

значения СРПВ исходно были выше, чем у пациентов без АГ, проводимая терапия с включением иАПФ привела к снижению СРПВ уже в течение сравнительно короткого периода наблюдения и лечения, значимое снижение СРПВ имело место в случае наличия у пациента АГ.

Таким образом, пациенты с ФП и АГ характеризуются значительным повышением периферической СРПВ, а ее снижение на фоне комбинированного лечения ФП с использованием иАПФ обусловлено нормализацией АД и снижением мышечного тонуса артерий.

Список литературы:

1. Бойцов, С.А. Что нового дает нам информация о жесткости стенки артерий и об отраженной пульсовой волне? / С.А. Бойцов // Рос. физиол. журн. им. И.М. Сеченова. - 2009. - Т. 95, № 5. - С. 516-531.
2. Дешко, М.С. Артериальная жесткость при фибрилляции предсердий / М.С. Дешко // Медицинские новости - 2011. - № 4. - С. 79-84.
3. Oliver, J.J. Noninvasive assessment of arterial stiffness and risk of atherosclerotic events / J.J. Oliver, D.J. Webb // Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol. - 2003. - Vol. 23. - P. 554-566.

**ХРОНИЧЕСКИЕ ОБЛИТЕРИРУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ: КОМПЛЕКСНОЕ
ЛЕЧЕНИЕ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ
РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ**

***Дубровицк О.И., Довнар И.С., Цилиндзь И.Т., Хильмончик И.В.,
Горелова Т.Н, Курило О.П.***

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно
УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно», Гродно*

Течение хронических облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей (ХОЗАНК) неуклонно прогрессирующее, чему в значительной степени способствует несвоевременное, бессистемное лечение при установленном диагнозе или начало лечения уже в поздние стадии болезни. В результате из года в год возрастает инвалидизация этих больных, так как артериальная недостаточность быстро нарастает, вплоть до развития гнойно-некротических процессов в дистальных отделах стоп и только тогда пациенты обращаются за медицинской помощью. В связи с чем материальные затраты на лечение больных с хронической артериальной сосудистой патологией как со стороны государства, так и личных средств каждого отдельного пациента весьма велики, а результаты лечения не удовлетворяют ни хирургов хирургических стационаров, ни поликлиник. Кроме того, следует отметить, что ХОЗАНК страдает 2-3% населения и 35-50% в возрасте старше 65 лет. Усложняет

эту проблему то, что у 55-90% этих пациентов диагностируется сопутствующая ишемическая болезнь сердца (ИБС), что определяет в 10,4-29,5% наблюдений развитие кардиальных осложнений [1]. В структуре всех сердечно-сосудистых заболеваний ХОЗАНК занимают второе место, уступая по распространенности только ИБС [4].

Течение ХОЗАНК в 20-70% случаев осложняется декомпенсацией кровообращения с развитием критической ишемии нижних конечностей (КИНК), а критические нарушения микроциркуляции приводят к высокой ампутации конечности у 30-40 тысяч больных ежегодно. Несмотря на очевидный прогресс сосудистой хирургии в лечении больных с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей при дистальной форме их поражения с развитием критической ишемии, результаты оперативного лечения неутешительные. Проблема остается весьма актуальной, так как у 40-70% этих пациентов развиваются язвенно-некротические поражения дистальных отделов конечностей (IV степень ишемии по Фонтену-Покровскому), которые приводят к длительной временной или стойкой потере трудоспособности, снижению качества жизни и нередко к летальному исходу. Развитие критической ишемии при ХОЗАНК всегда связано с плохим прогнозом для пораженной конечности и нередко с жизнью пациентов.

Согласно Европейскому (1992 г.) и Российскому (2002 г.) консенсусам по КИНК, оптимальным методом лечения является сосудистая реконструкция, однако в настоящее время только 50% больных подвергаются различным видам как прямой, так и непрямой оперативной реваскуляризации. Реконструктивные сосудистые операции снижают частоту больших ампутаций при КИНК с 95% до 25%, однако, к сожалению, они не выполнимы у 54% больных в связи с характером поражения сосудов, а у 7% - в связи с наличием сопутствующей патологии. Положительные же результаты после реконструктивных операций у больных с ХОЗАНК зачастую носят временный характер. Так, по данным разных авторов, окклюзия аорто-бедренных шунтов достигает 26-30% через 5 лет после реконструктивных операций, а бедренно-подколенных в 20-40% случаев через 3-5 лет [3]. Поэтому впоследствии таким пациентам необходимо выполнять повторные оперативные вмешательства или ампутировать конечности.

Изложенное ставит эту проблему в число актуальных и весьма значимых в медицинской практике, несмотря на достигнутые успехи, а также в число постоянно обсуждаемых на многочисленных хирургических форумах, решение которых сформулировано в специальных согласительных документах и рекомендовано к применению в клинической практике [2].

Цель работы – провести анализ результатов лечения больных ХОЗАНК и на основе полученных данных оптимизировать лечение этой

тяжелой категории больных.

Проведен ретроспективный анализ результатов лечения больных с ХОЗАНК, госпитализированных во второе хирургическое отделение клиники общей хирургии УО «Гродненский государственный медицинский университет» на базе УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно» с 2008 по 2011 гг. и 6 месяцев 2012 г. Всего за анализируемый период пролечено 2198 больных с ХОЗАНК. Мужчин было 1862 (84,7%), женщин 336 (15,2%) в возрасте от 49 до 98 лет. Количество пролеченных в стационаре больных с данной патологией значительно возрастает из года в год. Так, если в 2008 г. пролечено 367 пациентов, в 2009 – 480, в 2010 - 510, то в 2011 г. уже 553, а за 6 месяцев 2012 г. – 288 больных. С осложненными формами ХОЗАНК госпитализировано 297 (15,5%) пациентов.

Всем пациентам проводилось лечение в соответствии с протоколом стандартов, включало комплексное воздействие на регионарный кровоток всеми имеющимися и доступными в клинике методами и способами: фармакотерапии, физиотерапии, квантовой гемотерапии (УФО крови, лазерное облучение крови), плазмафереза, баротерапии, лечебной физкультуры, устранение факторов риска, соблюдение рекомендованного режима пациентами, во время проведения комплексного консервативного лечения, что способствует улучшению регионарного кровотока в нижних конечностях, состояния здоровья и самочувствия.

При анализе результатов оперативного лечения осложненных форм заболевания установлено, что ампутации на уровне бедра выполнены у 124 (5,6%), ампутации на уровне голени – 12 (0,5%), стопы – 19 (0,9%), пальцев – 47 (2,1%) и у 85 (3,9%) некрэктомии и вскрытие гнойных затеков на стопе.

Представленные данные свидетельствуют о том, что количество пролеченных больных в стационаре с осложненными формами ХОЗАНК за последние 4 года и 6 месяцев (2008-2012 г., 6 месяцев) увеличилось, возросло и количество выполненных ампутаций конечностей. Так, в 2008 г. произведены ампутации у 22 пациентов, 2009 г. – 38, в 2011 г. – 41 и за 6 месяцев 2012 г. - 23.

Анализ результатов комплексного лечения этих пациентов в стационаре позволяет отметить, что следует оптимизировать диагностику характера поражения сосудистого риска, определения локализации патологического процесса и его выраженности, оценку динамики течения болезни, выяснение факторов риска и причин ее развития, уточнение адекватности проводимой раньше терапии. Полученная информация позволит определить показания к своевременному проведению оперативного реконструктивного вмешательства на магистральных сосудах, сроках его проведения и дальнейшей стратегии консервативных лечебных мероприятий.

Проведенный анализ результатов показывает, что значение такого важного звена, как поликлиника, в лечебном процессе этих пациентов недооценивается ни врачами, ни пациентами. Пациенты отдают предпочтение лечению в стационаре и не обращаются в поликлинику до рекомендуемого срока повторного курса лечения и не принимают лечение, в связи с чем не обеспечивается своевременность и непрерывность лечения. При отсутствии четкой организации диспансерного наблюдения прогноз течения заболевания в дальнейшем определяется по многим позициям неблагоприятным, и как следствие, неудовлетворительными результатами лечения, как оперативного, так и консервативного.

Таким образом, чтобы улучшить результаты лечения больных с ХОЗАНК, снизить инвалидизацию этих пациентов, сократить сроки лечения их в стационаре, необходимо обеспечить своевременность диагностики имеющейся патологии сосудов, придерживаться преемственности лечения в стационаре и поликлинике, так как эпизодическое бессистемное лечение или применение отдельных, даже очень эффективных и достаточно дорогих лекарственных средств не изменит положение в данной проблеме. Практическая реализация изложенного подхода к лечению больных с ХОЗАНК позволит существенно повысить качество медицинской помощи этим больным.

Принципиально важно, чтобы все больные с ХОЗАНК наблюдались в поликлиниках по месту жительства, там же должно проводиться их лечение после выписки из стационара.

Список литературы:

1. Белов Ю.В., Горюнов В.С., Аслибемян Н.С. Диагностика и хирургическое лечение ИБС у больных с окклюзионным поражением артерий нижних конечностей // Хирургия, 1992; № 5. – С. 52-56.
2. Гавриленко А.В., Котов А.Э., Кочетов С.В. Тактика хирургического лечения больных с критической ишемией нижних конечностей IV степени // Анналы хирургии, 2010; № 5. - С. 5-8.
3. Кротовский Г.С., Зудин А.М. Тактика лечения пациентов с критической ишемией нижних конечностей. – М., 2005. – С. 5-8.
4. Покровский, А.В. Клиническая ангиология: руководство для врачей / А.В. Покровский. – М.: Медицина, 2004. Т. 2.

ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА

Жарнова В.В., Галицкая Н.В.

УЗ «ГЦГП» филиал поликлиника № 4, УЗ «ГОКБ», Гродно

Целью данной работы является ориентировка практикующих врачей на правильный выбор лучевых методов исследования в