

сячного применения Галидора отмечено также снижение содержания холестерина с 5,90 до 5,33 ммоль/л ($p < 0,01$). Анализ биохимических показателей крови (аспартатаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза, уровни билирубина, креатинина, мочевины, глюкозы) не выявил статистически достоверных изменений на фоне применения Галидора.

За весь период наблюдения у пациентов, вошедших в исследование, не отмечалось серьезных нежелательных явлений. У 5 человек в начале курса лечения выявлена транзиторная тахикардия, что не потребовало отмены препарата. Таким образом, лечение больных с ХИГМ I–II степени с применением препарата Галидор сопровождалось статистически значимым изменением показателей гемостаза – увеличением АЧТВ, снижением уровнем гематокрита, фибриногена плазмы крови, тромбоцитов периферической крови. На фоне лечения снижался уровень ОХС в сыворотке крови, что, возможно, указывает на антиатерогенный эффект терапии. Гепато- и нефротоксического действия препарата не выявлено.

Вышеизложенное позволяет заключить, что применение Галидора в суточной дозе 400 мг в течение 2 мес у пациентов с ХИГМ – эффективный, безопасный и хорошо переносимый метод лечения, который может широко использоваться в амбулаторной практике.

Литература

1. Камчатнов П.Р., Чугунов А.В., Воловец С.А. и соавт. Комбинированная терапия дисциркуляторной энцефалопатии // *Cons. med.* – 2005; 7 (8): 686–692.
2. Сковцова В.И. Артериальная гипертония и цереброваскулярные нарушения // *Неврология.* – 2005; 7 (2): С. 337–348.
3. Скоромец А.А., Мельникова Е.В., Голикова Р.В. и соавт. Рациональный подход к сосудистой терапии хронической недостаточности мозгового кровообращения // *Атмосфера. Нервные болезни.* – 2005; 1: 29–31.
4. Чуканова Е.И. Хроническая ишемия мозга: возможности использования препарата Вазобрал // *Фарматека.* – 2009; 7:58–62.
5. Яхно Н.Н., Дамулин И.В., Захаров В.В. Дисциркуляторная энцефалопатия. – М., 2000. – 194 с.
6. Allard P., Englund E., Marcusson J. Caudate nucleus dopamine D2 receptors in vascular dementia // *Dementia and geriatric cognitive disorders.* – 2002; 14: 22–25.
7. Garweg G., Herrmann W., Kern U. Treatment of disorders of cerebral performance in the aged in ambulatory care using bencyclane. Results of a controlled double-blind phase III study versus placebo // *Z. Gerontol.* – 1987; 20: 56–62.
8. Herrmann W., Scharer E. The long-term tolerability of bencyclane in patients with peripheral occlusive disease: a 48-week prospective double-blind controlled study versus placebo // *Curr. Med. Res. Opin.* – 1991; 12: 356–365.
9. Maklari H. Tratamento da insuficiencia vascular cerebral com Benciclan // *Folha Medica.* – 1974; 68 (2): 191–194.
10. Novis S., Bertoni E., Tosman M. Двойное слепое исследование эффективности Галидора (бенциклана) у больных цереброваскулярной недостаточностью // *Клин. фарм. и тер.* – 2003; 12: 4.
11. Patel H., Maria G., Velvis D. et al. Activation of Peroxisome Proliferator-Activated Receptors in Human Airway Smooth Muscle Cells Has a Superior Anti-inflammatory Profile to Corticosteroids: Relevance for Activation of Peroxisome Proliferator-Activated Receptors in Human Airway Smooth Muscle Cells Has a Superior Anti-inflammatory Profile to Corticosteroids: Relevance for Chronic Obstructive Pulmonary Disease Therapy // *J. Immunol.* – 2003; 170: 2663–2669.
12. Ross R. Atherosclerosis – an inflammatory disease // *N. Engl. J. Med.* – 1999; 340: 115–126.
13. Van Vlasselaer G. and Vanhulle. Double-blind study of bencyclane versus placebo in an older population with symptoms of cerebrovascular insufficiency. Clinical evaluation and psychosometric testes // *Fol. Angiologica.* – 1980; 11.

OUTPATIENT TREATMENT IN PATIENTS WITH CHRONIC BRAIN ISCHEMIA

Professor O. Voskresenskaya, MD; N. Makarov, Candidate of Medical Sciences, S. Spiridonova

V.I. Razumovsky Saratov State Medical University

The paper gives the results of a multicenter open-labeled study of Halidor used in outpatients with chronic brain ischemia. The drug is shown to have a positive effect on clinical manifestations, by normalizing coagulogram values and total cholesterol levels.

Key words: Halidor, chronic brain ischemia, clinical study.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АОРТОБЕДРЕННОГО БИФУРКАЦИОННОГО ШУНТИРОВАНИЯ (ПРОТЕЗИРОВАНИЯ)

Е. Кохан, доктор медицинских наук, профессор,
О. Лобут, доктор медицинских наук, профессор,
И. Заварина, кандидат медицинских наук, **Р. Регеда**
ЦВКГ № 3 им. А.А. Вишневого Минобороны РФ, Красногорск
E-mail: hospital@mail.ru

Многолетнее наблюдение после аортобедренного бифуркационного шунтирования (протезирования) – АББШ(П) – у больных с атеросклеротической окклюзией аорты и подвздошных артерий показало, что своевременная коррекция факторов риска основного заболевания и адекватная комплексная терапия улучшают не только отдаленные результаты АББШ(П), но и качество жизни больных.

Ключевые слова: аортобедренное бифуркационное шунтирование (протезирование), отдаленные результаты, качество жизни больных.

Атеросклероз терминального отдела аорты и подвздошных артерий является одним из наиболее распространенных заболеваний [3, 4, 6, 9]. Согласно статистике, данная патология выявляется примерно у 5% населения старше 50 лет, что для России составляет около 2 млн пациентов [2].

Детальное изучение отдаленных результатов реконструктивных операций позволяет сравнить их эффективность в зависимости от стадии заболевания, протяженности окклюзионно-стенотического процесса, наличия факторов риска, возраста больных и сопутствующей патологии [7, 8, 10].

Отдаленные результаты АББШ(П) нами изучены у 196 больных с атеросклеротическим поражением аортобедренного сегмента (АБС), оперированных с января 1991 по декабрь 2008 г. Мужчин было 191 (97,5%), женщин – 5 (2,5%). Возраст пациентов варьировал от 42 до 76 лет (средний возраст – $57,6 \pm 2,7$ года); большинство оперированных (68,4%) были в возрасте от 40 до 60 лет.

Показанием к оперативному лечению являлась хроническая ишемия нижних конечностей (ИНК) II–IV степени по классификации Покровского–Фонтена (1979): у 94 (48%) пациентов была II степень, у 86 (43,8%) – III, у 16 (8,2%) – IV степень хронической ИНК. Средняя длительность наблюдения за больными после АББШ(П) составила $9,4 \pm 1,7$ года.

У большинства пациентов имелись тяжелая сопутствующая патология, сочетанный характер атеросклеротического окклюзионно-стенотического поражения магистральных артерий, факторы риска прогрессирования атеросклероза. Так, ишемическая болезнь сердца (ИБС) была у 36 (18,4%) больных, постинфарктный кардиосклероз – у 30 (15,3%), артериальная гипертонзия (АГ) – у 32 (16,3%), поражение брахиоцефальных артерий – у 70 (19,9%), окклюзия бедренно-подколенного сегмента (БПС) – у 150 (76,5%), поражение почечных артерий – у 47 (24%), са-

харный диабет – у 5 (2,6%), дислиппротеинемия – у 99 (50,5%), табакокурение – у 122 (62,4%).

КЖ в отдаленном периоде после АББШ(П) оценено у 116 (59,2%) больных, из них у 48 (41,4%) – после повторных оперативных вмешательств. КЖ оценивали по опросникам MOS SF-36 и для больных с хронической ИНК, рекомендованным Российским консенсусом (РК) [6]. Параметры КЖ больных, определенные по опроснику MOS SF-36, сравнивали с таковыми в возрастных группах здорового населения Санкт-Петербурга.

В отдаленном периоде после АББШ(П) у 103 (52,6%) больных развились сосудистые осложнения. Повторно оперированы 95 (92,2%) больных, из них 72 (75,8%) – по поводу рецидива критической и острой ИНК. Наиболее частым показанием к повторным оперативным вмешательствам был тромбоз браншей АББЭ – у 62 (65,3%) пациентов, причем у 51 (82,3%) из них – тромбоз одной бранши, у 11 – обеих. Гемодинамически значимый стеноз дистальных анастомозов АББЭ был причиной повторного оперативного вмешательства у 16 (16,8%), ложная аневризма (ЛА) дистального анастомоза – у 10 (10,5%) больных. У 4 пациентов имелись ЛА, у 1 – истинная аневризма проксимального анастомоза АББЭ. Причиной ЛА проксимального анастомоза у 2 пациентов и ЛА дистального анастомоза у 3 больных была инфекция. По поводу инфекции АББЭ оперированы 2 больных.

В генезе тромбоза АББЭ первостепенную роль играли 3 фактора: хирургические причины (31,7%), прогрессирование атеросклеротического процесса (31,7%) и развитие стеноза дистальных анастомозов АББЭ (10%). У 37,3% больных отмечено сразу несколько причин тромбоза АББЭ.

ЛА дистальных анастомозов АББЭ в 80% случаев возникала в сроки более 3 лет, в то время как ЛА проксимального анастомоза – в 50% наблюдений развивались в течение 1-го года после АББШ(П). Наиболее частой причиной ЛА проксимальных анастомозов АББЭ служили инфекция (40%) и прогрессирование атеросклеротического процесса (40%), дистальных – эндартерэктомия (ЭЭ) из бедренных артерий (40,2%), прогрессирование атеросклеротического процесса (26,7%), инфекции (20%). Почти все больные (80%) с ЛА анастомозов страдали АГ. Не получали консервативного лечения (в том числе по поводу АГ) 8 (66,7%) больных. Таким образом, наряду с местными причинами образования ЛА анастомозов (слабость артериальной стенки по выполнению ЭЭ, прогрессирование атеросклеротического процесса, инфекционные осложнения, технические погрешности) фактором развития ЛА анастомозов являлась АГ.

У 49 (50,5%) больных имелось 2 или более причин для появления поздних сосудистых осложнений. Из 95 пациентов 62 (65,3%) оперированы 2 и более раз. Госпитальная летальность после повторных оперативных вмешательств составила 24,2% (умерли 23 пациента). Наиболее высокая летальность отмечена у пациентов с тромбозом бранши АББЭ, которым была произведена первичная ампутация конечности в связи с отсутствием периферического артериального русла. Так, из 11 пациентов после первичной ампутации в ближайшем послеоперационном периоде умерли 9 (81,8%). Причиной летальных исходов была интоксикация на фоне тяжелой сопутствующей патологии.

После повторных реконструктивно-восстановительных операций (ПРВО) в отдаленном периоде I и IIА степень

хронической ИНК отмечена у 15 (21,1%) пациентов, IIБ степень – у 41 (58,3%), III степень – у 15 (21,1%).

За время наблюдения умерли 60 (30,6%) пациентов, в том числе 24 (38,5%) – после повторных оперативных вмешательств, а 20 (83,3%) из 24 – после ампутации на уровне бедра. Кардиальные осложнения явились причиной смерти в 17 (28,3%) случаях, тромботические – в 16 (26,7%), онкологические заболевания – в 10 (16,7%), острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) – в 8 (13,3%).

Кумулятивная первичная проходимость АББЭ через 5 и 9 лет наблюдения составила соответственно 82,9 и 69,8% и достоверно снижалась у больных в возрасте до 50 лет (74 и 50%), при сахарном диабете (69%), у злостных курильщиков (78,5 и 62,4%), при сочетанном поражении АБС и БПС (78,6 и 63,3%), критической ИНК (54,6 и 27,3%), отсутствии регулярной комплексной терапии (76,8 и 41,1%). У больных с проходимым БПС кумулятивная 9-летняя проходимость АББЭ составила 98,1%, частота сохранения конечностей – 98,9%, в то время как у пациентов с окклюзией БПС – соответственно 87,8 и 90,3% ($p < 0,05$).

После АББШ(П) в отдаленном периоде наблюдается улучшение КЖ по большинству параметров. Наиболее значительно улучшились физическая активность (ФА), ограничение роли вследствие физических причин (ФР), болевой фактор (БФ) и общее ощущение здоровья (ОЗ). Это объясняется тем, что облитерирующий атеросклероз нижних конечностей ограничивает прежде всего двигательную активность. В меньшей степени улучшились социальная активность (СА), жизнеспособность (ЖС) – эти показатели приблизились к величинам у здоровых, несмотря на отсутствие достоверного различия результатов до и после АББШ(П). Параметр ограничение роли вследствие эмоциональных проблем (ЭР) оставался без изменения. Таким образом, в результате АББШ(П) КЖ пациентов с хронической ИНК, по данным опросника SF-36, улучшается, однако по многим параметрам не достигает уровня КЖ у здоровых.

Нами прослежена динамика параметров КЖ больных в отдаленном периоде после АББШ(П).

В течение всего периода наблюдения постепенно увеличиваются средние значения всех параметров КЖ, кроме ОЗ. Причем уже через 1 год наблюдается значимое увеличение таких параметров, как ФА, ФР, СА, БФ, психическое здоровье (ПЗ) ($p < 0,05$). Увеличение ОЗ к концу периода наблюдения оставалось статистически недостоверным ($p > 0,05$), что объясняется наличием сопутствующей патологии.

Мы наблюдали статистически достоверное улучшение большинства параметров КЖ у больных после ПРВО (по сравнению с больными до АББШ(П); $p < 0,05$), однако статистически достоверных различий между группами больных после АББШ(П) и ПРВО не было ($p > 0,05$).

Уровень КЖ больных в отдаленном периоде после ПРВО, по данным опросника РК, составил $21,5 \pm 9,3$ балла. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о необходимости в случае развития поздних сосудистых осложнений выполнения ПРВО не только с целью увеличения кумулятивных показателей проходимости сосудов и сохранения конечностей, но и повышения КЖ больных.

Больным с атеросклеротической окклюзией АБС после АББШ(П) и ПРВО для улучшения отдаленных результатов и повышения КЖ необходимы регулярная комплексная терапия, диспансерное наблюдение терапевта (кардиолога), невропатолога и специалиста по сосудистой



из практики

СОСУДИСТЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ КОРРЕКЦИИ

Н. Кравченко, кандидат медицинских наук, **Л. Мурашко**, доктор медицинских наук, профессор, **А. Мурашко**, доктор медицинских наук, **Л. Файзуллин**, кандидат биологических наук, Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова Росмедтехнологий, ММА им. И.М. Сеченова
E-mail: natalite@list.ru

хирургии не реже 1 раза в год с обязательным исследованием не только зон анастомозов и артерий БПС, но также брахиоцефальных и почечных артерий. Наличие ИБС или положительных нагрузочных тестов до АББШ(П) является основанием для коронарографии и выполнения по показаниям 1-м этапом реваскуляризации миокарда. У больных с окклюзией АБС и гемодинамически значимым стенозом сонных артерий на 1-м этапе целесообразна коррекция кровотока в каротидном бассейне. ПРВО должны выполняться до развития тромботических осложнений. Для всесторонней оценки отдаленных результатов АББШ(П) и повторных оперативных вмешательств, а также для прогнозирования результатов лечения и определения хирургической тактики целесообразно ориентироваться на КЖ пациентов. Активное совместное участие в лечении больных с окклюзией АБС ряда специалистов позволит улучшить не только результаты лечения, но и КЖ больных.

Литература

1. Абалмасов К.Г., Бузиашвили Ю.И., Морозов К.М. и др. Качество жизни больных с хронической ишемией нижних конечностей // *Ангиол. и сосуд. хир.* – 2004; 2: 8–13.
2. Бокерия Л.А., Гудкова Р.Г. Здоровье населения Российской Федерации и хирургическое лечение болезней сердца и сосудов в 2003 г. – М., 2004. – 109 с.
3. Затевахин И.И., Кошкин В.М., Золкин В.Н. и др. Отдаленные результаты реконструктивных операций при хронических облитерирующих заболеваниях артерий нижних конечностей // *Ангиол. и сосуд. хир.* – 2001; 3 (прил.): 62–64.
4. Казанчян П.О., Попов В.А., Дебелый Ю.В. Отдаленные результаты аортобедренных и подвздошно-бедренных реконструкций // *Ангиол. и сосуд. хир.* – 2001; 3 (прил.): 74–76.
5. Покровский А.В., Зотиков А.Е. Окклюзия брюшной аорты (синдром Лериша) // *Рук-во по клин. ангиол. под ред. А.В. Покровского.* – М.: Медицина, 2004. – Т. 2. – С. 40–53.
6. Российский консенсус «Рекомендуемые стандарты для оценки результатов лечения пациентов с хронической ишемией нижних конечностей». – М. – Казань, 2001. – 32 с.
7. Шагинян А.Р. Отдаленные результаты хирургического лечения синдрома Лериша // *Грудн. и серд.-сосуд. хир.* – 2007; 1: 53–58.
8. Rutherford R., Baker J., Ernst C. et al. Recommended standards for reports dealing with lower extremity ischemia: Revised version // *J. Vasc. Surg.* – 1997; 26: 516–538.
9. Sugimoto T., Ogawa K., Asada T. et al. Leriche syndrome. Surgical procedures and early and late results // *Angiology.* – 1997; 48 (7): 637–642.
10. Wann-Hansson C., Hallberg I., Risberg B. et al. A comparison of the Nottingham Health Profile and Short Form 36 Health Survey in patients with chronic lower limb ischaemia in a longitudinal perspective // *Health Qual. Life Outcomes.* – 2004; 17 (2): 9.

LONG-TERM RESULTS OF AORTOFEMORAL BIFURCATION SHUNTING (PROSTHETICS)

Professor **E. Kokhan**, MD; Professor **O. Lobut**, MD; **I. Zavarina**, Candidate of Medical Sciences, **R. Regeda**

A.A. Vishnevsky Central Military Clinical Hospital Three, Ministry of Defense of the Russian Federation, Krasnogorsk, Moscow Region
A many years' follow-up after aortofemoral bifurcation shunting (prosthetics) (AFBS(P)) in patients with atherosclerotic occlusion of the aorta and iliac arteries has indicated that timely correction of risk factors for the underlying disease and adequate multimodality treatment improve not only the long-term results of AFBS(P), but also the quality of life in patients.

Key words: aortofemoral bifurcation shunting (prosthetics), long-term results, quality of life in patients.

Изучены маркеры эндотелиальной дисфункции у беременных на фоне артериальной гипертензии. Пациентки были разделены на 2 группы: основная (препарат Курантил® N) и контрольная (без вазопротекторной терапии). Продемонстрировано снижение прироста концентрации гомоцистеина и тотального фибронектина плазмы крови при использовании препарата Курантил® N, что может указывать на замедление темпов прогрессирования эндотелиальной дисфункции и развития сосудистых осложнений у беременных на фоне артериальной гипертензии.

Ключевые слова: гомоцистеин, фибронектин, микроальбуминурия, гипертензия, беременность, Курантил® N.

Гипертензивные нарушения во время беременности занимают одно из ведущих мест в структуре причин перинатальной и материнской заболеваемости и смертности [3, 15, 19]. Они обуславливают осложненное течение беременности, так как не только способствуют развитию и прогрессированию акушерской патологии (преэклампсия, плацентарная недостаточность, задержка внутриутробного развития), но и являются фактором риска развития у матери в дальнейшем сердечно-сосудистых заболеваний [3, 7, 8]. Повышение АД во время беременности сопровождается метаболическими и сосудистыми расстройствами, изменениями со стороны ряда органов и систем, которые впоследствии прогрессируют [1, 4, 21, 27]. Поэтому раннее выявление признаков прогрессирования кардиоваскулярной патологии важно не только для оптимизации лечения гипертензивных нарушений у беременных, но и для оказания положительного влияния на состояние сердечно-сосудистой системы женщин в будущем [11, 12].

Четкая единая концепция развития гипертензивных нарушений в период гестации отсутствует [3, 15], однако установлено, что в генезе артериальной гипертензии (АГ) любого рода существенная роль принадлежит дисфункции эндотелия [4, 10, 11]. Эндотелий – универсальный регулятор сосудистого тонуса, на функциональное состояние которого влияют многие факторы, среди которых особое место занимает гипергомоцистеинемия как результат нарушений метаболизма гомоцистеина – серосодержащей аминокислоты, продукта превращения метионина в цистеин [5, 13]. Установлено, что концентрация гомоцистеина плазмы коррелирует со степенью эндотелиальной дисфункции и возрастает по мере ее прогрессирования [11–14, 16].