6. В связи с угрозой аррозионного кровотечения при глубоком нагноении протез удален у 5 пациентов, у одного больного с глубоким нагноением и у всех 8 больных с поверхностным нагноением

Характер и результаты выполненных операций

Вид шунтирования	Результат				
	хороший	удовлетворительный	ранний тромбоз	ампутация бедра	летальный исход
1. Аортобедренное бифуркационное, n = 24	16	4	4	2	1
2. Подвздошно-бедренное, n = 46	34	5	7	5	2
3. Бедренно-проксимально-подколенное, n = 148	104	28	16	12	2
4. Бедренно-дистально-подколенное, n = 80	58	12	10	8	0
5. Бедренно-тибиальное, n = 18	8	4	6	6	0
6. Подключично-бедренное, n = 14	10	2	2	2	0
7. Бедренно-бедренное перекрестное, n = 8	5	2	1	1	0
Всего, n = 338, %	235 (69%)	57 (17%)	46 (14%)	36 (10,6%)	5 (1,4%)

раны удалось консервативными мерами очистить, они зажили вторичным натяжением.

Отдаленные результаты в течение 5 лет прослежены у 112 (33%) больных после операции. Кумулятивная проходимость шунтов при аортоподвздошно-бедренной реконструкции составила 76%, бедренно-проксимально-подколенном шунтировании протезом из политетрафторэтилена – 62%, реверсированной аутовеной – 64%, аутовеной in situ – 66%, при бедренно-дистально-подколенном шунтировании реверсированной аутовеной – 57%, аутовеной in situ – 62%, протезом из политетрафторэтилена – 52%. При бедренно-тибиальном и подключично-бедренном шунтировании в течение 5 лет у всех произошел тромбоз, но при этом, несмотря на тромбоз шунта, ампутация на бедре в течение 5 лет выполнена только у 8 (50%) из 16 пролеченных больных. Из остальных 96 больных в отдаленном периоде ампутация на бедре выполнена у 17 (18%), хорошими признаны результаты у 46 (48%), удовлетворительными у 33 (34%).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Наши наблюдения за 1200 геронтологическими больными с ишемической формой синдрома диабетической стопы показали, что, несмотря на возраст, сопутствующую патологию, тяжесть ишемии, реконструктивную операцию можно выполнить у 28–30% общего числа больных. Реконструктивные операции после тщательной предоперационной подготовки выполнены у 338 больных, критическая ишемия была у 280 (83%) из них. Ампутация на бедре в ближайшее время выполнена у 36 (11%) больных. Хорошие результаты получены у 69%, удовлетворительные – у 17%. Умерли после операций 5 (1,5%) больных. Причиной смерти у 3 пациентов был острый инфаркт миокарда, почечная недостаточность на фоне диабетической нефропатии – у двух.

Остальным 862 больным применяли различные методы комплексного лечения: антибакте-

риальная, внутривенная инфузионная терапия, внутриартериальные инфузии (86), местное лечение, поясничная симпатэктомия лапароскопическая или миниинвазивная (116), профундопластика (62), гемосорбция (56), плазмаферез (44), иммуностимуляция. Несмотря на комплексную терапию, из 368 больных с критической ишемией в ближайшее время ампутация выполнена у 84 (23%), умерли после ампутации 14 (7%) пациентов, причиной смерти у 10 из них был острый инфаркт миокарда, у 4 – полиорганная недостаточность.

ВЫВОДЫ

Таким образом, реконструктивные операции при ишемической форме синдрома диабетической стопы позволяют сохранить опороспособную конечность или снизить уровень ампутации с бедра на голень и стопу у 86% больных, уменьшить число высоких ампутаций с 23 до 11% и летальность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Газетов Б.М., Калинин А.П. Хирургические заболевания у больных сахарным диабетом. М.: Медицина; 1991; 256.
2. Дадвани С.А., Успенский Л.В., Лапчинский В.А. и др. Диагностика и лечение диабетической ангиопатии нижних конечностей. Хирургия 1994; 4.
3. Дедов И.И. Осложнения сахарного диабета (клиника, диагностика, лечение, профилактика). М.; 1995; 42.
4. Покровский А.В., Дан В.А., Чушин А.А. Синдром диабетической стопы. М.; 1998. 53-66.
5. Роверда Жан А. Хирургическое лечение инфицированной диабетической стопы. Ангиология и сосудистая хирургия. 2004; 1 (10): 116-121.
6. Чур Н.Н., Гришин И.Н., Козловский А.А., Кокшко Ю.И. Этиология, патогенез, классификация и хирургическое лечение синдрома диабетической стопы. Хирургия 2003; 4: 42-46.
7. Шор Н.А., Чумак Ю.Ф., Реука В.П., Жуков О.А. реваскуляризация нижних конечностей при ишемической форме диабетической стопы с гнойно-некротическими поражениями тканей. Ангиология и сосудистая хирургия. 2004; 10 (4): 85-89.

Поступила 26.04.2007

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

М.Д. Дибиров, Д.Г. Киртадзе, С.А. Терещенко, А.А. Дибиров,
Ю.И. Рамазанова, С.Р. Соболева

Московский государственный медико-стоматологический университет

Проведен анализ качества жизни после хирургического лечения 198 пожилых и старых пациентов с ишемической и нейроишемической формой диабетической стопы и сахарным диабетом типа 1 и 2. Качество жизни пациентов после сосудистых реконструктивных операций зависит от исходной стадии ишемии и сохранения проходимости шунтов. Ампутация бедра снижает качество жизни на 60% по сравнению с реконструктивной операцией. Снижение уровня ампутаций в результате этой операции повышает качество жизни.

Ключевые слова: диабетическая стопа, качество жизни, пожилой возраст

Key words: «diabetic feet» syndrome, quality of life, aged

Лечение больных с синдромом диабетической стопы представляет серьезную медико-социальную проблему и связано с большими экономическими затратами. Во всем мире, по данным ВОЗ, в настоящее время страдает сахарным диабетом 150 млн человек, и к 2020 г. эта цифра приблизится к 250 млн. Ежегодно у 3-5% больных диабет осложняется образованием гнойно-некротических участков на стопе (трофическая язва и гангрена), и у большинства из них выполняется ампутация конечности, 40–60% всех ампутаций на бедре связано с осложнением диабетической стопы.

Стоимость лечения и реабилитации после ампутации составляет от 30 до 60 тыс. долларов США. Кроме экономических затрат, больной с высокой ампутацией получает колоссальную психическую травму, которая почти всегда завершается развитием тяжелого астеноневротического синдрома. Невозможность ношения протеза из-за противопоказаний по сопутствующей

патологии, беспомощность, отсутствие свободы передвижения, одиночество, зависимость от родственников и окружающих, страх перед ампутацией оставшейся единственной конечности усугубляет астеноневротический синдром, и больные часто впадают в депрессию. Кроме того, ампутация вызывает в организме ряд изменений: снижение толерантности к физической нагрузке, нарушение центральной гемодинамики, сократительной способности миокарда, атрофию скелетных мышц [5] и развитие обменно-дегенеративных изменений в позвоночнике, суставах верхних и нижних конечностей.

В последнее время в зарубежной и отечественной литературе все чаще появляются данные по определению качества жизни при критической ишемии и после ампутаций. Составлены опросники: SF-36, CLAU-S, EURO-QOL, индекс качества жизни Ноттингемского профиля здоровья (NHP).

В 2001 г. в г. Казани было принято Российское соглашение ангиологов и сосудистых хирургов с вариантом опросника для определения качества жизни у больных с хронической ишемией нижних конечностей.

По данным R. Klevsgard, качество жизни пациентов после удачной реконструктивной операции значительно превышает таковое при критической ишемии и гораздо лучше, чем у пациентов с первичной ампутацией.

Качество жизни — это новый эффективный критерий оценки эффективности лечения, это интегральное значение физического, психологического, эмоционального и социального состояния пациента. По уровню качества жизни осуществляется выбор и коррекция различных методов лечения, реабилитации и оценка результатов лечения.

Цель исследования — повышение качества жизни больных пожилого и старческого возраста с синдромом диабетической стопы на почве дистальной окклюзии путем снижения уровня ампутации.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Работа основана на анализе результатов лечения 198 гериатрических больных с синдромом диабетической стопы в отделениях сосудистой и гнойной хирургии Госпиталя ветеранов войн № 1 Москвы за период с 1994 по 2004 гг. в возрасте от 61 до 87 лет.

Все больные были разделены на две группы, основную и контрольную, сопоставимые по полу, возрасту, стадии ишемии конечности и тяжести состояния. Больным основной группы, включавшей 125 пациентов, выполнена реконструктивная операция на магистральных артериях нижних конечностей. Контрольную группу составили 73 пациента, которым выполнили первичную ампутацию на бедре вследствие неэффективности проводимой консервативной терапии и у которых была невозможна реконструктивная операция.

У 155 мужчин (78,3%) имел место сахарный диабет типа 2, у 22 (11,1%) — диабет типа 1. Длительность заболевания у 12 (6,1%) пациентов составляла менее 5 лет, у 152 (76,8%) — до 10 лет и у 34 (17,2%) — до 15 лет и более.

Сахарный диабет средней степени тяжести наблюдался у 125 (63,1%) больных, тяжелой степени — у 73 (36,9%). У 143 (72,2%) пациентов к моменту поступления диабет находился в стадии

субкомпенсации, у 55 (27,8%) — в стадии декомпенсации.

Для определения стадии хронической ишемии нижних конечностей использовали классификацию Фонтена—Покровского. У всех больных была критическая ишемия нижних конечностей: у 27 (21,6%) — III, у 98 (78,4%) — IV стадия ишемии.

В контрольной группе III стадия отмечена у 9 (12,3%) пациентов и IV стадия — у 64 (87,3%).

Ишемическая форма диабетической стопы была у 108 пациентов (54,6%), нейроишемическая — у 90 (45,4%). У 134 (53,6%) пациентов имелось преимущественное поражение берцовых артерий, у 33 (13,2%) — подколенной артерии, у 83 (33,2%) — окклюзия поверхностной бедренной артерии. Сопутствующие заболевания (3 и более) были у 87,9% больных.

Для определения уровня поражения артерий и объективизации результатов лечебных мероприятий проводили общеклиническое обследование пациентов и использовали инструментальные методы исследования: ультразвуковую доплерографию с доплеровским анализатором «DP 2000 MEDILINK» (Франция), дуплексное сканирование на аппарате ультразвукограф «Hewlett Packard SONOS 100 CF» (США), рентгеноконтрастную ангиографию на аппарате TYP-100T/1 с ангиографической приставкой АОТ, чрескожную полярографию при помощи системы «TCM Oxygen Monitor» фирмы «Radiometr» (Дания).

Больным основной группы в зависимости от уровня и распространенности окклюзионного поражения у 117 (94%) выполнена реконструктивная операция на магистральных артериях и у 8 (6%) — профундопластика после эндартерэктомии из устья.

Шунтирование с применением протеза из политетрафторэтилена фирмы Gore выполнено у 62 (50%) больных, реверсированной аутовеной — у 35 (28%) и аутовеной в позиции *in situ* — у 31 (из них при бедренно-берцовом шунтировании у 22 из 23).

Результат лечения у каждого конкретного больного расценивали как хороший, удовлетворительный или без эффекта на основании 5-летнего наблюдения. Критерии оценки: исчезновение или сохранение боли в покое, величина дистанции безболевой ходьбы, уменьшение размера или полное заживление трофических язв стопы, спасение конечности, снижение уровня ампутации нижней конечности, изменение лодыжечно-плечевого индекса и парциального давления кислорода в тканях (pO_2).

Эффективность проведенного лечения оценивали также определением показателя качества жизни пациентов. Использовали нормированную вер-

сию опросника MOS SF-36v2, а также опросник Российского соглашения (2001 г.) для определения качества жизни больных с хронической ишемией нижних конечностей. Ответ оценивали в баллах от 0 до 100 по каждой шкале. Качество жизни считали хорошим при сумме баллов более 50, удовлетворительным – от 20 до 50 и неудовлетворительным – менее 20.

Результаты исследования обрабатывались на персональном компьютере IBM PC Pentium III ATX с использованием пакета программ StatSoft Statistica v.6.0, Excel 2003.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Проанализированы ближайшие и отдаленные результаты лечения пациентов основной и контрольной групп в течение 5 лет. Выживаемость в основной группе в ближайшем послеоперационном периоде составила 96% (120 пациентов), сохранение опороспособной конечности – 83,2% (104 пациента). Послеоперационная летальность составила 4% (5 пациентов). Причиной смерти у 3 пациентов был инфаркт миокарда, почечная недостаточность у двух.

Хорошие результаты получены у 65 (52%) пациентов, удовлетворительные – у 42 (34%), у 16 (13%) эффект от операции не отмечен (табл. 1).

Как следует из табл. 1, наибольшее число хороших и удовлетворительных исходов операции достигнуто после бедренно-проксимально-под-

коленного шунтирования – 66 и 31% соответственно, при этом в одном случае был ранний послеоперационный тромбоз.

Результаты бедренно-дистально-подколенного шунтирования несколько хуже – хорошие результаты отмечены в 47% случаев, удовлетворительные в 40% и без эффекта 13%.

В структуре ампутаций в группе с реконструктивными операциями преобладали малые ампутации. Выполнено 29 (23,2%) дистальных резекций стопы, 38 (30,4%) ампутаций пальцев стоп, 2 (1,6%) ампутации на уровне голени и 14 (11,2%) ампутаций на уровне бедра.

Все ампутации бедра и голени выполняли в связи с тромбозом шунтов. В 7 (43,8%) случаях из 16 ранний тромбоз развился при использовании реверсированной аутовены, что обусловлено травматизацией интимы вены во время гидрорепаковки.

При бедренно-берцовом шунтировании положительный эффект отмечен у 73% пациентов. Ранний тромбоз развился у 6 (26%).

При диффузном поражении артерий бедра и голени и невозможности обходного шунтирования у 8 больных под местной анестезией выполнена эндартерэктомия из устья глубокой артерии бедра с боковой заплатой. Улучшение отмечено у 6 из 8. Ампутация в ближайшее время выполнена 2 больным (24%).

Из 16 (13%) больных, у которых после операции достичь регресса ишемии не удалось, у 14 (11%) выполнена ампутация на уровне бедра.

К удовлетворительным результатам отнесены 18 случаев ампутации на голени, когда пациентам без операции угрожала ампутация на бедре. К хорошим результатам отнесены 12 ампутаций переднего отдела стопы и 26 ампутаций I–III пальцев стопы.

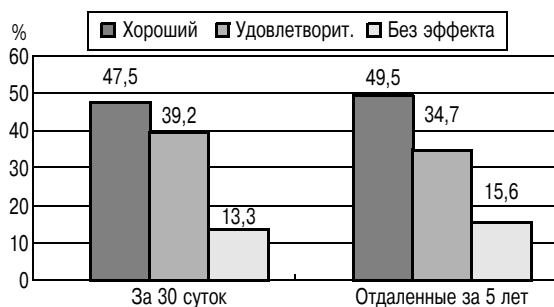
Летальность в контрольной группе после первичной ампутации бедра составила 21,9% (16 больных), выживаемость в ближайшем послеоперационном периоде – 78,1% (57 больных).

Проанализированы отдаленные результаты лечения пациентов основной и контрольной групп в течение 5 лет (рисунок). Общая выживаемость после сосудистых реконструктивных операций за 5-летний период составила 87,2% (109 пациентов), летальность – 12,8% (16 пациентов), сохранение конечности – у 73,6%

Таблица 1

Ближайшие результаты реконструктивных операций у больных основной группы

Вид операции	Результат			
	хороший	удовлетворительный	без эффекта	все-го, n
Бедренно-проксимально-подколенное шунтирование, n, %	27 (66)	13 (31)	1 (3)	41
Бедренно-дистально-подколенное шунтирование, n, %	25 (47)	21 (40)	7 (13)	53
Бедренно-берцовое шунтирование, n, %	10 (43)	7 (30)	6 (26)	23
Профундопластика, n, %	3 (38)	3 (38)	2 (24)	8
Всего	65 (52)	44 (35)	16 (13)	125



Ближайшие и отдаленные результаты реконструктивных операций.

(92 пациента). Общее количество высоких ампутаций составило 28 (22,4%) (14 в ближайшем периоде и 14 в отдаленном).

В отдаленном периоде наблюдения у 109 пациентов после реконструктивной операции увеличилось число хороших результатов до 49,5% (54 больных) при одновременном росте результатов «без эффекта» до 15,6% (17 больных), а также снижение удовлетворительных результатов до 34,7% (38 больных). Такая динамика показателей обусловлена нарастанием положительного эффекта реконструктивных операций благодаря ежегодным 2–3 курсам ангиотропной терапии в стационаре.

Выживаемость 5-летняя после первичной ампутации бедра у пациентов контрольной группы была ниже, чем в основной, в 2,4 раза и составила 35,6% (26 больных), летальность составила 64,4% (47 больных) и превышала таковую в основной группе в 5 раз.

Наилучшие показатели кумулятивной проходимости шунтов за 5-летний период достигнуты при бедренно-проксимально-подколенном шунтировании – 58,7% и при бедренно-дистально-подколенном – 52,3%. Наименьшая проходимость была при бедренно-берцовой реконструкции – 30,7%. Таким образом, чем ниже уровень наложения дистального анастомоза, тем хуже показатель проходимости шунтов вследствие прогрессирования диабетической микроангиопатии, повышения периферического сопротивления сосудистого русла и развития позднего тромбоза шунтов.

Наиболее хорошие результаты получены при аутовенозном шунтировании *in situ*, кумулятивная проходимость за 5-летний период составила 47,3%, что объясняется наиболее физиологич-

ными условиями для кровотока, а также сохранением полноценной трофики венозной стенки и отсутствием аутоиммунных реакций. Несколько ниже проходимость у реверсированных аутовенозных шунтов – 41,4% и у синтетических протезов – 36,4%.

Учитывая, что у пациентов пожилого и старческого возраста субъективная оценка самочувствия является ведущей и не всегда совпадает с объективными показателями, наряду с традиционными клиническими критериями оценки отдаленных результатов реконструктивных операций мы использовали показатель качества жизни. Анкетно-опросным методом обследовали 92 (73,6%) больных с сохраненными конечностями после сосудистых реконструктивных операций и 54 больных после высокой ампутации.

Постоянная боль в нижних конечностях, особенно боль в покое, значительное ограничение ходьбы, трофические язвы и гангрена пальцев стоп у больных существенно снижают физическую и социальную активность и способствуют формированию невроза. Показатели качества жизни больных до операции с III и IV стадией ишемии составили $14,4 \pm 2,9$ и $13,7 \pm 4,9$ баллов соответственно, расценены как неудовлетворительные.

Выполнение сосудистой реконструктивной операции уже в первые 30 сут приводит к исчезновению боли в покое, увеличению дистанции безболевой ходьбы, заживлению трофических язв. Показатель качества жизни в ближайшем послеоперационном периоде у пациентов с исходной III стадией ишемии расценен как хороший ($29,2 \pm 3,2$), а у пациентов с IV стадией – как удовлетворительный ($26,4 \pm 3,6$). Качество жизни пациентов повышалось в 1,3–2 раза по сравнению с исходным.

После высокой ампутации происходило временное повышение качества жизни до удовлетворительного ($21,1 \pm 5,3$): уменьшение изнурительного болевого синдрома, интоксикации, повышение аппетита, нормализация сна, что способствовало некоторому улучшению самочувствия больных.

Однако в дальнейшем у этих больных качество жизни снижалось до неудовлетворительного ($12,2 \pm 3,2$) вследствие ампутационно-болевого синдрома, формирования порочной культуры,

Качество жизни больных в отдаленном периоде после реконструктивной операции и первичной ампутации бедра

Показатель, баллы	Сохранение проходимости шунтов		Тромбоз шунтов		Первичная ампутация бедра
	III	IV	III	IV	
Общее ощущение здоровья	58,0 ± 2,7	54,2 ± 3,3	47,8 ± 3,6	44,1 ± 3,6	19,7 ± 2,4
Физическая активность	62,3 ± 2,2	60,2 ± 4,7	50,2 ± 4,7	48,2 ± 3,4	12,2 ± 2,6
Ролевое функционирование	57,0 ± 1,2	54,3 ± 3,2	46,6 ± 1,8	44,2 ± 3,1	14,3 ± 1,1
Эмоциональное функционирование	63,7 ± 4,2	61,3 ± 3,5	49,9 ± 2,2	47,8 ± 2,6	18,5 ± 3,2
Социальное функционирование	62,4 ± 1,3	60,8 ± 2,2	48,2 ± 4,3	46,6 ± 3,1	14,7 ± 2,4
Болевой фактор	63,6 ± 2,3	60,4 ± 3,8	49,1 ± 1,9	48,3 ± 3,7	17,6 ± 1,7
Жизнеспособность	56,5 ± 2,2	52,8 ± 2,4	46,1 ± 3,6	43,2 ± 2,8	20,3 ± 2,2
Психическое здоровье	58,3 ± 1,8	57,7 ± 3,6	47,6 ± 2,3	46,1 ± 1,1	21,7 ± 2,5
Физический компонент здоровья	49,44 ± 3,2	48,26 ± 3,8	40,04 ± 3,3	39,02 ± 4,2	22,26 ± 1,8
Психический компонент здоровья	61,12 ± 2,8	60,27 ± 2,4	50,18 ± 2,8	48,28 ± 3,6	30,83 ± 2,1
Показатель КЖ*	32,6 ± 2,2	30,5 ± 3,6	24,9 ± 1,6	23,7 ± 2,4	12,3 ± 3,2

Примечание: * – показатель КЖ (качества жизни) в табл. 2, 3 рассчитан по анкете Российского соглашения, остальные параметры – по SF-36v2 ($p < 0,05$).

слабой физической активности и депрессии (табл. 2). Кроме того, прогрессирование диабетической микроангиопатии и окклюзионного поражения магистральных артерий приводит к неспособности единственной нижней конечности выполнять опорную функцию, развитию критической ишемии и гнойно-некротических поражений оставшейся конечности и угрозе ее потери, что в значительной степени снижает качество жизни пациентов.

Сохранение опороспособной конечности и проходимости шунтов в отдаленном периоде после реконструктивной операции способствовало дальнейшему улучшению качества жизни. Качество жизни пациентов с проходимыми шунтами оценено как хорошее, его показатель при исходной III стадии ишемии составил $32,6 \pm 2,2$ балла, при исходной IV стадии – $30,5 \pm 3,6$.

Отмечено влияние исходной стадии ишемии нижних конечностей на результаты реконструктивных операций и качество жизни. Его показатель у пациентов с исходной III стадией в ближайшем и отдаленном периоде наблюдения на 10% выше, чем у пациентов с исходной IV стадией.

Снижение уровня ампутаций в результате реконструктивных операций также способствовало улучшению качества жизни в сравнении с показателями после ампутации бедра (табл. 3).

Качество жизни больных после ампутации голени расценено как удовлетворительное ($18,9 \pm 3,1$ балла). Оно ниже, чем после успешных реконструктивных операций, на 40%, но в то же время выше, чем после ампутаций бедра, что обусловлено меньшей операционной

Таблица 3

Качество жизни больных в отдаленном периоде после ампутации на уровне голени и стопы

Показатель, баллы	Ампутация голени	Резекция стопы	Ампутация пальцев
Общее ощущение здоровья	32,8 ± 1,7	46,3 ± 3,4	55,2 ± 2,3
Физическая активность	39,1 ± 3,6	51,6 ± 2,8	60,1 ± 4,3
Ролевое функционирование	33,6 ± 2,8	46,1 ± 3,3	53,3 ± 1,2
Эмоциональное функционирование	37,8 ± 1,5	50,9 ± 4,5	61,5 ± 1,6
Социальное функционирование	37,6 ± 3,2	51,3 ± 3,1	61,7 ± 4,2
Болевой фактор	36,2 ± 3,1	49,8 ± 2,9	59,8 ± 2,7
Жизнеспособность	32,7 ± 2,4	45,6 ± 3,7	51,6 ± 3,1
Психическое здоровье	35,6 ± 3,2	51,1 ± 2,6	55,9 ± 3,6
Физический компонент здоровья	31,12 ± 2,9	41,13 ± 3,1	48,21 ± 2,7
Психический компонент здоровья	38,16 ± 3,4	51,23 ± 2,3	60,14 ± 2,2
Показатель КЖ	18,9 ± 3,1	26,1 ± 2,3	30,1 ± 1,2

травмой, более коротким периодом послеоперационной реабилитации и более быстрой физической и психической адаптацией пациентов. Однако качество жизни пациентов после ампутации голени ниже, чем у больных с тромбированными шунтами, но с сохраненной конечностью.

Снижение уровня ампутации до резекции стопы и ампутации пальцев не ухудшает качества жизни. Показатель его после дистальной резекции стопы находится у нижнего предела хороших значений — $26,1 \pm 2,3$ балла, а параметры по всем шкалам ниже, чем у пациентов с полностью сохраненной конечностью и проходными шунтами, на 15%. Качество жизни после ампутации пальцев также расценено как хорошее, его показатель составляет $30,1 \pm 1,2$ балла, что практически не отличается от значений в группе больных с сохраненной проходностью шунтов. Сохранение опороспособной культи стопы способствовало быстрой послеоперационной реабилитации, не ограничивало физическую активность и не оказывало депрессивного воздействия на психоэмоциональную сферу пациентов.

ВЫВОДЫ

1. Выполнение сосудистых реконструктивных операций у пожилых больных с диабетической ангиопатией позволяет значительно снизить послеоперационную летальность и повысить выживаемость по сравнению с таковыми у пациентов после первичной ампутации бедра. Послеоперационная летальность составила 4%, 5-летняя выживаемость — 87,2%, у пациентов с первичной ампутацией 21,9 и 35,6% соответственно.

2. Выполнение артериальных реконструктивных операций у гериатрических больных с диабетической ангиопатией и критической ишемией позволяет сохранить конечности у 83,2% пациентов и снизить уровень ампутаций. Выполнено 23,2% дистальной резекции стопы, 30,4% ампутации пальцев стоп, 1,6% ампутации на уровне голени и 11,2% ампутации на уровне бедра.

3. Качество жизни больных после сосудистых реконструктивных операций зависит от исходной стадии ишемии и сохранения проходности шунтов. В отдаленном периоде показатель качества жизни пациентов с сохраненной проходностью шунтов составил $32,6 \pm 2,2$ балла при исходной III стадии ишемии, $30,5 \pm 3,6$ балла — при исходной IV стадии, с тромбозом шунтов — соответственно $24,9 \pm 1,6$ и $23,7 \pm 2,4$ балла ($M \pm m$).

4. Ампутация бедра снижает качество жизни на 60% по сравнению с реконструктивной операцией. Показатель качества жизни составил соответственно $12,2 \pm 3,2$ и $18,9 \pm 3,1$ балла.

5. Снижение уровня ампутации у пациентов с диабетической ангиопатией и критической ишемией в результате реконструктивных операций улучшает качество жизни. Ампутация голени снижает качество жизни на 40% по сравнению с таковой у пациентов с сохраненными конечностями, дистальная резекция стопы — на 15%. Ампутация пальцев не ухудшает качества жизни. Показатель качества жизни после ампутации голени составил $18,9 \pm 3,1$ балла, после дистальной резекции стопы — $26,1 \pm 2,3$, после ампутации пальцев — $30,1 \pm 1,2$ балла.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абламасов К.Г., Бузиашвили Ю.И., Морозов К.М., Папоян С.А. Качество жизни больных с хронической ишемией нижних конечностей. *Ангиология и сосудистая хирургия* 2004; 10 (2): 8-13.
2. Белов Ю.В., Караева А.А. Качество жизни пациентов после хирургического лечения аневризм восходящей аорты. *Хирургия* 2005; 5: 4-8.
3. Мартемьянов С.В., Уваров Е.А., Сафонова О.В. Оценка качества жизни больных в отдаленном периоде после реконструктивных операций на артериях нижних конечностей. *Ангиология и сосудистая хирургия* 2004; 10 (2): 129-135.
4. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. СПб: Элби. 1999; 140.
5. Степанов Н.Г. Качество жизни пациента и ее продолжительность после ампутации. *Ангиология и сосудистая хирургия* 2004; 10 (4): 13-16.

Поступила 26.03.2007

ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

И.И. Затевахин, В.Н. Шиповский, Е.А. Пилипосян, К.Б. Маров

Российский государственный медицинский университет, ГКБ № 57

Пожилый возраст является одним из факторов риска тромбоза вен нижних конечностей (P. Hansson, 1997). Частота его у мужчин составляет: в возрасте до 50 лет – 0,5%; 54 года – 0,9%; 60 лет – 1,3%; 67 лет – 2%; 75 лет – 4,5%; и свыше 80 лет – 3,8% [1]. Наиболее жизнеугрожающие осложнения возникают при илюфemorальном тромбозе и флотирующей проксимальной части тромба, особенно при распространении последнего на нижнюю полую вену, приводящие к тромбоэмболии ветвей легочной артерии, тромбозу почечных вен с развитием почечной недостаточности и синдрому нижней полой вены. Одним из самых эффективных и относительно безопасных хирургических способов профилактики массивной тромбоэмболии легочной артерии продолжает оставаться временная или постоянная имплантация кава-фильтров в инфраренальный сегмент нижней полой вены.

Ключевые слова: эндоваскулярное лечение, венозный тромбоз, пожилой возраст

Key words: endovascularis treatment, venous, trombosis, aged

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В ГКБ № 57 с января 2000 г. по декабрь 2005 г. по поводу илюфemorального тромбоза ангиографически были обследованы 458 пациентов. Из них – 158 (34,9%) пожилого и старческого возраста от 70 до 89 лет (средний возраст – 83,6 года). Мужчин было 72 (45,6%), женщин – 86 (54,4%).

При поступлении всем больным выполнялось ультразвуковое доплерографическое исследование венозного кровотока, ретроградные илюкаваграфия, бедренная флебография и нижняя каваграфия. С начала пребывания в стационаре и в постимплантационном периоде всем больным проводилась антикоагулянтная терапия гепарином в дозе 5000 ЕД 6 раз в сутки, а в последующем непрямыми антикоагулянтами в стандартной дозе.

По исходному уровню проксимальной локализации флотирующей части тромба и наличия или отсутствия признаков тромбоэмболии легочной артерии больные с флотирующим илюфemorальным тромбозом были подразделены на 5 групп (табл. 1).

У 150 (94,9%) больных тяжесть состояния и риск хирургического вмешательства увеличивались вследствие тяжелой сопутствующей патологии (табл. 2).

Пациентам 1-й группы (21 больной) (средний возраст – 66 лет) в качестве профилактики тромбоэмболии выполнено лигирование устья поверхностной бедренной вены. Обязательным условием была ангиографическая верификация проходимости глубокой вены бедра.

Пациентам 2-й группы (62 пациента) (средний возраст – 68,1 года) в качестве профилактики

Таблица 1

Локализация флотирующего или феморального тромбоза у больных с сопутствующей тромбоэмболией легочной артерии

№ гр.	Локализация	ТЭЛА	n	%
1	Общая бедренная вена	1	21	13,3
2	Наружная подвздошная вена	6	62	39,2
3	Общая подвздошная вена	6	47	29,7
4	Нижняя полая вена (инфраренальный сегмент)	6	28	17,7
5	Нижняя полая вена (интра- и супраренальный сегменты)	—	8	5,0

Таблица 2

Сопутствующие болезни

Болезнь	n	%
ИБС	97	64,6
Артериальная гипертензия	72	48,0
Постинфарктный коронарокардиосклероз	7	4,6
Онкологические заболевания	14	9,3
Аритмии	9	6,0
Нарушение мозгового кровообращения в анамнезе	7	4,6
Язвенная болезнь желудка	5	3,3
Облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей	7	4,6

тромбоэмболии 55 больным установлен кава-фильтр в стандартную позицию, а 7 пациентам выполнено лигирование устья наружной подвздошной вены под местной анестезией из забрюшинного доступа.

Всем пациентам 3-й и 4-й групп (75 пациента) (средний возраст – 65,1 года) в качестве профилактики тромбоэмболии легочной артерии также имплантирован кава-фильтр в стандартную позицию.

Самой неблагоприятной ситуацией в клиническом плане была 5-я группа (8 пациентов) с распространением гигантского флотирующего тромба до устья почечных вен. С одной стороны, эти пациенты представляют группу с большим риском массивной тромбоэмболии из-за большого размера тромба, с другой, – в этой ситуации невозможна установка кава-фильтра в инфраренальный сегмент нижней полой вены, так как тромботические массы распространяются на зону фиксации фильтра к стенке нижней полой вены. Традиционная же «открытая» тромбэктомия представляет у этих пациентов вмешательство чрезвычайно высокого риска.

Из этой группы 7 пациентам (средний возраст – 76,9 года) в качестве первого этапа выполнена катетерная тромбэкстракция из нижней полой вены по Пономарю. Двум остальным пациентам в первую очередь произведена реолитическая тромбэктомия.

В обеих группах эндоваскулярное вмешательство с целью профилактики массивной тромбоэмболии непосредственно заканчивалось имплантацией кава-фильтра в нижнюю полую вену тотчас ниже нижележащей почечной вены. Имплантированы кава-фильтры следующих модификаций: «TrapEasy», J&J, Cordis, USA; «Tulip», W. Cook, Denmark; «Песочные часы» и «Зонт», Комед, Россия. Используемые доступы – чрезкожные яремный или подключичный.

Катетерная тромбэкстракция из нижней полой вены по Пономарю. Под местной анестезией через продольное флеботомическое отверстие правой (только правой!) внутренней яремной вены вводится тромбэкстрактор ТРЭКС в закрытом состоянии. Над проксимальной флотирующей верхушкой тромба открывается капюшон тромбэкстрактора и «накрывает» верхушку тромба. Петля затягивается и «срезанная» часть тромба оказывается в капюшоне. Тромбэкстрактор с тромбом удаляется через флеботомическое отверстие. У всех больных в этой группе удалены значительные (от 3 до 10 см) тромботические массы из нижней полой вены, что позволило одновременно из этого же доступа имплантировать им кава-фильтр. У одного пациента при удалении и у другого при введении тромбэкстрактора произошла миграция фрагментов тромба в легочные артерии, верифицированная непосредственно ангиографически. Диагностированная тромбоэмболия ветвей легочной артерии, однако, не повлекла за собой ни значимого клинического ухудшения состояния, ни летального исхода. Операции также были закончены установкой кава-фильтров.

Реолитическая тромбэктомия выполнялась с помощью комплекса Jet 9000/Angiojet (Possis Medical Inc., USA). Он состоит из 3 основных частей – мобильного блока, специальной помпы и катетера, вводимого чрескожно в тромботические массы. Через тонкие каналы катетера с скоростью 50–60 мл/мин. подается гепаринизированный физиологический раствор, давление при этом на выходе из катетера достигает 2500 Па (170 атм.). В системе используется гидродинамический принцип разрушения и удаления тромбов. Вокруг катетера в соответствии с законом Бернулли возникают зоны разряжения, что обеспечивает деструкцию тромботических масс и эвакуацию их из просвета сосуда через параллельные каналы в экстракорпоральную градуированную ёмкость.

В нашей практике у обоих пациентов с гигантским флотирующим тромбом в нижней полой вене отмечено успешное разрушение тромба и удаление через катетер в экстракорпоральный блок. После тромбэктомии у этих 2 пациентов также был установлен кава-фильтр.

Клинический случай. Больная Б., 81 года. находилась в ГКБ № 57 г. Москвы с 02.12.05 г. по 17.12.05 г. с диагнозом: ИБС, мерцательная аритмия. Облитерирующий атеросклероз нижних конечностей, окклюзия бедренно-подколенного сегмента с обеих сторон, ишемия ИБ ст.

Боль в левой нижней конечности возникла за неделю до поступления в клинику, отёк — в течение последних 3 дней.

При поступлении состояние больной средней тяжести, АД 110/80 мм. рт. ст., пульс аритмичный, 86 уд/мин.

Локально: левая нижняя конечность цианотична, активные движения и поверхностная чувствительность отсутствуют, пассивные движения сохранены. Отёк голени и бедра, разница параметров в верхней трети бедра по сравнению с контралатеральной конечностью + 7см. Выполнено ультразвуковое дуплексное сканирование слева: тромбоз глубоких вен голени, подколенной вены, глубо-



Рис. 1. Ретроградная нижняя каваграмма до реолитической тромбэктомии.



Рис. 2. Контрольная нижняя каваграмма после первого 5-секундного цикла работы катетера.

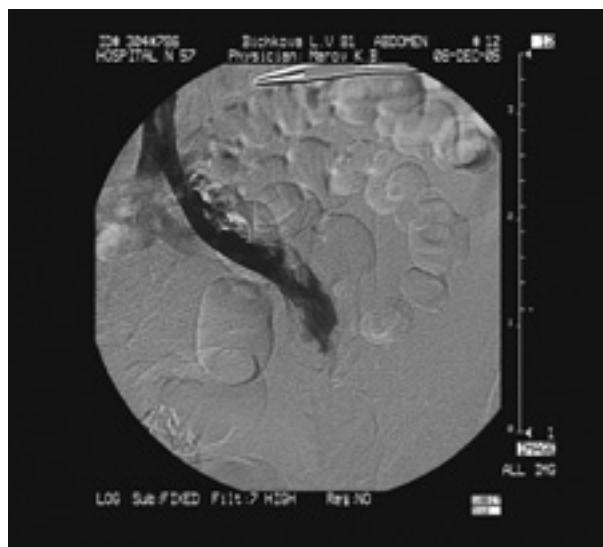


Рис. 3. Контрольная ретроградная илюокаваграмма слева после реолитической тромбэктомии.

кой бедренной вены, поверхностной бедренной вены, общей бедренной вены, наружной подвздошной вены и общей подвздошной вены. Флотация тромба 2×1,5 см. в нижней полой вене из левой общей подвздошной вены. Произведена ретроградная илюокаваграфия, при которой выявлен гигантский флотирующий тромб инфраренального сегмента нижней полой вены, исходящий из левой наружной подвздошной вены, длина флотирующей части тромба 26 см (рис. 1).

Учитывая большую длину флотирующей части тромба, тяжёлое состояние больной, от тромбэктомии по методике Пономаря было решено отказаться. Способом тромбэктомии был выбран более щадящий метод реолитической катетерной тромбэктомии из нижней полой вены и левой наружной подвздошной вены с использованием комплекса «Jet 9000 Rheolytic System». Больная оперирована в экстренном порядке.

Под местной анестезией произведена замена подключичного катетера слева на интродьюсер 6F, через который в супраренальном сегменте нижней полой вены была раскрыта корзина на металлической струне временного кава-фильтра «Gunter» (диаметр 23 мм). Через этот же интродьюсер в область краниальной части флотирующего тромба установлена дистальная рабочая часть катетера XPD+120 комплекса «Jet 9000 Rheolytic System». Продолжительность первого цикла работы — 10 с. При контрольной каваграфии: верхушка тромба на протяжении 3 см удалена (рис. 2), эмболии временного кава-фильтра не отмечено.

Далее произведено 4 рабочих цикла с продвижением катетера XPD +120 в левую общую подвздошную вену. Общий суммарный объем рабочих циклов составил 600 мл. Цвет жидкости тёмно-венозный, характер неомогенный, со взвесью разрушенных тромбов. При повторном контрольном ангиографическом исследовании инфраренальный сегмент полностью свободен от тромботических масс. Общая подвздошная вена реканализована на 50%, эмболов во временном кава-фильтре нет (рис. 3).

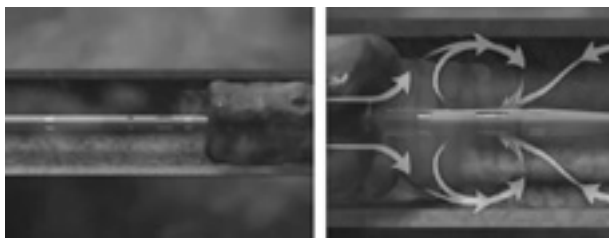


Рис. 4. Принцип работы катетера.

Съёмный временный кава-фильтр «Gunter» удалён (рис. 4). В ближайшем постимплантационном периоде признаков тромбоэмболии ветвей легочной артерии не наблюдалось. Жалоб больная не предъявляла, показатели гемодинамики во время операции и в дальнейшем оставались стабильными. К концу второй недели на фоне антикоагулянтной терапии отёк левой нижней конечности значительно уменьшился. Больная выписана в удовлетворительном состоянии.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Оценены непосредственные результаты во время пребывания пациентов в стационаре у всех больных. При этом как клинические признаки тромбоэмболии, так и местные проявления илюофemorального тромбоза отсутствовали. Госпитальная летальность – 0%.

Отдалённые результаты эндоваскулярного лечения (от 6 мес до 5 лет) проанализированы у 109 (68,9 %) пациентов. В качестве критериев оценки были использованы клинический и гемодинамический результат.

У 82 больных не отмечалось признаков повторной тромбоэмболии, рецидива флотирующего тромбоза нижней поллой вены, эмболии в кава-фильтр с признаками синдрома нижней поллой вены, тромбоза почечных вен с почечной недостаточностью, но оставались жалобы на периодически возникающую боль в поясничной области и явления венозной недостаточности нижних конечностей, что можно считать удовлетворительным результатом.

У 12 больных выявлены выраженные клинические признаки синдрома нижней поллой вены. 21 пациент погиб из-за осложнений основного заболевания (рак легкого, лимфогранулематоз, осложнения инфаркта миокарда, двусторонняя пневмония, декомпенсация печёночно-клеточной недостаточности и др.). Признаков массив-

ной тромбоэмболии ветвей легочной артерии у них не было.

Традиционная тромбэктомия из нижней поллой вены, требующая интубационного наркоза и травматичного доступа, часто сопровождается большой кровопотерей и высокой летальностью, особенно у пациентов с выраженной сопутствующей патологией. Новые технологии в эндоваскулярной хирургии предоставляют возможность на сегодняшний день отказаться от «открытой» операции в пользу одной из двух эндоваскулярных процедур. Первая альтернатива – катетерная тромбэктомия по Пономарю. Вторая – релитическая тромбэктомия. И в первом, и во втором случае эндоваскулярная тромбэктомия из нижней поллой вены заканчивается имплантацией кава-фильтра в классическую позицию – под нижележащей почечной веной.

Основным показанием к катетерной тромбэкстракции по Пономарю была большая протяженность флотирующего тромба, которая создаёт невозможность имплантации кава-фильтра в инфраренальный отдел нижней поллой вены.

ВЫВОДЫ

Анализируя полученные данные, мы не отметили ни одного случая рецидива массивной тромбоэмболии ветвей легочной артерии, что показывает высокую эффективность имплантации кава-фильтра как метода ее профилактики у больных пожилого и старческого возраста с тяжёлыми сопутствующими заболеваниями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Затевахин И.И., Шиповский В.Н., Золкин В.Н. с соавт. Катетерная тромбэктомия в лечении инфраренальных тромбозов нижней поллой вены. *Ангиология и сосудистая хирургия*. 1998; 1: 61-71.
2. Покровский А.В. *Клиническая ангиология*. М.: Медицина. 2004. 808.
3. Савельев В.С., Яблоков Е.Г., Прокубовский В.И. и др. Эндоваскулярная тромбэктомия из нижней поллой вены. *Ангиология и сосудистая хирургия*. 1998; 1: 61-71;
4. Савельев В.С. *Флебология*. М.: Медицина; 2001. 64.
5. Department of Medicine, Division of Hematology, Johns Hopkins University School of Medicine, Ross Research Building.

Поступила 12.04.2007

ХИРУРГИЯ АНЕВРИЗМЫ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ПРИМЕНЕНИЕМ МИНИИНВАЗИВНОЙ ТЕХНОЛОГИИ

Ф.Ф. Хамитов, Н.В. Верткина, Д.А. Лисицкий, К.В. Чельдиев

ГКБ № 81, Москва

В работе представлен первый опыт резекции аневризм брюшного отдела аорты из минилапаротомного доступа у 108 пациентов пожилого возраста (средний возраст $73,5 \pm 5,7$ года) с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Были оперированы пациенты преимущественно с аневризмой среднего и большого размера – 64%, больные с малой аневризмой аорты имели окклюзионно-стенотическое поражение подвздошного сегмента с хронической ишемией нижних конечностей ПБ–Шст. Описана разработанная авторами методика и техника выполнения резекций аневризмы брюшного отдела аорты с применением оригинального «Миниассистента» и набора специального сосудистого инструментария. У 10 (13,8%) пациентов наряду с резекцией аневризмы аорты выполнены симультанные операции. Показано преимущество применения миниинвазивной технологии при оперативном вмешательстве и в послеоперационном периоде. Успешный результат достигнут в 97,3% наблюдений.

Ключевые слова: минилапаротомия, брюшная аорта, аневризма аорты

Key words: minilaparotomy, abdominal aortic, aortic aneurysm

Реконструктивная хирургия аневризмы брюшного отдела аорты остается одним из сложных и драматичных разделов современной сердечно-сосудистой хирургии, несмотря на более чем полувековую историю. На современном этапе она перестала быть предметом дискуссий в отношении техники реконструкции аорты, а повышение клинической эффективности операции достигается преимущественно накоплением хирургического опыта.

К основным нерешенным проблемам, по данным литературы, можно отнести высокий риск операции, связанный с большой хирургической травмой и нарушением гомеостаза на фоне тя-

желых сопутствующих заболеваний у больных, как правило, пожилого возраста [1,2,25]. Это заставляет исследователей создавать наименее травматичные методики, как, например, эндопротезирование аорты [3-4,24,26]. Несмотря на значительные успехи рентгеноэндоваскулярной хирургии, в отношении аневризм аорты золотым стандартом, по крайней мере в «технических» результатах, все же остается открытая резекция аневризмы с аллопротезированием [5].

Среди последних наиболее распространены различные варианты забрюшинного подхода к брюшной аорте [6-10], эндоскопическая ассистенция открытой операции из небольшого кож-

Таблица 1

Сопутствующая патология у больных

Патология	Число больных	Больные с АБА, %
ИБС, стенокардия	88	81,5
Нарушения ритма сердца	38	35,2
Инфаркт миокарда в анамнезе	69	63,9
Артериальная гипертония	103	95,4
Снижение функции легких	82	75,9
Сахарный диабет	17	15,7
Предшествующие лапаротомии	13	12
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в анамнезе	26	24,1
Ожирение II–III ст.	20	18,5
Хроническая почечная недостаточность	15	13,9
Инсульт в анамнезе	12	11,1

Примечание. АБА в табл. 1–3 – аневризма брюшной аорты.

Таблица 2

Облитерирующие поражения артерий у больных

Локализация	Число больных	Больные с АБА, %
Стеноз* сонных артерий	54	50
Окклюзия одного сегмента левой подключичной артерии	4	3,7
Окклюзия брахиоцефального ствола	3	2,8
Стеноз* и окклюзия подвздошных артерий с одной стороны	19	17,6
Стеноз* и окклюзия подвздошных артерий с обеих сторон	44	40,7
Окклюзия бедренно-подколенных сегментов	62	57,4

Примечание: * – включен стеноз 60% просвета и более.

ного разреза [11-18] и непосредственно минилапаротомия [19-23], техника которой достаточно полно разработана отечественными хирургами [2,7].

Наиболее ранние публикации по минилапаротомному доступу относятся к 1999–2000 гг., а представленный опыт, ограниченный по совокупным данным несколькими десятками успешных операций, требует дальнейших исследований.

Коротко резюмируя описанные в литературе выводы, можно сказать, что из минилапаротомного разреза длиной 6–10 см можно довольно уверенно манипулировать на всем инфраренальном отделе брюшной аорты без эндоскопической техники. При этом нет необходимости изменять методику реконструкции самой аорты, эффективность которой уже проверена временем.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

С ноября 2002 г. по октябрь 2006 г. в отделении сердечно-сосудистой хирургии проведено хирургическое лечение аневризмы инфраренального отдела брюшной аорты с применением миниинвазивной техники у 108 пациентов в возрасте от 67 до 79 лет (средний возраст $73,2 \pm 5,7$). В 3 (4%) наблюдениях потребовалось расширение мини-доступа до верхней срединной лапаротомии.

Исследуемый контингент больных отличался значительной отягощенностью сопутствующей патологией, что, вероятно, связано с высоким средним возрастом пациентов (табл. 1).

Астенический тип телосложения имели 16 (15%) пациентов, нормостенический – 68 (63%), гиперстенический – 24 (22%).

У всех пациентов аневризма имела инфраренальную локализацию и атеросклеротическую при-

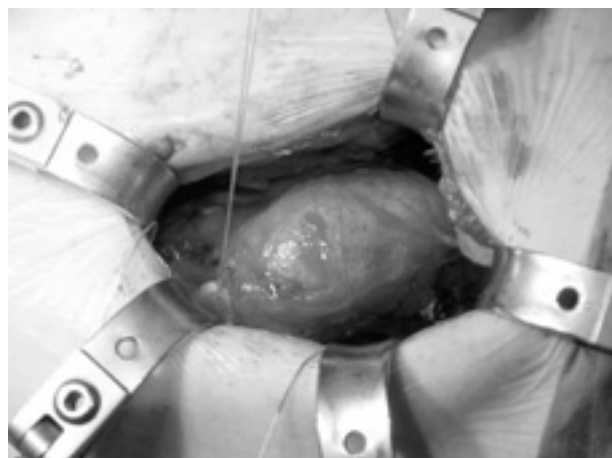


Рис. 1. Визуализация инфраренального отдела брюшной аорты из мини-доступа.

роду. Малая аневризма аорты была у 38 (35,2%), средней величины – у 60 (55,6%) и большая – у 10 (9,2%) пациентов.

У 74 (68,5%) пациентов аневризма сочеталась с окклюзионно-стенотическим поражением других артериальных бассейнов и, прежде всего, брахиоцефальных ветвей и артерий нижних конечностей (табл. 2).

В рассматриваемый период времени нами разработан лапаротомный доступ, аналогичный уже успешно применяемому в нашей клинике при синдроме Лериша. Суть метода заключается в срединной минилапаротомии, не превышающей по длине 7 см (как правило, 6 см), и разведении краев раны и петель кишечника с помощью разработанного нами набора для миниинвазивных сосудистых операций (регистрационный № 2005119768).



Рис. 2. Вскрытие просвета аорты.

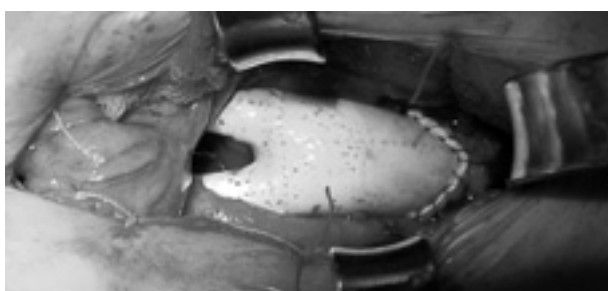


Рис. 3. Внутримешочное протезирование аорты бифуркационным протезом.

После рассечения заднего листка брюшины и, при необходимости, применения подпоясничного валика хорошо визуализируется весь инфраренальный сегмент аорты и ее бифуркация (рис. 1).

После вскрытия аневризмы (рис. 2) и удаления тромботических масс выполняется внутримешочное протезирование аорты линейным или бифуркационным протезом (рис. 3, табл. 3).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В 4 (3,7%) наблюдениях интраоперационная ситуация потребовала расширения мини-доступа до верхней срединной лапаротомии. В одном случае конверсия была связана с отсутствием «шейки» аневризмы в инфраренальном отделе, и после расширения доступа аорта была пережата над почечными артериями. В 3 других наблюдениях была большая аневризма (более 8 см в диаметре) аорты с переходом на общие подвздошные артерии и выраженным воспалением окружающих ее тканей и кишечника. Основные доступные измерению характеристики операции и послеоперационного периода представлены в табл. 4.

Кровопотеря и продолжительность операции в 99 (91,7%) случаях были минимальными, что позволило полностью отказаться от наблюдения в отделении интенсивной терапии. В 87 (80,6%) случаях пациенты были экстубированы на операционном столе. Лишь в 5 (4,6%) наблюдениях (2 из них с конверсией мини-доступа) потребовалась продленная ИВЛ в течение 3–6 ч в отделении реанимации.

Послеоперационные осложнения были отмечены у 22 (20,3%) больных, из них специфические сосудистые – у 14 (13%) пациентов, общие – у 8 (7,4%).

Тромбоз браншей аортобедренного бифуркационного протеза развился в 6 (5,6%) наблюдениях, в 3 случаях из них вследствие интраоперационной дистальной эмболизации глубоких артерий бедра. У 3 пациентов диагноз был установлен непосредственно по завершении ре-

Таблица 3

Вид выполненных операций из мини-доступа

Операция	Число больных	Больные с АБА, %
Линейное протезирование аорты	30	27,8
Аортобедренное бифуркационное протезирование	44	40,7
Аортоподвздошное бифуркационное протезирование	13	12
Аортоподвздошно-бедренное протезирование	21	19,5

Таблица 4

Характеристика интра- и послеоперационного периодов

Характеристика	Показатель
Продолжительность операции, минуты	132 ± 29,4
Продолжительность ИВЛ после операции, минуты	19,6 ± 14,9
Кровопотеря, мл	386,5 ± 135,5
Трансфузия компонентов крови, п	6
Активация больных спустя часы	16–19
Переход на пероральное питание, часы	17–30
Продолжительность обезболивания, часы	18–24
Задержанная выписка из стационара, п	6
Нарушение проходимости артерий в зоне реконструкции, п	1

Примечание. ИВЛ – искусственная вентиляция легких.

конструктивной операции, и выполненная эмболектомия позволила восстановить кровообращение. Острая ишемия конечности у одного больного случилась через 12 ч после операции и привела к развитию контрактуры голеностопного сустава, что потребовало высокой ампутации конечности. В одном наблюдении в течение первых суток после аортобедренного бифуркационного протезирования развился тромбоз бранши, обусловленный исходным состоянием дистального русла. Больному была выполнена успешная экстренная операция: тромбэктомия и протезоподколенное шунтирование ниже суставной щели ксенопротезом.

Послеоперационная пневмония была у 5 (4,6%) пациентов.

В послеоперационном периоде умерли 3 (2,8%) больных, у 2 из них развился интраоперационный трансмуральный инфаркт миокарда, у 3-го инфаркт миокарда возник на 6-е сутки после операции на фоне удовлетворительного состояния.

ВЫВОДЫ

Начальный опыт применения минилапаротомии при резекции аневризмы брюшного отдела аорты позволяет сделать следующие основные выводы:

Во-первых, методика поднимает на качественно новый уровень уже сложившуюся систему взглядов на возможности, показания и риск вмешательства. Очевидно, это обусловлено минимальным периоперационным сдвигом гомеостаза, в то время как непосредственно техника реконструкции аорты не претерпевает каких-либо изменений. Гемодинамические сдвиги, связанные с пережатием аорты, являются, на наш взгляд, наиболее грозным фактором периоперационных осложнений, в первую очередь со стороны сердца и почек. Использование минидоступа не только не увеличило продолжительность пережатия аорты, но даже сократило ее, что мы связываем со «стабильностью экспозиции» аорты и хорошей ее визуализацией, хотя этот показатель является во многом субъективным и «оператор-зависимым». Установка «мини-ассистента», конечно же, занимает определенное время и, в общем-то, оно сопоставимо с продолжительностью полной лапаротомии, однако ушивание минилапаротомной раны более выиг-

рышно по времени. Таким образом, продолжительность операции и анестезии не превышает таковую при обычном доступе. Незначительная травматизация кишечника и забрюшинного пространства при мини-доступе к аорте (заметная при первом же взгляде) подтверждалась быстрым восстановлением моторной функции желудочно-кишечного тракта. В нашем опыте у большинства больных к началу вторых суток после операции основания ограничивать рацион питания практически не было. Лишь широкая мобилизация двенадцатиперстной кишки приводила к более длительному послеоперационному парезу кишечника.

Мини-доступ позволял уже на вторые сутки рекомендовать больному соблюдать общий режим, а выписку больного осуществлять на 5–8-е сутки после операции.

Неблагоприятный прогноз при естественном течении аневризмы брюшной аорты делает показания к операции абсолютными. В то же время риск тяжелых осложнений вынуждает многих хирургов иногда отказываться от вмешательства. Первый опыт показал, что миниинвазивная техника при резекции аневризмы брюшной аорты делает неравенство «риск операции < прогноз при естественном течении» более значимым. Не исключено также, что спор о хирургической тактике по отношению к малой аневризме в дальнейшем разрешится в сторону расширения показаний к операции. Кроме того, применение миниинвазивной технологии позволяет расширить возможности выполнения симультанных операций на артериях других бассейнов и органах брюшной полости.

Во-вторых, будем надеяться, рассматриваемая техника получит самое широкое распространение и в связи с преимуществом в эффективности оформится в отдельную «методику». Подобное разделение уже применяется в нашей клинике при оценке результатов.

В то же время существенным ограничением использования данной методики пока считаем супра- и юкстаренальную локализацию аневризмы.

Мини-доступ к брюшному отделу аорты при резекции его аневризмы — это не просто разрез длиной 5–7 см вместо 25–30 см, а совершенно другая технология оперативного вмешательства, в которой, однако, сохранена проверенная временем и поколениями хирургов методика хи-

рургического лечения аневризмы брюшной аорты — резекция и с внутримешочным протезированием аорты — и основные принципы реконструктивной хирургии сосудов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белов Ю.В., Базылев В.В. Протезирование брюшного отдела аорты из минидоступа через две недели после хирургического лечения аневризмы грудной аорты. *Хирургия* 2004; 7: 42-44.
2. Брискин Б.С., Гудков А.Н., Брюнин А.В. Холецистэктомия из минидоступа-операция выбора в гериатрической практике. Сб. тезисов и статей Первого Российского Съезда Геронтологов и Гериатров, Самара; 1999. 43-44.
3. Дибиров М.Д., Кунгурцев В.В., Мнусский Д.Е., Улучшение результатов реконструктивных операций при облитерирующих заболеваниях артерий нижних конечностей. *Хирургия* 1987; 12: 26-30.
4. Затевахин И.И., Цициашвили М.Ш., Матюшкин А.В., Толстов П.А. К вопросу об этиологии аневризмы абдоминального отдела аорты (современное состояние проблемы). *Ангиология и сосудистая хирургия* 2003; 9 (4): 132-141.
5. Лемнев В.Л., Михайлов И.П., Щербюк А.А. Опыт хирургического лечения больных с разрывами аневризм брюшной аорты. *Ангиология и сосудистая хирургия* 2001; 7 (4): 96-103.
6. Покровский А.В., Дан В.Н., Зотиков А.Е., и др. Выбор доступа при хирургическом лечении больных с аневризмами брюшного отдела аорты. Сб. науч. трудов под ред. Ю.И. Гринштейна. Красноярск; 2001. 3-4.
7. Прудков М.И., Власов А.А. и др. Реабилитация больных, перенесших малоинвазивную холецистэктомию по поводу неосложненной желчнокаменной болезни. Вестник первой областной клинической больницы, Екатеринбург; 1999, спецвыпуск. 84.
8. Хамитов Ф.Ф., Верткина Н.В., Лисицкий Д.А. и др. Минилапаротомия в хирургическом лечении аневризмы брюшной аорты. *Хирургия* 2006; 5: 10-13.
9. Шах Д.М., Ллойд У.Э., Пэти Ф.С.К., Дарлинг Р.К. III, Чанг Б.Б., Фитцджеральд К.М., Литер Р.П. Результаты 1000 плановых операций при аневризмах брюшной аорты. *Ангиология и сосудистая хирургия*. 1997; 2: 80-86.
10. Alimi Y.S., Di Molfetta L., Hartung O., Dhanis A.F., Barthelemy P., Aissi K., Giorgi R., Juhan C. Laparoscopy-assisted abdominal aortic aneurysm endoaneurysmorrhaphy: Early and mid-term results. *J. Vasc. Surg.* 2003; 37 (4): 744-749.
11. Branchereau A., Nazet J., Colavolpe J.C., Scotti L. Combined mortality and morbidity of direct surgical treatment of abdominal aortic aneurysm. *Ann. Vasc. Surg.* 1990; 4 (1): 10-14.
12. Cerveira J.J., Halpern V.J., Faust G., Cohen J.R. Minimal incision abdominal aortic aneurysm repair. *J. Vasc. Surg.* 1999; 30 (6): 977-984.
13. Darling R.C. 3rd., Shah D.M., McClellan W.R., Chang B.B., Leather R.P. Decreased morbidity associated with retroperitoneal exclusion treatment for abdominal aortic aneurysm. *J. Cardiovasc. Surg. (Torino)* 1992; 33 (1): 65-69.
14. Enzler M.A., van Marrewijk C.J., Buth J., Harris P.L. Endovascular therapy of aneurysms of the abdominal aorta: report of 4,291 patients of the Eurostar Register *Vasa*. 2002; 31 (3): 167-172.
15. Igari T., Hoshino S., Iwaya F., Satokawa H., Midorikawa H., Takase S., Hoshino Y. Results of 256 consecutive abdominal aortic aneurysm repairs using extraperitoneal approach. *Cardiovasc. Surg.* 2001; 9 (3): 249-253.
16. Jenkner J.F., Gerassimidis T. Vascular reconstruction in the aorto-iliac region. Lowered mortality with an extraperitoneal approach. *Fortschr. Med.* 1979; 97 (22): 1055-1057.
17. Klokocovnik T.J. Tex. Heart Inst. Minilaparotomy for Abdominal Aortic Aneurysm Repair Preliminary Results. 2001; 28 (3): 183-185.
18. Leather R.P., Shah D.M., Kaufman J.L., Fitzgerald K.M., Chang B.B., Feustel P.J. Comparative analysis of retroperitoneal and transperitoneal aortic replacement for aneurysm. *Surg. Gynecol. Obstet.* 1989; 168 (5): 387-393.
19. Ludemann R., Swanstrom L.L. Totally laparoscopic abdominal aortic aneurysm repair. *Semin. Laparosc. Surg.* 1999; 6 (3): 153-163.
20. Maloney J.D., Hoch J.R., Carr S.C., Acher C.W., Turnipseed W.D. Preliminary experience with minilaparotomy aortic surgery. *Ann. Vasc. Surg.* 2000; 14 (1): 6-12.
21. Marek J., Langsfeld M., Dickinson R.B., Tullis M.J., Kasirajan K. Endoluminal graft repair of abdominal aortic aneurysms by vascular surgeons at a nonclinical trial center. *Vasc. Endovascular Surg.* 2002; 36 (2): 97-104.
22. Matsumoto M., Hata T., Tsushima Y., Hamanaka S., Yoshitaka H., Shinoura S., Sakakibara N. Minimally invasive vascular surgery for repair of infrarenal abdominal aortic aneurysm with iliac involvement. *J. Vasc. Surg.* 2002; 35 (4): 654-660.
23. Shepard A.D., Scott G.R., Mackey W.C., O'Donnell T.F. Jr., Bush H.L., Callow A.D. Retroperitoneal approach to high-risk abdominal aortic aneurysms. *Arch. Surg.* 1986; 121 (4): 444-449.
24. Silva L., Kolvenbach R., Pinter L. The feasibility of hand-assisted laparoscopic aortic bypass using a low transverse incision. *Surg. Endosc.* 2002; 16 (1): 173-176.
25. Turnipseed W.D., Hoch J.R., Acher C.W., Carr S.C. Less invasive aortic surgery: the minilaparotomy technique. *Surgery*. 2000; 128 (4): 751-756.
26. Wenk H., Meyer H. Late complications in the aorta and iliac artery following open aortic surgery. *Zentralbl. Chir.* 2002; 127 (2): 95-98.

Поступила 26.03.2007

К ВОПРОСУ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖИ ПАХОВО-БЕДРЕННОЙ ОБЛАСТИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

А.В. Федосеев, С.В. Леонченко, М.И. Фабер

Рязанский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова, МУЗ ГК БСМП, Рязань

Проведен анализ результатов хирургического лечения 100 пожилых и старых пациентов (60–90 лет и старше) с грыжей пахово-бедренной области преперитонеальной герниопластикой по модифицированной методике. Изучены отдаленные результаты лечения у 67 пациентов. Рецидивов грыжи у них не было. Послеоперационная невралгия не наблюдалась. У 61 больного улучшился интегральный показатель качества жизни, у 6 – не изменился в связи с тяжелой сопутствующей патологией.

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

Оперативному лечению грыж пахово-бедренной области у людей пожилого и старческого возраста уделяется большое внимание, так как тенденции к снижению частоты данной патологии не наблюдается. Это объясняется демографической ситуацией в стране, а именно высоким удельным весом лиц данной возрастной категории [5,9]. Наличие грыжевого выпячивания в сочетании с сопутствующими заболеваниями органов дыхания и кровообращения обуславливает своеобразный синдром взаимного отягощения: с одной стороны, грыжа ограничивает необходимую двигательную активность пожилого пациента, способствуя запору, гипотрофии мышц, ожирению. Это, в свою очередь, ведет к прогрессированию недостаточности дыхания и кровообращения, а также увеличению размера грыжевого выпячивания. В этом аспекте грыжесечение является не только способом профилактики грозного осложнения – ущемления, но и решающим фактором в более благоприятном

течении сопутствующей патологии [3,4,7,13]. Целесообразность планового лечения этих больных неоспорима, так как риск экстренной операции при ущемленной грыже достаточно велик [6,8]. Кроме того, наличие грыжевого выпячивания отражается и на качестве жизни пожилых пациентов, что проявляется эмоциональным расстройством, а именно: снижением настроения, бодрости, повышенной утомляемостью, снижением работоспособности [1].

Перечень противопоказаний к оперативному лечению грыж должен быть максимально сужен. Таковыми являются:

- онкозаболевания IV стадии,
- острые инфекционные заболевания,
- гнойничковое поражение кожи,
- острая недостаточность витальных функций,
- острый и подострый инфаркт миокарда,
- хроническая сердечная недостаточность IVФК,
- осложненный или декомпенсированный сахарный диабет [3].

Необходимо отметить, что в настоящее время большинство пенсионеров желают продолжать активную трудовую деятельность. Поэтому актуальным является поиск метода грыжесечения, который обеспечит полную и максимально быструю реабилитацию больных данной группы и будет надежным в плане рецидивов. Учитывая прогрессирующие инволюционные процессы в соединительной и мышечной ткани у пациентов пожилого и старческого возраста, основной задачей паховой герниопластики в этом случае является укрепление задней стенки пахового канала без натяжения её тканей [2,10,11,12].

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

При грыжах пахово-бедренной области вполне удовлетворяет всем вышеуказанным требованиям способ протезирования передней брюшной стенки из преперитонеального доступа с использованием проленового имплантата. Осуществляется оно следующим образом: косо-поперечным разрезом на 3 см выше симфиза входят в предбрюшинное пространство. Оттесняют медиально прямую мышцу живота. Тупфером отслаивают заворот брюшины и тем самым обнажают заднюю поверхность передней брюшной стенки со всеми слабыми точками (надпузырной, медиальной и латеральной паховыми ямками, подвздошными артерией и веной). Визуализируют лонный бугорок, лонную кость и *m. psoas* (это точки фиксации имплантата). Семенной канатик (или круглую связку) берут на держалку. Ретроградно из грыжевого канала извлекают грыжевой мешок. После обработки его и контроля гемостаза приступают к протезированию задней поверхности передней брюшной стенки проленовым имплантатом.

Накладывают три фиксирующих шва по нижнему краю имплантата: к *m. psoas*, за надкостницу лонного бугорка и куперову связку, в непосредственной близости к подвздошным сосудам. В качестве имплантата мы используем монофиламентную сетку, размер которой подбирается индивидуально и должен быть не менее 10×15 см, чтобы полностью прикрыть все «грыжевые точки». В центре сетки выкраивают «окно» для семенного канатика (или круглой связки) и разрез для подвздошных сосудов. Лоскут имплантата распластывают на задней поверхности передней брюшной стенки так, чтобы семенной канатик оказался в «окне». Далее сетку фиксируют по ее периметру отдельными узловыми швами к поперечной фасции. (Фиксацию целесообразно начинать с ушивания дефекта вокруг семенного канатика.) С целью устранения возможности рецидива грыжи в области операционного

доступа (авторская разработка) мы при фиксации имплантата к поперечной фасции оставляем свободным его верхний край на протяжении 2,5 см, который затем подворачиваем под верхний край операционной раны и фиксируем к внутренней косой и поперечной мышцам П-образными швами. Предбрюшинное пространство дренируют в латеральном углу операционной раны резиновым выпускником.

Мы проанализировали результаты хирургического лечения по вышеописанной методике 100 пожилых и старых больных с грыжей пахово-бедренного сгиба, находящихся в клинике общей хирургии на базе БСМП г. Рязани за период 2002–2005 гг. (табл. 1). Абсолютным показанием к преперитонеальной герниопластике были: рецидивная грыжа, гигантская грыжа, сложные формы грыжи (сочетанные, комбинированные, скользящие). Относительным – наличие двусторонней грыжи, невправимой грыжи, грыженосительство с многократным ущемлением в анамнезе. Соматически обусловленные показания были связаны с наличием у пациентов заболеваний, ведущих к повышению внутрибрюшинного давления (заболевания легких, доброкачественная гиперплазия простаты, колит и др.) и желанием пациента в дальнейшем выполнять неограниченную физическую нагрузку.

Перед операцией всем больным проводилось необходимое клиническое обследование: анамнез, *status praesens*, *status localis*, общий анализ крови и мочи, коагулограмма, группа крови и резус-фактор, консультации специалистов (терапевт, уролог), флюорография, ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости, у мужчин – УЗИ простаты. Проводить его целесообразно амбулаторно, так как длительное пребывание пожилого человека до операции в стационаре снижает физическую активность его, отрицательно действует на психику, повышает опасность инфицирования.

У всех пациентов в исследуемой группе наблюдались те или иные сопутствующие заболевания

Таблица 1
Распределение больных по возрасту, виду грыж

Вид грыжи	Число больных	Возраст, годы			
		61–70	71–80	81–90	старше 90
Паховая косая	36	13	12	7	4
Паховая прямая	29	17	10	2	
Двусторонняя паховая	18	16	2		
Бедренная	4	2	1	1	
Рецидивная	13	3	7	1	2
Всего	100	51	32	11	6

Таблица 2

Сопутствующие заболевания пациентов

Нозология	п
Бронхиальная астма	7
Хроническая обструктивная болезнь легких	13
Доброкачественная гиперплазия предстательной железы с затруднением мочеиспускания и наличием остаточной мочи (выявляемой при УЗИ)	69
Запор	72
Ожирение II–IV степени	34
Тяжелый физический труд	9

(табл. 2) и условия труда, сопровождающиеся повышением внутрибрюшного давления, а чаще всего их комбинации.

Предоперационная подготовка заключалась в проведении гигиенических мероприятий, опорожнении кишечника (очистительная клизма накануне вечером и с утра перед операцией).

Продолжительность оперативного вмешательства колебалась от 40 мин при односторонней грыже до 2 ч при необходимости коррекции с обеих сторон.

У 18 больных интраоперационно диагностированы скользящие грыжи. Преперитонеальный доступ в данных случаях обеспечил безопасность манипуляций на «грыжевых» органах за счет хорошей визуализации грыжевого канала и выделения грыжевого мешка тупым способом с помощью тупфера.

Операции выполнялись под спинномозговой анестезией (84 пациентов) и наркозом (16 пациентов). При решении вопроса о показаниях к тому или иному виду обезболивания необходима оценка ряда факторов, существенно влияющих на его выбор: состояние больного и наличие сопутствующей нозологии, характер и объём оперативного вмешательства, навыки и квалификация анестезиолога, наличие необходимых лекарственных средств и аппаратуры, оперативная техника хирурга, пожелания хирурга и больного. Анализируя собственные наблюдения, необходимо отметить, что оптимальным методом интраоперационной аналгезии при неотяжненной герниопластике является спинномозговая и эпидуральная анестезия. Причем последняя может быть продолжена с целью обезболивания и в раннем послеоперационном периоде. Осложнения были редко: из 84 пациентов, грыжесечение которым производилось под спинномозговой анестезией, лишь у 2 в послеоперационном периоде отмечалась незначительная гипотензия, купированная в/в введением раствора кофеина в 400 мл изотонического раствора натрия хлорида. Основным недостатком интубационного наркоза является высокая вероятность так называемой постнаркозной депрессии,

которой подвержены пациенты пожилого и старческого возраста.

Для оценки состояния раневого процесса в послеоперационной ране и наличия в ней возможных осложнений помимо клинических наблюдений мы использовали и дополнительные методы диагностики. Так, всем больным на 2–3-и сутки после операции проводили УЗИ органов брюшной полости и передней брюшной стенки в области оперативного вмешательства и на симметричных здоровых участках. Это позволяло более достоверно оценивать изменения в зоне операции. При билатеральной пластике с этой же целью УЗИ проводили до операции и после неё в указанные сроки.

В послеоперационном периоде всем больным проводился комплекс лечебных мер, направленных на профилактику легочных, сердечно-сосудистых, тромбоэмболических осложнений, пареза кишечника, нагноения раны. Для предупреждения атонии кишечника, к которой предрасположены пожилые пациенты, назначались средства, стимулирующие перистальтику. Регулирование стула предупреждает не только парез кишечника, но и нарушение функции органов дыхания и кровообращения, устраняет натуживание при дефекации в послеоперационном периоде, снижая риск тромбоэмболии легочной артерии. Для профилактики этого грозного осложнения проводилось бинтование ног эластичными бинтами, ранняя активация больных, использование современных антикоагулянтов (фраксипарин, клексан и др.). Профилактика пневмонии в послеоперационном периоде предполагала занятия дыхательной гимнастикой, раннее вставание с постели.

С целью профилактики послеоперационных гнойных осложнений непосредственно перед операцией больному вводили полусуточную дозу антибиотиков цефалоспоринового ряда III поколения. После операции инъекции антибиотиков продолжали в течение 5 сут. Пациентам с пахово-мошоночной грыжей в раннем послеоперационном периоде целесообразно носить суспензорий во избежание гематомы мошонки.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Эффективность применяемого нами способа герниопластики оценивали по течению послеоперационного периода и отдалённым результатам.

В раннем послеоперационном периоде отмечался невыраженный болевой синдром, что позволяло активировать больных в день операции и значительно снижало количество применяемых анальгетиков. Как правило, для обезболивания было достаточно в/м введения кеторола

по 1 мл 2–3 раза в течение 3–4 сут. Наркотические анальгетики не потребовались.

Двигательная активность больных в раннем послеоперационном периоде в значительной степени зависела от уровня восприятия боли и косвенно характеризовала степень хирургической агрессивности метода. Все больные уже в первые сутки после операции могли самостоятельно вставать, перемещаться по отделению, посещать перевязочную, принимать пищу, проводить гигиенические мероприятия.

Поскольку скопление жидкости в послеоперационной ране – потенциальный источник воспалительных осложнений, необходимо контролировать динамику изменения ее количества и структуры с помощью УЗИ. У 13 пациентов в первые дни после операции оно позволяло определять вокруг аллотрансплантата ан- или гипохогенную зону неправильной формы без четких границ толщиной от 3 до 8 мм, свидетельствующую о скоплении жидкости вокруг полимерной сетки. Мы расценили эту находку как реактивный отек мягких тканей со скоплением экссудата в ответ на внедрение в толщу брюшной стенки инородного тела. Наши данные были подтверждены пункцией под УЗИ-контролем, в результате которой из выявленных жидкостных образований эвакуировалось серозное содержимое. В настоящее время серома при имплантации расценивается не как осложнение, а как реакция макроорганизма на инородное тело.

Из осложнений в раннем послеоперационном периоде мы наблюдали две гематомы мошонки у пациентов с гигантской пахово-мошоночной грыжей. В дальнейшем этих осложнений нам удалось избежать дренированием мошонки через дополнительный разрез. Отек и атрофия яичка не наблюдались. Все осложнения раннего послеоперационного периода не требовали повторной операции и были устранены консервативно. Не отмечено также ни одного случая нагноения послеоперационной раны и отторжения имплантата. Пребывание в стационаре больных в среднем не превышало 7 суток.

Изучены отдаленные результаты оперативного лечения у 67 больных в течение 6 мес – 3 лет путем осмотра их в клинике и анкетирования. Объективно оценивали анатомические и функциональные данные, рецидивирование. Анкета содержала тесты по качеству жизни и вопросы о наличии рецидива грыжи и поздних осложнений.

Рецидивов у обследованных пациентов не было. Послеоперационная невралгия не наблюдалась. У 61 больного интегральный показатель качества жизни улучшился, у 6 – не изменился, что связано с тяжелой сопутствующей патологией.

ВЫВОДЫ

Таким образом, преперитонеальная герниопластика по модифицированной методике позволяет:

- 1) провести полноценную ревизию всех слабых мест передней брюшной стенки с одновременным закрытием всех дефектов поперечной фасции в области пахово-бедренного сгиба,
- 2) легко выделить грыжевой мешок с высоким его легированием,
- 3) при многократно рецидивирующей грыже – оперировать вне зоны рубцово-измененных тканей,
- 4) исключить возможные ошибки при скользящей грыже,
- 5) предупредить развитие послеоперационной вентральной грыжи,
- 6) добиться полной и быстрой реабилитации больных пожилого и старческого возраста, улучшить качество их жизни,
- 7) добиться экономической эффективности: сократить пребывание пациентов в стационаре, уменьшить количество госпитализаций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян А.А., Величенко Р.Э. *Анналы пласт., реконстр. и эстет. хирургии* 1999; 2: 41-48.
2. Борисов А.Е., Митин СЕ. *Актуальные вопросы герниологии: Матер. конф. М.; 2002. 14-15.*
3. Галкин Р.А., Яковлев О.Г., Лещенко И.Г. *Хирургические болезни пожилых. Библиотека семейного врача. Самара; 1999. 22-24.*
4. Гузев А.И. *Хирургия* 2001; 12: 38-40.
5. Королёв Б.А. *Хирургия пожилого возраста (труды вып. № 58). Горький; 1974. 52-58.*
6. Павленко В.В. *Клин. геронтол.* 2006; 6: 18-21.
7. Саенко В.Ф., Белянский Л.С. *Клин. хирургия.* 2003; 11: 3-5.
8. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.Л., Федоров Д.А. *Анналы хирургии.* 2000; 5: 13-16.
9. Чадаев А.П. *Росс. мед. журнал.* 2000; 3: 16-19.
10. Шевченко Ю.Л., Харнас С.С., Егоров А.В., Бекшов А.С. *Анналы хирургии* 2003; 1: 20-23.
11. Corbitt J.D. *Surg. Endosc.* 1993; 7: 550-555.
12. Nyhus L.M. *Hernia.* 1998; 2: 1-5.
13. Phillips E.H., Carrol B.J., Fallas M.J. *Surg. Endosc.* 1993; 7: 159-162.

Поступила 26.03.2007

ЛЕКЦИЯ

УДК 617.58:616.4

**ХРОНИЧЕСКАЯ КРИТИЧЕСКАЯ
ИШЕМИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ
И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ У ЛИЦ
ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

А.Н. Косенков, А.И. Черепанин, С.В. Удовиченко

*ММА им. И.М. Сеченова,**Центральная городская больница г. Химки, Московской области**Ключевые слова: сахарный диабет, пожилой возраст, ишемия нижних конечностей**Key words: diabetes, lower extremities ischemia, aged*

Распространенность сахарного диабета во многих странах достигла эпидемического уровня. По данным ВОЗ, в настоящее время насчитывается 170–200 млн человек, страдающих различными формами диабета, из них большинство составляют лица старше 65 лет [20]. Выборочные эпидемиологические исследования распространенности диабета в нашей стране показывают, что истинное число больных в 4–5 раз превышает количество зарегистрированных по обращаемости. Несмотря на достаточный объем научных данных по патогенезу, диагностике, методам лечения и профилактике поздних осложнений диабета, статистика частоты и исхода поражения нижних конечностей неутешительна. Примерно у 15–25% больных возникает гнойно-некротическое поражение нижних конечностей. Риск гангрены у больных диабетом в 6–8 раз чаще, чем у лиц без диабета. В нашей стране каждые 5 из 6 ампутаций, не связанных с травмой, производятся больным с диабетическим поражением нижних конечностей [3].

Настораживает не только широкая распространенность диабета, но и тенденция к увеличению его частоты во всех странах мира. По данным экспертов ВОЗ, число больных диабетом к 2025 г. достигнет 300 млн человек [6,26].

Поражение сосудов развивается практически во всех органах, различаясь лишь его неодновременностью. Частота поражения сосудистого русла нижних конечностей, по различным данным, составляет 8–97% [1,5,11].

Сахарный диабет является важнейшим фактором риска критической ишемии, влияет на исход ее лечения, повышает летальность в 10 раз.

Большинство авторов считают, что лечение диабетической ангиопатии следует начинать с компенсации метаболических нарушений [3,14]. Перевод больных диабетом типа 2 на инъекции простого инсулина не всегда оправдан [27]. Во-первых, при этом затягивается срок предоперационной подготовки. Во-вторых, экзогенный инсулин не всегда вызывает ожидаемое снижение уровня глюкозы крови, что связано с резистентностью тканей к инсулину при диабете типа 2 [24]. Ряд авторов отмечают, что сроки заживления послеоперационной раны одинаковы у больных, получающих инсулин в комбинации с пероральными сахароснижающими средствами, и у лиц, получающих только последние. Введение инсулина повышает свертываемость крови за счет угнетения фибринолитической активности [4], что также настораживает при переводе больных на инсулин короткого действия.

В последнее время больным с тяжелыми формами диабета, не поддающегося медикаментозной коррекции, проводят пересадку поджелудочной железы или ее β -клеток. В работах зарубежных авторов отмечено, что после пересадки поджелудочной железы и нормализации углеводного обмена снижается риск тромботических осложнений, улучшается функция эндотелиоцитов [28]. Однако урегулирование только углеводных нарушений не приведет к нормализации микроциркуляции и гемореологии, необходимо назначение препаратов, улучшающих микроциркуляцию. L. Jarabek считает уменьшение гематокрита наиболее эффективным методом лечения диабетической ангиопатии, когда хирургическое вмешательство невозможно из-за тяжелой сопутствующей патологии. В своих работах он снижал гематокрит, забирая аутокровь с последующей реинфузией плазмы и введением декстранов [23].

Учитывая наличие при диабете хронического внутрисосудистого микросвертывания, следует назначать гепарин. Гепарин предотвращает превращение фибриногена в фибрин, повышает фибринолитическую активность и улучшает кислородный обмен в тканях. Он обладает также гистаминоподобным свойством, в итоге расширяет периферические сосуды и улучшает кровоток. Б.А. Кудряшов и соавт. (1990) установили, что систематическое введение малых доз гепарина способствует образованию комплекса гепарин-диабетогенный фактор, в котором последний теряет активность [12]. Гепарин улучшает микроциркуляцию и за счет активации калликреина.

Антиагреганты занимают одно из первых мест в лечении диабетической ангиопатии. Исследование биоптатов кожи показало, что лишь длительный прием (месяцы, годы) может дать положительную динамику морфологических проявлений диабетической микроангиопатии.

Остается нерешенным вопрос о применении спазмолитиков и сильных сосудорасширяющих средств при критической ишемии диабетического генеза. Эти препараты способствуют расширению магистральных сосудов и усиливают патологические артериовенулярные шунты, что еще больше снижает кровоток. Улучшая кровоток в зонах, пограничных с воспалением, они могут способствовать его распространению. Су-

ществует мнение, что применение вазоактивных и улучшающих реологию препаратов у больных с диабетической гангреной не показано из-за низкой их эффективности при тяжелой ишемии, возможности кровоизлияния в сетчатку у больных с ретинопатией.

Вопрос о применении антибактериальных средств также окончательно не решен. Ряд авторов считают необходимым назначение антибактериальных средств с начала лечения критической ишемии даже при отсутствии трофических нарушений [9]. Учитывая полимикробную природу язвенно-некротического очага, принято применять антибиотики широкого спектра действия новых генераций. Е.Ю. Хмелькова и соавт. утверждают, что после результатов бакпосева в 65,5% больные не нуждаются в смене антибактериального препарата, выбранного эмпирическим путем [15].

В качестве метода лечения критической ишемии нижних конечностей на фоне диабета ряд исследователей применяют электростимуляцию спинного мозга [23]. Клиническое улучшение, по их мнению, связано с улучшением кожного кровотока конечности (отмечено достоверное увеличение pO_2). Лодыжечно-плечевой индекс, по их данным, остается у больных прежним.

В дополнение к основному методу лечения критической ишемии ряд авторов добавляют препараты на основе рекомбинантных тромбоцитарных факторов роста, применяют при язвенно-некротических дефектах пересадку элементов кожи, полученных генно-инженерными методами. М. Moustafa и соавт. получили хорошие результаты лечения длительно не заживающих язв нижних конечностей с помощью аутологичных кератиноцитов [30]. Показана эффективность непрерывного воздействия давления, создаваемого вакуумным источником, для стимуляции клеточной пролиферации [19]. Эффективность гипербарической оксигенации в последнее время ставится некоторыми исследователями под сомнение [30]. Однако в ряде клиник она с успехом применяется в комплексном лечении больных с критической ишемией.

До настоящего времени не решены окончательно вопросы хирургического лечения больных с критической ишемией на фоне диабета. Лечение ее терминальной стадии является про-

блемой ангиохирургии, а наличие диабета усложняет задачу.

Ампутация на уровне бедра травматична, сопровождается высокой летальностью, приводит к инвалидизации, а в последующем высокому риску ампутации оставшейся конечности, так как возрастает функциональная нагрузка на нее и усугубляются диабетические процессы. Исследования последних лет показывают, что сахарный диабет не является противопоказанием к реконструктивной сосудистой операции. Проксимальные реконструктивные операции. Реконструкция в зоне проксимальной окклюзии дает успешный результат лечения диабетической ангиопатии нижних конечностей. Однако чаще при диабете встречается «многоэтажное» поражение артериального русла и генерализованная микроангиопатия [12]. Высокое сопротивление в периферическом сосудистом русле приводит примерно в половине случаев к осложнениям после реконструкции в аортоподвздошно-бедренной зоне. В связи с этим многие авторы считают необходимым включение глубокой артерии бедра (а. profunda) в кровоток, профундопластика целесообразна даже при отсутствии проходимости артерий голени.

«Многоэтажное» поражение артерий заставляет в ряде случаев выполнять реконструкцию в двух сегментах конечности. В работах Ю.И. Казакова (1987) установлено, что окклюзия магистральных артерий голени либо сохранение только малоберцовой артерии приводят к неудачному исходу операции [11]. Однако позже было установлено, что плохая проходимость артерий голени не является противопоказанием к бедренно-дистальному шунтированию [17].

При оценке отдаленных результатов проходимости аутовенозных и синтетических трансплантатов установлено, что при плохом пути оттока синтетические протезы имели более низкую проходимость по сравнению с аутовеной [25]. Основной причиной неудачного исхода аутовенозного шунтирования стало неоправданное расширение показаний к указанным операциям, в частности, у больных с критической ишемией нижних конечностей при сопутствующем сахарном диабете [3].

Изучая отдаленные результаты применения аутовены, Е.М. Ноаге и соавт. (1976) указали на частые тромбозы реверсированной вены вви-

ду повреждения ее эндотелия [22]. И.И. Затевахи и соавт. (1997) отмечают, что в 25–50% случаев реверсированная вена непригодна из-за небольшого диаметра (3–3,5 мм) в дистальной части [8]. Неудачные попытки восстановления кровотока с помощью реверсированной вены заставили в 1956 г. С.Г. Роб выполнить аутовенозное шунтирование «in situ». По мнению Н.Н. Чур (1997), данная операция дает минимальное число ранних осложнений и высокую частоту проходимости шунтов даже при окклюзии всех артерий голени [19]. Однако шунтирование сосудов аутовеной «in situ» имеет технические трудности, связанные с удалением венозных клапанов. В случае неадекватного разрушения венозных клапанов в раннем сроке развивается тромбоз шунта [18]. Иногда применение данного вида операции невозможно из-за рассыпного типа строения вен, малого диаметра или длины вены.

В последнее 10-летие при стенозе артерий в нескольких регионах нижних конечностей применяется ангиопластика, которая не противопоказана больным диабетом.

Использование поясничной симпатэктомии у больных с диабетическим ишемическим поражением стоп остается дискуссионным. У данной категории больных она может вызвать дополнительное открытие артериоловеноулярных шунтов и тем самым усугубить ишемию дистального отдела конечности [14]. Ряд зарубежных исследователей утверждают, что поясничная симпатэктомия способствует артериосклерозу Менкеберга [30].

В последнее время в лечении критической ишемии нижних конечностей применяются методы непрямого ревазуляризации: ревазуляризирующая остеотрепанация по Зусмановичу и дистракционная компактотомия большеберцовой кости по методу Илизарова. Данные виды операций могут выполняться самостоятельно или сочетаться с поясничной симпатэктomieй и реконструктивными операциями [9]. Большинство авторов считают, что эффективность подобных операций обусловлена, во-первых, развитием анастомозов между костной и мягкой тканью конечности; во-вторых, декомпрессией костной венозной системы и уменьшением гипертензии в глубоких венах голени; в-третьих, новообразованием сосудистой сети [26]. Доказана стиму-

ляция эндотелиальных клеток в ответ на костную травму с образованием коллатеральной сети за счет неоангиогенеза. Возможно, есть и иные механизмы, дающие эффект данных операций. Ликвидация венозного полнокровия в дистальных отделах приводит к усилению артериального притока в периферические отделы, что в результате снижает периферическое сопротивление и улучшает кровоснабжение тканей стопы. Однако эти операции повышают риск остеомиелита у больных сахарным диабетом [17].

Спорным остается вопрос об артериализации венозного кровотока у больных сахарным диабетом. А.В. Чупин и соавт. считают артериализацию венозного кровотока операцией выбора при невозможности выполнения стандартных реконструктивных операций [18]. Артериализация венозного кровотока особенно проблематична у больных с поражением дистального русла при диабете и быстро прогрессирующими трофическими нарушениями.

С января 2004 г. по декабрь 2006 г. в отделении гнойной хирургии Центральной городской больницы г. Химки Московской области прошли лечение 83 больных с хронической критической ишемией на фоне сахарного диабета в возрасте старше 65 лет ($72,4 \pm 2,8$ лет). У 65 (78,31%) из них имели место трофические нарушения в виде некроза пальцев стоп, гангрены пальцев или всей стопы и голени.

Больных разделили на 2 группы. В I группу вошли только 8 (9,6 %) пациентов, у которых была магистральная или смешанная форма поражения артерий нижних конечностей, и их состояние позволяло провести реконструктивную операцию. Им были выполнены реконструктивные сосудистые операции с целью сохранения конечности. В данной группе удалось спасти конечность 6 (75%) пациентам. Ампутацию после попытки реконструкции сосудов произвели у 2 (25%) больных в связи с неэффективностью реваскуляризации из-за высокого периферического сопротивления, обусловленного дистальной ангиопатией. Еще у 3 пациентов, которые вошли во II группу, была предпринята попытка реваскуляризации. Однако из-за выраженных изменений артерий, не диагностированных в связи с расхождением с данными ультразвукового ангиосканирования, вмешатель-

ство пришлось ограничить только ревизией и периаартериальной десимпатизацией. В целом в данной группе пациентов выполнили 14 операций: бедренно-подколенное шунтирование (4), профундопластику (4), которая в 2 случаях дополнялась остеотрепанацией по Зусмановичу, а в 1 случае – поясничную симпатэктомию. Летального исхода в данной группе больных не было.

Относительно низкий процент реконструктивных операций у больных с хронической критической ишемией нижних конечностей на фоне сахарного диабета, кроме характера поражения, можно объяснить и поздней госпитализацией больных с сосудистым поражением конечностей в специализированный стационар, когда реконструктивная операция неэффективна или противопоказана ввиду сопутствующей патологии.

Остальным 75 (90,4%) больным проводили консервативное лечение (коррекция гликемии, улучшение микроциркуляции, антибактериальная терапия), «малую ампутацию» пальцев стоп и некрэктомию. У лиц данной группы улучшение состояния конечности было временным. После «малых ампутаций» 52 больным потребовалась повторная некрэктомия, раны вяло гранулировались, сохранялась боль в конечностях в покое после выписки из стационара. В данной группе больных высокую ампутацию конечности произвели у 12 пациентов (16%).

Отмечено 13 (17,3%) летальных случаев среди больных II группы с хронической критической ишемией нижних конечностей на фоне декомпенсированного сахарного диабета, который привел к тяжелой сопутствующей патологии сердца, легких, головного мозга и почек.

Таким образом, проблема лечения больных с хронической критической ишемией нижних конечностей при сахарном диабете требует дальнейшего исследования. Ранняя диагностика диабетической ангиопатии и своевременное лечение с использованием методов реваскуляризации конечности позволит улучшить прогноз жизни у этой тяжелой категории пациентов. Только совместными усилиями с привлечением различных специалистов (эндокринолог, хирург, геронтолог, невролог и др.) можно снизить частоту высокой ампутации нижних конечностей у больных сахарным диабетом, продлить и улучшить качество их жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Асланов А.Д., Косенков А.Н., Мизаушев Б.А. и соавт. Тактика хирургического лечения больных с хронической критической ишемией нижних конечностей. Методические рекомендации. Нальчик; 2006. 54.
2. Белов Ю.В., Косенков А.Н., Степаненко А.Б. Классификация характера поражений артерий нижних конечностей. IX Международная конференция Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов. Ангиология и сосуд. хир. 1998; 2 (прил.): 145-146.
3. Гавриленко А.В., Сандриков В.А., Скрылев С.И. и соавт. Прогнозирование результатов бедренно-дистального аутовенозного шунтирования по методике «in situ» с помощью оценки ОСК. Ангиология и сосуд. хир. 1998; 4: 1: 95-101.
4. Газетов Б.М., Калинин А.П. Хирургические заболевания у больных сахарным диабетом. М.; 1991. 255.
5. Гурьева И.В. Особенности сахароснижающей терапии при синдроме диабетической стопы Раны и раневая инфекция. Хирургическая инфекция и сахарный диабет: Тез. докл. междунар. конф., Москва 1998; 102-104.
6. Дедов И.И., Анциферов М.Б., Токмакова А.Ю. и соавт. Синдром диабетической стопы. М.: Универсум Паблишинг; 1998. 138.
7. Дедов И. И. Сахарный диабет в Российской Федерации: проблемы и пути решения. В сб. Сахарный диабет. 1999; 1: 7-18.
8. Затевахин И.И., Золкин В.Н., Круглов Н.Л. Хирургическое лечение окклюзии бедренно-подколенно-тибиального сегмента с использованием большой подкожной вены в позиции «in situ». Первая ежегодная сессия НЦССХ РАМН: Тез. докл., Москва, май. 1997; Грудн. и серд.-сос. хир. 1997; 2: 246.
9. Зусманович Ф.Н. Пятилетний опыт применения реваскуляризирующей остеотрепанации. Мат-лы XXV юбилейн. научно-практ. конф. врачей Курганской обл., посвященной 50-летию Курганской обл. Курган, 1992; 12-14.
10. Иванов С.В., Соболев А.А. Опыт и результаты лечения гнойно-некротических поражений нижних конечностей и других локализаций у больных сахарным диабетом. В сб. Раны и раневая инфекция. Хирургическая инфекция и сахарный диабет: Тез. докл. Междунар. конф., Москва, ноябрь 1998. М.; 1998; 107-109.
11. Казаков Ю.И. Реваскуляризирующие операции при ишемии нижних конечностей: (Метод. указания) Твер. гос. мед. ин-т. Каф. хир. болезней № 1. Тверь, 1991; 19.
12. Калинин А.П., Рафибеков Д.С., Ахунбаев М.И. и соавт. Диабетическая стопа. Бишкек, КГМА, 2000; 284.
13. Кудряшов Б. А., Балаболкин М. И., Ульянов А. М. и соавт. Восстановление функции противосвертывающей системы у больных инсулинзависимым сахарным диабетом путем нейтрализации в организме активности естественного диабетогенного фактора. Вопр. мед. химии; 1990; 3: 79-81.
14. Международное соглашение по диабетической стопе: М.: Берг, 2000; 96.
15. Светухин А.М., Прокудина М.В. Комплексное лечение больных с синдромом диабетической стопы. Хирургия. 1998;10: 64-67.
16. Хмелькова Е.Ю., Овечкин А.М., Гурьева И.В. и соавт. Синдромный подход к интенсивной терапии у пациентов с гнойно-некротическим поражением нижней конечности при сахарном диабете. В сб. Раны и раневая инфекция. Хирургическая инфекция и сахарный диабет: Тез. докл. Междунар. Конф., Москва, ноябрь 1998. М.; 1998. 144-146.
17. Фокин А.А. Причины неудовлетворительных исходов лечения хронической ишемии нижних конечностей с применением методики Илизарова. Клини. хирургия 1989; 7: 9-11.
18. Чушин А.В., Бойченко А.В., Федосеева А.К. Этапы комплексного лечения больных сахарным диабетом при критической ишемии. Первая ежегодная сессия НЦССХ РАМН: Тез. докл., Москва, май. 1997. Грудн. и серд.-сос. хир. 1997; 2: 180.
19. Чур Н.Н. Диагностика и комплексная терапия синдрома диабетической стопы. Прогресс и проблемы в лечении заболеваний сердца и сосудов: Материалы юбилейной конф., Санкт-Петербург, дек. 1997. Санкт-Петербург; 1997. 300.
20. Boulton A.J.M., Kirsner R.S., Vileikyte L. Neuropathic diabetic foot ulcers. New Engl. J. Med; 2004; 351: 48-55.
21. International Diabetes Federation. Diabetes and Cardiovascular disease: Time to Act. Brussels: International Diabetes Federation; 2001.
22. Hoare E.M., Barnes A.I., Dormandy I.A. Abnormal blood viscosity in diabetes mellitus and retinopathy. Biorheology 1976; 13: 21-25.
23. Horsch S., Claeys L. Epidural spinal cord stimulation in the treatment of severe peripheral arterial occlusive disease. Ann Vasc. Surg. 1994; 8: 5: 468-474.
24. Jarabek L., Abelvic M., Dancava M. Venecktia a sudacutna hemodilucia pri lieceni ischemickich komplikacii na nohe u diabeticov. Rozhe Chtr. 1985; 64: 1: 34-42.
25. Jarret F., Mahood B.A. Long-term results of femoropopliteal bypass with stabilized human umbilical vein. Amer. J. Surg. 1994; 168: 2: 111-114.
26. Kelkar B.R. Induced angiogenesis for limb ischemia. Clin. Orthop. 2003; 412: 234-240.
27. King H., Aubert R.E., Herman W.H. Global burden of diabetes, 1995-2025; prevalence, numerical estimates, and projections. Diabetes Care. 1998; 21:1414-1431
28. Lavery L.A., Armstrong D.J., Vela S.A. et al. Practical criteria for screening patients at high risk for diabetic foot ulceration. Arch. Intern. Med .1998; 158: 157-162.
29. Larsen J.L., Colling C.W., Ratanasuwan T. et al. Pancreas Transplantation Improves Vascular Disease in Patients With Type 1 Diabetes. Diabetes Care. 2004; 27: 1706-1711.
30. Moustafa M., Simpson C., Glover M. et al. A new autologous Keratinocyte dressing treatment for non-healing diabetic neuropathic foot ulcers. Diabet. Med. 2004; 21: 7: 786-789.

Поступила 26.03.2007

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

УДК 617.58:612.67

АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

А.И. Шиманко, М.Д. Дибиров, С.В. Цуранов,
Ю.Г. Саркисян, С.А. Соломатин

*Московский государственный медико-стоматологический университет,
Главный клинический госпиталь МВД России,
Центральная поликлиника № 1 МВД России*

Ключевые слова: варикозная болезнь, пожилой возраст, амбулаторное лечение
Key words: varication, amdulant, aged

Лечение варикозной болезни у людей пожилого и старческого возраста имеет свои особенности. У данной категории пациентов в большинстве случаев болезнь бывает запущенной, с декомпенсированной хронической венозной недостаточностью. Прогрессирование процесса вызывает поражение подкожной клетчатки, мышц, сухожилий, надкостницы и кости, сопровождается выраженным фиброзным перерождением и образованием «турникета» из собственных тканей. Это может приводить к вторичной артериальной ишемии, компрессионному невриту, артрозу и контрактуре суставов. Примерно у 20% больных развивается оссифицирующий периостит. Хронический гнойный процесс часто развивается вглубь тканей и осложняется лимфангитом, лимфаденитом, рожистым воспалением и гнойным тромбозом.

У лиц старше 65 лет частота трофических язв достигает до 3–6% по различным оценкам. В России прямые затраты на лечение одного случая венозной трофической язвы амбулаторно достигают \$350–400, а в стационаре — более \$500 (В.Ю. Богачев, Л.И. Богданец, 2003). Большинство этих пациентов — люди пожилого возраста, нуждающиеся в постороннем уходе, так

что в данном случае мы имеем не только медицинскую, но и серьезную экономическую проблему.

Часто оперативное лечение этих больных не показано вследствие выраженной сопутствующей патологии, возраста, а также и нежелания самих больных. Даже в случае успешной операции высока вероятность рецидива заболевания.

В настоящее время имеется настоятельная необходимость расширять объем и качество амбулаторной помощи пациентам пожилого и старческого возраста.

Возможности амбулатории в лечении данной патологии недооцениваются и не всегда известны широкому кругу врачей.

За последние 5 лет в нашей клинике амбулаторно пролечено 185 пациентов с варикозной болезнью вен нижних конечностей старше 60 лет.

Оценка нашего опыта в лечении этого контингента, наработанные за это время методики стали основой для данной работы.

В лечении данной категории больных необходимо тщательно собранный анамнез, тщательное обследование. Первостепенной является точная мининвазивная диагностика.

Инструментальное исследование решает следующие задачи:

1. Уточнение причины хронической венозной недостаточности (варикозная или посттромбофлебическая болезнь).

2. Оценка состояния глубоких вен.

3. Установление рефлюкса через сафенофemorальное и подкожно-подколенное соустья.

4. Определение состояния клапанного аппарата большой и малой подкожных вен.

5. Уточнение анатомических особенностей строения большой и малой подкожных вен.

6. Определение наличия и локализации недостаточных перфорантных вен.

При варикозной болезни на сегодняшний день самой современной и безопасной методикой является ультразвуковое исследование. Основными видами ее видами являются:

- ультразвуковая доплерография с использованием постоянно-волнового доплеровского режима,
- дуплексное сканирование (или ультразвуковое ангиосканирование) — двухмерное сканирование в реальном масштабе времени с возможностью доплеровской оценки кровотока в сосудах и (или) с применением технологии цветного картирования кровотока по скорости или энергии.

Все больные, наблюдаемые в клинике, получали консервативную терапию при заболеваниях различной тяжести.

В зависимости от степени хронической венозной недостаточности по СЕАР предлагается следующий алгоритм консервативной терапии:

2-я степень — эластическая компрессия, детралекс курсами по 2 мес 2 раза в год (прием по 500 мг 2 раза в сутки во время еды) или флебодиа (600 мг утром до еды), гепаринсодержащие мази и гели;

3-я степень — эластическая компрессия, детралекс (флебодиа) по 2 мес 2 раза в год, эсавен-гель местно, ручной вено- и лимфодренаж;

4-я степень — эластическая компрессия, детралекс (флебодиа) по 2 мес 3 раза в год, пентоксифиллин 1200 мг/сут, лиотон-гель, фастум-гель, венорутон местно, при экземе — лиотон С;

5-я степень — эластическая компрессия, детралекс (флебодиа) по 3 мес 2 раза в год, пентоксифиллин 1200 мг/сут, лиотон-гель, фастум-гель, венорутон местно, при экземе — лиотон С.

При 6-й степени — венозной трофической язве — алгоритм усложняется в зависимости от состояния язвы — эластическая компрессия, полупостельный режим с длительным пребыванием пациента в горизонтальном положении с возвышенным же положением нижних конечностей, ферментативное очищение трофических язв (трипсин, химотрипсин, химопсин, коллагеназа и др.), системная терапия, направленная на улучшение реологических свойств крови, купирование воспалительной реакции, подавление микробной флоры.

При лечении следует иметь в виду, что язва у больных пожилого и старческого возраста может иметь смешанный генез — в сочетании с сахарным диабетом, нейропатией, атеросклерозом, поэтому терапию следует проводить в тесном контакте с соответствующими специалистами.

Для пациентов, особенно при повышенной массе тела, актуально соблюдать диету — не употреблять соленую, жирную пищу, соблюдать режим дня. Физиотерапия обязательно должна включать методы лимфатического дренажа в случаях с устойчивым отеком и методы восстановления подвижности голеностопного сустава для нормализации функции мышечно-венозной помпы. Категорически не рекомендуется применение механической пневмокомпрессии, так как при хронической венозной недостаточности межтканевая жидкость отличается высоким содержанием белка (свыше 10 г/л). Пневмокомпрессия, обеспечивая элиминацию жидкости из межтканевых щелей и лимфатических капилляров, оставляет на месте белковую фракцию, что приводит к обтурации путей оттока и прогрессированию липодерматосклероза. По той же причине категорически не показано применение диуретиков. Несмотря на быстро достигаемый эффект, оно ведет к прогрессированию заболевания. Предпочтителен для лечения отечного синдрома мануальный вено- и лимфодренаж, обеспечивающий более медленную, но одновременную элиминацию всех фракций межтканевой жидкости и лимфы.

В настоящее время имеется ряд инвазивных методик, позволяющих оказать эффективную помощь при варикозной болезни даже на стадии декомпенсации пациентам пожилого и старческого возраста. Такими методами, в частности, являются флебосклерооблитерация и эхофлебосклерооблитерация.

Флебосклерооблитерация у больных пожилого и старческого возраста имеет цель уменьшить симптомы заболевания и объем и травматичность оперативного лечения.

Для склерооблитерации мы используем препараты класса детергентов с наибольшей степенью очистки, такие как фибровейн (fibro-vein), производство компании «STD Pharmaceutical» (Великобритания), этоксисклерол (aetoxysclerol), производство компании «Kreussler» (ФРГ).

Оптимальная техника лечения включает в себя следующие правила:

- горизонтальное положение пациента,
- техника пустой вены,
- постоянный визуальный или ультразвуковой контроль,
- немедленная эластичная компрессия,
- скорейшая активация пациента,
- склерозирование от дистальных вен к проксимальным,
- от более крупных вен к более мелким.

Флебосклерооблитерацию мы проводим в горизонтальном положении пациента, так как вертикальное положение, несмотря на лучшую визуализацию вен, часто сопровождается вагосвазальной реакцией — головокружением и обмороком, которые могут стать причиной серьезных травм. Горизонтальное положение пациента создает максимально комфортные условия для него и врача, снижается кровенаполнение и давление в подкожных и внутрикожных венах, что способствует более полному контакту склеропрепарата с интимой вены.

При склерозировании немагистральных подкожных вен вводим препарат до 5 раз общим объемом до 5 мл. Повторный сеанс проводим не ранее 12 сут у пациентов с внутрикожным варикозом и не ранее 14 сут при лечении вен более крупного калибра.

В последние 2 года мы широко используем склерооблитерацию, вводя препарат в виде пены, как при склерозировании вен малого калибра, так и при эхофлебосклерооблитерации. Мы практически не вводим препараты без микропены в сосуды диаметром больше 2–3 мм. Склерооблитерация с помощью склерозирующих средств в виде пены имеет следующие преимущества:

- существенное снижение количества склерозанта, необходимого для обработки сопоста-

вимого сегмента сосудистого русла (по сравнению с обычным препаратом);

- возможность использования низкоконтентрированных склерозантов для лечения сравнительно крупных сосудов;

— длительная экспозиция пены в просвете сосуда, что существенно улучшает лечебный эффект процедуры и уменьшает вероятность образования тромба;

- возможность четкого ультразвукового контроля;

- менее тяжелые последствия экстравазации.

Эхофлебосклерооблитерация. Выраженные трофические нарушения кожи наблюдаются у достаточно большого контингента больных. У этих пациентов оперативный доступ к главному источнику венозной гипертензии, недостаточной перфорантной вене, часто затруднен ввиду выраженной индурации, липодерматосклероза. Нередко оперативное лечение им не показано из-за выраженной сопутствующей патологии. В таких случаях мы применяем склерозирование «непальпируемых и не визуализируемых» перфорантных вен под ультразвуковым контролем, или эхофлебосклерооблитерацию.

В настоящее время в амбулаторной практике мы используем эхофлебосклерооблитерацию в следующих случаях:

при наличии выраженной декомпенсированной формы хронической венозной недостаточности и невозможности оперативного вмешательства;

в качестве послеоперационного пособия, если по каким-либо причинам было невозможно ликвидировать локальный веновенозный рефлюкс;

в случаях рецидива варикозной болезни при наличии локального веновенозного рефлюкса.

Процедуру проводим только в том случае, если считаем, что нами четко установлен источник венозной гипертензии, и что больному показан именно этот метод лечения. Для эхофлебосклерооблитерации мы используем препарат класса детергентов с наибольшей степенью очистки — фибро-вейн (fibro-vein), производство компании «STD Pharmaceutical» (Великобритания).

Пункцию перфорирующей вены рекомендуется проводить иглой, калибр которой достаточен для хорошей визуализации (21–22 G). Для склерозирования используем шприц объемом 2 мл. При этом вводим препарат фибро-вейн в 3% концентрации при склерооблитерации пер-

форирующей вены или 1% при облитерации поверхностной. Объем вводимого препарата составляет не менее 2 мл.

Желательно произвести пункцию как можно ближе к зоне прободения перфорантной веной поверхностной фасции для лучшего склерозирования вены и избежания заброса препарата в подкожные вены, что ведет к снижению концентрации и ослаблению контакта препарата с интимой вены. Склерозирование же ее концевой отдела или притоков неэффективно. При сканировании фасция легко визуализируется в виде линейного образования с выраженным эхосигналом, при этом хорошо определяется попавшая в сосуд игла, при прокалывании стенки сосуда — его деформация.

После введения препарата необходимо обеспечить немедленную локальную компрессию места инъекции латексной подушечкой и эластичное бинтование на 10–12 суток.

За последние 5 лет в нашей клинике было пролечено 185 пациентов пожилого и старческого возраста с различными формами варикозной болезни на разной стадии хронической венозной недостаточности (табл. 1). Следует подчеркнуть, что проводилось сочетанное комплексное лечение практически всех больных.

Флебосклерооблитерация. Результат флебосклерооблитерации признавался хорошим при полной окклюзии вен, удовлетворительным при склерозировании более 50% и неудовлетворительным при склерозировании менее 50% всех подлежащих лечению сосудов. Накопленный нами опыт показывает, что при грамотном и корректном выполнении всех процедур возможно достигнуть максимально полного косметического эффекта при минимуме осложнений. Из осложнений отмечалась гиперпигментация (5,1%).

Таблица 1

Характеристика пациентов по степени хронической венозной недостаточности

Степень по CEAP	Пациенты, n, %
2-я	53 (28,6)
3-я	39 (21,1)
4-я	45 (24,3)
5-я	14 (7,6)
6-я	34 (18,4)
Итого:	185 (100)

Таблица 2

Исход флебосклерооблитерации немагистральных подкожных вен

Результаты	n, %
Хорошие	32 (62,7)
Удовлетворительные	14 (27,5)
Неудовлетворительные	5 (9,8)
Итого:	51 (100)

Средняя ее продолжительность после процедуры составила 1,4 мес.

Результаты флебосклерооблитерации за истекшие 5 лет представлены в табл. 2.

Некоторое превышение количества неудовлетворительных результатов над среднестатистическим значением объясняется по большей части особенностями данной категории пациентов, невыполнением пациентом рекомендаций врача после процедуры.

Эхофлебосклерооблитерацию за последние 5 лет мы провели у 44 пациентов пожилого и старческого возраста. У 24 пациентов были длительно незаживающие трофические язвы, у 14 — имелись эпителизовавшиеся язвы. Во всех случаях причиной трофической язвы был горизонтальный рефлюкс по недостаточным перфорантным венам.

При эхосклерооблитерации перфорантных вен у 1 больного попасть в вену не удалось. У 3 пациентов проходимость недостаточных перфорантных вен сохранилась, однако их диаметр уменьшился примерно в 2 раза.

У прослеженных нами больных с обширными трофическими язвами отмечено, что на 10–12-е сутки после процедуры, т. е. без дополнительного лечения, площадь язв сокращалась на 30–40%, глубина их значительно уменьшалась, появлялись свежие грануляции. В данных случаях удалось добиться заживления язв в течение 1–2 мес.

При наличии обширных язвенных дефектов в 12 случаях больным после эхофлебосклерооблитерации проводилась аутодермопластика в условиях хирургического стационара. В 10 случаях лоскут успешно прижился.

Отсутствие заживления трофических язв отмечено в 3 случаях, что, на наш взгляд, обусловлено наличием многочисленных недостаточных перфорантных вен малого диаметра и сочетанием горизонтального и вертикального

рефлюкса при длительном заболевании. В ходе исследования нами установлено, что наиболее успешно склерозируются недостаточные перфорантные вены диаметром от 4 до 8 мм, извитые (так называемая форма крючка) и достаточно длинные (табл. 3).

При паравазальном попадании препарата в подкожную клетчатку никакой ее реакции не отмечалось, как и образования паравазальных гематом после процедуры.

Во всем мире увеличивается число пациентов с варикозной болезнью вен нижних конечностей. Параллельно увеличивается число пациентов и с декомпенсированными формами заболевания.

Декомпенсация хронической венозной недостаточности ведет к резкому снижению качества жизни, инвалидности и даже онкологическим и летальным осложнениям. В то же время происходит удорожание лечения данной категории больных, повышение экономических затрат как государства, так и самих пациентов.

К сожалению, и наш, и мировой опыт свидетельствует, что главной причиной развития декомпенсированных форм хронической венозной недостаточности при варикозной болезни является недооценка первичных проявлений заболевания как врачом, так и пациентом, низкая информированность обеих сторон о методах профилактики и лечения данной патологии.

Для улучшения качества лечения пациентов, снижения операционной травмы необходимо повышать качество амбулаторного ведения больных с варикозной болезнью вен нижних конечностей.

Таблица 3

Результаты эхофлебосклерооблитерации недостаточной перфорантной вены

Исход	Пациенты, п, %
Окклюзия вены	40 (90,9)
Сужение вены	3 (6,8)
Окклюзия и сужение вены отсутствуют	1 (2,3)
Эпителизация язвы	21 (87,5)

Склерооблитерация и эхофлебосклерооблитерация являются эффективным компонентом в комплексном лечении больных пожилого и старческого возраста с варикозной болезнью на амбулаторном этапе, их можно применять как самостоятельный метод, а также в пред- и послеоперационном периоде.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шиманко А.И., Дибиров М.Д., Васильев А.Ю., Соломатин С.А., Иванов К.А., Постнова Н.А. Эхосклеротерапия в лечении больных с декомпенсированными формами хронической венозной недостаточности нижних конечностей. *Флебологическая наука и практика* 2000; 12: 13-19.
2. Шиманко А.И., Дибиров М.Д., Постнова Н.А., Соломатин С.А., Иванов К.А. Ультразвуковой контроль склерооблитерации варикозных вен нижних конечностей. Третья конференция Ассоциации флебологов России, Ростов-на-Дону, 17-19 мая 2001. 247.
3. Шиманко А.И., Дибиров М.Д., Васильев А.Ю., Цуранов С.В., Воронин А.А. и др. Применение foam-form склеротерапии у больных с варикозной болезнью нижних конечностей. Результаты применения лазера у больных с варикозной болезнью. *Phlebology*, спецвыпуск, IV конференция Ассоциации флебологов России, М., 23-25 мая 2006. 122.
4. Савельев В.С., Кириенко А.И., Богачев В.Ю., Голованова О.В. Мультицентровое исследование препарата Детралекс (Relief Study), обобщенные результаты российской части проекта. *Международный медицинский журнал* 2000; 5: 398-402.
5. Савельев В.С. Варикозная болезнь – современное состояние старой хирургической проблемы. *Анналы хирургии* 1999; 2.
6. Стеммер Р. Лечение хронической венозной недостаточности нижних конечностей. *Флебологическая наука и практика* 1997; 4: 1-4.
7. Cabrera Garrido J.R., Cabrera Garcia Olmedo J.R., Garcia Olmedo Dominguez M.A. Elargissement des limites de la sclerotherapie: nouveaux produits sclerosants. *Phlebologie*. 1997; 50; 181-8.
8. Foldi M., Kluken N., Collard M. Praxis der Lymphgefäß- und Venenerkrankungen. Gustav Fischer-Verlag. Stuttgart. 1974.
9. Harman T. Теоретические основы применения склерозирующих средств в виде микропены. *Флебологическая наука и практика* 2004; 22: 3.
10. Jantet G. Эпидемиология заболеваний вен. Обзор существующего положения. *Флебологическая наука и практика*; 1997. 7-8.

Поступила 26.03.2007

ФАКТОРЫ РИСКА И РЕЗУЛЬТАТЫ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

И.В. Жбанов, А.В. Молочков, Б.В. Шабалкин

Российский научный центр хирургии им. академика Б.В. Петровского РАМН, Москва

Ключевые слова: реваскуляризация миокарда, факторы риска, результаты, пожилой возраст
Key words: efficacy of combined coronary revascularization, aged

Одной из современных тенденций является увеличение продолжительности жизни людей и связанный с этим рост общей численности пожилого населения, темпы которого превышают рост общей популяции примерно в 2 раза и составляют в развитых странах около 18,3% от общего населения [8].

Лидирующее место в ряду заболеваний в этой возрастной группе занимают сердечно-сосудистые болезни [2,9]. В связи с этим в последние годы в большинстве стран значительно возрастает темп развития сердечно-сосудистой хирургии у пожилых больных. Так количество операций аортокоронарного шунтирования в США с 1987 по 2000 г. увеличилось на 67% [10]. В нашей стране число таких операций за последние 5 лет увеличилось более чем в 3 раза [4].

Несмотря на очевидное увеличение количества операций на сердце у лиц пожилого возраста, эти больные остаются группой повышенного риска в кардиохирургии. По данным большинства работ последних лет, у них отмечается значительно большее число послеоперационных осложнений, чем у более молодых пациентов [5,13]. Значительно чаще встречаются нарушения мозгового кровообращения, острые нарушения функции почек и необходимость диализа, увеличение времени искусственной вентиляции легких и связанные с этим возможные осложнения [7]. Летальность в этой группе больных

также выше. Так, по данным различных авторов, операционная летальность у пожилых больных после аортокоронарного шунтирования колеблется от 2 до 20% [6,11]. В связи с этим целый ряд авторов считают возраст независимым фактором риска.

В отечественной литературе вопросы коронарной хирургии у пожилых пациентов освещены значительно меньше, чем за рубежом. Интерес к этой теме стал заметным лишь в последние годы. Небольшие сообщения посвящены результатам операции аортокоронарного шунтирования у данной категории больных [1,3,4]. Практически отсутствуют публикации по оценке факторов операционного риска, о ближайших и отдаленных результатах хирургического лечения ишемической болезни сердца у лиц пожилого возраста.

В связи с этим представленное исследование имело цель — изучение факторов риска и анализ ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения ИБС у больных старше 70 лет.

Исследуемую группу больных составили 123 пациента старше 70 лет, последовательно оперированных с 2000 по 2006 гг. в отделении хирургического лечения ишемической болезни сердца РНЦХ РАМН. Контрольная группа, сформированная методом случайной выборки, была представлена 103 больными моложе 70 лет, оперированными в те же сроки.

При сравнительном анализе клинико-анамнестических данных и результатов лабораторно-инструментальных методов диагностики мы выявили ряд различий между пациентами обеих групп.

Пациентов с нестабильной стенокардией в исследуемой группе было достоверно больше — 28 (23,1%) и 12 (11,6%) ($p < 0,05$) в контрольной. Достоверно чаще пациенты исследуемой группы имели более 2 инфарктов миокарда в анамнезе (27 (21,8%) и 11 (10,6%) ($p < 0,05$)). Достоверно чаще мы проводили операции у больных исследуемой группы в подострой фазе инфаркта миокарда — 9 (7,3%) и 2 (1,9%) ($p < 0,05$).

Число пациентов со сниженной фракцией изгнания левого желудочка ($<50\%$) и дилатацией его полости было достоверно больше в исследуемой группе (46 (37,3%) и 18 (17,4%), $p < 0,05$) и (39 (31,7%) и 16 (15,5%) $p < 0,05$).

В нашем исследовании у большинства больных исследуемой группы обнаружено крайне тяжелое поражение сосудов сердца. Гемодинамически значимый стеноз 3 коронарных артерий и более и поражение ствола левой коронарной артерии достоверно чаще наблюдали у пациентов пожилого возраста (87 (70,7%) и 58 (56,3%) ($p < 0,05$) и (39 (31,7%) и 14 (13,5%) ($p < 0,05$)).

Длительный анамнез заболевания, возрастные изменения стенки сосудов, а также сопутствующие заболевания (сахарный диабет, артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия) часто приводят к диффузному поражению коронарных артерий. Так R. Mohan и соавт., сравнив 2 группы оперированных больных (средний возраст 72,3 и 55,6 года), показали, что у пожилых значительно чаще имеет место многососудистое и диффузное поражение коронарных артерий [14].

По данным исследования CASS, основными факторами риска периоперационной летальности, связанными с пожилым возрастом, являются: сахарный диабет, поражение сосудов головного мозга, АГ, хроническая обструктивная болезнь легких, хроническая почечная недостаточность, требующая проведения диализа, нестабильная стенокардия, многососудистое и диффузное поражение коронарных артерий, стеноз ствола

левой коронарной артерии [12]. Согласно нашему исследованию, у пациентов пожилого возраста достоверно чаще наблюдаются хроническая обструктивная болезнь легких (24 (19,5%) и 3 (2,9%) $p < 0,05$), хроническая почечная недостаточность (9 (7,3%) и 0 соответственно, $p < 0,05$), артериальная гипертензия (107 (86,9%) и 55 (53,4%) $p < 0,05$) и сахарный диабет (35 (28,4%) и 3 (2,9%) $p < 0,05$).

На основании полученных данных мы выделили основные факторы риска оперативного лечения пожилых больных: множественное и диффузное поражение коронарных артерий, поражение ствола левой коронарной артерии, снижение сократительной функции левого желудочка (фракция изгнания $<50\%$), экстренный характер оперативного вмешательства, сопутствующие заболевания — сахарный диабет, поражение других сосудистых бассейнов, хроническая обструктивная болезнь легких, хроническая почечная недостаточность. В качестве фактора операционного риска следует рассматривать и атеросклеротическое поражение восходящего отдела аорты, являющееся основной причиной эмболических осложнений.

Таким образом, сравнительный анализ клинико-анамнестических данных и результатов лабораторно-инструментальных методов исследования показал, что пожилые больные имели более тяжелое исходное состояние, связанное с сопутствующей патологией, а также менее благоприятное течение ИБС, обусловленное большей степенью поражения коронарных артерий и инвалидизацией миокарда.

Более половины всех вмешательств у пациентов каждой группы составили операции множественного аортокоронарного шунтирования. Между исследуемыми группами мы не выявили различий по числу операций шунтирования одной коронарной артерии. В исследуемой группе достоверно реже выполняли шунтирование 3 коронарных артерий и более (соответственно, 96 (78,8%) и 92 (89,3%), $p < 0,05$). Объяснением этому служит достоверная разница между группами в полноте реваскуляризации миокарда. У 101 (82,1%) пациента исследуемой группы и у 98 (95,1%) контрольной ($p < 0,05$) выполнили полную реваскуляризацию миокарда, под которой мы понимаем шунтирование всех

пораженных коронарных артерий со стенозом более 50%, включая ветви диаметром не менее 1,5 мм. Соответственно у 22 (17,8%) пациентов исследуемой группы и у 5 (4,8%) – контрольной ($p < 0,05$) выполнили неполную реваскуляризацию миокарда. У пожилых больных достоверно чаще признавали нештунтабельными коронарные артерии с выраженными диффузными изменениями, а также сосуды, расположенные в зоне обширного постинфарктного кардиосклероза. Однако достоверной разницы по индексу реваскуляризации миокарда, который составил $3,11 \pm 0,8$ в исследуемой группе и $3,13 \pm 0,9$ в контрольной ($p > 0,05$), мы не обнаружили. На наш взгляд, полнота реваскуляризации может иметь большое значение в снижении послеоперационных осложнений и в показателях выживаемости в отдаленном периоде.

При оценке непосредственной эффективности аортокоронарного шунтирования мы провели анализ ее основных показателей – госпитальной летальности и периоперационных осложнений.

Периоперационный инфаркт миокарда развился у 9 (7,3%) пожилых пациентов и 3 (2,9%) – в группе более молодых больных ($p > 0,05$), но достоверной разницы по этому показателю мы не отметили. Причиной летального исхода инфаркт миокарда стал у 5 пациентов исследуемой группы. Все умершие больные имели такие факторы риска, как нестабильная стенокардия, атеросклероз восходящего отдела аорты, диффузное поражение коронарных артерий.

Острая сердечная недостаточность, не связанная с периоперационным инфарктом миокарда, была достоверно чаще у пациентов старше 65 лет (22 (17,8%) и 9 (8,7%) в контрольной группе ($p < 0,05$). Основной ее причиной у большинства пожилых больных (19/22) была исходно низкая сократительная функция миокарда вследствие обширного постинфарктного кардиосклероза (фракция изгнания $< 50\%$). Острая сердечная недостаточность нередко была резистентна к медикаментозной коррекции и требовала пролонгированного вспомогательного кровообращения и применения внутриаортальной баллонной контрпульсации. В связи с этим последнюю многократно чаще применяли у пожилых пациентов (27,6 и 4,8% ($p < 0,05$), что,

несомненно, указывает на более низкий резерв сократительной функции миокарда у них.

Число неврологических нарушений, по мнению разных авторов, колеблется от 1,5 до 8%. В нашем исследовании острое нарушение мозгового кровообращения в раннем послеоперационном периоде наблюдали у 7 (5,6%) пациентов исследуемой группы и у одного (0,9%) – контрольной ($p = 0,05$). У всех пациентов, перенесших это нарушение, было различной степени атеросклеротическое поражение брахиоцефальных сосудов и восходящего отдела аорты. Достаточно большое количество публикуемых работ посвящено неврологическим осложнениям у пожилых пациентов. Большинство авторов сходятся во мнении, что основной причиной острого нарушения мозгового кровообращения при выполнении операций на сердце служит эмболия сосудов головного мозга, источником которой являются атеросклеротические изменения восходящего отдела аорты и брахиоцефальных артерий.

Дыхательная недостаточность, потребовавшая пролонгированной ИВЛ (более 24 ч), достоверно чаще возникала у пациентов исследуемой группы (28 (22,7%) и 11 (10,6%) $p < 0,05$). У 12 (9,7%) больных причиной ее послужила хроническая обструктивная болезнь легких.

В совокупности вышеуказанные осложнения стали главной причиной госпитальной летальности, которая превышала таковую в контрольной группе и составила соответственно 8,1% и 2,9% ($p < 0,05$).

Таким образом, непосредственные результаты хирургического лечения пожилых больных ИБС дают все основания для их выделения в группу повышенного операционного риска. Однако отдаленные результаты операции у данной категории пациентов позволяют судить о ее достаточно высокой клинической эффективности. Различия в выживаемости пожилых и более молодых больных были статистически недостоверны и составили спустя 5 лет после операции соответственно 69,2 и 81,4% ($p > 0,05$). Очень важен тот факт, что показатель выживаемости оперированных больных пожилого возраста был достоверно выше по сравнению с таковым у пациентов того же возраста, находившихся на консервативной терапии: через 5 лет соответ-

венно 69,2 и 44,8% ($p < 0,05$). Большинство пожилых больных (76,5%) в отдаленном послеоперационном периоде отметили отчетливый эффект аортокоронарного шунтирования. Следовательно, высокая клиническая эффективность хирургического лечения больных ИБС пожилого возраста дает основания говорить о его целесообразности. Особое внимание к факторам риска у пожилых пациентов на этапе определения показаний к операции во многом позволяет прогнозировать результат хирургического вмешательства, предупредить или существенно снизить вероятность периоперационных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кнышов Г.В., Уреуленко В.И., Руденко А.В. и др. Проблемы восходящей аорты при аорто-коронарном шунтировании у пожилых пациентов. Шестой всероссийский съезд сердечно-сосудистых хирургов. Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН № 2. М., 2000.
2. Мареев В.Ю. Рекомендации по рациональному лечению больных с сердечной недостаточностью. *Consilium Medicum*. 2000; 1 (3): 109-146.
3. Работников В.С., Мовсесян Р.А., Алшибая М.М. и др. Результаты хирургического лечения ишемической болезни сердца в различных группах больных. Шестой всероссийский съезд сердечно-сосудистых хирургов. Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН № 2. М., 2000.
4. Работников В.С., Мовсесян Р.А., Коваленко О.А. и др. Непосредственные результаты хирургического лечения ишемической болезни сердца у больных пожилого возраста. Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 2001; 4: 19-23.
5. Соловьев Г. М., Шаенко О.Ю. Актуальные вопросы хирургического лечения ишемической болезни сердца. *Кардиология*. 1997; 3 (4): 76-79.
6. Adkins M.S., Amalfitano D., Harnum N.M. et al. Efficacy of combined coronary revascularization and valve procedures in octogenarians. *Chest*. 1995; 108: 927-931.
7. Antunes M.J., Fernandes L.E., Surgery of the coronary vessels in the elderly. *Rev.Port.Cardiol*. 1989 Sep; 8 (9): 593-597, disc. 599.
8. Dustan H.P. Hamilton M.P., McCullough C., et al. Sociopolitical and ethical considerations in the treatment of cardiovascular disease in the elderly. *J. Amer. Coll. Cardiol*. 1987; 10: 4A-7A.
9. Jeffery D.L., Vijayanagar R.R., Bognolo D.A., Eckstein P.F. Results of coronary bypass surgery in the elderly woman. *Ann.Thorac.Surg*. 1986 Nov.; 42 (5): 550-553.
10. Jones E.L., Wenger N.K., Furberg C.D., Pitt E. et al. Coronary Bypass surgery in the elderly. New York, Elsevier Science Publishing Co., Inc., 1986. 375-388.
11. Katz N.M., Hannan R.L., Hopkins R.A. et al. Cardiac operations in patients aged 70 years and over; mortality, length of stay, and hospital charge. *Ann. Thorac. Surg*. 1995; 60: 96-101.
12. Kennedy J.W., Kaiser G.C., Fisher L.D. Clinical and angiographic predictors of operative mortality from the collaborative study in coronary artery surgery (CASS). *Circulation*. 1988; 63: 793-802.
13. Khan S.S., Kuupfer J.M., Matloff J.M., et al. Interaction of the age and preoperative risk factors in predicting operative mortality for coronary bypass surgery. *Circulation*. 1992; 86 (Suppl 2): 186-190.
14. Mohan R., Amsel B.J., Walter P.J. Coronary artery bypass grafting in the elderly — a review of studies on patients older than 64, 69 or 74 years. *Cardiology*. 1992; 80 (3-4): 215-225.

Поступила 26.03.2007

ВНИМАНИЕ!!!

Новая книга!

Б. П. БОГОМОЛОВ.

***Инфекционные болезни:
неотложная диагностика, лечение и профилактика***

Издательство НЬЮДИАМЕД, 2007

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СИСТЕМЫ КРОВИ

С.Р. Караголян, В.С. Шавлохов, В.С. Галузьяк,
Е.М. Шулутко, Е.Е. Звонков

ГНЦ РАМН, Москва

Ключевые слова: болезни крови, пожилой возраст, хирургическое лечение

Key words: surgery treatment, blood system diseases

Современные возможности анестезиологии, реаниматологии и хирургии позволяют не рассматривать биологический возраст большинства больных как противопоказание к операции или инвазивному исследованию.

Ряд лимфопролиферативных заболеваний – лимфоцитоз селезенки, хронический лимфолейкоз – поражают чаще больных второй половины жизни [3,4,5,8,9]. Успехи лечения заболеваний системы крови привели к длительным ремиссиям, увеличению продолжительности жизни, и часть больных успевает состариться и обрести сопутствующие общехирургические заболевания (холецистит, опухоль, грыжа и др.).

Условия выполнения общехирургических операций в гематологической клинике существенно отличаются от общей практики прежде всего тем, что пациенты не являются общесоматически здоровыми людьми, внезапно попавшими в острую ситуацию воспаления, перфорации или травмы. Кроме основного и сопутствующих заболеваний, к моменту операции большинство из них имеют более или менее длительную историю лечения: химиотерапию, лучевую и гормональную терапию, а нередко и ранее выполнявшиеся диагностические вмешательства (лапаротомия или лапароскопия с целью получения биопсийного материала), что не может не отражаться на состоянии органов и тканей, нередко влечет за собой выраженные изменения кровотока, иммунитета, свертываемости крови и требует особой предоперационной подготовки,

нестандартной анестезии, строго индивидуализированной трансфузиологической тактики и послеоперационного ведения [12].

Область применения хирургических методов в гематологической практике довольно обширна: эндоскопическая диагностика, морфологическая верификация диагноза, лечебные вмешательства, плановые и экстренные вмешательства по общехирургическим показаниям, тонкои/или толстоигольная биопсия под контролем УЗИ и КТ, медиастиноскопия, торакоскопия, торако-, лапаротомия, лапароскопия и др.

Основная операция в гематологической клинике – спленэктомия, которая является высокоэффективным методом лечения при ряде гематологических заболеваний, в частности при опухолевой лимфопролиферации со значительно увеличенной и продолжающей увеличиваться селезенкой и выраженным цитопеническим синдромом, когда консервативные методы лечения перестают быть эффективными или их проведение невозможно по ряду причин (развившиеся осложнения, тяжесть состояния больного, сопутствующие заболевания и преклонный возраст) [1,6,7,10,13,14]. Если быстро прогрессирующая спленомегалия сопровождается цитопеническими осложнениями, опухолевой интоксикацией (В-симптомы) и обусловлена саркомной трансформацией опухоли в селезенке, необходимость в спленэктомии не вызывает сомнений, как и при синдроме сдавления внутренних органов, что приводит к нарушению их функции,

сердечной и легочной недостаточности, либо абсцедированию селезенки и угрозе её разрыва [4,6,10,11,15,17,19,21,24].

Поскольку опухолевые лимфопролиферативные заболевания поражают преимущественно людей старших возрастных групп, у которых химио- и лучевая терапия могут сопровождаться нежелательными побочными эффектами (геморрагический цистит, кардио-, нейро- и нефротоксичность) [3,16,20,22,23], спленэктомия имеет ряд преимуществ.

Вместе с тем принятие решения о необходимости спленэктомии у пожилого пациента чаще всего сдерживается представлением о высокой вероятности интра- и послеоперационных осложнений, в частности массивной кровопотери, тромбоза портальных сосудов, послеоперационного панкреатита, а также различных инфекционных осложнений: пневмонии, поддиафрагмального абсцесса, сепсиса) [7,13,14,21].

С января 1990 г. по апрель 2004 г. в отделении хирургической гематологии ГНЦ РАМН выполнена спленэктомия у 81 больного с хроническим лимфолейкозом и лимфоцитомой селезенки в возрасте от 61 года до 87 лет (средний возраст – 68,4) (табл. 1).

У 79 больных к моменту установления показаний к операции селезенка имела размер 13×5 см – 37×19 см (по данным УЗИ), из них у 39 (49%) она была увеличена значительно (от 21×8 см до 37×19 см), занимала всю левую половину брюшной полости, опускалась в малый

таз. Клиническая характеристика больных представлена в табл. 2.

Перед операцией цитопения имела место у 73 больных, в том числе глубокая с уровнем $Hb < 80$ г/л или количеством тромбоцитов менее 50×10^9 /л – у 17 больных лимфолейкозом и 17 лимфоцитомой селезенки.

У всех оперированных больных были сопутствующие заболевания, наиболее часто заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной системы, хроническая венозная недостаточность нижних конечностей, желчнокаменная болезнь и доброкачественная гиперплазия предстательной железы. У большинства имело место сочетание нескольких сопутствующих заболеваний. Тяжесть состояния больных перед операцией представлена в табл. 3.

Консервативную терапию по общепринятым схемам моно- и полихимиотерапии до операции получали 30 (81%) больных лимфолейкозом и 16 (36%) с лимфоцитомой селезенки. Консервативное лечение оказались неэффективным или дальнейшее его проведение было невозможно из-за развившихся осложнений, что и заставило направить больных на спленэктомию. Основным показанием была цитопения (табл. 4), которая наблюдалась при лимфолейкозе у 29 больных со спленомегалией и у 2 с нормальным размером селезенки, при лимфоцитозе – у 39 больных с выраженной спленомегалией. Основной причиной цитопении был повышенный аутоиммунный гемолиз и аутоиммунная тромбоцитопения. Уровень гемоглобина менее 80 г/л и

Таблица 1

Общая характеристика больных

Нозологические формы	Число больных	Возраст, лет	Мужчины	Женщины	Масса селезенки, г	Длительность заболевания до спленэктомии
ХЛЛ	37	61–84 (Me – 68)	22	16	(110–5600) 1442	3 мес. – 18 лет (Me – 3 г)
Лфц	44	61–87 (Me – 69)	11	33	(270–5500) 1992	1 мес. – 10 лет (Me – 1 г)

Примечание. Me – медиана. В табл. 1–4 ХЛЛ – хронический лимфолейкоз, Лфц – лимфоцитома селезенки.

Таблица 2

Клиническая характеристика больных хроническим лимфолейкозом и лимфоцитомой селезенки перед операцией

Нозологические формы	Спленомегалия	Гепатомегалия	Лимфаденопатия	Повышенный гемолиз	Геморрагический синдром	В-симптомы
ХЛЛ, n, %	35 (95)	27 (73)	34 (92)	15 (41)	9 (24)	20 (54)
Лфц, n, %	44 (100)	29 (66)	34 (77)	10 (23)	4 (9)	31 (71)
Общее число больных, %	79 (98)	56 (69)	68 (84)	25 (31)	13 (16)	51 (63)

Таблица 3

Тяжесть состояния больных перед операцией

Тяжесть состояния	ХЛЛ		Лимфоцитоза	
	п	возраст, годы	п	возраст, годы
Тяжелое	6	62–68 (Me*– 66)	3	61–71 (Me – 66)
Средней тяжести	20	61–84 (Me – 69)	19	61–87 (Me – 71)
Удовлетворительное	11	61–77 (Me – 68)	22	61–81 (Me – 67)

Примечание. Me * – медиана.

Таблица 4

Показания к спленэктомии

Показания	ХЛЛ, п	Лфц, п
Цитопенический синдром	31	39
– изолированная анемия	11	11
– изолированная тромбоцитопения	6	5
– сочетанная анемия и тромбоцитопения	14	23
Подозрение на саркоматизацию опухолевого процесса	4	4
Выраженная спленомегалия с абдоминальным дискомфортом и нарушением функции внутренних органов	2	1

количество тромбоцитов менее $50 \times 10^9/\text{л}$ служили основанием для спленэктомии при изолированных анемии и тромбоцитопении.

Все больные оперированы в плановом порядке. Предоперационная подготовка больных включала в себя: купирование аутоиммунных осложнений (повышенный гемолиз, аутоиммунная тромбоцитопения и геморрагический синдром) кортикостероидами (преднизолон в дозе 1–1,5 мг/кг), коррекцию глубокой анемии трансфузиями индивидуально подобранной эритроцитной массы или размороженных эритроцитов; терапию, направленную на компенсацию дыхательной и сердечной недостаточности, ИБС

и артериальной гипертензии; лечение обострений хронических бронхолегочных инфекций, инфекций носоглотки и мочевыделительной системы; антибиотикопрофилактику послеоперационных инфекционных осложнений; бинтование ног эластичным бинтом перед операцией с целью предотвращения послеоперационных тромбоэмболических осложнений; больных сахарным диабетом переводили на введение простого инсулина. Сохранение геморрагического синдрома, несмотря на проводимую терапию, было показанием к переливанию тромбоцитной массы (6–8 доз) непосредственно перед операцией. Перед операцией резервировали одноклассную, индивидуально подобранную эритроцитную массу или размороженные эритроциты на случай кровотечения.

У большинства больных анемия и расстройство гемостаза были скорректированы до безопасного для выполнения операции уровня (гемоглобин не менее 70–80 г/л, количество тромбоцитов свыше $60 \times 10^9/\text{л}$). Однако, несмотря на проводимую терапию, у 5 больных с аутоиммунными гемолитическими кризами стабилизировать уровень гемоглобина не удалось, и больные были оперированы с уровнем гемоглобина от 26 до 60 г/л. Еще 4 больных были оперированы на фоне сохраняющегося геморрагического синдрома (петехиальная сыпь и синяки на коже, десневые и носовые кровотечения) с количеством тромбоцитов от 4 до $38 \times 10^9/\text{л}$.

Спленэктомию выполняли под комбинированным эндотрахеальным наркозом: у 70 больных из открытого срединного лапаротомного доступа по стандартной методике и у 11 лапароскопически. У 4 больных лимфолейкозом операция завершилась переходом к стандартной срединной лапаротомии – конверсионная спленэктомия (табл. 5).

Таблица 5

Основные характеристики спленэктомии

Спленэктомия	п	Масса селезенки, г	Размер селезенки, см	Объем кровопотери, мл	Длительность операции
ОСЭ	70	(180–5600) ¹ Me – 1650	(11 × 9 × 2–35 × 20 × 12) Me – 22 × 15 × 8	(50–2000) Me – 300	(1 ч – 2 ч 55 мин) Me – 1 ч 45 мин
ЛСЭ	7	(110–1350) Me – 350	(8 × 6 × 4–22 × 13 × 8) Me – 15 × 9 × 4	(50–1200) Me – 150	(1 ч 45 мин– 3 ч 10 мин) Me – 2 ч 25 мин
КСЭ	4	(400–1360) Me-650	(17 × 9 × 3–19 × 13 × 7) Me – 17 × 9 × 6	(600–2100) Me – 900	(1 ч–2 ч 35мин) Me – 2 ч

Примечание. ¹Me – медиана. ОСЭ – открытая спленэктомия, ЛСЭ – лапароскопическая, КСЭ – конверсионная.

Кровопотеря свыше 1000 мл при открытой спленэктомии имела место в 7 наблюдениях, из них в 2 — до 2000 мл: у больного 70 лет с лимфоцитомой селезенки и у больного 65 лет с лимфолейкозом. Кровопотеря у обоих была обусловлена сложными условиями операции: в первом наблюдении — выраженным периспленитом вследствие перенесенных множественных инфарктов селезенки, во втором — из раны ветви селезеночной вены при ее выделении в условиях периспленита и сращений в воротах селезенки из-за очагов саркомной трансформации. Удаленные селезенки имели массу 1600 и 1350 г. Длительность операции составила 2 ч 20 мин и 2 ч 35 мин соответственно. Послеоперационный период у обоих больных протекал без осложнений.

При лапароскопической спленэктомии максимальная кровопотеря 1200 мл наблюдалась у больного 61 года с лимфолейкозом в период освоения метода. Масса удаленной селезенки составила 350 г, размер — 15×9×3 см. Кровопотеря была обусловлена техническими трудностями при выделении сосудистой ножки селезенки из-за выраженной жировой клетчатки в области ворот и связок вследствие длительного приема кортикостероидов.

У 12 больных (14,8%) выполнены сочетанные со спленэктомией холецистэктомия, грыже-сечение. В 10 (12,3%) наблюдениях была удалена добавочная селезенка.

При значительном приросте тромбоцитов (свыше $400 \times 10^9/\text{л}$) в послеоперационном периоде назначали дезагреганты, а при появлении клинических признаков гиперкоагуляции (ухудшение самочувствия, длительно сохраняющийся парез кишечника, нарастание тахикардии), подтвержденных лабораторными данными (укорочение тромбинового времени и активированного частичного тромбопластинового времени, увеличение протромбинового индекса и уровня фибриногена), назначали лечебную дозу гепарина (в/в, с постоянной скоростью инфузии 1000 ЕД/ч).

В ближайшем послеоперационном периоде (в течение первых 3 сут после операции) имели место 2 смертельных осложнения. У больного 65 лет с лимфолейкозом, длительно страдавшего ИБС, стенокардией напряжения, в первые сутки после операции остро развился обширный трансмуральный инфаркт миокарда, и, несмот-

ря на проводимую терапию, больной скончался на 2-е сутки после операции. У больной 76 лет с лимфоцитомой селезенки во время операции была остановка сердечной деятельности и в первые часы после операции развилось внутрибрюшное кровотечение, потребовавшее экстренного оперативного вмешательства, наиболее вероятно, в связи с ДВС-синдромом. Больная умерла на 3-и сутки после релапаротомии (кровопотеря 2 л, без явного источника кровотечения) от острой сердечной недостаточности на фоне прогрессирующего геморрагического шока, присоединившейся двусторонней пневмонии, резистентной к антибактериальной терапии.

В раннем послеоперационном периоде отмечено 25 осложнений у 22 больных: у 14 больных лимфолейкозом имели место пневмония — 5; базальный плеврит с ограниченным пиопневмотораксом — 1; длительно сохраняющаяся лихорадка без локализованного источника инфекции — 3; тромбоз одной из ветвей портальной вены — 3; гематома ложа удаленной селезенки без нагноения — 4; послеоперационный панкреатит — 1. Из 8 больных с лимфоцитомой наблюдали пневмонию у 1; длительную лихорадку без локализованного источника инфекции у 3; тромбоз поверхностных вен голеней у 2; тромбоз одной из ветвей портальной вены у 1; гематому ложа удаленной селезенки без нагноения у 1.

В раннем послеоперационном периоде умер 1 больной лимфолейкозом в возрасте 62 лет. Больной находился в терминальной стадии заболевания, у него наблюдались длительная лихорадка, постоянно рецидивирующие гемолитические кризы при длительной неэффективной кортикостероидной терапии, частое обострение хронического бронхита и бактериальная пневмония, что и послужило основанием для направления на спленэктомию. Больной скончался на 24-е сутки после операции от прогрессирующей, резистентной к антибактериальной терапии двусторонней верхнедолевой пневмонии, вызванной смешанной флорой (грамположительная флора и пневмоцисты). Еще у 5 больных в раннем послеоперационном периоде возникли: длительный парез кишечника у 2, у 1 — длительная задержка мочи, у 2 — нарушения ритма сердца (в одном случае на фоне постоянной ишемии миокарда). Эти осложнения рассматриваются нами как обострение имевшихся до операции хронических заболеваний дыхатель-

ной и сердечно-сосудистой систем, общего атеросклероза, спаечного процесса в брюшной полости после перенесенных ранее операций, аденомы предстательной железы. Все осложнения были купированы в первые 1–2 недели послеоперационного периода.

В целом частота послеоперационных осложнений составила 27,2%, послеоперационная летальность – 3,7%, при лимфолейкозе и лимфоцитозах соответственно – 37,8 и 18,2%, летальность – 5,4 и 2,3%. Количество осложнений и летальность значительно выше у больных лимфолейкозом, чем у больных лимфоцитомой, что обусловлено более тяжелыми техническими условиями операции и особенностями течения лимфолейкоза: наличием конгломератов увеличенных лимфатических узлов и избыточной жировой клетчатки в области ворот селезенки и её связок; хрупкостью и легкой ранимостью тканей из-за длительного приема кортикостероидов, которые приводят, как известно, к развитию синдрома Иценко–Кушинга, артериальной гипертензии и стероидного сахарного диабета; снижению иммунного статуса, частым инфекционным заболеваниям бронхолегочной системы; более тяжелому исходному общему состоянию больных.

Послеоперационная рана у всех больных зажила первичным натяжением, швы снимали позже общепринятых сроков – на 9–12-е сутки, что было обусловлено приемом больными кортикостероидов, низким уровнем гемоглобина и нейтрофилов, пожилым возрастом. Длительность пребывания больных в хирургической клинике после операции составила от 9 до 66 сут (медиана – 16 сут).

Вынужденная продолжительная госпитализация была обусловлена длительно сохраняющимся значительным тромбоцитозом ($700–1000 \times 10^9/\text{л}$), лечением осложнений, развившихся в течение первых 3–7 сут после операции, необходимостью продолжать после операции кортикостероидную и иммуносупрессивную терапию из-за сохраняющейся иммунной тромбоцитопении и гемолиза, необходимостью срочно (через 1–3 недели после операции) начинать химиотерапию вследствие нарастающего лейкоцитоза $140–200 \times 10^9/\text{л}$.

Несмотря на то, что группа оперированных больных была исходно крайне трудна из-за угрозы осложнений (особенно больные лимфолей-

козом) и операцию провели в технически сложных условиях, из 81 больного умерли только 3, из них 2 в ближайшем и 1 в раннем послеоперационном периоде (описано выше), 78 больных были выписаны в удовлетворительном состоянии, несмотря на имевшие место осложнения и сопутствующие заболевания.

Нередки ситуации, вынуждающие выполнять обширные хирургические вмешательства у пожилых пациентов с заболеванием системы крови не только на селезенке, но и на других органах.

Демонстративны следующие клинические наблюдения:

Больной: М. – 87 лет. Диагноз: лимфоцитоз селезенки с поражением печени, костного мозга, периферических, внутрибрюшных, забрюшинных лимфатических узлов. Сопутствующие заболевания: ИБС, стенокардия напряжения II ФК, атеросклеротический кардиосклероз, диффузный пневмосклероз, эмфизема легких, плоскоклеточный рак нижней губы II стадии после курса близкофокусной рентгенотерапии в марте 1999 г. Начало заболевания: август 1999 г. Жалобы: выраженная слабость, повышенная температура тела до $37,3–37,5^\circ\text{C}$, сниженный аппетит, похудание на 10 кг за 6 мес, постоянное чувство тяжести и периодическая ноющая боль в левом подреберье. Общее состояние средней тяжести, пониженного питания, надключичный лимфатический узел справа $2 \times 1,5$ см, селезенка по данным УЗИ 25×10 см, в верхнем полюсе селезенки определяется гипоэхогенный очаг до $3 \times 2,5$ см, печень не увеличена. Показания к операции: выраженная спленомегалия в сочетании с умеренной тромбоцитопенией ($94 \times 10^9/\text{л}$), с В-симптомами, очагом некроза в верхнем полюсе селезенки.

Спленэктомия 02.08.2000 г. срединным лапаротомным доступом (рис. 1): селезенка размером

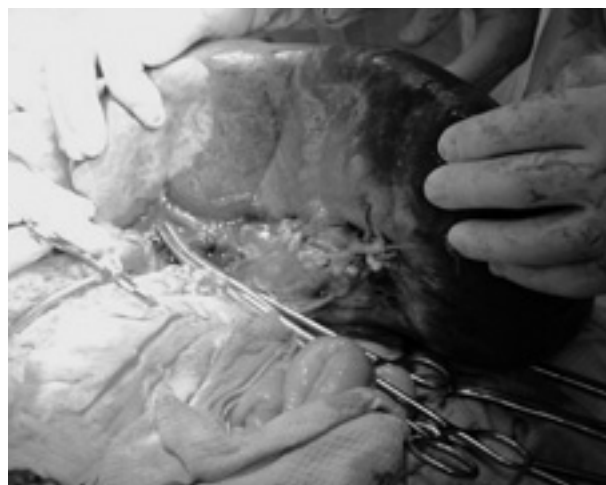


Рис. 1. Операция спленэктомии у больного М.

Таблица 6
Динамика показателей больного М.

Показатели	До операции	После операции		
		20 сут.	12 мес.	24 мес.
Общее состояние по ECOG-ВОЗ	3	2	2	2
и шкале Карновского, %	50	70	80	80
Самочувствие	Плохое	Удовлетв.	Хорошее	Хорошее
Перифер. кровь:				
НЬ г/л	114	102	144	145
Эритроциты, $\times 10^{12}/л$	4,21	3,64	5,19	5,23
Тромбоциты, $\times 10^9/л$	94	664	196	322
Лейкоциты, $\times 10^9/л$	4,3	11,5	10,5	10,8
Сегментоядерн., %	18	32	38	39
Лимфоциты, %	73	58	48	45
РОЭ, мм/ч	21	47	10	7
Качество жизни	Низкое	Удовлетв.	Хорошее	Хорошее

25×16×8 см, массой 1750 г, в верхнем полюсе инфаркт (3×4) см, лимфатические узлы до 2 см в области ворот печени, селезенки, парааортально.

Особенность операции: выраженный периспленит, плоскостные сращения между селезенкой, петлями тонкой кишки, диафрагмой. Длительность операции 2 ч 50 мин, кровопотеря 1000 мл. Осложнения: повреждение петли тонкой кишки (выполнена резекция). В раннем послеоперационном периоде осложнений не было.

Длительность наблюдения после спленэктомии — 3 года 1 мес (табл. 6). Умер от рецидива плоскоклеточного рака нижней губы.

Пациентка Ш.К.Д., 67 лет. Больная экстренно поступила в ГНЦ РАМН с выраженным болевым синдромом, купированным только наркотическими анальгетиками. Имело место практически тотальное поражение желудка с признаками стеноза выходного отдела (рис. 2).

До поступления больную в течение 42 дней по месту жительства лечили хлорбутином (10 мг в день) по поводу ошибочно установленного диагноза мальтомы желудка. На фоне лечения опухоль прогрессировала и привела к критической ситуации. Физикальное обследование больной и первое цитологическое исследование биоптата желудка, выполненное в первые 2 ч после поступления, не вызывали сомнения в наличии лимфосаркомы желудка. Учитывая общее тяжелое состояние больной, возраст, первый курс был проведен по схеме СНОР с везепидом, который сопровождался длительным

агранулоцитозом, тяжелыми инфекционными осложнениями, потребовавшими массивной антибактериальной и заместительной терапии. После первого курса эндоскопический ответ минимальный, в биоптатах сохранялась картина специфического саркомного поражения. Больная была переведена на модифицированную блоковую терапию, и уже после первого блока А'м (классический блок А NHL-BFM-90 + доксорубин + мабтера) у больной достигнута эндоскопическая и гистологическая ремиссия. Однако после эндоскопического исследования выявлено прогрессирование стеноза выходного отдела желудка до 5 мм, что было подтверждено рентгенологически и на компьютерной томограмме (рис. 3).

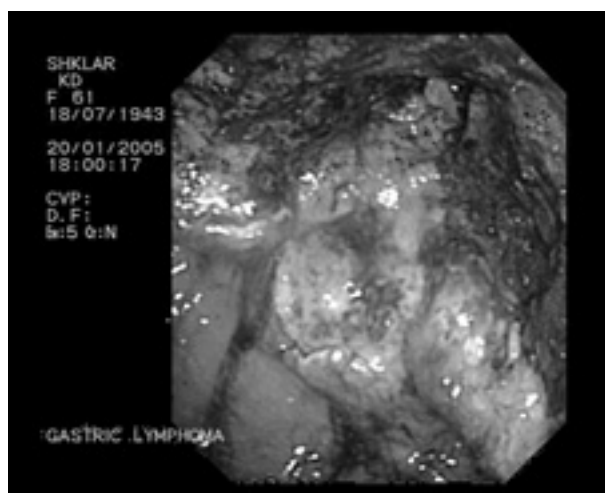


Рис. 2. Эндоскопическая картина желудка больной Ш.К.Д.



Рис. 3. Компьютерная томограмма желудка больной Ш.К.Д.

Учитывая эффективность терапии, было проведено еще 2 аналогичных блока А'м. Проведение курсов, помимо цитопенических осложнений, сопровождалось клиникой субкомпенсированного стеноза желудка и требовало непрерывного парентерального питания, водно-электролитной и белковой коррекции. После третьего блока стеноз выходного отдела желудка декомпенсировался (менее 3 мм) и потребовалось хирургическое вмешательство. Помимо лечебных показаний к операции оставалась и диагностическая потребность исследовать утолщенную до 15 мм стенку выходного отдела желудка. Ограниченное по протяженности поражение желудка позволило выполнить резекцию по Бильрот-1 с восстановлением пассажа по двенадцатиперстной кишке. Операция не сопровождалась интра- или послеоперационными осложнениями и привела к полному восстановлению проходимости желудка (рис. 4). При гистологическом исследовании резецированного участка желудка признаков опухоли не выявлено. У больной сохраняется ремиссия основного заболевания в течение 17 мес.

Больная К., 67 лет, с лимфоцитомой селезенки и хронической спаечной болезнью после перенесенных операций, переведена из другого лечебного учреждения с разлитым фибринозно-гнойным перитонитом, состоянием после нескольких релапаротомий с обширной резекцией участка тонкой кишки, клиникой несостоятельности швов энтероэнтероанастомоза, неполным высоким тонкокишечным свищем. Из анамнеза: 1965 г. — аппендэктомия, 1982 г. — надвлагалищная ампутация матки (фибромиома), 1994 г. — удаление обоих придатков матки, шейки матки и большого сальника по поводу цистоэпителиальной кисты яичника, 2002 г. — повторные релапаротомии по поводу спаечной кишечной непроходимости, с 1986 г. абсолютный лим-

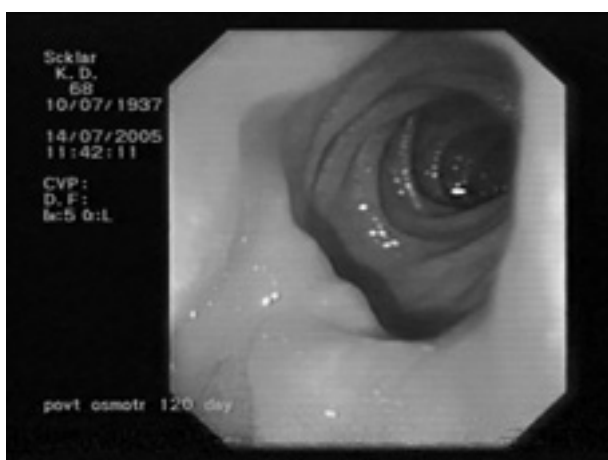


Рис. 4. Компьютерная томограмма больной Ш.К.Д. после резекции желудка.



Рис. 5. Больная К. Энтероэнтеростомоз.

фоцитоз (68%), умеренная спленомегалия. В 2001 г. выявлена парапротеинемия М-каппа (25,9%).

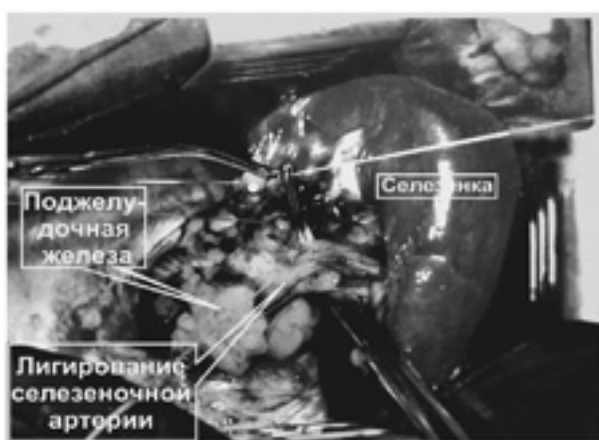
В день поступления 16.08.2002 выполнена релапаротомия, резекция энтероэнтероанастомоза с выведением отрезков кишки на переднюю брюшную стенку (рис. 5), хирургическая обработка «лампасных» разрезов боковой стенки живота и верхней трети бедра справа. Более 20 дней больная провела в реанимационном отделении, находясь на парентеральном питании, перенесла двустороннюю нижнедолевую очаговую пневмонию. Боковые раны брюшной стенки и бедра очистились от гнойно-некротических наложений за 10 дней и были ушиты.

04.10.2002 больная выписана в удовлетворительном состоянии с выведенными наружу энтеростомами и вновь госпитализирована для восстановления непрерывности тонкой кишки через 4 мес. Операция формирования энтероэнтероанастомоза выполнена 03.02.2003. Послеоперационный период без осложнений, через 2 недели больная выписана.

В 2005 г. у больной клинически проявился гипервискозный синдром: головная боль, общая слабость, головокружение, синдром Рейно, мелькание мушек перед глазами, тромбоцитопения 90×11^9 тыс./л, криоглобулинемия ++, протеинурия Бенс-Джонса. Выполнены 7 сеансов плазмафереза с кратковременным эффектом: через месяц сохранялась одышка при минимальной нагрузке, потеря массы тела, вновь парапротеинемия до 38,6 г/л, абсолютный лимфоцитоз (65%), РОЭ 73 мм/ч. 4 курса химиотерапии (2 курса COP с ритуксимабом и 2 курса FCR с ритуксимабом) без эффекта. Сохранялась спленомегалия 15×9 см. В связи с тем, что возможности химиотерапии были исчерпаны, рекомен-



а)



б)

Рис. 6. Спленэктомия у больной К. а, б — этапы операции.

дована спленэктомия. Она выполнена в мае 2006 г. с учетом массивного спаечного процесса в брюшной полости трансторакальным доступом через разрез в восьмом межреберье слева и диафрагмотомию (рис. 6, а, б) по методике В.А. Климанского и В.С. Шавлохова [13,14,18].

Послеоперационное течение без осложнений. Эффект — двукратное снижение уровня парапротеина с 66,1 до 32 г/л, значительное уменьшение симптомов гипервязкости (головокружения, одышки, мелькания «мушек»).

Таким образом, благодаря современным методам подготовки к операции, обезболивания и послеоперационного ведения больных, эффективной антибактериальной терапии, диагностические и лечебные хирургические вмешательства, включая обширные полостные операции у больных старших возрастных групп с заболеваниями системы крови, являются полноценной частью терапевтического протокола.

ЛИТЕРАТУРА

1. Байдулин С.А., Капланская И.Б., Сотников В.М. и др. Тер. арх. 1991; 7: 9-14
2. Байдулин С.А., Савченко В.Г., Капланская И.Б. и др. Тер. арх. 1992; 64 (2): 109-113.
3. Волкова М.А. (ред.) Клиническая онкогематология. М.: Медицина; 2001.
4. Воробьев А.И., Бриллиант М.Д. Тер. арх. 1982; 8: 8-14.
5. Воробьев А.И. (ред.) Руководство по гематологии. 2-е изд. М.: Медицина; 1985. Т. 2.
6. Воробьев А.И. (ред.) Руководство по гематологии. 3-е изд. М.: НЬЮДИАМЕД; 2003. Т. 2.
7. Гаврилов О.К., Гроздов Д.М. Хирургическое лечение заболеваний системы крови. М.: Медицина; 1981.
8. Галузяк В.С., Карагюлян С.Р., Рыжко В.В., Серегин Н.В. и др. Сравнительная оценка эффективности спленэктомии при различных формах опухолевой лимфопротерии у больных старших возрастных групп. Клин. геронтол. 2004; 10 (9).
9. Галузяк В.С., Карагюлян С.Р., Рыжко В.В., Гриншпун Л.Д. и др. Спленэктомия при хроническом лимфолейкозе у пожилых больных. Клин. геронтол. 2005; 11 (10): 15-23.
10. Демидова А.В., Норуджан А., Ильин Г.П. Пробл. гематол. и перелив. кр. 1979; 24 (11): 32-36.
11. Епифанов Н.С. Гематол. и трансфузиол. 1992; 37 (1): 28-30.
12. Карагюлян С.Р., Гржимоловский А.В., Данишян К.И., Шербакова О.В. Лапароскопическая спленэктомия при опухолях системы крови. Лекция. Матер. VIII Российского онкол. конгресса, 23-25 ноября, 2004. С. 48-49.
13. Климанский В.А., Бекназаров Я.Б. Опасности и осложнения спленэктомии у больных с заболеваниями системы крови. Хирургия 1986; 1: 88-92.
14. Климанский В.А. Хирургические аспекты лечения заболеваний системы крови. Клин.мед. 1989; 8: 3-8.
15. Кочмару И.Ф., Яковлева И.А. Тер. арх. 1987; 9: 101-104.
16. Поддубная И.В., Курильников А.Я., Османов Д.Ш. Современная онкология: экстравыпуск по материалам журнала за 1999-2002 г. М.: Media Medica, 2003. 11-12.
17. Файнштейн Ф.Э., Козинец Г.И., Бахрамов С.М., Хохлова М.П. Болезни системы крови. Ташкент: Медицина; 1987.
18. Шавлохов В.С. Трансторакальная спленэктомия при некоторых заболеваниях системы крови. Дис. ... канд. мед. наук. М.; 1993.
19. Arnoletti J.P., Karam J., Brodsky J. Amer. J. Clin. Oncol. 1999; 22 (2): 114-118.
20. Crivellari D., Bonetti M., Castiglione-Gertsch M. et al. J. Clin. Oncol. 2000; 18: 1412-1422.
21. Danforth D. N., Fraker D.L. Amer.Surg. 1991 Febr; 57 (2): 108-113.
22. Dees E.C., O'Reilly S., Goodman S.N. et al. Cancer Invest. 2000; 18: 521-529.
23. Dixon D.O., Nielan B., Jones S.E. et al. J. Clin. Oncol. 1986; 4: 295.
24. Ly B., Albrechtsen D. Acta. Med. Scand. 1981; 209 (1-2): 21-29.

Поступила 20.01.2007

ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ В ЛЕЧЕНИИ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ

В.П. Харченко, П.М. Котляров, В.Н. Карпенко

ФГУ Российский научный центр рентгенорадиологии МЗ РФ,
ГУЗ Камчатский областной онкологический диспансер

Ключевые слова: интервенционные вмешательства, ультразвуковой контроль, очаговые образования печени, лечение
Key words: interceptive treatment, ultrasound control, treatment, liver

Очаговое поражение печени является одним из самых тяжелых ее заболеваний. По данным ряда исследований, малоинвазивные технологии в виде лечебной пункции под ультразвуковым контролем обладают различной эффективностью в лечении этой разнообразной патологии. Остается недостаточно изученной последовательность и эффективность интервенционного вмешательства под ультразвуковым контролем при очаговой патологии различного генеза в регионах Северо-Востока России.

Целью работы было исследование эффективности малоинвазивных лечебных вмешательств под ультразвуковым контролем при различной очаговой патологии печени в условиях регионального онкологического диспансера.

Работа основана на анализе данных комплексного ультразвукового исследования печени 243 больных с очаговой патологией печени различного генеза.

Ультразвуковое исследование печени проводилось по стандартным методикам диагностическими эхокамерами фирм Aloka моделей 650 и 500, Toshiba-270 с пункционными зондами различных модификаций. Лечебно-диагностическая пункция представляла одномоментную диагностическую пункцию иглами диаметром 12-22 G Chiba или Cook с последующей аспирацией субстрата и введением лекарственных препаратов. Лечебную пункцию производили при уже установленном диагнозе (табл. 1), в ряде случаев сопровождали последующей установкой дренирующего катетера в кистозные и гнойные полости, в просвет желчных путей при механической желтухе.

Для склерозирования стенок кист печени применялся 96% этанол, сочетание этанола и спиртовой настойки йода, который вводился в остаточную полость от 2 до 10 мл. Для промывания гнойной полости использовались растворы фурацилина, метрагила, хлоргексидина, диоксидина. При наличии густого гноя содержимое абсцесса многократно отмывалось антисептическим раствором до получения прозрачных промывных вод. По окончании процедуры в остаточную полость вводили раствор антибиотиков и ферментов. Лечебную пункцию абсцесса печени проводили до 3 раз в неделю, если не устанавливался дренаж.

При лечебной пункции солитарных метастатических очагов в ткань опухоли иглой G22 вводился 96% этанол объемом от 2,5 до 4 мл с интервалом 1–2 раза в неделю. Из химиопрепаратов использовался проспидин в однократной дозе 100 мг и 5-фторурацил в дозе 150 мг, цисплатин в однократной дозе 100 мг. Суммарная доза различалась в зависимости от состояния па-

Таблица 1
Лечебные пункции у больных с очаговым поражением печени

Заболевание	Число больных	Количество пункций
Солитарный метастаз опухоли	14	27
Киста	16	43
Абсцесс	15	49
Гематома	4	9
Альвеококкоз печени осложненный	9	34
Всего:	53	156

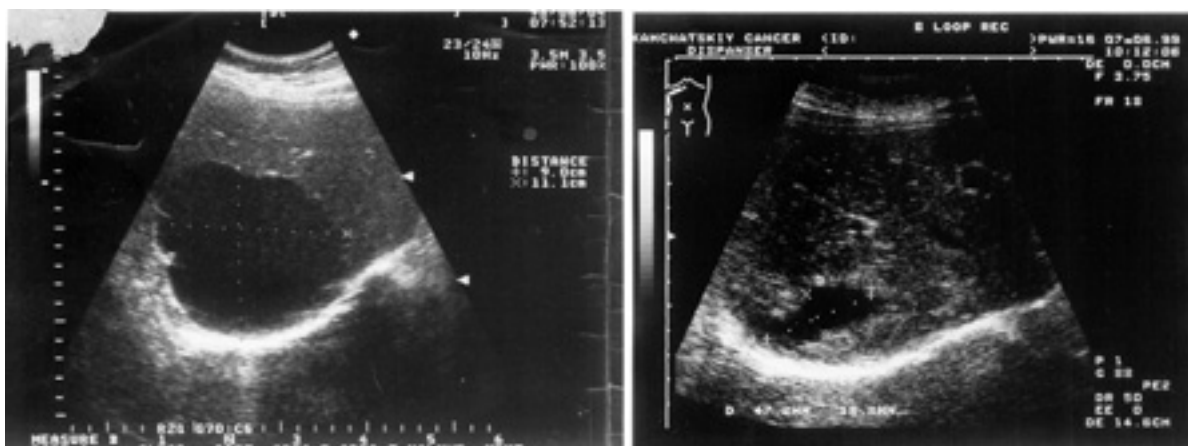


Рис. 1. Крупная киста правой доли печени. Состояние через 30 дней после двух лечебных пункций кисты.

пациента. В ряде случаев проводилась комплексная лучевая и химиотерапия.

При лечении кист печени предполагалось уменьшение ее объема или полная ее ретенция. Показанием для лечебной пункции служили крупный размер кисты, болевой синдром и кровоизлияние в полость кист. Обязательным условием до пункции мы считаем исключение эхинококкоза, для чего всем пациентам исследовалась реакция непрямого гематтлотинации с эхинококковым антигеном.

При абсцессах печени целью лечебных пункций было достижение полного излечения больного, при паразитарном поражении — паллиативное лечение с аспирацией содержимого полостей распада и введение антисептиков, при опухолевой патологии — попытки воздействия в виде склерозирования или локального воздействия химиопрепаратов для замедления роста опухоли.

При динамическом наблюдении отмечалось уменьшение размеров кисты уже после первой пункции, стойкий эффект отмечался через 6–18 мес, но полная ее ретенция отмечалась только в 38% случаев (табл. 2). При динамическом осмотре через 3–6 лет в зоне локализации бывшей крупной кисты отмечались рубцовые изменения неправильной формы, если размер кисты первоначально не превышал 3,5–4,8 см.

В 2 случаях с умеренно выраженным болевым синдромом в эпигастральной области при наличии небольшой кисты размером 2,5 и 3 см аспирация содержимого позволила полностью купировать боль. При динамическом наблюдении этих пациентов рецидива кисты не выявлено, боль не возобновлялась.

Таким образом, у 16 пациентов с кистой печени размером от 5 до 16 см повторные лечебные пункции с последующим склерозированием оста-

точной полости позволили во всех случаях добиться стойкого эффекта со значительным уменьшением размера полости кисты менее 3 см.

Группа с гнойно-воспалительными очагами печени состояла из 15 человек (табл. 3).

В 14 случаях достигнут полный эффект излечения абсцесса, минимальное количество пункций 3, наибольшее 8. При получении гноя из полости абсцесса следовало обсуждение лечебной тактики с лечащим врачом по поводу установления дренажа или лечения повторной пункцией, вида антибактериального препарата для введения в остаточную полость.

При осмотре этих пациентов в динамике через 1–6 мес в 11 случаях в зоне абсцесса отмечены незначительные фиброзные изменения (рис. 2).

В одном случае отмечен гнойный холангит после пункции абсцесса в фазе инфильтрации паренхимы печени на фоне выраженной ареактивности организма.

Таблица 2

Результаты малоинвазивного лечения больных с кистой печени

Поражение печени	Число больных	Ретенция кисты	
		полная	неполная
Солитарная киста	14	4	9
Поликистоз печени	2	—	—

Таблица 3

Лечебные вмешательства при абсцессах печени

Абсцесс печени	Число больных	Количество пункций	Количество дренажей
Единичный	11	37	6
Множественные	4	12	3

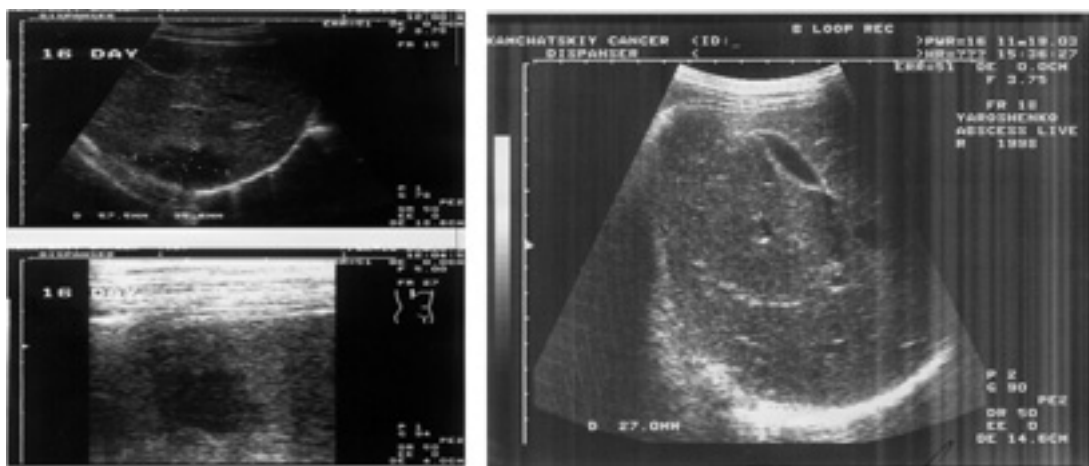


Рис. 2. Абсцесс печени на 16-й день после аспирации и установления дренажа. Картина склерозированного ложа абсцесса через год после лечения (справа).

В группе с метастатическим поражением печени исследование проводилось параллельно с динамическим наблюдением за 23 больными с метастатическим раком различной локализации, которые получали системную химио- и лучевую терапию на зону метастазирования в печень.

При химиотерапевтическом лечении опухолевого метастатического поражения печени у 13 больных раком желудочно-кишечного тракта отмечена низкая эффективность монохимиотерапии 5-фторурацилом. Вместе с тем у 4 больных раком молочной железы наблюдался непосредственный достоверный эффект лечения небольших метастатических очагов в печени при адьювантной химиотерапии по схеме CMF, длительно не было роста метастазов рака почки в печень при повторных курсах иммунотерапии интерферонами.

При наблюдении за эффектом лучевой терапии метастазов опухолей в печень у 6 больных с метастазами различной первичной локализации отмечены разные варианты постлучевого патоморфоза, но эффект стандартного фракционирования признан неудовлетворительным ввиду отсутствия достоверной регрессии очагов.

Вместе с тем у 4 больных, которым проводились лечебные пункции, хороший непосредственный эффект отмечался при введении препаратов платины и ТиоТэф в полость опухолевого узла при кистозной форме метастазов рака яичника и эмбрионального рака яичка. Наблюдалось значительное уменьшение объема кистозного компонента опухоли на период от 3 до 6 недель даже после однократного введения 1 г препарата цисплатина или ТиоТэфа в дозе 20–40 мг. Следует отметить улучшение самочувствия

больных после описанной манипуляции на срок от 15 до 28 дней. Последующее локальное введение химиопрепаратов ограничивалось возникающей лейкопенией, поэтому вводился в полость опухоли 96% этанол. Непосредственный эффект уменьшения размера опухоли у этих больных удавалось поддерживать на период до 2–4 недель. Генерализация процесса останавливала использование этого метода лечения.

Группа с солитарными метастазами в паренхиме печени включала 6 больных раком желудка, 3 больных раком поджелудочной железы и одного больного раком восходящего отдела толстой кишки. Метастатические очаги имели размеры от 2,5 до 5,3 см.

При лечебной пункции солидных очагов одновременно вводилось от 1 до 2,2 мл 96% этанола. Повторные инъекции производились через 3 дня, общее количество от 3 до 7 инъекций (рис. 3, 4).

При введении этанола в паренхиму опухолевого узла у 6 больных при динамическом наблюдении эффект замедления роста метастазов был у четверых, причем у одного пациента более 12 мес. Вместе с тем во всех случаях отмечалась дальнейшая диссеминация опухоли, в половине случаев выявлено поражение печени в паренхиме ранее не измененных ее сегментов.

Паллиативное лечение осложненных форм альвеококкоза печени проводилось в виде аспирационных пункций и промывания некротической полости антисептическим раствором у 9 пациентов (рис. 5). Хороший субъективный эффект после отмывания детрита из полости распада длился до 30–40 дней с уменьшением интоксикации.



Рис. 3. Солитарный метастаз в печень при первичном раке желудка.



Рис. 4. Состояние после склеротерапии этанолом (8 процедур). Сателлитный метастаз при отсутствии ранее определяемого очага.

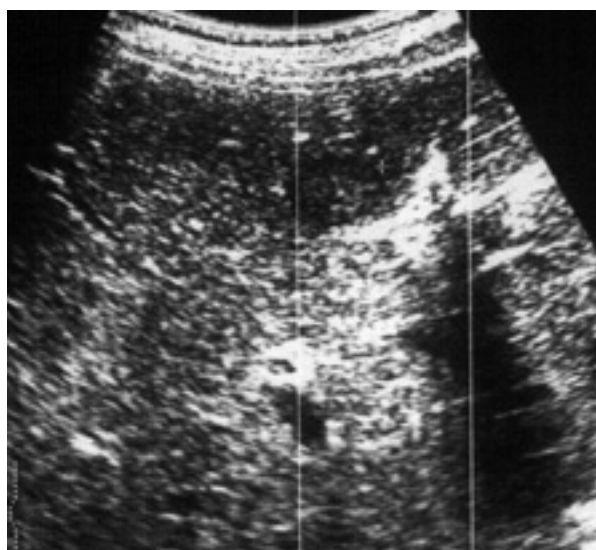


Рис. 5. Осложненная форма альвеококкоза печени с наличием полостей распада узла.

ВЫВОДЫ

1. При наличии непаразитарных кист размером более 10 мм показано оперативное лечение, размером 5–10 мм – лечебные пункции, размером до 3–4 см – динамическое наблюдение. Исключение представляют осложненные кисты различного размера и кисты, вызывающие болевой синдром. В данных случаях серия лечебных пункций с симптоматическим лечением является, на наш взгляд, оптимальным вариантом лечения этой патологии.

2. Метод малоинвазивных вмешательств – оптимальный вариант паллиативного лечения инкурабельных форм альвеококкоза печени, позволяющий улучшить качество жизни этих больных.

3. При абсцессах печени использованная последовательность малоинвазивных вмешательств оказалась эффективной в большинстве случаев. По нашему мнению, при абсцессе печени можно рекомендовать следующую тактику лечения:

- диагностическая пункция абсцесса под ультразвуковым контролем с возможно более полной аспирацией содержимого с последующим исследованием материала на чувствительность к антибиотикам,

- обсуждение с лечащим врачом тактики ведения больного, в частности, установление дренажа или последующих пункций, варианта местного использования антибиотика,

- повторное отмывание содержимого полости до полного устранения гнойного содержимого.

4. Использование малоинвазивного лечения метастатического рака печени с введением этанола и химиопрепаратов целесообразно как вариант паллиативной терапии метастатических опухолей печени. Отмечен достоверный непосредственный эффект преимущественно при метастазах рака яичника (папиллярная форма) и эмбрионального рака яичка. Подобный вариант лечения можно рекомендовать в сочетании с системной химиотерапией, иммунотерапией. С учетом небольшого числа больных из этой тяжелой категории пациентов он требует дальнейшего исследования с использованием новых методов абляции опухоли.

Таким образом, описанные методики лечебных пункций являются эффективной, экономичной и наименее инвазивной процедурой при указанных формах очаговой патологии печени для лечебно-профилактических учреждений регионального и муниципального уровня.

Изученные результаты предлагаемой методики позволяют рекомендовать ее для широкого применения.

Поступила 26.03.2007

ГЕРОНТОХИРУРГИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Н.М. Даминова, К.М. Курбонов

ТГМУ, Таджикистан

Ключевые слова: механическая желтуха, интоксикация, билирубинемия

Key words: mechanical jaundice, intoxications, bilirubinemia

Механическая желтуха и, как следствие, печеночная недостаточность в настоящее время представляют серьезную проблему в гепатологии. Особую значимость имеют вопросы хирургии механической желтухи у больных пожилого и старческого возраста.

Сама механическая желтуха — ведущий патогенетический фактор — вызывает эндотоксикоз, циркуляторные и деструктивные изменения в печени. Это в свою очередь обуславливает развитие общих патологических сдвигов в гемостазе, местных и общих расстройств микроциркуляции и метаболизма, а тяжелые сопутствующие заболевания неизбежно приводят к неудовлетворительным результатам лечения больных с этой желтухой [1,2].

Недооценка этих нарушений способствует развитию в послеоперационном периоде тяжелых послеоперационных осложнений с высокой летальностью.

Цель исследования — изучение функционального резерва печени при различных формах механической желтухи у лиц пожилого и старческого возраста.

За последние 20 лет в клинике находились на лечении 240 больных пожилого и старческого возраста с механической желтухой. Женщин было 160 (66,6%), мужчин — 80 (33,4%). Сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой и органов дыхания, а также обмена веществ имели место у 97% больных. Причиной механической желтухи были самые разнообразные заболевания органов гепатопанкреатодуоденальной зоны (табл. 1).

Для диагностики природы желтухи больным проводили клинико-лабораторные исследования крови, а также инструментальные исследования, включая УЗИ, компьютерную томографию, фиброгастродуоденоскопию, ретроградную холангиопанкреатографию, лапароскопию с биопсией печени. Функциональные резервы печени изучали на основании данных радиогепатографии с бенгальским розовым, меченным ¹³¹I. Токсичность плазмы крови оценивали по уровню молекул средней массы и продуктов перекисного окисления липидов (малоновый диальдегид и диеновые конъюгаты).

Функциональное состояние печени в зависимости от степени тяжести механической желтухи изучали у 67 больных пожилого и старческого возраста. Все больные на основании таких общепринятых клинических параметров, как

Таблица 1

Заболевания органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложненные механической желтухой

Заболевание	n	%
Острый калькулезный холецистит. Холедохолитиаз	110	45,8
Острый билиарный холецистопанкреатит. Механическая желтуха	40	16,6
Острый холецистит с экстрахоледохальной обтурационной желтухой	36	15,0
Холедохолитиаз с рубцовой стриктурой дистального отдела холедоха	19	7,9
Рак головки поджелудочной железы	23	9,5
Рак печени	5	2,3
Рак большого дуоденального сосочка	7	2,9
Всего	240	100

Степень тяжести желтухи у больных пожилого и старческого возраста

Показатели	Норма	Степень		
		легкая	средняя	тяжелая
Длительность желтухи	—	до 7 дней	7–14 дней	14 дней
Общий билирубин, мкмоль/л	20,5	до 100	100–200	200
Молекулы средней массы (по Габриэлян), ед.	0,24	до 0,3	0,3–0,5	0,5
МДА, нмоль/мл	$3,5 \pm 0,11$	$6,21 \pm 0,42$	$7,23 \pm 0,39$	$8,15 \pm 0,4$
ДК, отн. ед.	$0,87 \pm 0,043$	$1,42 \pm 0,052$	$1,79 \pm 0,092$	$1,86 \pm 0,074$
Коэффициент А/Г	1–2	1,2	1,2–0,9	0,9
T _{max} , мин	до 25	до 50	50–60	60

Примечание. МДА – малоновый диальдегид, ДК – диеновые конъюгаты, А/Г – альбумины/глобулины.

жалобы, общее состояние, окраска кожных покровов, тахикардия, снижение диуреза, признаки холангита и холемической интоксикации, были разделены на 3 группы с учетом тяжести состояния.

В I группу были включены 23 больных, средний их возраст 74 лет, средняя продолжительность желтухи – 5 дней, у всех желтуха была доброкачественной этиологии. Токсичность плазмы крови не превышала 0,3 ед, диеновые конъюгаты – $1,42 \pm 0,052$ отн. ед, малоновый диальдегид – $6,21 \pm 0,42$ нмоль/мл. Уровень билирубина доходил до 100 мкмоль/л, отмечалось умеренно повышенная активность печеночных ферментов. Признаков холангита и интоксикации в этой группе не отмечено, однако при радиогепатографии были существенные изменения функционального резерва печени. Клиренс крови в 4 раза превышал норму, время максимального накопления препарата в печени было увеличено в 1,5 раза (табл. 2).

При лечении пациентов I группы у 17 из 23 больных была произведена эндоскопическая папиллотомия, оказавшаяся эффективной у 14 пациентов, у 6 больных желтуху удалось купировать инфузионно-трансфузионной терапией. Оперировано 9 больных, причем только 3 на высоте желтухи. Осложнений не было. Умер один больной от острого инфаркта миокарда.

Во II группу вошли 22 больных, средний возраст 78 лет. Средняя длительность желтухи – 14 дней. У 12 пациентов наблюдалась желтуха доброкачественной этиологии, у 10 – злокачественной. У всех больных желтуха была интенсивной, наблюдались нарушение аппетита, сна,

незначительное увеличение печени, у 10 – кожный зуд, у 6 – холангит. Концентрация молекул средней массы составила 0,5 ед, диеновых конъюгатов – $1,79 \pm 0,092$ отн. ед, малонового диальдегида – $7,23 \pm 0,39$ нмоль/мл, уровень билирубина доходил до 200 мкмоль/л, активность щелочной фосфатазы превышала норму, что свидетельствовало о выраженном холестазае. Все эти показатели статистически достоверно ($p \leq 0,05$) отличались от соответствующих параметров больных I группы. При радионуклидном исследовании отмечено резкое снижение поглотительно-выделительной функции печени. Клиренс крови превышал норму до 8–10 раз, а время накопления препарата в 2 раза. Выведение радиофармпрепарата в кишечник отмечено только на 70–85-й минуте, что указывало на частичную или полную обтурацию внепеченочных желчных протоков.

При лечении больных II группы у 13 из 22 пациентов желтуха была купирована до операции, при этом эндоскопическая папиллотомия выполнена у 7, для купирования механической желтухи у 4 больных использовали лапароскопическую микрохолецистостомию, в 2 случаях желтуха разрешалась консервативно на фоне внутривенного форсированного диуреза. Оперировано 12 больных, из них 4 на высоте желтухи, в 7 случаях выполнено радикальное вмешательство, в 5 – паллиативные желчеотводящие операции.

После разрешения желтухи 6 больных воздержались от второго этапа операции в связи с тяжестью сопутствующих заболеваний, 2 больных с иноперабельной опухолью были выписаны с

сохраняющейся желтухой на симптоматическое лечение. Умерли 4 больных, которым были произведены паллиативные операции в минимальном объеме, причем в 3 случаях на высоте желтухи, в 1 – на 14-е сутки после лапароскопической микрохолецистостомии. В 2 случаях причиной смерти были инфаркт миокарда (1) и острое нарушение мозгового кровообращения, причиной еще 2 летальных исходов была прогрессирующая печеночная недостаточность.

Самым тяжелым контингентом для исследования и лечения были больные III группы. В эту группу вошли 22 больных, средний возраст – 83 года. У всех больных были тяжелые сопутствующие заболевания обмена веществ, дыхательной и сердечно-сосудистой системы.

Следует отметить, что у 18 из 22 больных была желтуха опухолевой этиологии, лишь у 4 она была обусловлена холедохолитиазом. Длительность желтухи превышала 2 недели. Больные поступали в тяжелом состоянии с выраженной холемической интоксикацией (вялость, сонливость, кожный зуд, инверсия сна, олигурия), интенсивной желтухой.

Отмечался критический сдвиг в показателях токсичности крови: уровень молекул средней массы превышал 0,5 ед, высокими были и показатели диеновых конъюгатов – $1,86 \pm 0,073$ отн.ед, малонового диальдегида – $8,15 \pm 0,4$ нмоль/мл), билирубинемия доходила до 390 мкмоль/л, выраженный сдвиг был в активности ферментов, что свидетельствовало о значительном цитолизе и холестазае.

После УЗИ и лапароскопии установлен факт иноперабельности опухоли печени (7), ворот печени (6), желчного пузыря (5) с вовлечением ворот печени, 15 больных выписаны на симптоматическое лечение с оставленной гепатостомой, при этом желтуха значительно уменьшилась. Ин-

тенсивная дезинтоксикационная и симптоматическая терапия проводилась 5 больным, несмотря на это, от прогрессирующей печеночной недостаточности у них наступил летальный исход.

Больным с холедохолитиазом (4) в первые 2 сут после поступления выполняли эндоскопическую микрохолецистостомию с проведением инфузионной терапии. В 2 случаях наступил летальный исход вследствие печеночно-почечной недостаточности.

Таким образом, при механической желтухе у больных пожилого и старческого возраста отмечаются значительные и глубокие нарушения функциональных резервов печени, и тяжесть нарушения гепатоцитов зависит от степени эндогенной интоксикации, уровня билирубинемии, степени обтурации желчных путей и продолжительности желтухи.

ВЫВОДЫ

1. При механической желтухе у больных пожилого и старческого возраста наблюдаются выраженные нарушения функционального резерва печени, особенно при ее злокачественном генезе.

2. Для снижения риска возникновения и прогрессирования печеночной недостаточности у больных пожилого и старческого возраста с механической желтухой целесообразна предоперационная эндоскопическая декомпрессия желчных путей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулушко А.М. Желчно-каменная болезнь. М.: Видар; 2000. 139.
2. Магулин Е.Г. Механическая желтуха неопухолевого генеза. Минск: Хорвест; 2000. 157.

Поступила 20.09.2006

СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 617-089-058-053.9:614.1:312.2

СОЦИАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ЛЕТАЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ ПЕНСИОННОГО, ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

В.Н. Чернов, И.Е. Толстов

*ГОУ ВПО Ростовский государственный медицинский университет
федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию*

Ключевые слова: социальные вопросы, заболеваемость, летальность, острая хирургическая патология, пожилой и старческий возраст

Key words: social questions, morbidity, mortality, acute abdomen, old age

К вопросу о долголетии с позиции конкретных факторов одним из первых обратился врач и государственный деятель России XVIII в. И.Б. Фишер, написавший книгу о старости, её степенях и болезнях. Особое место в истории геронтологии занимает массовое обследование престарелых, проведенное под руководством С.П. Боткина в Санкт-Петербурге в 1890 г. Высказанный С.П. Боткиным взгляд на старение как на естественный физиологический процесс, не связанный обязательно с наличием заболеваний, разделение старения на физиологическое и патологическое давали возможность говорить о перспективах в борьбе за активное долголетие человека. Подлинным родоначальником современной научной геронтологии является И.И. Мечников. Ему принадлежит заслуга в экспериментальном изучении старения. Большой вклад в развитие геронтологии внёс А.А. Богомолец, оценивая возрастные изменения на системном и клеточном уровне. Сложившаяся в России социально-экономическая ситуация в последние 15–17 лет вызвала достаточно много негативных явлений, затрагивающих жизненные ресурсы всех слоёв населения.

В своей работе мы взяли больных пенсионного, пожилого и старческого возраста, поступивших в клинику по неотложным хирургическим показаниям в 1994 г. и в 2005 г. Анализ хирургической помощи показал, что за указанные выше годы количество плановых операции уменьшилось, а количество операций по неотложным показаниям увеличилось. Это произошло по нескольким причинам. Во-первых, появились и стали увеличиваться платные услуги при уменьшении платёжеспособности населения. Население стало меньше обращаться к врачам, особенно это относится к людям пенсионного, пожилого и старческого возраста. Во-вторых, уже много лет не работает профилактическое направление медицины. Так, например, если раньше выявляли грыженосителей и оперировали их в плановом порядке, то теперь они в большинстве случаев поступают по скорой помощи с ущемлённой грыжей. И, наконец, последнее. Увеличилось время от начала заболевания до поступления в стационар, особенно у больных пожилого и старческого возраста. Эти больные, как правило, занимаются самолечением или пользуются услугами людей, не имеющих медицинского образования [1,8].

Особую роль в жизни людей пенсионного, пожилого и старческого возраста играет наиболее распространённая ургентная хирургическая патология. Это не только (и не столько) острый аппендицит, ущемлённая грыжа, но главное: острый холецистит, острый панкреатит, желудочно-кишечное кровотечение, острая непроходимость кишечника, прободная язва желудка. Так, известно, что 25% населения земного шара старше 60 лет и 33% старше 70 лет имеют камни желчного пузыря [7].

Известно, насколько множество указанных причин отражается на результатах лечения больных. Так, на долю деструктивных форм острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста приходится 60–68% [4,6,9]. Послеоперационная летальность у больных с деструктивным холециститом остаётся высокой (более 20%) и достигает у больных старше 80 лет 40–50%. Процент послеоперационных осложнений колеблется у таких больных от 10 до 44,4 [5].

Причиной высокой летальности нередко является атипичное или бессимптомное течение острой хирургической патологии. Усугубляет течение этих заболеваний множество различных сопутствующих заболеваний у 93% больных пожилого и старческого возраста [2,3,5].

Целью нашей работы было изучить заболеваемость острой хирургической патологией и летальность у больных пенсионного, пожилого и старческого возраста. В наши задачи входило изучить состояние этих вопросов у женщин с 55-летнего возраста (выход на пенсию), у мужчин с 60-летнего возраста (выход на пенсию). Кроме того, интересно было выяснить, как от-

разилась на изучаемых показателях у пенсионеров ситуация, когда они перестали работать, в сравнении с продолжающими работать. Представляет интерес и сравнение показателей в начале перестройки (1994 г.) и в последние годы (2005 г.).

Исследование проведено у 171 больного пенсионного, пожилого и старческого возраста, лечившихся в 1994 г. (из них 82 мужчин – 48%, 89 женщин – 52%), и 200 больных аналогичного возраста, лечившихся в 2005 г. (из них 66 мужчин – 33% и 134 женщины – 67%) (табл. 1).

Как видно из табл. 1, под наблюдением в 1994 г. был 171 больной, из которых женщин с начала пенсионного возраста (55–60 лет) было 21. Наибольшее число мужчин (63) было в возрасте 60–80 лет. Наибольшее число женщин (55) было в возрасте 71–90 лет. Очевидно, что значимая часть мужчин не дожили до 90 лет (19 мужчин и 40 женщин). Наибольшая часть мужчин (24,3%) болела острым панкреатитом. На 2-м месте острый холецистит (18,2%), на 3–4-м местах непроходимость кишечника (15,8%) и желудочно-кишечное кровотечение (14,6%). Интересно отметить, что из 19 мужчин с разной острой хирургической патологией почти половина (9 человек) были больны острым панкреатитом. Это свидетельствует о том, что панкреатит был не билиарным, а алиментарным, который, как известно, чаще всего алкогольный.

У женщин на 1-м месте острый холецистит (30,3%), на 2-м желудочно-кишечное кровотечение (20,2%), на 3–4-м месте острый аппендицит (14,6%) и ущемлённые грыжи (13,4%).

Таблица 1

Распределение больных по полу, возрасту, заболеванию (1994 г.)

Нозология	Возраст (лет), пол, абс.								п, %	
	55–60		61–70		71–80		81–90			
	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
Острый аппендицит	–	4	3	3	4	0	2	6	9 (11)	13 (14,6)
Острый холецистит	–	5	6	5	9	5	–	12	15 (18,2)	27 (30,3)
Острый панкреатит	–	3	6	2	5	4	9	3	20 (24,3)	10 (11,2)
Желудочно-кишечное кровотечение	–	5	2	3	8	3	2	7	12 (14,6)	18 (20,2)
Ущемленная грыжа	–	4	–	–	2	2	2	6	4 (4,8)	12 (13,4)
Острая кишечная непроходимость	–	–	7	–	4	–	2	5	13 (15,8)	5 (5,6)
Перфоративная язва	–	–	4	–	3	1	2	1	9 (11)	2 (2,2)
п, %	–	21 (23,5)	28 (34,1)	13 (39,2)	35 (42,6)	15 (16,8)	19 (23,1)	40 (45)	82	89

Анализ показывает, что основной причиной этих заболеваний является алиментарный фактор. Кроме того, острый аппендицит в большинстве своём сочетался с воспалительными заболеваниями внутренних женских половых органов.

Анализ летальности в 1994 г. показал, что наибольшее число мужчин (28,6%), умерли от острой непроходимости кишечника. Больные были в возрасте 81–90 лет (5 человек), в основном с опухолевым процессом; 2-е и 3-е места (по 19%) разделили больные с острым панкреатитом и желудочно-кишечным кровотечением (табл. 2).

Как видно из табл. 2, летальность у мужчин составила 25,6%, у женщин 23,5%. У 50% мужчин, умерших от панкреатита, был билиарный панкреатит, у 50% – алиментарный. Все желудочно-кишечные кровотечения у мужчин были в возрасте 81–90 лет. Все они были сосудисто-алиментарного происхождения. Из 21 умершего мужчины 15 были в возрасте 81–90 лет.

У женщин наибольшая летальность (23,8%) наблюдалась при остром панкреатите, который у одной больной был билиарного происхождения. Вместе с тем 3 из 5 больных в возрасте 71–90 лет имели алиментарный панкреатит. На втором месте у женщин – летальность от желудочно-кишечных кровотечений, причём у половины из них кровотечение было в возрасте 81–90 лет сосудисто-алиментарного генеза. На третьем месте женщины с острым холециститом (14,2%) и острой непроходимостью кишечника (14,3%), причём это больные пожилого возраста (61-70 лет).

Данные о заболеваемости и летальности больных острыми хирургическими заболеваниями

ми 1994 г. в зависимости от того, продолжали ли они работать после выхода на пенсию или нет, представлены в табл. 3.

Как видно из табл. 3, из 82 мужчин работающих пенсионеров было 35, неработающих 47. Из работающих мужчин умерли 4 больных (11,4%), из неработающих – 17 (36,1%), из них 5 больных умерли от острой непроходимости кишечника, по 3 больных от прободной язвы и от желудочно-кишечного кровотечения, по 2 больных от острого холецистита и острого панкреатита и по 1 больному от острого аппендицита и ущемлённой грыжи.

Из 89 умерших женщин 46 пенсионеров продолжали работать, 43 были неработающими. Из работающих женщин умерли 9 больных (19,5%), из неработающих – 12 (28%).

Наибольший процент умерших мужчин были с острой непроходимостью кишечника (6 из 13). 5 из них были неработающими пенсионерами. После прободной язвы умерли 3 мужчин, также неработающие пенсионеры, аналогична ситуация и при других острых хирургических заболеваниях. Очевидно, у неработающих пенсионеров мужчин есть дополнительные социально-психологические и социально-бытовые отрицательные воздействия. Возможно, это неуверенность в завтрашнем дне, неудовлетворённость материальным обеспечением себя и своей семьи и другие дистрессовые ситуации.

У женщин работающих и неработающих разница в летальности меньше, чем у мужчин. Известно, что женщины заняты, как правило, домашней работой, которая компенсирует им отсутствие профессиональной занятости, тем

Таблица 2

Летальность пенсионеров пожилого и старческого возраста (1994 г.)

Нозология	Возраст (лет), пол, абс.									
	55–60		61–70		71–80		81–90		Всего. %	
	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
Острый аппендицит	–	–	–	–	–	–	1	2	4,7	9,5
Острый холецистит	–	–	–	3	1	–	1	–	9,5	14,2
Острый панкреатит	–	1	1	1	1	1	2	2	19	23,8
Желудочно-кишечное кровотечение	–	–	–	2	–	1	4	3	19	19
Ущемленная грыжа	–	–	–	–	–	–	1	–	4,7	0
Острая кишечная непроходимость	–	–	1	3	–	–	5	–	28,6	14,3
Перфоративная язва	–	–	–	–	2	1	1	1	14,3	9,6
n	–	1	2	9	4	3	15	8	25,6	23,5

самым уменьшая различные отрицательные воздействия на организм.

Анализ заболеваемости в возрастном аспекте у больных пенсионного, пожилого и старческого возраста при острой хирургической патологии в 2005 г. представлен в табл. 4.

Как видно из табл. 4, у мужчин наиболее часто встречается острый холецистит (у 21 (30%) из 66). На втором месте желудочно-кишечное кровотечение у 12 больных, что составило 18,1%, на третьем месте ущемлённая грыжа у 10 больных, что составило 15,1%. Сравнивая эти данные с данными 1994 г. (см. табл. 1), можно отметить, что острый панкреатит с первого места в 1994 г. ушёл на последнее в 2005 г. Причём это стал в основном билиарный панкреатит, а не алиментарный, что свидетельствует о возросшей культуре употребления алкоголя, возможно, в связи с меньшим употреблением крепких спир-

тных напитков, которые заменяются слабыми напитками.

Примерно одинаковое количество желудочно-кишечных кровотечений в 1994 г. и в 2005 г. свидетельствует, прежде всего, о недостаточном внимании к гастроэнтерологии, отсутствии системы диспансеризации этих больных. Так, в Ростовской области по расчётам около 400 тыс. больных язвенной болезнью. За медицинской помощью обращаются только 170 тыс., причём в основном не к гастроэнтерологу. Остальные занимаются самолечением. Этим объясняется высокий процент желудочно-кишечных кровотечений.

У женщин в 2005 г. также на первом месте острый холецистит (у 69 – 51,4% – из 134). Поскольку такая же ситуация и у мужчин, можно согласиться с другими авторами, которые говорят об общем увеличении числа больных с холециститом.

Таблица 3

Заболеваемость и летальность с острой хирургической патологией в зависимости от работы (1994 г.)

Нозология	Возраст (лет), пол, п								Всего, п, %	
	работающие (летальность), п				неработающие (летальность), п					
	муж.	умер	жен.	умер	муж.	умер	жен.	умер	муж.	жен.
Острый аппендицит	3	—	7	—	6	1	7	1	1 (4,7)	1 (4,7)
Острый холецистит	6	—	12	2	9	2	12	1	2 (9,5)	3 (14,2)
Острый панкреатит	11	2	9	3	9	2	4	2	4 (19)	5 (23,8)
Желудочно-кишечное кровотечение	4	1	11	3	8	3	8	3	4 (19)	6 (28,5)
Ущемленная грыжа	—	—	6	—	4	1	6	2	1 (4,7)	2 (9,5)
Острая кишечная непроходимость	7	1	—	—	6	5	5	2	6 (28,5)	2 (9,5)
Перфоративная язва	4	—	1	1	5	3	4	1	3 (14,2)	2 (9,5)
Всего, п, %	35	4 (11,4)	46	9 (19,5)	47	17 (36,1)	43	12 (28)	21 (25,6)	21 (23,5)

Таблица 4

Распределение больных по полу, возрасту и заболеванию в 2005 г.

Нозология	Возраст (лет), пол, п								Всего, п, %	
	55–60		61–70		71–80		81–90			
	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
Острый аппендицит	—	2	4	4	1	—	—	8	5 (7,6)	14 (10,4)
Острый холецистит	—	8	7	12	8	10	6	39	21 (30)	69 (51,4)
Острый панкреатит	—	3	4	1	—	4	—	6	4 (6,1)	13 (9,7)
Желудочно-кишечное кровотечение	—	—	6	1	5	2	1	1	12 (18,1)	4 (2,9)
Ущемленная грыжа	—	2	4	—	6	1	—	11	10 (15,1)	14 (10,4)
Острая кишечная непроходимость	—	1	4	2	3	2	1	9	8 (12,1)	14 (10,4)
Перфоративная язва	—	1	3	1	3	1	—	3	6 (10)	6 (4,4)
Всего, п, %	—	17 (8,4)	32 (16)	21 (10,5)	26 (13)	20 (10)	8 (4)	77 (38,3)	66	134

Летальность у больных с острой хирургической патологией пожилого и старческого возраста в 2005 г. представлена в табл. 5.

Как видно из таблицы № 5, летальность мужчин составила 60%, наибольшая в возрасте 61–70 лет – 24,2%, при желудочно-кишечных кровотечениях – 15,3%, при остром панкреатите – 10,2% и при перфоративной язве – 7,6%.

Летальность у женщин в 2005 г. составила 18,7%. Умерли в основном женщины старческого возраста: 71–80 лет – 17 больных, 81–90 лет – 45, в общей сложности более 50%. Наибольшая летальность отмечена у больных острым холециститом (19,2%). Как правило, все больные поступали в поздние сроки от начала заболевания. Имеется существенная разница в показателях (см. табл. 3 и 5). Сравнивая показатели летальности мужчин и женщин в 1994 и 2005 гг., можно отметить уменьшение летальности при желудочно-кишечном кровотечении в 2005 г. у

мужчин на 3,7% и при остром панкреатите в 2005 г. у мужчин и женщин на 8,8%. Снижение летальности при остром панкреатите мы можем объяснить новым подходом к лечению больных. Во-первых, отработкой объективных показаний к выбору метода лечения (консервативный или оперативный), во-вторых, широким внедрением назоинтестинальной интубации, в том числе эндоскопической с лаважем и энтеросорбцией кишечника, ранним энтеральным зондовым питанием, канолированием портальной системы для интрапортальных инфузий лекарственных препаратов и ультрафиолетового облучения аутокрови, применение миниинвазивных методов лечения.

Показатели летальности у работающих и не работающих пенсионеров, больных пожилого и старческого возраста при острой хирургической патологии в 2005 г. представлены в табл. 6.

Таблица 5

Летальность больных пенсионного, пожилого и старческого возраста с острой хирургической патологией в 2005 г.

Нозология	Возраст (лет), пол, п									
	55–60		61–70		71–80		81–90		Всего, п, %	
	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.
Острый аппендицит	–	2	4	4	1	–	–	8	1,3	5,6
Острый холецистит	–	8	6	12	8	10	6	28	5,7	19,2
Острый панкреатит	–	3	4	1	–	4	–	6	10,2	5,6
Желудочно-кишечное кровотечение	–	–	2	1	–	2	4	1	15,3	16
Ущемленная грыжа	–	–	–	–	–	–	–	–	0	0
Острая кишечная непроходимость	–	–	–	–	–	–	1	1	2,5	4
Перфоративная язва	–	–	–	–	2	1	1	1	7,6	8
Всего, п	–	13	16	18	11	17	12	45	60	18,7

Таблица 6

Летальность работающих и не работающих пенсионеров при острой хирургической патологии в 2005 г.

Нозология	Возраст (лет), пол, п.								Всего, п, %	
	работающие (летальность), п				неработающие (летальность), п					
	муж.	умер	жен.	умер	муж.	умер	жен.	умер	муж	жен.
Острый аппендицит	1	–	4	–	4	3	10	4	3 (7,6)	4 (16)
Острый холецистит	5	4	12	3	16	12	46	3	16 (41)	7 (28)
Острый панкреатит	2	–	4	3	4	2	10	2	2 (5,1)	5 (20)
Желудочно-кишечное кровотечение	3	3	2	–	9	7	5	4	10 (25,6)	7 (28)
Ущемленная грыжа	2	–	7	–	8	–	7	–	–	–
Острая кишечная непроходимость	–	–	4	–	8	6	10	1	6 (15,3)	1 (4)
Перфоративная язва	–	–	2	–	4	2	4	1	2 (5,1)	1 (4)
Всего, п, %	16	7 (43,8)	36	6 (16,6)	55	32 (60,3)	93	15 (16,3)	39 (60)	25 (18,6)

Как видно из табл. 6, из 16 работающих мужчин в 2005 г. умерли 7 (43,8%). Из 55 неработающих умерли 32 мужчины (60,3%). Из 36 работающих женщин умерли 6 (16,6%), из 93 неработающих – 15 (16,3%). У мужчин наибольшая летальность отмечена у неработающих (32 – 60,3%), от желудочно-кишечных кровотечений умерли 10 больных (25,6%), от острого холецистита – 16 (41%). У женщин по 28% неработающих умерли от острого холецистита и желудочно-кишечных кровотечений, от острого панкреатита – 75% работающих и 20% неработающих. При остром аппендиците у работающих мужчин летальности не отмечено, у неработающих она составила 75%.

Типичным примером обсуждаемой темы может быть история болезни больного К. 68 лет, неработающего, ушедшего на пенсию 3 года назад. Ранее работал в средней школе учителем начальных классов. Поступил через 4 сут от начала заболевания с диффузным перитонитом с вовлечением в гнойный процесс брюшной стенки.

Со слов больного, в течение последних лет после ухода на пенсию употребляет спиртные напитки в большом количестве. Четверо суток назад отметил появление боли в животе, в связи с чем начал принимать спиртные напитки, которые, по его словам, уменьшали интенсивность болевых ощущений. На 4-е сутки больного нашла родственница в тяжелом состоянии и доставила в хирургическое отделение.

После интенсивной предоперационной подготовки больному выполнена операция в экстренном порядке, у больного оказалась перфоративная язва двенадцатиперстной кишки с разлитым гнойным перитонитом. В послеоперационном периоде возникли осложнения, связанные с обострением хронических заболеваний, таких, как пиелонефрит, гепатит, ишемическая болезнь сердца. Несмотря на проводимую поликомпонентную терапию, у больного возникли новые гнойные очаги инфекции: гнойный холецистит, дерматит, баланопостит, что потребовало еще ряда оперативных вмешательств. Причиной смерти больного стали сепсис, перитонит. Анализ истории болезни данного больного еще раз подчеркивает значение исхода заболевания от времени обращения пациента и госпитализации в хирургический стационар, от характера сопутствующей патологии и компенсаторных возможностей организма. Очевидно, отрицательную

роль сыграло отсутствие официальной работы по профессии и, как следствие, изменение стиля его жизни.

Таким образом, наши исследования показали, что наиболее опасны для жизни пенсионеров, людей пожилого и старческого возраста острые хирургические заболевания. Об этом свидетельствует более высокая заболеваемость ими среди всех возрастных групп и высокая летальность. Вместе с тем очевидно повышенное влияние дистрессовых ситуаций на людей пожилого и старческого возраста, начиная с выхода на пенсию. Работающие пенсионеры болеют меньше и летальность при острых хирургических заболеваниях у них ниже. Работающие мужчины болеют и умирают достоверно реже, чем неработающие.

Анализ заболеваемости и летальности пенсионеров, людей пожилого и старческого возраста в первые годы перестройки и 2005 г. показал, что существенная разница в показателях отсутствует. Возможно только говорить о тенденции к их улучшению. Наблюдаются, в частности, структурные изменения заболеваемости острой хирургической патологией и летальности при ней.

Общий вывод один: людям пенсионного, пожилого и старческого возраста необходима социальная реабилитация, в том числе учет их, диспансерное наблюдение, плановое оздоровление и т. д.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брискин Б.С., Гудков А.Н., Ломидзе О.В. Неотложная медицина в мегаполисе. Международный форум. Научные материалы. М.; 2004, 39-40
2. Брискин Б.С., Хамитов Ф.Ф., Костюченко М.В. Трудный пациент 2005; 3 (10-11): 9-14.
3. Ермолов А.С., Шулуто А.М., Прудков М. И. и др. Хирургия 1998; 2: 11-13.
4. Карпунин Г.Н., Лейбель В.Н., и соавт. Сб. трудов Международного хирургического конгресса. Новые технологии в хирургии. Ростов-на-Дону; 2005. 212.
5. Петровский Б.В. и соавт., М.: Сов. Энциклопедия; 1977. 969-975.
6. Французов В. Н., с соавт. Тез. докл. науч.-практ. конф. Москва; 1998. 62-63.
7. Хамитов Ф.Ф., Веркина Н.В., Гудков А.Н., Лисицин Д.А., Костюченко М.В., Брискин Б.С. Хирургия 2006; 9: 25-30.
8. Чернов В.Н. и соавт. Диагностика и лечение острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста. Ростов-на-Дону: РГМУ; 2002. 278
9. Шорох Г.П., Шиманский Е.И. и соавт. Общая и неотложная хирургия. Киев; 1990. Вып. 20. 53-60.

Поступила 26.03.2007

ПИСЬМО В РЕДАКЦИЮ

УДК 617.58: 617-089.844

**ПРОТЕЗИРОВАНИЕ У БОЛЬНЫХ
МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ
ПОСЛЕ ВЫСОКОЙ АМПУТАЦИИ
НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

А.В. Риффель

ГОУ Областная клиническая больница, г. Курган

Ключевые слова: ампутация конечности, мультифокальный атеросклероз, протезирование
Key words: to have artificial lower limb, quality of life, multifocal atherosclerosis

Несмотря на успехи в ангиохирургии у определённой части больных с облитерирующими заболеваниями артерий, ампутация конечности остается неизбежным и единственно возможным методом лечения [10,12]. По данным литературы, только 31% больных обращаются для первичного протезирования после ампутации конечности на уровне бедра [2]. Это нельзя объяснить только высокой летальностью пациентов после «большой» ампутации конечности [5,6,7,8]. Не менее 50% больных, выживших в течение года после ампутации бедра, просто не обращаются за протезно-ортопедической помощью [1,3,4,9]. Высокая ампутация бедра у больных пожилого и старческого возраста препятствует протезированию конечности и, таким образом, затрудняет восстановление статодинамической функции. Целью работы было изучить частоту использования протезов пациентами с мультифокальным атеросклерозом, перенёсшими высокую вторичную ампутацию нижних конечностей.

В отделении сосудистой хирургии Областной клинической больницы г. Курска обобщён материал по высокой («большой») ампутации нижних конечностей в период с 1993 по 2003 гг.

Под высокой понималась ампутация бедра, голени, экзартикуляция в тазобедренном суставе. В ходе исследования выделена группа больных (120 пациентов), которым была выполнена «большая» ампутация нижних конечностей после реконструктивных операций (вторичная ампутация). Первичной, согласно данным TASC, считается ампутация, если больному ранее не проводили какие-либо операции по сохранению конечности, вторичной – когда подобные операции проводились [12]. Средний возраст больных колебался от 30 до 78 лет и в среднем составил $55,2 \pm 8,9$ года, большинство больных составили мужчины, преимущественно в возрасте старше 50 лет. В структуре нозологии «большой» ампутации конечностей ведущее место принадлежало атеросклерозу – 84,6%. Судьба больных изучалась путём непосредственного контакта с ними и их родственниками, анализом медицинской документации, рассылкой анкет. Использовалась клиническая карта исследования для оценки качества жизни больного после ампутации конечности, разработанная для исследования на базе отделения сосудистой хирургии ОКБ г. Курска в соответствии с рекомендациями Российского соглашения Российс-

кого общества ангиологов и сосудистых хирургов, которая заполнялась самими пациентами, родственниками. Карта содержала 14 параметров, основными были: психометрические параметры, способность к передвижению, использование вспомогательных средств опоры, оценка сопутствующей патологии, операция на других артериальных бассейнах. Отдалённые результаты прослежены от 6 до 120 мес. При оценке ближайших и отдалённых результатов после «большой» ампутации нижних конечностей больные были отнесены к 3 категориям: 1-я категория – больные, которые пользовались протезами как средством передвижения и опоры; 2-я категория – больные, которые использовали для передвижения механические средства (коляска) и вспомогательные средства опоры (костыли); 3-я категория – больные, находящиеся на постельном режиме. В процессе анкетирования, опроса больных и родственников, изучения медицинской документации установлена принадлежность к 3 указанным категориям 73 (60,8%) пациентов.

Больных 1-й категории после вторичной ампутации, которые пользовались в повседневной жизни протезами, было всего 6 (5%). Больных 2-й категории было 40 (33,3%), 27 пациентов (22,5%) было 3-й категории. К трудовой деятельности вернулись 2 больных (1,6%), но изменился вид их труда. Все больные после медико-социальной экспертизы получили группу инвалидности (II и I). Ампутация конечности у больных всегда сопровождалась психической травмой, в результате которой они длительное время находились на постельном режиме.

В ходе беседы и анкетирования пациентов установлено, что больные, перенёсшие высокую ампутацию нижних конечностей, не пользуются протезами в повседневной жизни ввиду их неудобства, частой потёртости культи, поражения атеросклеротическим процессом другой конечности (у 25 (48%) больных были выполнены реконструктивные операции на второй нижней конечности), прогрессировании ишемической болезни сердца (у 1 пациента (1,2%) выполнено аортокоронарное шунтирование).

Реабилитация начиналась в стационаре с первого дня после ампутации конечности в палате больного с комплекса лечебной гимнастики

в двигательном режиме, воздействующем на весь организм и мышцы культи. Каждый комплекс упражнений разбивался на 2 этапа. Начальный этап – с момента ампутации конечности и до использования вспомогательных средств опоры (костыли). Конечный – от начала использования вспомогательных средств опоры до выписки из стационара. Всем пациентам рекомендовалось продолжать занятия лечебной гимнастикой в домашних условиях и протезирование культи. Перед началом каждого комплекса пациенту объясняли значение того или иного физического упражнения для облегчения ходьбы на костылях или при опоре на трость. Для подобных занятий подбирали доступные для самостоятельного выполнения упражнения, которые пациент уже усвоил в стационаре. При боли в культе рекомендовали продолжать лечебную гимнастику по программе конечного этапа комплекса, чтобы предупредить детренированность сердечно-сосудистой системы. Для успешного занятия лечебной гимнастикой соблюдались следующие принципы: доступность объективному контролю, адекватность и дозированность нагрузки, воздействие на весь организм, системность (ежедневно), повторяемость и кратность, длительность во времени (в течение всей жизни), разнообразие упражнений и сознательное отношение к ним.

Результаты нашего исследования показывают, что пациенты с мультифокальным атеросклерозом, перенёсшие высокую ампутацию нижних конечностей после реконструктивных операций, в повседневной жизни практически не пользуются протезами как средством передвижения и опоры. Исследования, проведённые в Новокузнецке и Санкт-Петербурге [1,2], указывают на низкую обращаемость за первичным протезированием этих больных не из-за плохой осведомлённости, а в результате сильной психической травмы. В последующем одной из основных причин «отказа» от протезирования становится прогрессирование основного заболевания с вовлечением в патологический процесс коронарных, брахиоцефальных артерий, контралатеральной конечности.

Малый процент (5%) больных, которые пользовались в повседневной жизни протезами, обусловлен не только их конструктивными осо-

бенностями, но и прогрессированием основного заболевания с вовлечением в патологический процесс других артериальных бассейнов. Резерв улучшения качества жизни заключается в своевременной коррекции поражённых сосудистых бассейнов и пролонгированном медицинском контроле.

ЛИТЕРАТУРА

1. Золоев Г.К. Облитерирующие заболевания артерий. М.: Медицина; 2004. С. 25.
2. Лысенко А.Е. Идеология развития и совершенствования системы оказания протезно-ортопедической помощи населению Российской Федерации. Материалы VI Российского конгресса «Человек и его здоровье». СПб.; 2001. 271-272.
3. Маккавейский П.А., Шешаков В.П., Каменков К.А. Об определении понятия "Реабилитация больных и инвалидов". Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2000; 4; 27-32.
4. Медицинская реабилитация; Руководство под ред. В.М. Боголобова. Москва-Пермь: Звезда; 1998. Т. 1. С. 671.
5. Миначенко В.К., Пшенискова К.Л., Коршикова Н.А. Особенности тактики микрохирургических реконструктивных операций при дефектах опорных поверхностей нижних конечностей. Тезисы докладов республиканской научно-практической конференции «Хирургическая тактика при ампутациях и реконструктивных операциях и особенности протезирования при дефектах и заболеваниях опорно-двигательного аппарата». Л.; 1990. С. 37.
6. Митиш В.А., Светухин А.М., Чупин А.В. Способ ампутации голени в условиях критической ишемии нижних конечностей. Ангиология и сосудистая хирургия. 1997; 4: 96-102.
7. Осадчих А.И., Лузин С.Н., Линник В.В. Актуальные проблемы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов. Тезисы докладов Московской научно-практической конференции «Ампутация, протезирование, реабилитация. Настоящее и будущее». М.; 2001. С. 13-19.
8. Павлова Т.Ф., Соколовская Е.И. Протезирование, показания и противопоказания к протезированию инвалидов с дефектами нижних конечностей после ампутации по поводу сосудистых заболеваний: Методические рекомендации. Харьков; 1978. С. 13.
9. Рожков А.В., Татеосов Г.И., Новосёлова А.И. и др. Результаты ампутаций и протезирования при облитерирующих заболеваниях нижних конечностей. Протезирование и протезостроение: Сб. тр. - М.: ЦНИИПП, 1986. Вып. 76. 6-11.
10. Савин В.В. Сравнение показателя качества жизни у больных пожилого и старческого возраста с критической ишемией нижней конечностей после сосудистореконструктивных операций и ампутаций. Ангиология и сосудистая хирургия. 2001; 7 (1): 54-60.
11. TASC Working Group Trails-Atlantic Inter-Society. Consensus Management of Peripheral Arterial Disease. International Angiology. 2000; 19 (1. Suppl. 1): 1-304.
12. Van Niekerk L.J., Stewart C.P., Jain A.S. Major limb amputation following failed infrainguinal vascular bypass surgery: a prospective study on amputation levels and stump complications. Prosthet. Orthot. Int. 2001; 25: 29-33.

Поступила 20.09.2006

ВНИМАНИЕ!!!

Новая книга!

Под редакцией

А. И. ВОРОБЬЕВА, А. М. КРЕМЕНЕЦКОЙ

Атлас.

Опухоли лимфатической системы

Издательство НЬЮДИАМЕД, 2007

СРОЧНО В НОМЕР

УДК 614.2: 616.3

**НЕКОТОРЫЕ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ
АСПЕКТЫ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛИЦ
СТАРШИХ ВОЗРАСТОВ, СТРАДАЮЩИХ
БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ**

М.А. Хуторской, И.А. Гехт

*Территориальный фонд ОМС Самарской области,
Самарский государственный медицинский университет*

*Ключевые слова: стационарное лечение, болезни органов пищева-
рения, экономические аспекты*
Key words: treatment, aged

Нами проанализированы все случаи госпитализации пациентов в возрасте старше 60 лет, пролечившихся в стационарах Самарской области по поводу заболеваний органов пищеварения в 2005 г. Материалом для анализа послужили счета за оказанные медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования, принятые к оплате страховыми медицинскими организациями.

Всего стационарную помощь по поводу указанной патологии получили 11 318 больных в возрасте 60 лет и старше, из них 4494 (39%) мужчин и 6824 (61%) женщин. Общий уровень госпитализации составил 17,3 на 1000.

Среди госпитализированных мужчин заболеваемость по поводу болезней органов пищеварения оказалась выше, чем среди женщин: соответственно 19,4 и 16,1 на 1000.

У женщин пожилого и старческого возраста самый высокий уровень госпитализации отмечается в возрастной группе 70–79 лет – 21,5 на 1000, в возрасте 60–69 лет он составляет 12,8, в самой старшей возрастной группе – 80 лет и старше – 12,9 на 1000.

У мужчин также самый высокий показатель зафиксирован в группе 70–79 лет – 21,2 на 1000, в других возрастных группах показатели

ниже, но они больше, чем у женщин: в возрастной группе 60–69 лет – 18,8 на 1000, 80 лет и старше – 16,3 на 1000.

Значительные различия у мужчин и женщин отмечаются при рассмотрении показаний для круглосуточной госпитализации. Так выяснено, что 93% женщин были госпитализированы по экстренным показаниям, тогда как среди пожилых и старых мужчин аналогичный показатель равен 74,4% в возрастной группе 60–69 лет, 78,3% в группе 70–79 лет и 82% в группе 80 лет и старше.

Плановая госпитализация мужчин часто обусловлена не столько медицинскими, сколько социальными показаниями и часто связана с нарушением у мужчин способности к самообслуживанию.

Интересно, что с возрастом уменьшается удельный вес так называемых «внешних» госпитализаций у сельских пациентов и жителей небольших городов, то есть, чем старше возраст, тем чаще помощь оказывается по месту жительства и реже используются стационары областного центра.

У женщин внешняя госпитализация составила в возрасте 60–69 лет – 25%, 70–79 лет – 18,6%, 80 лет и старше – 14,7%. У мужчин

аналогичные показатели составили: 23,3, 14,4, 12,7%.

Средняя длительность стационарного лечения у престарелых мужчин и женщин практически не отличается и составляет соответственно 14 и 14,4 дня, что несколько выше, чем средняя длительность лечения по области для всех возрастных групп (12 дней).

Стоимость лечения у мужчин с увеличением возраста несколько уменьшается: в возрасте 60–69 лет средняя стоимость одной госпитализации составляет 3290 руб., в группе 70–79 лет – 3260 руб., в группе 80 лет и старше – 2970 руб.

Среди женщин, наоборот, наиболее высокая стоимость госпитализации отмечается в самой старшей возрастной группе (3300 руб.).

Следует заметить, что стоимость лечения пожилых больных гастроэнтерологического профиля дешевле, чем средняя стоимость стационарного лечения, запланированного в Территориальной программе ОМС 2005 года (4500 руб.), что косвенно свидетельствует о сравнительно нетяжелой патологии госпитализированных пациентов.

Поступила 05.12.2006

ВНИМАНИЕ!!!

Новая книга!

*Под редакцией
академика А. И. ВОРОБЬЕВА
Руководство по гематологии.*

**Издание четвертое, дополненное.
Три тома — в одном, с приложением.**

Издательство НЬЮДИАМЕД, 2007

SUMMARY

F.F. Khamitov, N.V. Vertkina, D.A. Lisicky,
K.V. Cheldiev

**AORTA ANEURYSM SURGERY WITH THE USE
OF MINI-INVASIVE TECHNOLOGIES
IN AGED PATIENTS**

City Hospital № 81, Moscow

In our work we report the first experience of aorta aneurysm resections of 108 patients with mini-laparoscopic access. All the cases were complex, among the patients of senile age (mean age $73,5 \pm 5,7$ years old) with complex accompanying diseases. The majority of patients had medium and large size aneurysms – 64%, smaller sized aneurysm patients also had occlusive-stenotic lesions of iliac segment with the clinical characteristics of chronic ischemia of lower extremities of IIB–II stages (A.V. Pokrovsky classification). Authors give the detailed description of the used method and resection techniques with the use of originally designed device «Mini-assistant» and the set of special vascular instruments. In 10 (13,8%) cases observations authors have performed simultaneous operations. They also report about the advantages of this new mini-invasive technology during several stages of surgery and after-surgery recovery in aged patients. This approach resulted in 97,3% successful operations.

M.D. Dibirov, D.G. Kirtadze, A.A. Dibirov,
S.A. Tereshenko, U.I. Ramazanova

**«DIABETIC FEET» SYNDROME SURGERY
TREATMENT OF GERONTOLOGY PATIENTS**

City Hospital № 81, Moscow

Here we analyze the experiences of 1200 ischemic form of «diabetic foot» syndrome patients. The syndrome was based on the occlusion of magistral arteries. Reconstructive operations were carried out in 338 (28%) cases, reconstructive operations on the aorta of iliac-femoral segment were carried out in 70 (21%) cases, distal reconstructions in 246 (73%) cases, and extra-anatomical reconstruction in 22 (6%) cases. In distal reconstructions in 94 cases we have used auto-vein in situ, in 82 – reversed auto-vein and in – 70 polytetrafluorethylene implants. Good result was detected in 235 (69%) of all cases, satisfactory-in 57 (17%), early thrombosis in 46 (14%), hip amputation in 36 (10,6%), lethal outcome – 5 (1,4%).

M.D. Dibirov, D.G. Kirtadze, A.A. Dibirov,
S.A. Tereshenko, U.I. Ramazanova, S.R. Soboleva

**«DIABETIC FEET» SYNDROME AGED
PATIENTS QUALITY OF LIFE**

City Hospital № 81, Moscow

We have analyzed the quality of life of 198 I and II type diabetes patients (ischemic and non-ischemic forms of the syndrome), operated before. The quality of life of this group of patients after vascular reconstructive surgeries was dependent on the initial phase of ischemia and save of permeability of shunts. Hip amputation decreases the quality of life on 60% compared to the reconstructive operation. Thus, the reconstructive approach increases the quality of life significantly.

A.V. Fedoseev, S.V. Leonchenko, M.I. Faber

**QUESTIONS OF SURGERY TREATMENT
OF INGUINAL HERNIA AGED PATIENTS**

*Ryazan State Medical University I.P. Pavlov,
Ryazan*

We have analyzed the results of 100 inguinal hernia aged patients operative treatment, age from 60 to 90 and elder. We have used a method of preperitoneal hernioplasty in our modifications. We have studied long-term outcome result in 67 patients. Hernia relapses and post-operative neuralgia were not detected. In 61 cases we reached the increase of life quality integral index. In 6 – no significant changes, which was linked with accompanying pathologies.

F.F. Khamitov, D.A. Lisicky, K.V. Cheldiev

**CHRONIC BRAIN VASCULAR INSUFFICIENCY
OF AGED PATIENTS**

Moscow

We have analyzed the results of 1250 chronic brain-vascular insufficiency aged and senile patients. The disease was caused by the intra- and extra cranial vessels pathologies, and heart vessels, as well. In the majority of cases the brain-vascular insufficiency was developed as the consequence of heart beat rate disturbance and occlusive and stenotic lesions of extra cranial vessels. Surgery treatment in these cases allows to decrease the level of insufficiency.

ОГЛАВЛЕНИЕ—CONTENTS

ПЕРЕДОВАЯ СТАТЬЯ

ПОЛИМОРБИДНОСТЬ ПОЖИЛЫХ
И ХИРУРГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

Б.С. Брискин 3

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СОСУДИСТО-МОЗГОВОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО
И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Ф.Ф. Хамитов, Д.А. Лисицкий, К.В. Чельдиев 8

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ
ФОРМЫ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ
У ГЕРИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХМ.Д. Дибиров, Д.Г. Киртадзе, А.А. Дибиров,
С.А. Терещенко, Ю.И. Рамазанова, С.Р. Соболева 12КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ
С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫМ.Д. Дибиров, Д.Г. Киртадзе, С.А. Терещенко,
А.А. Дибиров, Ю.И. Рамазанова, С.Р. Соболева 15ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО
ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У
БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТАИ.И. Затевахин, В.Н. Шиповский, Е.А. Пилипосян,
К.Б. Маров 21ХИРУРГИЯ АНЕВРИЗМЫ БРЮШНОГО ОТДЕЛА
АОРТЫ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С
ПРИМЕНЕНИЕМ МИНИИНВАЗИВНОЙ ТЕХНОЛОГИИФ.Ф. Хамитов, Н.В. Верткина, Д.А. Лисицкий,
К.В. Чельдиев 25К ВОПРОСУ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖИ
ПАХОВО-БЕДРЕННОЙ ОБЛАСТИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО
И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

А.В. Федосеев, С.В. Леонченко, М.И. Фабер 30

ЛЕКЦИЯ

ХРОНИЧЕСКАЯ КРИТИЧЕСКАЯ ИШЕМИЯ НИЖНИХ
КОНЕЧНОСТЕЙ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ У ЛИЦ
ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

А.Н. Косенков, А.И. Черепанин, С.В. Удовиченко 34

EDITORIAL

POLYMORBIDITY OF AGED AND SURGERY
PROBLEMS

B.S. Briskin 3

ORIGINAL ARTICLES

CHRONIC BRAIN VASCULAR
INSUFFICIENCY OF AGED
PATIENTS

F.F. Khamitov, D.A. Lisicky, K.V. Cheldiev 8

«DIABETIC FEET» SYNDROME
SURGERY TREATMENT OF GERONTOLOGY
PATIENTSM.D. Dibirov, D.G. Kirtadze, A.A. Dibirov,
S.A. Tereshenko, U.I. Ramazanova, S.R. Soboleva . . . 12«DIABETIC FEET» SYNDROME AGED PATIENTS
QUALITY OF LIFEM.D. Dibirov, D.G. Kirtadze, A.A. Dibirov,
S.A. Tereshenko, U.I. Ramazanova, S.R. Soboleva . . . 15ACUTE VENOUS THROMBOSIS
OF LOWER EXTREMITIES IN AGED:
ENDOVASCULAR TREATMENTI.I. Zatevakhin, V.N. Shipovksy, E.A. Piliposyan,
K.B. Marov 21AORTA ANEURYSM SURGERY
WITH THE USE OF MINI-INVASIVE TECHNOLOGIES
IN AGED PATIENTSF.F. Khamitov, N.V. Vertkina, D.A. Lisicky,
K.V. Cheldiev 25QUESTIONS OF SURGERY TREATMENT
OF INGUINAL HERNIA AGED
PATIENTS

A.V.Fedosseev, S.V. Leonchenko, M.I. Faber 30

LECTURE

CHRONIC CRITICAL LOWER EXTREMITIES
ISCHEMIA AND DIABETES OF AGED
AND SENILE PATIENTS

A.N. Kosenkov, A.I. Cherepanine, S.V. Udovichenko . 34

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ
ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ
ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

А.И. Шиманко, М.Д. Дибиров, С.В. Цуранов,
Ю.Г. Саркисян, С.А. Соломатин 39

ФАКТОРЫ РИСКА И РЕЗУЛЬТАТЫ
РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА У ПОЖИЛЫХ
ПАЦИЕНТОВ

И.В. Жбанов, А.В. Молочков, Б.В. Шабалкин 44

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ
СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП ПРИ
ЗАБОЛЕВАНИЯХ СИСТЕМЫ КРОВИ

С.Р. Карагулян, В.С. Шавлохов, В.С. Галузяк,
Е.М. Шулутко, Е.Е. Звонков 48

ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОД
УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ В ЛЕЧЕНИИ
ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ

В.П. Харченко, П.М. Котляров, В.Н. Карпенко. 56

ГЕРОНТОХИРУРГИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Н.М. Даминова, К.М. Курбанов 60

**СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И ОРГАНИЗАЦИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

СОЦИАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
И ЛЕТАЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ ПЕНСИОННОГО,
ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА
ПРИ ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

В.Н. Чернов, И.Е. Толстов 63

ПИСЬМО В РЕДАКЦИЮ

ПРОТЕЗИРОВАНИЕ У БОЛЬНЫХ
МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ ПОСЛЕ
ВЫСОКОЙ АМПУТАЦИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

А.В. Риффель 69

СРОЧНО В НОМЕР

НЕКОТОРЫЕ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛИЦ СТАРШИХ
ВОЗРАСТОВ, СТРАДАЮЩИХ БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ
ПИЩЕВАРЕНИЯ

М.А. Хуторской, И.А. Гехт 72

SUMMARY 74

PRACTITIONERS ASSISTANCE

HOSPITAL TREATMENT OF LOWER
EXTREMITIES VARICOSITY IN SENILE
AND AGED PATIENTS

A.I. Shimanko, M.D. Dibirov, S.V. Curanov,
U.G. Sarkisyan, S.A. Solomatin 39

RESULTS AND RISK FACTORS
OF MYOCARDIUM REVASCULARIZATION
IN AGED PATIENTS

I.V. Zhbanov, A.V. Molochkov, B.V. Shabalkin. 44

BOOLD SYSTEM DISEASES
SURGERY TREATMENT
OF AGED PATIENTS

S.R. Karagulyan, V.S. Shavlokhov, V.S. Galuzyak,
E.M. Shulutko, E.E. Zvonkov 48

INTEGRATIVE SURGERY UNDER ULTRASOUND
CONTROL IN LIVER LOCAL MALFORMATIONS
TREATMENT

V.P. Harchenko, P.M. Kotlyarov, V.N. Karpenko 56

OBSTRUCTIVE JAUNDICE GERONTO-SURGERY

N.M. Daminova, K.M. Kurbanov

SOCIAL MEDICINE

SOCIAL QUESTIONS OF MORBIDITY
AND LETHALITY OF ACUTE SURGERY
PATHOLOGIES IN AGED AND SENILE
PATIENTS

V.N. Chernov, I.E. Tolstov. 63

LETTER TO THE EDITOR

PROSTHETICS OF MULTIFOCAL
ATHEROSCLEROSIS AFTER LOWER EXTREMITIES
AMPUTATION IN AGED

A.V. Riffel 69

URGENT ISSUE

SOME MEDICAL AND ECONOMICAL ASPECTS
OF HOSPITAL TREATMENT
OF DIGESTIVE TRACT DISEASES AGED
PATIENTS

M.A. Hutorskoy, I.A. Gekht 72

SUMMARY 74