



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009
УДК 616.132.2-036.11-053.9

А.Л. Чаплюк, Е.А. Шойму, А.В. Демьяненко, Ю.М. Мурин — Результаты медикаментозного, интервенционного и хирургического лечения острого коронарного синдрома у пациентов пожилого и старческого возраста.

Лечение больных пожилого и старческого возраста имеет ряд специфических особенностей. С возрастом повышается чувствительность организма к гуморальным воздействиям, в т. ч. к лекарственным препаратам, снижается функциональная способность печени и почек по их связыванию, обезвреживанию и выведению, вследствие чего отмечается более легкое и раннее возникновение побочных и токсических эффектов медикаментозной терапии у больных старшей возрастной группы. У больных пожилого и старческого возраста следует считать с большей частотой гемодинамических нарушений, расстройств ритма, тромбоэмболических осложнений, гипостатических пневмоний, атонических состояний желудочно-кишечного тракта, нарушений психики, требующих соответствующей терапии. Необходимо учитывать и большое количество сопутствующих заболеваний у больных старшей возрастной группы, которые, с одной стороны, могут существенно повлиять на выбор лечебных средств, нередко ограничивая возможность их применения, с другой — требуют дополнительного назначения лекарственных средств.

В исследовании участвовали 176 пациентов с *острым коронарным синдромом* (ОКС), средний возраст которых составил $65,5 \pm 4,0$ года. Больные были разделены поровну на три возрастные группы: 1-я группа (контрольная) — лица 46–59 лет — «пациенты среднего возраста» (средний возраст — 52 ± 4 года). 2-я группа — 60–74 лет — «пожилые пациенты» (средний возраст — $67,8 \pm 4,0$ года). 3-я группа — лица 75 лет и старше — «пациенты старческого возраста» (средний возраст — 81 ± 4 года).

При проведении *тромболитической терапии* (ТЛТ) стрептокиназой независимо от возраста отмечены значительно более быстрые сроки возвращения сегмента ST к изолинии ($6,5 \pm 1,4$; $7 \pm 1,7$ и $7,5 \pm 2,7$ ч), чем в группах без ТЛТ ($11,2 \pm 8,9$; $12,2 \pm 11,1$ и $14,2 \pm 6,8$ ч, $p < 0,05$), что косвенно свидетельствует о более быстром формировании зоны некроза и ускорении восстановительных процессов в перинфарктной зоне при ТЛТ.

У пациентов с ТЛТ независимо от возраста достоверно ниже был класс степени тяжести *сердечной недостаточности* (СН) по Киллип (с ТЛТ — $1,2 \pm 0,1$; $1,7 \pm 0,1$; $1,8 \pm 0,1$ и без ТЛТ — $1,6 \pm 0,2$; $2,1 \pm 0,2$ и $2,3 \pm 0,2$, $p = 0,001$). Средняя летальность по всем группам с ТЛТ составила 9,7%, без ТЛТ — 22,9%.

Анализ отдаленных результатов лечения ОКС у пациентов старших возрастных групп показал значительные различия при медикаментозном, интервенционном и хирур-

гическом методах лечения. Наихудшие отдаленные результаты — при медикаментозном лечении ОКС. Это подтверждалось высокой летальностью — 20,1% к 5-му году наблюдения, а также высокой частотой развития *инфаркта миокарда* (ИМ) — 41,3%.

Кроме того, на фоне применения консервативного лечения ОКС у лиц пожилого и старческого возраста происходило в ближайший период незначительное достоверное увеличение *фракции выброса* (ФВ) с $56,1 \pm 2,5$ до $57,7 \pm 2,4\%$ у больных с *нестабильной стенокардией* (НС); с $51,1 \pm 1,5$ до $52,7 \pm 1,7\%$ — в группе не Q-ИМ и уменьшение ФВ в отдаленный период с $49,1 \pm 3,3$ до $48,0 \pm 3,5\%$ в группе не Q-ИМ и с $59,9 \pm 5,5$ до $56,8 \pm 4,2\%$ в группе НС. Физическая активность как одна из важнейших составляющих качества жизни пациентов в отдаленный период наблюдения также оставалась невысокой — 61% больных по уровню выполняемой физической нагрузки относился к III–IV ФК.

Отдаленные результаты интервенционного метода лечения ОКС у пациентов старших возрастных групп более благоприятны в сравнении с изолированной медикаментозной терапией. Реже встречался ИМ (18,5%) и, соответственно, ниже была летальность (7,4%). Наблюдалось достоверное увеличение *фракции выброса левого желудочка* (ФВ ЛЖ) в отдаленный период после вмешательства на коронарных артериях с $55,5 \pm 3,6$ до $60,0 \pm 2,4\%$, причем в группах пациентов старшего возраста сохранялась тенденция к увеличению ФВ ЛЖ в отдаленный период (как при ИМ, так и при НС).

Несмотря на достаточно высокую частоту возврата стенокардии в отдаленный период — 66,7%, качество жизни пациентов после *чрескожной транслюминальной коронарной ангиопластики* (ЧТКА) со стентированием *коронарных артерий* (КА), а именно их физическая активность была, несомненно, выше. В течение 1 года наблюдения 75% пациентов принадлежали к I–II ФК; к 5-му году наблюдения доля таких пациентов несколько снизилась — 64,3%.

Наилучшие отдаленные результаты у пациентов с ОКС старших возрастных групп были получены при хирургическом лечении. Это выражалось в меньшей частоте ИМ (4,7%), низкой летальности — (9,4%), увеличении ФВ ЛЖ в отдаленный период наблюдения с $48,9 \pm 11,7$ до $51,5 \pm 9,3\%$, в более стойком улучшении состояния пациентов. В период наблюдения от 2 до 5 лет к III–IV ФК относились лишь 18,7% пациентов, остальные оперированные (81,3%)



были способны к выполнению нагрузок достаточно высокой интенсивности, принимая минимум антиангинальных препаратов. После хирургического лечения, так же как и после ЧТКА со стентированием КА в отдаленный период, зафиксировано 2 случая смерти от кардиальных причин, однако частота ИМ после хирургического лечения ниже — 4,7%, чем при ЧТКА со стентированием КА — 18,5%.

© М.И.ВАСИЛЬЧЕНКО, Д.А.ЗЕЛЕНИН, 2009
УДК 616.62-006.6-089.87

М.И.Васильченко, Д.А.Зеленин — Реконструктивные операции после радикальной цистэктомии при местно распространенном раке мочевого пузыря и у лиц пожилого возраста.

Первое сообщение о применении отключенного сегмента подвздошной кишки для отведения мочи относится к 1911 г. и принадлежит J.Schoemaker. Он выполнил эту операцию у большого мальчика со сморщенным мочевым пузырем, но принцип применения данного вида деривации мочи получил широкое распространение в 1950 г., когда Брикер внедрил в хирургию операцию по формированию уростомы из сегмента подвздошной кишки, которая в течение последующих 55 лет была стандартом операций по деривации мочи, выполняемой после радикальной цистэктомии.

Однако ряд исследований по данной проблеме показал, что неконтинентные (не накапливающие мочу) виды деривации мочи существенно снижают социальную активность и адаптацию оперированных пациентов в повседневной жизни. Поэтому на протяжении всех этих лет велась разработка операций и методик по формированию континентных гетеротопических резервуаров и ортотопических мочевых пузырей после радикальной цистэктомии. Именно континентные резервуары стали хорошей альтернативой кишечному кондуиту. Хотя на сегодняшний день известно более 80 методов надпузырного отведения мочи, но ни один из них не является идеальным.

Преимущества континентных резервуаров, удерживающих мочу, заключаются в формировании «сухой» стомы, не позволяющей произвольно выделяться моче, что обеспечивает профилактику раздражения и воспаления перистомальной области, отсутствие резкого запаха мочи от пациента, освобождает пациента от постоянного ношения мочевого мешка, это повышает качество жизни больных, перенесших радикальную цистэктомию. Основные принципы, лежащие в основе создания резервуара низкого давления, заключаются в следующих положениях: геометрия/физика резервуара, функциональное преимущество детубуляризованного резервуара, биология детубуляризации.

Следовательно, приоритетными направлениями в лечении ОКС у пациентов старших возрастных групп являются интервенционные вмешательства и хирургическая реваскуляризация миокарда, при этом медикаментозное лечение ОКС позволяет достичь стабилизации коронарного кровообращения и подготовить пациентов к следующему инвазивному этапу лечения.

В нашей клинике в 2000—2007 гг. выполнено 26 операций по формированию гетеротопического мочевого пузыря после цистэктомии. Эти вмешательства составляют 38,8% от общего числа реконструктивных операций. Остальным 41 больному проведены операции по формированию ортотопического мочевого пузыря из сегмента тонкой кишки.

Пациенты, которым выполнялись операции по формированию гетеротопического мочевого резервуара, по полу разделились следующим образом: 1 женщина, 25 мужчин, средний возраст которых составил 69,3 года.

Показаниями к радикальной цистэктомии явились: рак мочевого пузыря в стадии T2a-T4 в 23 случаях (88,4%), микроцистический рак мочевого пузыря после лучевой терапии по поводу рака предстательной железы в 2 случаях (7,7%), рак матки с прорастанием в мочевой пузырь в 1 случае (3,8%). У 18 пациентов (69,2%) радикальная цистэктомия и гетеротопическая пластика из сегмента подвздошной кишки выполнялась одномоментно, 8 пациентам (30,8%) данный вид операций выполнялся в два этапа, что было обусловлено возрастом больных (средний возраст 76 лет) и сопутствующей тяжелой соматической патологией.

Первый этап — радикальная цистэктомия, уретерокутанеостомия после реабилитационного периода, который составил 6—10 мес, второй этап — гетеротопическая пластика мочевого резервуара из сегмента подвздошной кишки. Причинами выбора гетеротопической пластики у данной категории пациентов явились: рак мочевого пузыря с мультифокальным ростом и поражением шейки мочевого пузыря, поражение уретры, распространение опухоли на прилегающие органы (предстательная железа), наличие регионарных метастазов, лучевая терапия по поводу рака предстательной железы.

Разработанный в клинике метод формирования гетеротопического континентного тонкокишечного мочевого пузыря отвечает современным требованиям к данным видам операций, а именно: позволяет уменьшить количество осложнений в послеопера-