

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

УДК 616.366-089.87:616.61-008.64

© Р.Б. Мумладзе, Ю.Ш. Розиков, А.Н. Глоба, Э.Ф. Джумахмадов, 2010

Р.Б. Мумладзе, Ю.Ш. Розиков, А.Н. Глоба, Э.Ф. Джумахмадов
**ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ
 У БОЛЬНЫХ С ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ ДИАЛИЗОМ**
РМАПО на базе ГКБ им С.П.Боткина г. Москва

В статье представлен обзор отечественной и зарубежной литературы по вопросам применения эндовидеохирургических методов в лечении больных желчекаменной болезнью, а так же больных с хронической почечной недостаточностью, находящихся на перитонеальном диализе. Определено понятие симультанная операция.

Ключевые слова: лапароскопическая холецистэктомия, перитонеальный диализ, перитонеальный катетер, симультанная операция.

R.B. Mumladze, U.S. Rozikov, A.N. Globa, Eh.F. Dgumakhmadov
**LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN PATIENTS
 WITH PERITONEAL DIALYSIS**

The article provides an overview of domestic and foreign literature on the use of endovideosurgical methods in the treatment of gallstones, as well as patients with chronic renal insufficiency, on peritoneal dialysis. Defined the concept of simultaneous operations.

Key words: laparoscopic cholecystectomy, peritoneal dialysis, peritoneal catheter, simultaneous operations.

По данным статистических исследований количество пациентов с хронической почечной недостаточностью (ХПН), в сочетании с сопутствующими заболеваниями, неуклонно увеличивается [5].

Несмотря на значительные успехи в области диагностики и лечения ХПН, летальность пациентов с данной патологией составляет около 8% ВОЗ (2008г).

Причина данной ситуации связана не только в сложности лечения основного заболевания, но и в лечении различных сопутствующих заболеваний, в частности заболевания желчного пузыря [1,5].

Холецистит - является потенциальным очагом инфекции в брюшной полости, который усугубляет тяжелое течение ХПН.

Основным методом лечения больных желчекаменной болезнью, во многих хирургических клиниках, является лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) [8]. Эта операция заслуженно считается «золотым стандартом» [8,15,16].

Лапароскопическая холецистэктомия в лечении больных желчекаменной болезнью

Впервые ЛХЭ была выполнена на животном в 1985 г., [16] однако отсутствие видеолапароскопа не позволило бригаде хирургов эффективно взаимодействовать, и вмешательство было признано небезопасным.

ЛХЭ у человека выполнил Филипп Мур в 1987 г. в Лионе. Он удалил желчный пузырь, содержащий камни, при симультанной операции, выполненной по поводу гинекологической патологии. Им же была предложена безопасная экспозиция ворот печени путем перемещения дна желчного пузыря в краниальном направлении [8,16].

Первоначально показаниями к ЛХЭ являлись: 1) хронический калькулезный холецистит с приступами печеночной колики, подтвержденной УЗИ; 2) отсутствие признаков патологии общего желчного протока; 3) диаметр конкрементов менее 3 см; 4) отсутствие признаков острого воспаления желчного пузыря; 5) отсутствие перенесенных операций на верхнем этаже брюшной полости. В качестве источника энергии для рассечения и коагуляции тканей первоначально использовали луч лазера. Вскоре выяснилось, что электрокоагуляция тоже эффективна, но и значительно дешевле [8,15,16].

По данным Южного хирургического клуба (США), частота повреждения внепеченочных желчных протоков на этапе освоения методики ЛХЭ составила 2,2% [38]. Потребовались огромные усилия ведущих хирургов Европы и США по разработке безопасной методики ЛХЭ, чтобы снизить частоту этого осложнения до 0,2-0,3%. Тогда же A.Cuschieri доказал, что частота и тяжесть осложнений в

эндохирургии напрямую связаны с качеством обучения [31].

Так же, как и за рубежом, в России первой и наиболее распространенной видеохирургической операцией стала холецистэктомия. Впервые эту операцию выполнил профессор Ю.И.Галлингер в Научном центре хирургии РАМН в 1991г. Всего в течение года было выполнено около 200 ЛХЭ в нескольких хирургических центрах России. Следующие 5 лет эту операцию стали выполнять в 70 из 80 регионов России. К 1996 г. в ведущих учреждениях был достигнут европейский стандарт – 85-95% лапароскопических операций при ЖКБ [8]. Холецистэктомия является до сих пор единственно надежным и радикальным способом лечения больных ЖКБ [8,15,16,31,38].

По мнению А.С.Миронова (2000), холецистэктомия остается «приоритетным методом лечения холецистолитиаза». А.С. Ермолов (1998) считает, что «любые формы ЖКБ подлежат хирургическому лечению». В соответствии с этим, по данным В.М. Тимербулатова и соавт. (1999), в России ежегодно выполняется до 100000 холецистэктомий, а в США - до 500000 [10,19].

И.В.Федоров и соавт. (1998) следующим образом формулируют преимущества лапароскопической холецистэктомии перед традиционной лапаротомной операцией: **1)** за счет уменьшения объема рассекаемых тканей существенно снижаются кровопотеря и послеоперационная боль; **2)** снижаются частота и тяжесть осложнений таких, как: а) эвентрация и большие послеоперационные грыжи (практически отсутствуют); б) послеоперационный парез кишечника; в) спаечная кишечная непроходимость; г) легочные осложнения; д) нагноения операционной раны (встречаются значительно реже); е) уменьшение продолжительности нахождения в стационаре после операции (в 2-5 раз) и сроков утраты нетрудоспособности (в 3-4 раза), раннее возвращение к привычному образу жизни; **3)** хороший косметический эффект (что особенно важно для женщин, которые страдают ЖКБ значительно чаще); **4)** снижение стоимости лечения, так как высокая стоимость оборудования перекрывается меньшей потребностью в медикаментах, уменьшением продолжительности госпитализации и ранней трудовой реабилитацией (экономия в целом достигает 20-25%)[21].

Эффективность и безопасность ЛХЭ при остром холецистите в сравнении с лапаротомной холецистэктомией продемон-

стрированы Carbajo Caballero M.A. et al. (1999).[11]. При 234 ЛХЭ, выполненных el-Madani A., Badawy A. (1999) по поводу острого калькулезного холецистита, послеоперационные осложнения отмечены в 18% случаев, смертность составила 0,4%, а послеоперационный койко-день составил 6,04. Частота конверсий при остром холецистите составляет от 13 до 38%.[33].

По мнению Pessaux P., et al. (2001) единственным прогностическим фактором конверсии служит продолжительность основного заболевания. Риск перехода к открытому вмешательству достоверно возрастает на сроке свыше 3-4 дней от начала приступа [40].

В то же время окончательное решение о невозможности ЛХЭ может быть принято только в ходе самой операции [8,15,16]. При достаточном опыте и ориентируясь на обязательность своевременной конверсии при выраженных воспалительных изменениях желчного пузыря, ЛХЭ следует считать операцией выбора у данного контингента больных [43].

По мнению большинства авторов, основным проявлением заболевания следует считать только болевой синдром. По данным Fenster L.F. et al. (1995) диспептическая симптоматика наблюдается у 82% больных ЖКБ. После ЛХЭ исчезновение данных жалоб было отмечено лишь в 44% случаев, что отражает относительность их связи с калькулезом [34]. С другой стороны, общий рост числа холецистэктомий связан со снижением "порога" при определении показаний к плановой ЛХЭ[15]. О либерализации подходов в отборе больных на ЛХЭ указывают Schwesinger W.H., Diehl A.K. (1996). Важность выработки обоснованной хирургической тактики при латентной форме ЖКБ на современном этапе развития желчной хирургии не вызывает сомнений [32].

Частота латентного камненосительства в популяции по результатам эпидемиологического исследования, проведенного Spina G.P., Pagani M. et al. (1998), Mazziotti A. et al. (1998) достигает 66-77% от числа всех больных ЖКБ. Первые сообщения о целесообразности профилактической ЛХЭ представлены в работах по трансплантологии. Peterseim D.S. et al. (1995) приводят данные наблюдения за 60 пациентами, перенесшими пересадку сердца. Исходно, латентный калькулез желчного пузыря был выявлен в 20% случаев. В течение 2 лет после трансплантации присоединение клинических проявлений в виде билиарной колики или желчно-каменного панкреатита отмечено у 58% пациентов данной группы, а

общая частота холецистолитиаза возросла до 33%. Риск развития осложнений ЖКБ возрастает в связи с необходимостью проведения иммуносупрессивной терапии [41].

До настоящего времени не выявлено достоверных факторов, способных изменять характер течения холецистолитиаза. Однако общая вероятность появления симптоматики в течение 10 лет составляет 15-25% [41]. Частота деструктивных изменений при первом приступе острого холецистита составляет 74,9%, что не позволяет его рассматривать как простую манифестацию болезни [41]. Ежегодно возникновение болевых эпизодов следует ожидать у 2-5% камненосителей, а среди больных манифестными формами ЖКБ - в 6-10% случаев [8,15,43]. В группу камненосителей нередко попадают лица, уже однократно перенесшие в прошлом приступ желчной колики. Несмотря на возможность последующего длительного латентного периода, приблизительно у 28,5 - 70% больных при наличии камней болезнь рецидивирует и их приходится оперировать [8,15,43]. Риск развития осложнений ЖКБ может указывать на обоснованность дифференцированного подхода при определении хирургической тактики у отдельных групп камненосителей [8,15,16,43].

Общие противопоказания к ЛХЭ связаны с её непереносимостью из-за декомпенсации жизненно важных функций организма [8,15-17]. По данным 3-го ежегодного конгресса Европейской ассоциации эндоскопических хирургов (1995), противопоказания к ЛХЭ делятся на абсолютные и относительные.

Абсолютные противопоказания:

1. Общие противопоказания к проведению лапароскопической операции (острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, некорректируемая коагулопатия, непереносимость общего обезболивания, разлитой перитонит, перенесенные ранее операции в зоне объекта вмешательства, поздние сроки беременности).

2. Рак желчного пузыря. 3. Плотный инфильтрат в зоне шейки желчного пузыря.

Рак желчного пузыря, как правило, протекает под маской острого холецистита, в 95% случаев в сочетании с желчно-каменной болезнью [3,4,18].

Плотный инфильтрат в зоне шейки пузыря – одна из основных причин повреждения элементов гепатодуоденальной связки при ЛХЭ, что требует перехода к «открытой» операции [18].

Относительные противопоказания:

1. Холедохолитиаз, механическая желтуха, холангит. 2. Острый панкреатит. 3. Синдром Мириizzi. 4. Склероатрофический желчный пузырь. 5. Цирроз печени. 6. Псевдотуморозный панкреатит.

Вопрос об относительных противопоказаниях в каждом случае следует рассматривать индивидуально, в зависимости от уровня подготовки хирурга и оснащенности его операционной [8,17,43].

Таким образом, на сегодняшний день выполнение ЛХЭ возможно у

90>5% больных ЖКБ, требующих оперативного лечения [8,15,16,18].

Перитонеальный диализ

Хроническая почечная недостаточность (ХПН) в настоящее время рассматривается в качестве одной из наиболее важных проблем здравоохранения [5]. В настоящее время основным компонентом комплексной терапии больных органической почечной недостаточностью является диализ [5,22].

Существуют две основные группы методов почечно-заместительной терапии: экстракорпоральные - гемодиализ (гемофильтрация, гемодиализация, продолженная вено-венозная и артерио-венозная гемофильтрация) и интракорпоральные - перитонеальный диализ (ПД), применяемый в различных модификациях. Перитонеальный диализ – метод, основанный на способности брюшины выполнять роль полупроницаемой мембраны, пропускающей различные вещества из крови в содержащуюся в брюшной полости жидкость и обратно согласно концентрационному градиенту [22].

В истории ПД можно выделить 3 периода его развития. Ранний период начался в 20-е годы прошлого века с применением ПД для лечения больных с острой почечной недостаточностью. В 1923 г. G. Ganter впервые описал случай вливания 1,5л изотонического раствора хлорида натрия в брюшную полость больного с целью уменьшения степени уремии. Продолжением этих идей стали работы Heusser Н. и Weber Н., которые в 1927 г. предложили использовать смесь 2-5 % глюкозы и физиологического раствора для увеличения ультрафильтрации при ПД. В 1950 г. первоначально применяли как проточный ПД (жидкость вливается через катетер в верхнем отделе брюшной полости, а выводится через другой катетер в полости малого таза), так и интермитирующий (через единственный катетер, введенный в Дугласово пространство, вливается жидкость, а по истечении определенного времени вытекает). С 60-х годов

прошлого столетия практически все клиники стали использовать интермиттирующий перитонеальный диализ, что можно считать началом второго периода [7,22].

Третий период начался с 1976 г., когда R. Porovich и соавт. предложили «методику равновесного» ПД», позднее переименованную в постоянный амбулаторный перитонеальный диализ (ПАПД), и продолжает развиваться в настоящее время. В отличие от интермиттирующего ПД, проводимого дважды в неделю по 18-20 ч со сменой 0,2 л диализирующего раствора через каждые 30 мин, при ПАПД смена 2 л диализирующего раствора происходит 4 раза в день с 3,5-4-часовым и интервалами и ночью с 8-часовым интервалом ежедневно [7,22].

Перитонеальные катетеры (ПК) изготавливались из резиновых, металлических или полиэтиленовых трубок и вводились в брюшную полость с помощью троакара [9]. Применение троакаров большого диаметра способствовало утечке диализного раствора, поэтому в последующем стали использовать более тонкие катетеры со стилетом. Это позволило более плотно фиксировать катетер к стенкам канала передней брюшной стенки и свести к минимуму возможность утечки диализата [9].

Однако большое количество больных, получающих перитонеальный диализ (ПД), страдали от развития инфекционных осложнений. Несовершенство методики имплантации ПК и самой процедуры ПД являлось причиной инфицирования брюшной полости и как следствие - высокой летальности у этих больных [11]. Только с изобретением в 1964 г. Palmer R.A. и соавт. силиконового катетера с манжетой, которую при проведении оперативного вмешательства фиксировали к брюшине, удалось добиться герметичности и значительно снизить процент осложнений [12].

Существенным шагом вперед в развитии ПД стало техническое решение, предложенное Tenckhoff H. в 1968 году. Он использовал силиконовую трубку с двумя дакроновыми манжетами. Одна манжета фиксируется к брюшине, а другая в канале, сразу под кожей. Расстояние между манжетами составляет 10 см. Конец катетера, находящегося в брюшной полости, имеет многочисленные перфорации, а его длина равна 20 см [26].

ПД использовался первоначально только при острой почечной недостаточности.

По мнению ряда авторов, ПД можно считать более простым, доступным и физиологичным методом, чем ГД (гемодиализ) [7,12,22,26].

К преимуществам ПД по сравнению с ГД следует отнести:

- 1) более медленное снижение остаточной функции почек;
- 2) отсутствие значительных колебаний концентрации уремических токсинов;
- 3) возможность самостоятельного проведения диализа;
- 4) отсутствие дополнительной нагрузки на сердечно-сосудистую систему;
- 5) проведение процедур без применения гепарина;
- 6) ПД более экономичен по сравнению с ГД.

Адекватность данной терапии складывается из многих взаимосвязанных факторов, из которых наиболее значимым является долгосрочный доступ в брюшную полость.

Хорошо функционирующий доступ для ПД существенно влияет на качество проведения процедур и смены растворов. Он обеспечивает надежное долгосрочное лечение пациента на ПАПД.

Адекватность доступа складывается из нескольких элементов:

- 1) перитонеальный катетер (форма, материал);
- 2) методика имплантации;
- 3) квалификация хирурга;
- 4) реакция пациента на устройство;
- 5) послеоперационный уход.

Однако при лечении больных, находящихся на ПД, могут возникать различные осложнения как на этапе имплантации перитонеального катетера (ПК): главным образом травмы сосудов, мочевого пузыря, тонкой и толстой кишок, так и во время их эксплуатации: в первую очередь – диализный перитонит, нарушения функции ПК («всасывание» сальника в просвет катетера).

Менее значительными осложнениями являются возникновение грыжи у предрасположенных к ним лиц вследствие повышенного внутрибрюшного давления, гидроторакса, гидроцеле, инфекции подкожного канала, выталкивание манжеты [11].

Установка катетера всегда требует оперативного вмешательства. Известен хирургический способ установки катетера для проведения перитонеального диализа, заключающийся в том, что перитонеальный катетер вводят в брюшную полость, производят послойное иссечение тканей до брюшины, делают небольшой разрез в перитонеуме, а затем вслепую вводят катетер при помощи жесткого проводника в область малого таза [26]. Однако указанный способ является травматичным из-за проведения полостной операции

с послойным рассечением тканей вплоть до брюшины. При этом сроки заживления составляют 2-4 недели [11]. Невозможно провести катетер больным, ранее подвергавшимся операциям на брюшной полости из-за наличия спаек. Высока вероятность повреждения внутренних органов проводником, так как его вводят вслепую. В этой связи особое значение приобретает использование лапароскопии для установки перитонеального катетера под контролем лапароскопа.

Первое сообщение о применении лапароскопии у больных, находящихся на ПД, была опубликована в 1974 г., когда больному с «потерянным» в брюшной полости ПК была выполнена диагностическая лапароскопия с визуализацией и извлечением последнего [1,5].

В 1980 г. Появилось первое сообщение о лапароскопической коррекции положения ранее установленного ПК [24]. Позже аналогичную операцию выполнили и многие другие авторы [1,5,22,24,26].

В настоящее время способ постановки ПК с использованием лапароскопической техники усовершенствовался и стал применяться во многих клиниках.

Определение понятия симультанная операция

Современные достижения хирургии, высокий уровень развития анестезиологии и реаниматологии позволяют выполнять все более обширные и сложные вмешательства без заметного повышения риска для жизни пациентов. К категории таких вмешательств можно отнести симультанные операции.

В энциклопедическом словаре медицинских терминов (М., 1984) есть термин «одномоментная операция» - операция, все этапы которой производятся непосредственно один за другим без разрыва во времени. Однако ни термин, ни его определение в такой трактовке не отражают в полной мере особенности, присущие симультанным операциям [31].

Слово «симультанный» происходит от латинского *simul* (вместе, совместно), а в полном виде от французского *simultane* (одновременный).

Впервые в отечественной литературе применили этот термин и дали определение симультанным операциям Л. И. Хнох и И. Х. Фельтшинер. Симультанными они называли операции, производимые одновременно на двух и более органах брюшной полости по поводу разных, не связанных между собой заболеваний [23].

В последующие годы ряд исследователей дополнили это определение возможностью выполнения симультанной операции из одного или разных хирургических доступов, но не ограничивают их только брюшной полостью [3,4].

Многие авторы в своих статьях пользуются термином «сочетанные операции» [2]. Это операции, выполняемые во время одного хирургического вмешательства на двух и более органах, но по поводу различных заболеваний.

П.А. Макаров [14] дает более обобщенное определение. Симультанными являются оперативные вмешательства, производимые одновременно на двух и более органах и/или тканях, в одной или нескольких анатомических областях по поводу различных, не связанных между собой заболеваний из одного или нескольких доступов.

В литературе встречаются и другие определения. И.Н. Крук [13] недоумевает по поводу использования термина «симультанные операции», предлагая применять всем понятные и по значению тождественные указанному термину русские слова: «попутные», «совместные», «сочетанные» операции.

В каждой симультанной операции различают основной и симультанный этапы. Два или более заболевания, которые служат поводом для симультанной операции, обычно называют сочетанными или сопутствующими. Из сочетанных заболеваний выделяют основное (ведущее) и собственно сочетанное заболевание (одно или больше).

Основное заболевание – то, которое представляет большую опасность для здоровья и жизни больного независимо от дооперационной диагностики, доступа, последовательности этапов операции, а при равной угрозе от конкурирующих хирургических заболеваний - то, которое привело больного в стационар [20].

Сочетанное заболевание – то, которое представляет сравнительно меньшую опасность для здоровья и жизни больного, и в принципе операция по поводу этого заболевания может быть отложена [20].

Основной этап – это этап симультанной операции, выполняющийся по поводу основного заболевания больного, симультанный этап – по поводу сочетанного заболевания [20].

Понятие «сочетанная операция» неравнозначно определению «комбинированная операция», при которой расширение объема хирургического вмешательства обусловлено

либо прорастанием опухоли в соседние органы, либо техническими погрешностями, допущенными во время операции [20].

А.А. Баулин и соавт. [6] описывают случай последовательного выполнения 10 симультанных операций по поводу разных заболеваний у одной пациентки за 3 ч 45 мин.

В настоящее время сочетанные оперативные вмешательства выполняются у 1,5-7,1 % больных при патологии брюшной полости и забрюшинного пространства [4,23].

Предлагаемые названия и определения достаточно полно и однозначно отражают особенности, присущие симультанным операциям, и могут широко использоваться в научной и практической работе.

Применение малоинвазивной хирургии у больных с хронической почечной недостаточностью

Для проведения перитонеального диализа необходима предварительная имплантация перитонеального катетера в брюшную полость. Для этого существует три основных способа: открытый (операционный), закрытый (пункционный) и лапароскопический. Открытый способ имплантации катетера является более надежным, чем пункционный [5], но требует значительно больше времени, он более травматичный, может сопровождаться осложнениями со стороны раны. [1,5]. На современном этапе развития перитонеального диализа активно внедряются малоинвазивные лапароскопические способы лечения осложнений ПД, сопутствующих хирургических заболеваний у больных ТХПН, получающих ПАПД, а также видеоассистированные имплантации перитонеального катетера [12,22].

Важно помнить, что любое малоинвазивное эндоскопическое вмешательство может закончиться открытой операцией. Оперировавший хирург и анестезиолог должны быть готовы к подобному развитию событий. [11,12,22].

По данным ряда зарубежных авторов, лапароскопическая (видеоассистированная) имплантация перитонеального катетера является наиболее надежным способом как для установки, так и для дальнейшей коррекции положения перитонеального катетера при его дислокации или «окутывании» большим сальником и, конечно, для лечения сопутствующих хирургических осложнений и заболеваний [26,27].

Так, Soontrapornchai P. и соавт. проанализировали проведенные оперативные вмешательства в двух группах больных, которым оперативное лечение выполнено лапароско-

пическим методом (50 человек), и группа, в которой имплантация перитонеального катетера выполнена открытым способом с использованием титанового стилета (52 человека). В группе больных с классическим способом установки катетера (на стилете) у 6 пациентов (12%) развились осложнения, которые потребовали в дальнейшем переустановки перитонеального катетера [42]. У больных, оперированных лапароскопическим способом, таких осложнений не отмечено. На основании полученных результатов был сделан вывод о том, что лапароскопическая имплантация перитонеального катетера снижает риск послеоперационной его дислокации [27,42].

По данным зарубежной литературы, нередко встречается осложнение в виде перфорации кишки при установке перитонеального катетера «вслепую». Оперативное лечение с использованием лапароскопической техники позволило существенно снизить процент таких осложнений. Так, в ретроспективном исследовании 750 пациентов за 12-летний период американскими учеными Asif A. с соавт. были получены следующие результаты: перфорация кишки выявлена только у 6 пациентов (0,8%), которым перитонеальный катетер был имплантирован лапароскопическим способом. Все осложнения были выявлены непосредственно во время хирургического вмешательства и быстро устранены. [25].

Данные, полученные Ogunc G. и соавт. при лечении 21 больного из группы с лапароскопической имплантацией перитонеального катетера и такого же числа больных группы сравнения (оперированных открытым путем), свидетельствуют о значительном снижении инфицирования и числа ранних диализных перитонитов у больных после эндоскопических операций - 2 (9,5%) против 8 (38%) в группе сравнения ($p < 0,05$). Развитие поздних диализных перитонитов отмечено только у 1 больного (4,7%) против 4 (21%) больных, оперированных по стандартной методике ($p < 0,05$). У больных, оперированных лапароскопическим путем, не отмечено ни одного случая затруднения проведения перитонеального диализа, связанного с «окутыванием» катетера сальником. Стандартная методика потребовала меньше времени для проведения операции. Однако у больных, оперированных лапароскопическим способом, послеоперационный период протекал более гладко, что не потребовало длительного применения обезболивающих препаратов, а время пребывания больных в стационаре было значительно снижено. Немаловажным является и возможность

визуализации внутренних органов пациента во время проведения видеоэндоскопии. Так, в 4 случаях была выявлена и ушита паховая грыжа, у 8 больных осуществлено рассечение спаек, возникших после предшествующих операций на брюшной полости, двум пациентам взята биопсия печени [39].

Cala Z. с соавт. наблюдали 128 пациентов (проведено 137 операций), которым перитонеальный катетер был имплантирован лапароскопическим путем. Все пациенты не имели осложнений во время операции или в послеоперационном периоде. Восстановление пациентов проходило быстрее, не требовалось введения большого количества анальгетиков в послеоперационном периоде, а ранняя активизация пациентов позволила снизить койко-день в 1,5 - 2 раза в сравнении с открытой лапаротомией. Через 2 - 3 дня больные уже имели возможность начать проведение процедур перитонеального диализа. У 12 пациентов выполнена лапароскопическая холецистэктомия, в 25 случаях рассечение спаек брюшной полости, по 1 пациенту перенесли эндоскопическое удаление придатков и пластику пупочной грыжи [28].

Magnuson T. и соавт. наблюдали оперированных троих больных с сопутствующим хроническим калькулезным холециститом. Отмечено, что лапароскопическая холецистэктомия является безопасным и эффективным методом лечения больных, получающих перитонеальный диализ. Все больные легко перенесли оперативное вмешательство, не наблюдалось интра- и послеоперационных осложнений. Правильный подбор больных на операцию позволил избежать послеоперационных диализных перитонитов и гнойных инфекционных осложнений. Авторы показали, что из числа кандидатов на оперативное лечение исключались пациенты с острым холециститом, абдоминальными болями и перенесенными операциями на органах брюшной полости, а малый травматизм операции и быстрая реабилитация больных являются ее основными преимуществами [36]. По данным Lee M. (2002) результаты динамического наблюдения 30 больных с различными вариантами нарушения функции перитонеального катетера (в среднем в течение 17 мес.) говорят в пользу лапароскопических оперативных вмешательств (выполнено 16 эндоскопических операций), поскольку только 1 больной (6,25%) в послеоперационном периоде был переведен на гемодиализ. Пять пациентов (38%) подверглись повторному оперативному лечению. В послеоперационном периоде от-

мечен один случай перитонита и илеита. У одного больного образовалась послеоперационная грыжа в месте введения троакара, потребовавшая повторной операции. 7 пациентов начали ЗПТ на следующий день после операции. В результате наблюдения сделан вывод о минимальной инвазивности лапароскопических операций у больных ХПН, быстрым возврате больных для продолжения ПД и чрезвычайной эффективности метода при лечении различных осложнений ПД [36].

Результаты, описанные в 1998 году Leung L.C. и соавт. подтверждают общий тезис о том, что лапароскопическая техника является простым и эффективным методом устранения проблем у пациентов с нефункционирующими диализными катетерами. Описано наблюдение 6 пациентов, которым были произведены эндоскопические вмешательства. Под контролем зрения с предварительной установкой 10 мм порта проводилась диагностическая лапароскопия, которая сопровождалась резекцией большого сальника, низведением в полость малого таза дислоцированных перитонеальных катетеров. Ни в одном случае лапаротомия не потребовалась. Все пациенты наблюдались в течение 6-10 месяцев. Рецидивов или осложнений в послеоперационном периоде отмечено не было [35].

В литературе описаны и операции с частичной резекцией сальника из минилапаротомного доступа. Такие операции могут быть выполнены в момент имплантации перитонеального катетера с целью профилактики возможных осложнений ПД [28,35,36,39].

Misra M. с 1997 по 2001 гг. наблюдал 8 больных, получавших постоянный перитонеальный диализ (5 женщин и 3 мужчин). Средний возраст больных составил 49,8 года. Среди причин, приведших к терминальной ХПН, были: гипертоническая болезнь у 3 пациентов, в 1 случае хронический гломерулонефрит, 2 пациента страдали сахарным диабетом и такое же число больных было с неясным диагнозом. Данные этиологии ТХПН полностью совпадают с результатами мировой статистики и свидетельствуют в пользу о повышении в популяции больных с ТХПН сахарного диабета и артериальной гипертензии [37].

Все 8 больных подверглись имплантации перитонеального катетера типа Tenckhoff по стандартной лапароскопической методике с оментопексией. В 7 случаях дисфункция перитонеального катетера отмечена через 2-8 месяцев после операции. У одного больного катетер перестал нормально функционировать

практически сразу после операции. Признаки дисфункции перитонеального катетера, наблюдаемые у других пациентов, заключались в затрудненном наполнении брюшной полости диализирующим раствором [37]. У 2 больных из 8 были диагностированы сопутствующие хирургические заболевания: сочетанные пупочная и паховая грыжи в одном случае и изолированная пупочная грыжа в другом [37].

Перед началом оперативного лечения брюшная полость пациентов освобождалась от диализирующего раствора. С профилактической целью вводился антибиотик широкого спектра действия (например цефазолин) и устанавливался в желудок назогастральный зонд [37].

Во время проведения диагностической лапароскопической процедуры конец перитонеального катетера у 1 пациента визуализировался в подпеченочном пространстве, у 2 больных в левом мезогастрii. В остальных случаях катетер находился в малом тазу. У 1 больного с дислокацией перитонеального катетера в подпеченочном пространстве также выявлены «окутывание» его сальником и бессимптомная паховая грыжа. Дислокация перитонеального катетера в левый верхний квадрант живота, «окутывание» ПК большим сальником, правосторонняя паховая грыжа и 8 см липома выявлены так же у 1 больного. В одном случае отмечено механическое препятствие ПК в виде «фибриновой пробки» у больного с сопутствующей пупочной грыжей и нормальным положением ПК. Эти результаты наглядно демонстрируют, что у больных ТХПН часто имеют место несколько хирургических заболеваний, которые требуют оперативного лечения [37].

У всех больных сопутствующие хирургические заболевания ликвидированы лапароскопическим путем. Произведены пластика грыжевых ворот, пупочного кольца и пахового канала, удаление липомы, перитонеальные катетеры фиксированы к париетальной брюшине проленом 3-0. Время проведения операции составило от 30 до 120 минут [37].

Все больные после операции чувствовали себя удовлетворительно. Болевой симптом был незначительным и не потребовал введения наркотических анальгетиков. С целью купирования боли использовались пероральные анальгетики. Двум больным (после сочетанных операций низведения ПК и пластики грыжевых дефектов) потребовалась временная установка двухпросветных подключичных катетеров для проведения процедуры гемодиализа [37].

Пациенты были введены в программу перитонеального диализа в течение 2-10 дней после операции. Исключение составили только больные с герниопластикой, которым процедуры возобновлены через 7-10 дней. Максимальный срок наблюдения составил 52 месяца [37].

Дислокация или миграция перитонеального катетера актуальны как для пациентов, оперированных открытым путем, так и после лапароскопических операций. Хирургическая коррекция этого состояния требуется в 85-90 % случаев [37]. Миграция перитонеального катетера, как правило, является следствием его неточного расположения в полости малого таза во время имплантации или в результате дислокации при проведении процедур перитонеального диализа, например «всплытие» ПК. Процент осложнений, связанных с дислокацией перитонеального катетера, удалось существенно снизить после внедрения видеоэндоскопических методов фиксации ПК в брюшной полости [37].

Миграция перитонеального катетера хорошо визуализируется при обычном рентгеновском исследовании органов брюшной полости. Использование стилета для манипуляции с последующей репозицией перитонеального катетера, как правило, в конечном счете является не эффективной [37].

Коррекция дислоцированного (всплывшего) перитонеального катетера открытым способом создает ряд неудобств, а именно: представляет собой более инвазивный характер оперативного лечения, повышает риск «окутывания» ПК в послеоперационном периоде, делает невозможным быстрое начало заместительной почечной терапии вследствие наличия разреза передней брюшной стенки, а также увеличивает потребность в гемодиализе [37,39].

В течение последних лет лапароскопическая коррекция и фиксация к париетальной брюшине перитонеального катетера стала чрезвычайно распространенным видом оперативного вмешательства у больных с нарушенной функцией ПК. Перитонеальный катетер с помощью лапароскопа перемещается в дугласово пространство и фиксируется под контролем зрения к париетальной брюшине шовным материалом или специальными танталовыми (титановыми) клипсами с помощью эндоскопических инструментов [1,5].

К сожалению, дисфункция перитонеального катетера и механическое препятствие оттока диализирующей жидкости встречаются

у 60% больных, получающих перитонеальный диализ, что увеличивает стоимость процедуры и повышает потребность во временном или постоянном гемодиализе. До 20% больных, переведенных на постоянный гемодиализ, имели проблемы с адекватностью функции ПК [1,5,22].

Результаты, полученные многими авторами, свидетельствуют, что основными препятствиями для проведения адекватного перитонеального диализа, как правило, являются миграция перитонеального катетера из полости малого таза, «окутывание» катетера сальником, «залипание» дренажных отверстий перитонеального катетера, закупорка дренажных отверстий ПК сгустками фибрина или крови, возникновение диализного перитонита. Невозможность восстановления функции перитонеального катетера консервативным путем диктует необходимость репозиции перитонеального катетера или его переустановки немедленно или в течение нескольких месяцев после первичной операции [9,39].

Лапароскопическое низведение перитонеального катетера осложняется его дислокацией или нарушением функции в 4 - 13% случаев [39]. Для сравнения - этот показатель у больных, оперированных открытым путем, составляет 10 - 34,5% [39,42].

Исходя из изложенного выше можно сделать вывод, что в случае, если консервативные методы лечения (перемена положения тела, «гидравлический удар», фибринолитическая терапия и т.д.) не являются эффективными, показаны открытая или лапароскопическая операции [1,5, 39,42].

Лапароскопический адгезиолизис - это основной способ лечения «залипания» перитонеального катетера и восстановления функции у больных, получающих ПД [37]. Цель хирургического вмешательства заключается в устранении механической причины дисфункции перитонеального катетера (например жировых подвесок кишечника, участков большого сальника) путем его промывания или лапароскопически при помощи электрокоагуляции и эндоскопических ножниц [37].

Профилактическая фиксация сальника (эндоскопическая оментопексия) и частичная резекция могут рассматриваться как процедуры, направленные на пролонгирование ПД и являются одним из условий нормального функционирования перитонеального катетера. При проведении этого вида лечения необходимо добиться полного гемостаза, используя электрокоагуляцию и наложение эндоскопи-

ческих лигатурных петель на оставшийся участок сальника. В противном случае возможны закупорка перитонеального катетера сгустками крови, находящейся в брюшной полости, или развитие других осложнений [26,29].

Сгустки крови и/или фибрина, закрывающие просвет отверстий перитонеального катетера, также могут стать причиной его неудовлетворительной функции. Консервативные способы устранения этого осложнения (использование фибринолитиков, например урокиназы), как правило, являются временным решением этой проблемы и в будущем не гарантируют сохранение нормальной функции ПК [26,37].

Отдельно следует сказать об использовании малоинвазивных лапароскопических технологий у больных с сопутствующими хирургическими заболеваниями. Больные ТХПН с сопутствующими хирургическими заболеваниями чаще нуждаются в переводе на гемодиализ и требуют частых госпитализаций в стационары на длительный срок. Лапароскопические вмешательства позволяют успешно решать задачи сочетанного оперативного лечения хирургических заболеваний у одного больного [36].

Как было сказано выше, лапароскопические операции успешно использовались у пациентов с сопутствующим хроническим холециститом [36]. Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) - это высокоэффективный и надежный метод лечения больных на ПАПД, который позволяет пролонгировать программу ПД и начать процедуры заливки перитонеального раствора на 2-3-е сутки после оперативного лечения [36].

Таким образом, лапароскопическое устранение осложнений перитонеального диализа и сопутствующих острых и хронических заболеваний брюшной полости и передней брюшной стенки - это эффективная операция, направленная на пролонгирование программы ПАПД [36].

Вывод

Анализ литературы свидетельствует, что в условиях современной медицины малоинвазивные хирургические вмешательства в большинстве случаев являются методом выбора в лечении больных с хирургическими заболеваниями и осложнениями перитонеального диализа при терминальной стадии ХПН. Используя возможности лапароскопической техники, хирурги легко справляются с осложнениями перитонеального диализа, что даёт возможность врачу и пациенту продолжить заместительную почечную терапию. Эндо-

скопические и лапароскопические операции по праву можно считать «золотым стандартом» в лечении сопутствующих патологий у больных ТХПН, получающих ПД. Имеется ряд сообщений об эффективном проведении ЛХЭ у больных, получающих перитонеальный диализ.

Вместе с тем до настоящего времени нет обобщающих исследований, посвященных комплексной оценке возможности одномоментного выполнения ЛХЭ и установки катетера для перитонеального диализа, что явилось основанием для подробного изучения данной темы.

Сведения об авторах статьи:

Мумладзе Роберт Борисович - д.м.н., профессор, зав. кафедрой хирургии с курсом гепатопанкреатобилиарной хирургии РМАПО. ГКБ им. С.П. Боткина, тел: (495)945-98-95.

Розиков Юлдаш Шакирович - д.м.н., профессор, зав. отделением эндоскопии ГКБ им. С.П. Боткина, тел: (499)762-62-58.

Глоба Артем Николаевич - аспирант кафедры хирургии с курсом гепатопанкреатобилиарной хирургии РМАПО
e-mail: doc.art.g@gmail.com

Джумахмадов Эмомудин Фахридинович - аспирант кафедры хирургии с курсом гепатопанкреатобилиарной хирургии РМАПО, e-mail: webdoctor@rambler.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдошин В.Д., Черепенин А.А., Максимов В.С. // Методика установки перитонеального катетера. Тез. в сб. 7-й Московский международный конгресс по эндовидеоскопической хирургии-М., 2005., с. 153-153.
2. Аврамов Ю.Ю. Сочетанные операции в абдоминальной хирургии: Дис. канд. мед. наук. – М., 1984. – 217с.
3. Андреев Ю.В., Богданец А.А., Морозов О.Д. Симультантные операции в неотложной хирургии // Материалы ежегодной науч.-практ. конф. по экстренной хирургии, 27 февраля 1997 г. – Петрозаводск, 1997. – С.4-5.
4. Андрианов А.В., Макаров П.А. К вопросу классификации симультантных операций //Самарский мед. архив: Сб. ст. – 1996. – №1. – С.43-44.
5. Антонов А.Н., Филиппцев П.Я., Борисова С. В. //Особенности эндохирургического лечения больных, находящихся на пролонгированном перитонеальном диализе. СПб. тез. 9-го Московского Международного конгресса по эндохирургии., М. 2005 г, стр. 18-20.
6. Баулина Н.В., Штах Р.В., Баулин А.А. Опыт симультантных операций в гинекологии и хирургии // Вторые Захарьинские чтения: Материалы науч.-практ. конф.. – Пенза, 1995. – С.6-7.
7. Ватазин А.В., Шумский В.И., Астахов П.В. Комплексное лечение хирургических заболеваний у больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности. М.: МОНИКИ 2002.
8. Галлингер Ю. И. //Лапароскопическая холецистэктомия – М., 1998., 124 стр.
9. Гуревич К. Я. - Перитонеальный диализ (общие положения, введение в проблему). Peritoneal dialysis (General positions, introduction into the problem). Эфферент. терапия., 1997. -Т.3. №1. С. 4-15.
- 10.Ермолов А.С., Иванов П.А., Турко А.П., Ждановский В.И., Кижаева Е.С., Лавров И.Н., Предтеченский А.Н., Хованский Б.Ф. Основные причины летальности при остром холецистите в стационарах Москвы. Материалы городской научно-практической конференции. Анализ летальности при остром холецистите по материалам стационаров г. Москвы. М 1999; 5-11.
- 11.Зверев Д. В., Мазуров А. Л. – Осложнения при остром перитонеальном диализе и их лечение - Основы доказательной медицины. М.: Медиа Сфера; 2003., с. 14-24.
- 12.Иващенко М. А. - Дис. к.м.н. – Постоянный амбулаторный перитонеальный диализ - М., 1998. . с 134.
- 13.Крук И.Н. Правомочно ли попутное удаление червеобразного отростка в неотложной хирургии? // Клиническая хирургия. – 1987. – №4. – С.44-46.
- 14.Макаров П.А. О целесообразности выполнения симультантных операций в условиях общехирургического стационара: Дис. канд.мед.наук. – Самара,1998. – 117с.
- 15.Мумладзе Р. Б., Розиков Ю. Ш. - Лапароскопическая холецистэктомия: методика, профилактика осложнений - Сб. научн. тез. посвященный 90 – лет. ГКБ им. С П Боткина, М, 1999., с – 45-47.
- 16.Розиков Ю. Ш. - Эндохирургия желчного пузыря и протоков -дис. докт. мед. наук, М., 1999., 342 стр.
- 17.Савельев В.С., Магомедов М.М. «Показания, противопоказания и результаты ЛХЭ при хроническом холецистите» //Лапароскопическая хирургия. Сборник научных трудов. М- 1993г. с 18- 23.

- 18.Стрекаловский В.П., Кубышкин В.А., Старков Ю.Г., Гришин Н.А., Вуколов А.В., Ризаев К.С. Отдаленные результаты ЛХЭ» //Сборник научных статей 2-ой Международный конгресс эндоскопической хирургии» 1997г. с 108.
 - 19.Тимербулатов В.М. Минимально инвазивные технологии при ранних осложнениях холецистэктомии В.М. Тимербулатов, Р.М. Гарипов, А.Ф. Бадретдинов Хирургия деструктивного холецистита: Материалы Межрегиональной научно-практической конференции. Екатеринбург, 2002. 42.
 - 20.Тоскин К.Д., Жебровский В.В., Земляникин А.А. Симультантные операции – название и определение // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 1991. – Т.146. – №5-6. – С.3-9.
 - 21.Федоров И.В., Сигал Е.И., Славин Л.Е. Эндоскопическая хирургия. М.: «ГЭОТАР-Медиа». 2009. 540 с.
 - 22.Шутов Е.В. Постоянный амбулаторный перитонеальный диализ в лечении терминальной уремии. Дис. докт. мед., Москва, 2000., 346 стр.
 - 23.Хнох Л.И., Фельтшинер И.Х. Симультантные операции в брюшной полости // Хирургия. – 1976. – №4. – С.75-79.
 - 24.Amerling R. Laparoscopic salvage of malfunctioning peritoneal catheters/ Maele V., Spivak H. et al. // Surg. Endosc. - 1997. - Vol. 11. - P. 249 - 252.
 - 25.Asif A. Peritoneoscopic placement of peritoneal dialysis catheter and bowel perforation: experience of all interventional nephrology program / Asif A., Byers P., Yieira C.F. et al. // Am. J. Kidney Dis. Dec. - 2003. - Vol. 42. - N2 6. - P. 1270 - 1274.
 - 26.Batey A.C. Mini-Laparoscopy-Assisted Placement of Tenckhoff Catheters: An Improved Technique to Facilitate Peritoneal Dialysis / Batey A.C., Crane J.J., Jenkins M.A. et al. // J. Endourjl. Nov. - 2002. - Vol. 16. - No. 9. - P. 681, 684.
 - 27.Beyerlein-Buchel C. Endoscopic peritoneal dialysis catheter placement / Beyerlein-Bueher C., Albert F.W. // Contrib. Nephrol. - 1991. - Vol. 89. - P. 28 - 30.
 - 28.Cala Z. Catheter placement for peritoneal dialysis using videoendoscopy / Cala Z., Mimica Z., Perko Z. et al. // Lijec. Vjesn. Aug-Sep. - 2002. - Vol. 124. - o. 8-9. - P. 263 - 267.
 - 29.Campisi S. Videolaparoscopy with peritoneal omentectomy in patients on peritoneal dialysis / Campisi S., Cavatorta F., Raro E. // Perit. Dial. Int. - 1997. - Vol. 17. -P.211-212.
 - 30.Carbajo-Caballero M.A., Martin del Olmo J.C., Blanco Alvarez J.I., Cuesta de la Llave C., Atienza Sanchez R., Inglada Galiana L., et al. Surgical treatment of acute cholecystitis in the laparoscopic age: a comparative study. Laparoscopy against laparotomy. Rev. Esp. Enferm. Dig 1998;90:788-93.
 - 31.Cuschieri A. Laparoscopic cholecystectomy / Cuschieri A. // J. R. Coll. Surg. Edinb.-1999.-N.44.-P.187-192.
 - 32.Diehl A.K., Holleman D.R., Chapman J.B., Schwesinger W.H., Kurtin W.E. (1996) Gallstone size and risk of pancreatitis. Arch Intern Med 157:1674-1678.
 - 33.El Madani A., Badawy A., Henry C., Nicolet J., Vons C., Smadja C., et al. Laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis. Chirurgie 1999;124:
 - 34.Fenster L.F., Longbor R., Thyrlby R.C. What symptoms does cholecisectomy cure? Am.J. of surg. 1995;169(5):p. 533-538
 - 35.Leung L.C. Laparoscopic management of Tenckhoff catheters in continuous ambulatory peritoneal dialysis. A one-port technique / Leung L.C., Yiu M.K., Man C.W. et al.// Surg. Endosc. June. - 1998. - Vol. 12. - P. 891 - 893.
 - 36.Magnuson T.H. Cholecystectomy in the peritoneal dialysis patient. Unique advantages to the laparoscopic approach / Magnuson T.H., Bender J.S.// Surg. Endosc. Aug. - 1995. - vol. 9. - P. 908 - 909.
 - 37.Misra M. An unussllal intraperitoneal repair of a peritoneal dialysis catheter / Misra M., Khanna R., Nichols W.K. // Perit. Dial. Int. - 1998. - Vol. 18. - P. 339 - 341.
 - 38.Moore M.J., Bennett C.L. The Southern Surgeons Club. The learning curve for laparoscopic cholecystectomy. // Am.J.Surg. 1995.- vol. 170. – p. 55-59.
 - 39.Ogunc G. Laparoscopic salvage for malfunctioning peritoneal dialysis catheters / Ogunc G., Ersoy F. // Perit. Dial. Int. - 2001. - Vol. 21. - P. 7.
 - 40.Pessaux P; Regenet N; Tuech JJ; Rouge C; Bergamaschi R; Arnaud JP. Laparoscopic versus open cholecystectomy: a prospective comparative study in the elderly with acute cholecystitis // Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.-2001.-Vol.II, N.4.-P. 252-255.
 - 41.Peterseim D.S., Cen Y.Y., Cheruvu S., et al. Long-term outcome after biologic versus mechanical aortic valve replacement in 841 patients.// J.Thorac.Cardiovasc.Surg 117:890-897, 1999.
-

42. Soontrapornchai P. Comparison of open and laparoscopic secure placement of peritoneal dialysis catheters / Soontrapornchai P., Simapatanapong T. // Surg. Endosc. Jan.-2005.-Vol.19.-N21.-P.137-139.
43. Zucker K. A., Flowers J. L., Bailey R. W. et al. Laparoscopic management of acute cholecystitis // American Journal of Surgery. - 1993. Vol. 165. P. 508-514.

УДК 616.37-002-036.12:616.89-008.19]-08-05

© Г.Р. Зарипова, Ю.А. Гарипова, Ф.А. Зарудий, В.Л. Юлдашев, 2010

Г.Р. Зарипова, Ю.А. Гарипова, Ф.А. Зарудий, В.Л. Юлдашев
**СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ
 КОРРЕКЦИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», г. Уфа

Обзор посвящен проблеме пограничных психосоматических расстройств у пациентов общего соматического профиля, вопросам патогенеза и частоты встречаемости психосоматозов в общей медицинской сети. В обзоре также обсуждаются возможности фармакологической коррекции психосоматических нарушений с помощью различных групп психотропных препаратов и проблема комплаенса в терапии психосоматических расстройств.

Ключевые слова: психосоматические расстройства, депрессия, антидепрессанты.

G.R. Zaripova, J.A. Garipova, F.S. Zarudij, V.L. Yuldashev
**CONTEMPORARY STATE OF PROBLEM OF PHARMACEUTICAL CORRECTION
 IN PSYCHOSOMATIC DISORDERS**

The review is devoted to the problem of frontier psychosomatal disorders in somatic patients, pathogenesis and frequency of their occurrence in the internal medicine. The ways of pharmacological correction of psychosomatal disorders and the problem of compliance are also discussed in these review.

Key words: psychosomatal disorders, depression, antidepressants.

Современное состояние проблемы фармакотерапевтической коррекции психосоматических расстройств. К одной из наиболее стремительно развивающихся областей клинической и социальной медицины относится пограничная психиатрия. Об этом свидетельствует и тот факт, что увеличение числа лиц с невротическими и психосоматическими нарушениями наблюдается прежде всего в развитых странах [1]. Тревожно - депрессивные расстройства – часто встречающаяся пограничная психоневрологическая патология. Согласно данным современной статистики, патологическая тревога выявляется в 20-25% случаев, а среди пациентов, обращающихся к неврологам и терапевтам в поликлинике – в 30-40% . [16,29]. В подавляющем большинстве случаев характерна коморбидность тревоги и депрессии. С другой стороны у 75% пациентов с тревожными расстройствами, особенно у лиц пожилого возраста, выявляются признаки сопутствующей депрессии [28]. Коморбидность тревоги и депрессии находит свое клиническое проявление в общих соматовегетативных признаках, таких как нарушение сна, изменение аппетита, неспецифические жалобы со стороны сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта,

трудности концентрации внимания, раздражительность, повышенная истощаемость, усталость [23,33].

Наличие различных научно - теоретических подходов к классификации психосоматических расстройств значительно затрудняет их диагностику в общетерапевтической практике. Так некоторые исследователи слишком широко раздвигают рамки «психосоматических расстройств», включая в это понятие все психические реакции, так или иначе связанные с соматическим страданием [2,13,20,21,24,44].

Понятие «психосоматические расстройства» в обобщенном виде представляет собой группу болезненных состояний, возникающих при взаимодействии соматических и психических патогенных факторов [9,6,18]. Наиболее четкая классификация психосоматических расстройств разработана Смулевичем А.Б., который выделяет понятие «психосоматические заболевания», т.е. нозологии, соматические проявления которых, такие, как манифестация заболевания или его обострение психогенно провоцируется, либо их течение усугубляется под воздействием психотравмирующих ситуаций [19]. На сегодняшний день в литературных источниках рассматриваются,