

нее восстановление электрофизиологической активности мышц. Так, анализ денервационно-реиннервационных процессов прямой мышцы бедра выявил более раннее восстановление ПДЕ у пациентов, получивших курс миоэлектростимуляции, однако у пациентов контрольной группы электрофизиологическая активность мышц бедра достоверно отличалась от противоположной конечности еще в конце третьей недели наблюдения, что, очевидно, обусловлено отеком и парезом мышц, стабилизирующих коленный сустав (табл. 2).

Таблица 2

Показатели длительности ПДЕ (м/с) прямой мышцы бедра у больных обеих групп через 1, 2, 3 недели после операции

Дни наблюдения	7	14	21
Основная группа	7,4 ± 2,5	8,5 ± 2,5	9,8 ± 2,5
Контрольная группа	7,1 ± 2,5	9,2 ± 2,5	8,4 ± 2,5

Обсуждение

Таким образом, в процессе исследования было выявлено, что электростимуляция четырехглавой мышцы бедра и трехглавой мышцы голени является эффективным средством в комплексе реабилитационных мероприятий после хирургического лечения повреждений коленного сустава.

Электростимуляция оказывает выраженный динамогенный эффект, обладает анальгетическим эффектом в послеоперационном периоде, способствует скорейшему разрешению отеков и оказывает трофическое действие на ткани сустава, что снижает нетрудоспособность пациентов и ускоряет их социальную реинтеграцию.

Сведения об авторах статьи:

Филатова Л.Р. - врач травматолог-ортопед, зав. отделением промышленной реабилитации МБУЗ ГКБ № 13. 450112, ул. Нежинская, 28. filatova@ya.ru

Минасов Т.Б. - врач травматолог-ортопед к.м.н., доцент кафедры травматологии и ортопедии с курсом ИПО БГМУ. m01b@ya.ru

Минасов И.Б. - врач травматолог-ортопед, клинический ординатор кафедры травматологии и ортопедии с курсом ИПО БГМУ. minasov007@ya.ru

Аскарлов А.Ф. - д.м.н., профессор кафедры травматологии и ортопедии с курсом ИПО БГМУ. askarov@mail.ru

Мавлютов Т.Р. - д.м.н., профессор кафедры травматологии и ортопедии с курсом ИПО БГМУ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Миронов С. П., Орлецкий А. К., Цыкунов М. Б. Повреждения связок коленного сустава. – М., 1999.
2. Никитин, В.В. Клиника и хирургическая тактика при повреждениях капсульно-связочного аппарата коленного сустава: дис.... д-ра мед. наук. –Уфа, 1985.
3. Котельников Г.П., Измаков С.Н. Медицинская реабилитация больных с повреждением разгибательного аппарата коленного сустава. –Самара, 1994.
4. Минасов Б.Ш., Филатова Л.Р. [и др.]. Гибкие силовые элементы в лечении повреждений разгибательного аппарата коленного сустава: пособие для врачей. –Уфа, 2004.
5. Klein SM, Greengrass RA, Grant SA, Higgins LD, Nielsen KC, Steele SM. Ambulatory surgery for multi-ligament knee reconstruction with electrical stimulation therapy. *Can J Anaesth* 2006; 48:375-8.
6. Moffet H, Richards CL, Malouin F, et al. Early and intensive electrical stimulation therapy during recovery post-arthroscopic meniscectomy: results of a randomized controlled study. *Arch Phys Med Rehabil*. 1994;75:415-426.

УДК 616.132.2

© А.А. Фокин, С.В. Нетисанов, В.Д. Кочнева, А.Н. Яковлев, 2012

А.А. Фокин¹, С.В. Нетисанов², В.Д. Кочнева¹, А.Н. Яковлев² БЛИЖАЙШАЯ И ОТДАЛЕННАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ИЗОЛИРОВАННЫМ КРИТИЧЕСКИМ СТЕНОЗОМ ОДНОЙ ИЗ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

¹ГОУ ДПО «Уральская государственная медицинская академия
дополнительного образования» Минздравсоцразвития России, г. Челябинск

²Негосударственное учреждение здравоохранения
Дорожная клиническая больница на станции Челябинск ОАО «РЖД»,

Изучена эффективность хирургических и эндоваскулярных методов лечения больных ишемической болезнью сердца с односторонним поражением коронарного русла. В наше исследование включены 190 пациентов, которым проводилась односторонняя реваскуляризация миокарда в 2004 – 2009 гг. Прямое стентирование коронарных артерий выполнено 60 пациентам и 30 выполнено стентирование с предилатацией, 100 больным было выполнено коронарное шунтирование без искусственного кровообращения под интубационным наркозом. У всех пациентов после проводимого оперативного лечения наступило улучшение самочувствия, уменьшался функциональный класс стенокардии. При проведении контрольной коронарографии в отдаленном периоде у большинства больных стенты и шунты проходимы.

Ключевые слова: коронарные артерии; реваскуляризация миокарда; ишемическая болезнь сердца.

A.A. Fokin, S.V. Netisanov, V.D. Kochneva, A.N. Jakovlev
CURRENT AND FOLLOW-UP EFFECTIVENESS
OF MYOCARDIAL REVASCULARIZATION IN PATIENTS WITH ISOLATED
CRITICAL STENOSIS OF ONE CORONARY ARTERY

Effectiveness of surgical and endovascular treatment techniques of patients with ischemic heart disease with one-vessel impairment of the coronary flow was studied. Therewith, 190 patients who underwent one-vessel myocardial revascularization from 2004 to 2009 were enrolled in our investigation. Direct stenting of coronary arteries was performed in 60 patients; stenting with predilatation was performed in 30 individuals; coronary artery bypass grafting without artificial circulation under intubation anesthesia was performed in 100 individuals. All patients felt an improvement in their condition after the operative intervention, with a decline in angina functional class values. The follow-up control coronarography of patients complaining of bad health showed the majority of patients to have patent stents and bypasses.

Key words: coronary arteries, myocardial revascularization, ischemic heart disease.

Широкое распространение сердечно - сосудистых заболеваний (ССЗ) во всём мире заставило во второй половине XX столетия говорить об эпидемии. ССЗ, более 2/3 которых составляют ишемическая болезнь сердца (ИБС), инсульт и заболевания периферических артерий, обусловленные атеросклерозом, остаются главной причиной смертности во всём мире. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно от ССЗ умирают более 16млн. человек [5].

В Российской Федерации (РФ) в 2008г. ССЗ были причиной более чем половины всех случаев смерти – 903 случая в расчете на 100 000 населения [2]. Очень важно, что смертность, обусловленная ИБС, составляет примерно половину от общего числа смертей, обусловленных патологией системы кровообращения (СКО) [1].

Проблема лечения ИБС на сегодняшний день остается одной из наиболее актуальных и приоритетных задач здравоохранения (ЗО). В структуре причин общей смертности населения болезни СКО в большинстве экономически развитых стран занимают первое место.

Согласно эпидемиологическим исследованиям, проводимым в разные годы в Государственном научно-исследовательском центре профилактической медицины (ГНИЦПМ) Министерства здравоохранения РФ, распространённость ИБС среди лиц старше 35 лет охватывает около 10млн. человек, т.е. примерно 9-12% [5]. Впервые ИБС может проявиться в виде инфаркта миокарда (ИМ) или даже внезапной смерти, но часто она сразу принимает хроническую форму.

По данным Фремингемского исследования, стенокардия напряжения может стать первым проявлением ИБС – в 40,7% случаев среди мужчин и в 56,5% случаев среди женщин [5]. Как показало международное исследование Angina Treatment Patterns – Survey, проведённое в 2002г. в 9 странах Европы, в том числе в 18 центрах России, среди наших пациентов преобладают больные стенокардией II и III функциональных классов (ФК), причём последних почти в 2 раза больше, чем в других странах. Смертность среди больных стабильной стенокардией составляет около 2% в год, у 2-3% ежегодно диагностируют нефатальный ИМ. Данные ГНИЦПМ свиде-

тельствуют, что мужчины с диагнозом ИБС живут на 15,7 года меньше, чем их сверстники, не страдающие этим заболеванием [5].

По данным Европейского кардиологического общества, смертность от ИБС в нашей стране оказалась наивысшей в Европе как среди лиц в возрасте от 35 до 65 лет, так и среди лиц старше 65 лет. Учитывая тенденцию к «омоложению» атеросклероза, проблема лечения ИБС приобретает социальное значение, так как это заболевание поражает тот слой населения, который обеспечивает научно-технический и финансовый прогресс.

Своевременная диагностика и эффективное лечение больных со стабильной стенокардией могут существенно снизить риск развития ИМ, сердечной недостаточности (СН) и увеличить продолжительность жизни больных [3,14].

Хирургические и эндоваскулярные методы лечения прочно вошли в кардиологическую практику как одни из наиболее эффективных способов лечения ИБС. Оба метода активно используются при различной степени выраженности поражения коронарного кровотока и могут быть использованы с одинаково высокой эффективностью при сходных клинических ситуациях.

Для верификации диагноза ИБС, оценки локализации и морфологии стенозов коронарных артерий (КА), а также выбора оптимального способа реваскуляризации (стентирование или шунтирование КА) проводится коронарография (КАГ). Основным условием возможности успешного выполнения операции является проходимость КА дистальнее участка обструкции и ее диаметр должен составлять не менее 1,5 мм.

В настоящее время на долю пациентов с однососудистым поражением приходится 25-40% от общего числа ежегодно выполняемых в мире эндоваскулярных вмешательств [4].

Современные хирургические и эндоваскулярные методы лечения ИБС у пациентов с однососудистым поражением КА дают хороший клинический эффект при относительно невысокой вероятности развития острых осложнений в послеоперационном периоде [7]. Однако сведений об исходах лечения таких больных недостаточно.

Учитывая актуальность освященной выше проблемы, нами было решено провести ретроспективное исследование по изучению ближайших и отдаленных результатов коронарного шунтирования (КШ) и стентирования изолированных критических стенозов венечных артерий.

Материал и методы

Предметом данного исследования стало изучение ближайшей и отдаленной эффективности однососудистой реваскуляризации миокарда у 190 пациентов, выполненной в отделениях кардиохирургии и рентгенохирургии НУЗ «Дорожная клиническая больница» на станции Челябинск ОАО «РЖД».

Критериями включения в исследование являлось наличие гемодинамически значимого стеноза (более 50% диаметра сосуда) одной из КА по данным селективной КАГ.

С февраля 2004г. по декабрь 2009г. вошли в исследование 165 мужчин и 25 женщин. Возраст больных колебался от 27 до 75 лет. Передняя межжелудочковая артерия (ПМЖВ) была поражена у 121 человека, правая коронарная артерия (ПКА) – у 45, огибающая ветвь левой коронарной артерии (ОВ ЛКА) – у 17, диагональная ветвь (ДВ) ПМЖВ – у 2, ветвь тупого края (ВТК) – у 3, артерия интермедия (АИ) – у 2 пациентов.

Все 190 пациентов были разделены на 2 группы: первая группа – 90 больных, которым было выполнено стентирование КА (СКА), и вторая группа – 100 человек после КШ.

Вид оперативного вмешательства определялся кардио- и рентгенохирургом совместно в зависимости от локализации и типа стеноза, возможности реканализации хронической окклюзии и наличия подходящего размера стента.

100 больным было выполнено КШ без искусственного кровообращения (ИК) под интубационным наркозом, 72 – с помощью левой внутренней грудной артерии (лВГА), 13 – с помощью правой внутренней грудной артерии (пВГА), 15 пациентам использовали лучевую артерию (ЛА).

Техника КШ

Операция КШ без использования ИК проводится из срединной стернотомии. Производится забор ВГА или ЛА, в зависимости от локализации поражения. Перикард рассекается Т-образно. Достижение оптимальной экспозиции КА крайне необходимо для наложения качественного анастомоза. Применяются два подхода для энуклеации сердца: с использованием глубоких перикардальных швов и вакуумных апиальных устройств.

Для наложения анастомозов используется нерассасывающийся монофиламентный полипропиленовый шовный материал размером 7/0 и 8/0. Проксимальный анастомоз выполняются с помощью стандартной техники с использованием бокового отщипа аорты. После завершения шунтирования проводится оценка стабильности гемодинамики, ЭКГ и сердечного выброса.

Прямое СКА выполнено 60 пациентам и 30 проведено СКА с предилатацией. 28 больным, которым выполнялось СКА, были установлены стенты с лекарственным покрытием (ЛП), 62 – без ЛП. Стенты без ЛП устанавливались пациентам с сахарным диабетом и в остром периоде инфаркта миокарда, а также если в наличии не имелось стентов с ЛП. Стентирование ПМЖВ проведено у 47, ПКА у 24, ОВ ЛКА у 15, ДВ ПМЖВ у 2, АИ у 1, ВТК у 1 пациента.

Техника СКА

В течение пяти суток до проведения процедуры пациенты начинают принимать клопидогрель (плавикс) в дозе 75 мг/сут или за 6 часов перед процедурой в дозе 300 мг. В нашей клинике доступ чаще всего осуществляется через бедренную артерию. Под рентгенконтролем к сердцу подводится катетер, через который проводится проводник. В большинстве случаев перед установкой стента производят предилатацию баллонным катетером. Затем баллонный катетер извлекают, выполняют контрольную КАГ, баллонный катетер заменяют на систему, несущую стент. Стент подводят к месту стеноза, устанавливают под контролем контрастирования сосуда в различных проекциях, баллон раздувают, затем его сдувают и удаляют. После этого выполняют КАГ в нескольких проекциях.

В течение года после имплантации стента пациенты принимали аспирин-кардио в дозе 300 мг в комбинации с клопидогрелем (плавиксом) в дозе 75 мг/сут, а затем ежедневно принимали аспирин в дозе 100 мг/сут.

При проведении ретроспективного анализа при помощи анкетирования была получена информация о самочувствии 115 пациентов. После КШ из 52 человек 35 чувствуют себя хорошо, 16 отмечают возврат стенокардии, 1 умер (причина смерти неизвестна). После СКА из 63 пациентов 43 чувствуют себя хорошо, 18 отмечают возврат стенокардии, двое умерли (один – от тромбоэмболии легочной артерии, второй – от ИМ).

С помощью опросника SF-36 нами оценивалось качество жизни (КЖ) у 112 пациентов в отдаленном периоде после однососуди-

стой реваскуляризации миокарда. Мы сравнили 2 группы пациентов: 63 после стентирования и 49 после шунтирования КА.

Эффективность результатов односторонней реваскуляризации миокарда оценивали по следующим параметрам:

- по КАГ (шунт или стент проходим, сужен, окклюзирован);
- по клиническим показателям (состояние хорошее, возврат стенокардии, смерть);
- по оценкам опросника КЖ SF-36.

Статистический анализ результатов исследования по первым двум параметрам проводили с использованием непараметрического критерия Фишера сравнения процентных долей. Различия считали значимыми при уровне значимости $p < 0,05$.

Для сравнительного анализа групп по опроснику КЖ использовали параметрический критерий сравнения средних для независимых выборок большого объема (Z-критерий).

Результаты

Успех чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) рассматривался согласно рекомендациям по ЧКВ [11] по трем категориям: ангиографический успех, успех вмешательства и клинический успех.

Ангиографическим успехом считали вмешательство, в результате которого достигалось существенное увеличение просвета сосуда в месте стеноза с остаточным стенозом менее 20% при наличии 3-й степени коронарного кровотока по TIMI. Успехом вмешательства считали ангиографический успех без выраженных клинических осложнений, таких как смерть, ИМ, экстренная операция КШ, во время пребывания больных в стационаре. Непосредственный клинический успешный результат включает ангиографически установленное улучшение проходимости сосуда в сочетании с уменьшением признаков и/или симптомов ишемии миокарда после того, как пациент восстановится после процедуры.

При определении успеха мы оценивали как состояние коронарного стеноза, так и состояние пациента. В ранних исследованиях ЧКВ успех в лечении стеноза КА определялся как абсолютное уменьшение степени поражения на 20% с достижением остаточного стеноза менее 50%. Успех вмешательства определяли как достижение частичного или полного ангиографического успеха без летального исхода, ИМ или экстренной операции КШ.

Ближайшим послеоперационным периодом считали до 3 месяцев после проведения оперативного лечения, а отдаленным от 1

года до 7 лет после проведения односторонней реваскуляризации.

В отдаленные сроки после односторонней реваскуляризации миокарда 40 пациентам, у которых отмечался возврат стенокардии, была выполнена КАГ: из них 15 после КШ – у 11 шунт проходим, у 3 стеноз в шунте, у одного шунт закрылся; 25 после СКА – у 15 стент проходим, у 5 имеется стеноз в стенте, у 5 стент окклюзирован. Из 5 пациентов, у которых по данным КАГ имеется стеноз в стенте, всем были имплантированы стенты без ЛП; а из 5 больных, у которых имеется окклюзия в месте имплантации стента, 3 пациентам были имплантированы стенты с ЛП и 2 без ЛП.

Статистически доказано, что в отдаленном периоде группы больных (группа 1 – СКА, группа 2 – КШ) по результатам КАГ и по клиническим показателям значимо не различаются. Результаты представлены в табл. 1 и 2.

Таблица 1

Сравнительный анализ групп по результатам КАГ в отдаленном периоде				
Состояние шунта, стента	Процентные доли (количество больных) 40		Значение критерия Фишера	Значимость различий
	группа 1 (СКА) n=25	группа 2 (КШ) n=15		
проходим	60,0% (15)	73,0% (11)	0,1	$p > 0,05$ (нет различий)
сужен	20,0% (5)	20,0% (3)	0	$p > 0,05$ (нет различий)
окклюзия	20,0% (5)	7,0% (1)	1,2	$p > 0,05$ (нет различий)

Таблица 2

Сравнительный анализ групп по клиническим показателям в отдаленном периоде				
Показатель	Процентные доли (кол-во больных) 115		Значение критерия Фишера	Значимость различий
	группа 1 (СКА) n=63	группа 2 (КШ) n=52		
Состояние хорошее	68,5% (43)	67,3% (35)	0,1	$p > 0,05$ (нет различий)
Возврат стенокардии	28,6% (18)	30,8% (16)	0,2	$p > 0,05$ (нет различий)
Смерть	3,1% (2)	1,9% (1)	0,4	$p > 0,05$ (нет различий)

При проведении сравнительного анализа групп по опроснику КЖ статистически доказано, что:

– средние значения показателей «физическое функционирование», «боль», «психологическое здоровье» в группе 1 (СКА) значимо выше, чем в группе 2 (КШ), уровень значимости $p < 0,01$;

– средние значения показателей «ролевое физическое функционирование», «жизнеспособность» в группе 1 (СКА) значимо вы-

ше, чем в группе 2 (КШ), уровень значимости $p < 0,05$;

– между группами нет значимых различий по средним значениям показателей «общее здоровье», «ролевое эмоциональное функционирование» и «социальное функционирование», $p > 0,05$. Результаты представлены в таблице 3.

Таблица 3
Сравнительный анализ групп по КЖ в отдаленном периоде

Показатель	Средние значения показателей $\pm m$		Значение Z-критерия	Значимость различий
	группа 1 (СКА)	группа 2 (КШ)		
Общее здоровье	57,9 $\pm$ 2,3	49,9 $\pm$ 2,9	1,4	$p > 0,05$ (нет различий)
Физическое функционирование	77,3 $\pm$ 1,7	61,5 $\pm$ 3,7	3,4	$P < 0,01$ (значимы)
Ролевое физическое функционирование	57,9 $\pm$ 5,4	44,9 $\pm$ 6,2	1,6	$P < 0,05$ (значимы)
Ролевое эмоциональное функционирование	61,5 $\pm$ 5,5	52,5 $\pm$ 6,5	1,1	$P > 0,05$ (нет различий)
Социальное функционирование	46,3 $\pm$ 1,3	46,1 $\pm$ 1,5	0,1	$P > 0,05$ (нет различий)
Боль	70,2 $\pm$ 3,2	50,9 $\pm$ 3,5	4,3	$P < 0,01$ (значимы)
Жизнеспособность	66,3 $\pm$ 2,3	57,0 $\pm$ 2,4	1,8	$P < 0,05$ (значимы)
Психологическое здоровье	69,6 $\pm$ 1,9	60,7 $\pm$ 2,2	3,1	$P < 0,01$ (значимы)

Среднее значение показателей КЖ после СКА для 8 шкал опросника SF-36 колеблется от 46,3 $\pm$ 1,3 (шкала «социальное функционирование») до 77,3 $\pm$ 1,7 (шкала «физическое функционирование»), а среднее значение показателей после КШ – от 44,9 $\pm$ 6,2 (шкала «ролевое физическое функционирование») до 61,5 $\pm$ 3,7 (шкала «физическое функционирование»). Только по шкале «социальное функционирование» показатели находятся примерно на одном уровне у пациентов после КШ 46,1 $\pm$ 1,5, а после СКА – 46,3 $\pm$ 1,3. Остальные показатели выше у пациентов после СКА.

Обсуждение

Сравнительный анализ ближайших результатов показал, что из 190 пациентов у 4 были послеоперационные осложнения: у 2 пациентов через 2 суток после СКА – острый тромбоз в области стента и у 2 пациентов после КШ – остеомиелит грудины.

При проведении сравнительного анализа отдаленной эффективности одностосудистой реваскуляризации миокарда нам удалось узнать о самочувствии 115 пациентов, 40 из них была выполнена КАГ.

Из 52 человек после КШ 35 чувствуют себя хорошо, 16 отмечают возврат стенокар-

дии, один больной умер. У 63 пациентов после СКА, 43 отмечают хорошее самочувствие у 18 – возврат стенокардии, двое больных умерли.

Из 40 пациентов, которым была выполнена КАГ в отдаленном периоде у 26 стенты и шунты остаются проходимыми, у 8 имеется стеноз и у 6 окклюзия стента или шунта.

Статистически мы выявили, что в отдаленном периоде больные после КШ и СКА значимо не различались по клиническим результатам и по данным КАГ.

При сравнительном анализе групп больных по КЖ мы выявили, что средние значения показателей «физическое функционирование», «боль», «психологическое здоровье», «ролевое физическое функционирование», «жизнеспособность» выше в группе после СКА. В значениях «общее здоровье», «ролевое эмоциональное функционирование» и «социальное функционирование» значимых различий не выявлено.

Выводы

1. Непосредственные результаты различных способов одностосудистой реваскуляризации миокарда (СКА и КШ) можно считать успешными. Все пациенты после проводимого оперативного лечения отмечали улучшения самочувствия, уменьшался ФК стенокардии.
2. В отдаленные сроки после одностосудистой реваскуляризации миокарда, из 115 больных 78 чувствуют себя хорошо, 34 отмечают возврат стенокардии и 3 пациента умерли.
3. При оценке КЖ у больных после одностосудистой реваскуляризации миокарда значимые различия получены почти по всем шкалам опросника SF-36, что свидетельствует о значительном ухудшении физического и психологического функционирования у больных после КШ по сравнению с пациентами, которым выполняли СКА.
4. Из нашей работы следует, что преобладают наиболее «опасные» типы кровоснабжения – правый тип («наиболее опасный») в 54,7% случаев, сбалансированный («умеренно опасный») – в 29,5%, левый тип кровоснабжения («оптимальный») – в 15,8% случаев.
5. При проведении контрольной КАГ в отдаленном периоде после одностосудистой реваскуляризации миокарда, у большинства пациентов, предъявляющих жалобы на плохое самочувствие стенты и шунты остаются проходимыми. Жалобы большей частью обусловлены сопутствующей патологией.

Сведения об авторах статьи:

Фокин Алексей Анатольевич – д.м.н., профессор, зав. кафедрой хирургии ФПДПО ГБОУ ВПО ЧелГМА Минздравсоцразвития России, 454000, г. Челябинск, ул. Доватора, д.23, тел.83519009169, AlAnFokin@yandex.ru.

Нетисанов Сергей Владимирович – зав. отделением кардиохирургии НУЗ «ДКБ на ст. Челябинск ОАО «РЖД», 454000, г. Челябинск, ул. Доватора, д.23, тел.89512583622, svnetisanov@mail.ru.

Кочнева Виктория Данисовна – ассистент кафедры хирургии ФПДПО ГБОУ ВПО ЧелГМА Минздравсоцразвития России, 454000, г. Челябинск, ул. Доватора, д.23, тел.83519096795, Victoria-med74@mail.ru.

Яковлев Андрей Николаевич – врач-кардиолог отделения кардиохирургии НУЗ «ДКБ на ст. Челябинск ОАО «РЖД», 454000, г. Челябинск, ул. Доватора, д.23, тел.89128940698, yakovlev_76@mail.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арутюнян, Л.А. Препараты сердечно-сосудистых осложнений у больных хронической ИБС, перенесших хирургическую реваскуляризацию миокарда (по данным многолетнего наблюдения): автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Тюмень, 2010. – 20с.
2. Бокерия, Л.А., Р.Г. Гудкова // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2009. – №6. – С.51-63.
3. ВНОК. Диагностика и лечение стабильной стенокардии. Российские рекомендации (второй пересмотр) // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2008. – Приложение 4.
4. Интервенционные методы лечения ишемической болезни сердца / под ред. Л.А. Бокерия, Б.Г. Алеяна, А. Коломбо, Ю.И. Бузиашвили. – М.: Издательство НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2002. – 417с., цв. иллюстр.
5. Кардиология : национальное руководство / под ред. Ю.Н. Беленкова, Р.Г. Оганова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 1233с. (Серия «Национальные руководства»).
6. Саакян, Ю.М. Р.С. Поляков, М.В. Пурецкий [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2005. – Т.11, №3. – С.83-95.
7. Чернявский А.М. А.Г. Осиев, С.В. Воронина [и др.] // Кардиология. – 2004. – Т.44, №5. – С.30-35.
8. Новик, А.А. Ионова, Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание / под ред. Ю.Л. Шевченко. – М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. – 320с.
9. Jensen B., Hughes P., Rasmussen L.S. et al. // Eur J Cardiothorac Surg. – 2006. – N30. – P. 294-299.
10. King S.B., Aversano T., Ballard W.L. et al. // J Am Coll Cardiol. – 2007. – N50 (1). – P. 82-108.
11. Motalebzadeh R., Bland J.M., Marcus H.S. et al. // Ann Thorac Surg. – 2006. – N82. – P. 615-619.
12. Patel M.R., Dehmer G.J., Hirshfeld J.W. et al. // JACC. – 2009. – N53 (6). – P. 530-553.
13. Smith S.C.Jr., Feldman T.E., Hirshfeld J.W.Jr. et al. // Circulation. – 2006. – N113. – P. 166-286.
14. The Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of the European Society of Cardiology. Guidelines on the management of stable angina pectoris: executive summary. Eur Heart J 2006;27:1341-81.
15. Takagi H., Tanabashi T., Kawai N. et al. // J Thorac Cardiovasc Surg. – 2007. – N133. – P. 2-3.

УДК 618.1-089.168-06

© С.Н. Хунафин, Л.В. Лузина, Э.И. Салимова, О.Б. Арсланова, Э.Ф. Хасанова, С.Г. Миловидова, И.А. Сабитова, 2012

С.Н. Хунафин, Л.В. Лузина, Э.И. Салимова, О.Б. Арсланова, Э.Ф. Хасанова, С.Г. Миловидова, И.А. Сабитова НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

*ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
Минздравсоцразвития России, г. Уфа
МУ ГКБ №18, г. Уфа*

Проведен сравнительный анализ результатов лечения 1803 женщин, перенесших лапароскопические и лапаротомные операции по поводу гинекологических заболеваний в г/о №1 МУ ГКБ №18 с 2005 по 2009 гг. Из них у 20 (0,9%) возникли послеоперационные осложнения.

Ключевые слова: гинекологические заболевания, операции, ранняя диагностика послеоперационных осложнений.

S.N. Khunafin, L.V. Luzina, E.I. Salimova, O.B. Arslanova, E.F. Khasanova, S.G. Milovidova, I.A. Sabitova PERSONAL EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT FOR GYNAECOLOGICAL DISEASES

A comparative analysis of treatment results of 1803 women, undergoing laparoscopy and laparotomy interventions for gynecological disorders, in the first gynecological department of Municipal Institution City Clinical Hospital №18 MI GKB of №18 with in the period of 2005 until 2009, was carried out. Postoperative complications arose in 20 of them (0.9%).

Key words: gynecological diseases; surgeries, early diagnostics of postoperative complications.

Снижение частоты осложнений после оперативных вмешательств остается одной из важнейших задач современной медицины, которая до сих пор не располагает достаточно надежными и точными методами выявления пациентов с осложнениями [1,11].

Ежегодно увеличивается число гинекологических заболеваний, требующих оперативной коррекции. В последние годы в клиническую практику, взамен традиционных лапаротомных операций внедряются современные технологии с использованием мини-

инвазивных, эндоскопических оперативных вмешательств. Однако не уменьшается риск возникновения осложнений после таких операций [1,9].

В нашей стране для оценки послеоперационных осложнений принята классификация академика Петровского Б.В., в которой выделяются осложнения со стороны: 1) раны – инфильтраты, нагноение, подкожные гематомы, абсцессы, лигатурные свищи, эвентрации; 2) органов брюшной полости – внутрибрюшные кровотечения, оставление инородных тел в