

## ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТОВ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ В ОНКОХИРУРГИИ

И.М. Шестопалова, Л.В. Лактионова

*ФГБУ Федеральный научно-клинический центр специализированных видов  
медицинской помощи и медицинских технологий ФМБА России, Москва*

В статье определяются современные возможности предоперационного терапевтического обследования и лечения больных сочетанной онкологической и кардиологической патологией.

Должная диагностика, современные хирургические и терапевтические методы лечения позволяют пережить 12 месяцев без признаков как одного, так и другого заболевания до 68,4% пациентов; из них – до 36 и 60 месяцев – 25,8 и 12,9% пролеченных, соответственно.

*Ключевые слова:* предоперационная подготовка, онкохирургия, сочетанная онкологическая и кардиологическая патология.

### PRE-OPERATIVE THERAPEUTIC PREPARATION FOR PATIENTS IN ONCOSURGERY

Shestopalova I.M., Laktionova L.V.

The paper deals with current possibilities of pre-operative therapeutic assessment and the management of patients with concurrent cancer and cardiac diseases.

Adequate diagnostics, modern surgery and therapeutic methods in pre- and postoperative period allow to survive 12 months without features of both diseases in 68.4% of patients. 3-5 year survival rate is respectively 25.8-12.9%.

*Key words:* preoperative oncosurgery, combined cancer and cardiac diseases.

Современные принципы подготовки к вне-сердечным вмешательствам определены в общепризнанных разработках кардиологических и анестезиологических обществ [1, 2]. Разумеется, эти принципы применимы и в онкохирургии. Терапевтическая подготовка предусматривает оценку состояния, а при необходимости – коррекцию жизненно важных функций организма для достижения наилучших функциональных показателей, обеспечения переносимости хирургических вмешательств. Кроме того, в процессе терапевтической подготовки определяется риск вероятных послеоперационных сердечно-сосудистых осложнений, а также возможность снижения (модификации) этого риска путем устранения проявлений заболеваний, отягощающих прогноз операции. Модификация факторов риска послеоперационных лечебных мероприятий включает: оптимизацию терапии ИБС, лечение в связи с хроничес-

кой сердечной недостаточностью, профилактику тромбоэмболических осложнений, компенсацию сахарного диабета, уменьшение проявлений почечной недостаточности. Наряду с этим проводится лечение таких коморбидных состояний как артериальная гипертензия, хроническая обструктивная болезнь легких, и других сопутствующих заболеваний.

Основные параметры терапевтической подготовки определяются в процессе предоперационного клинико-функционального обследования, в том числе – при выполнении неинвазивных и инвазивных диагностических методов.

**Алгоритм** предоперационного терапевтического обследования предусматривает три последовательных этапа: предварительный, обязательный и дополнительный.

**Первый этап** предоперационного терапевтического обследования – *предварительный*. Он проводится на основании осмотра, опроса,

антропометрических измерений и лабораторных исследований. Предварительный этап предусматривает выявление специфических жалоб, клинических проявлений ишемии миокарда, традиционных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и лабораторных отклонений от нормы (гипергликемия, повышение уровня креатинина и т.д.).

При первом взгляде на пациента оцениваются традиционные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний в соответствии с рекомендациями Всероссийского общества кардиологов: возраст более 50 лет, курение до пачки сигарет в день в среднем около 10 лет, избыточная масса тела  $\geq 25,0$  кг/м<sup>2</sup>, уровень АД  $> 180/110$  мм рт. ст., гиперхолестеринемия  $> 5,0$  моль/л, гипергликемия.

Следует обращать внимание на нарушения мозгового кровообращения и инфаркт миокарда в анамнезе, симптомы сердечной недостаточности (одышка, хрипы в легких, кардиомегалия, ритм галопа, набухание шейных вен, гепатомегалия, отеки), атеросклероз периферических артерий (шум над сонными артериями, перемежающаяся хромота, ослабление пульсации артерий и атрофия мышц нижних конечностей) и нарушения ритма (перебои, сердцебиения, синкопальные состояния). Не должны остаться незамеченными и другие прогностически неблагоприятные факторы, повышающие риск сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений: внешние симптомы сахарного диабета (расчесы, сухость и дряблость кожи, снижение кожной чувствительности, кожные трофические нарушения) и хронической почечной недостаточности (зуд, расчесы, мочевого запаха изо рта, сухость кожи).

Уже при выяснении жалоб и осмотре возможно выявить клинические противопоказания к операции – прежде всего у тучных, цианотичных больных, заядлых курильщиков с эмфизематозной грудной клеткой и абдоминальным ожирением («пивной живот»), с жалобами на одышку в покое, не способных преодолеть более одного лестничного пролета. Однако, даже при таком клиническом «портрете» требуется объективная функциональная оценка состояния кардио-респираторной системы, поскольку успехи современной онкохирургии, расширяющие показания к оперативным вмешательствам, позволяют успешно выполнять хирургические вмешательства, в том числе и у соматически отягощенных больных.

**Второй этап** предоперационного терапевтического обследования – **обязательный**. Он предусматривает электрокардиографию, при которой определяются отклонения от нормы, выявляющие и/или подтверждающие сердечно-сосудистую патологию, а также спирометрию, при которой исследуется вентиляционная функция легких при анамнезе «курильщика», хронических респираторных заболеваниях, в том числе – для оценки риска потери легочной паренхимы.

Основным критерием, подтверждающим наличие бронхиальной обструкции, является снижение объема форсированного выдоха за 1-ю секунду (FEV1) до уровня, составляющего менее 70% от должных величин. Это хорошо воспроизводимый и самый информативный показатель спирометрии.

Так, при нормальной ЭКГ и FEV1  $\geq 80\%$ , жизненной емкости легких (VC)  $\geq 2000$  мл не выявляется функциональных противопоказаний к операции.

Даже при нормальной ЭКГ, в случаях  $80\% \geq FEV1 \geq 60\%$  от должного (или  $2000 \text{ мл} \geq VC \geq 1500$  мл), выявляются функциональные противопоказания к операциям в объеме пневмонэктомии, связанной с потерей значительного объема легочной паренхимы. Хотя, даже при таких сниженных резервах остается возможность выполнения органосохраняющей операции (для уточнения функциональных возможностей адаптации к хирургическому вмешательству показано проведение следующего – третьего диагностического этапа).

При FEV1  $< 40\%$  от должного (или  $VC < 1400$  мл), функциональные возможности адаптации расцениваются как недостаточные для того, чтобы выполнять хирургическое вмешательство, ввиду значительной вероятности сердечно-легочных осложнений и летального исхода.

**Третий этап** предоперационного терапевтического обследования – **дополнительный**. Он предусматривает неинвазивную и инвазивную диагностику в целях выявления и оценки тяжести ИБС. К неинвазивным методам кардио-респираторных исследований относятся амбулаторное ЭКГ-мониторирование, трансторакальная эхокардиография, ЭКГ-пробы с физической нагрузкой (тредмил-тест, велоэргометрия, спироэргометрия), а также визуализирующие методики, которые одновременно определяют ишемию миокарда и дисфункцию левого желудочка (сцинтиграфия миокарда с ди-

пиридамоловой нагрузкой и эхокардиография с добутаминовой нагрузкой).

К инвазивным диагностическим методам относится *коронароангиография*, которая является «золотым стандартом» не только диагностики, но и лечения коронарных стенозов, позволяя одновременно с выявлением причины ИБС добиваться ее устранения стентированием или баллонной ангиопластикой.

Тяжелая стенокардия III-IV функционального класса, неэффективность медикаментозного лечения ИБС являются показаниями для проведения коронароангиографии и решения вопроса о возможности выполнения реваскуляризации миокарда.

*Амбулаторное ЭКГ-мониторирование* позволяет выявить эпизоды ишемии, в том числе безболевые, которые не регистрируются на ЭКГ покоя, оценить их частоту, а также диагностировать вазоспастическую стенокардию и значимые нарушения ритма. Выполнение амбулаторного ЭКГ-мониторирования рекомендовано в связи с нарушениями ритма, выявленными на ЭКГ покоя, наличием эпизодов фибрилляции предсердий в анамнезе; при высокой артериальной гипертензии; облитерирующих и острых воспалительных заболеваниях сосудов нижних конечностей; остаточных явлениях после перенесенного нарушения мозгового кровообращения; угрожающих жизни хирургических осложнениях (кровотечение, непроходимость и т.д.).

*Трансторакальная эхокардиография (ЭхоКГ)* позволяет оценить функцию левого желудочка, степень гипертрофии миокарда, дифференцировать некоронарогенную причину боли в груди (порок аортального клапана, гипертрофическая кардиомиопатия). Выполнение ЭхоКГ показано для оценки систолической и диастолической функции левого желудочка, выявления гипертрофии миокарда, нарушений локальной сократимости.

*ЭКГ-пробы с физической нагрузкой* (велоэргометрия, тредмил-тест, спироэргометрия) выполняются для выявления ишемии миокарда, диагностики функционального класса стенокардии (велоэргометрия, тредмил-тест); изучения параметров легочного газообмена (спироэргометрия), а также – для определения больных, которым показано выполнение коронароангиографии.

Выполнение визуализирующих методик, которые одновременно определяют ишемию

миокарда и дисфункцию левого желудочка (сцинтиграфия миокарда с дипиридамоловой нагрузкой и эхокардиография с добутаминовой нагрузкой) оправдано при невозможности выполнить физическую нагрузку, либо при изменениях ЭКГ, которые ограничивают интерпретацию электрокардиографических изменений (внутрижелудочковые блокады, гипертрофия миокарда, признаки кардиосклероза), а также для оценки жизнеспособности миокарда.

Помимо выявления и оценки тяжести ИБС, на дополнительном этапе обследования проводится диагностика осложнений ИБС и коморбидных, ассоциированных с ИБС состояний (хронической сердечной недостаточности, хронической обструктивной болезни легких, артериальной гипертензии, клапанной патологии сердца, сахарного диабета, почечной недостаточности и др.). Это позволяет внести коррективы при планировании предоперационной подготовки и оценить эффективность проводимого лечения.

Диагностика сердечной недостаточности проводится с применением клинических (ШОКС, 6МТХ) и функциональных методов исследования (эхокардиография, спироэргометрия), а также методом определения циркулирующего плазменного маркера *NT-proBNP*.

Диагноз ХОБЛ устанавливается согласно рекомендациям [3] по результатам комплекса клинических, электрокардиографических, рентгенологических, бронхоскопических, лабораторных и функциональных методов исследования (спирометрия, бодиплетизмография, исследование диффузионной способности легких).

Оценка тяжести дыхательной недостаточности (степень гипоксии) проводится при пульсоксиметрии или измерении газов крови.

Артериальная гипертензия I степени выявляется при уровне систолического и диастолического артериального давления порядка 140-159/90-99 мм рт. ст. Гипертензией II и III степени считаются показатели систолического и диастолического в пределах 160-179/100-109 и  $\geq 180/110$  мм рт. ст., соответственно.

Диагностика клапанной патологии сердца осуществляется методами трансторакальной эхокардиографии. Митральная и аортальная недостаточность не сопровождаются увеличением осложнений в периоперационном периоде. Тяжелые аортальный и митральный стенозы (площадь отверстия клапана менее 1 см<sup>2</sup>) прогностически менее благоприятны. Прогноз

хирургического вмешательства определяется наличием признаков хронической сердечной недостаточности, прежде всего – сократительной функцией левого желудочка. Показания к протезированию клапана не зависят от предполагаемого хирургического вмешательства. Возможно проведение баллонной вальвулопластики, как временной меры для снижения периоперационного риска.

Диагностика инсулинзависимого сахарного диабета основывается на обязательном определении концентрации глюкозы в плазме крови, а также на типичной клинической симптоматике (снижение массы тела, развитие кетоацидоза, прогрессирующая физическая слабость). Диагноз становится очевидным при гликемии утром натощак более 6,1 ммоль/л или в иное время суток при гликемии в цельной капиллярной крови более 11 ммоль/л.

Определение степени нарушения почечной функции – еще одна составляющая предоперационного обследования. Увеличение концентрации креатинина сыворотки более 2,0 мг/дл считается прогностически значимым, увеличивающим вероятность послеоперационных сердечно-сосудистых осложнений.

Цереброваскулярная болезнь также является фактором риска осложнений в послеоперационном периоде. Выраженность проявлений хронической недостаточности мозгового кровообращения с очаговыми или диффузными неврологическими нарушениями оценивается невропатологом.

Следует отметить, что на предварительном и обязательном этапах обследования применение простых диагностических методов (сбор анамнеза, осмотр, оценка традиционных факторов риска, ЭКГ покоя) выявляется до 60% случаев ИБС. Для выявления остальных 40% случаев, как правило, сложных в диагностическом отношении, требуется применение всего комплекса исследований дополнительного этапа [4].

**Определение риска** сердечно-сосудистых осложнений проводится по результатам предоперационного обследования.

По результатам предоперационного обследования решается одна из основных задач предоперационной терапевтической подготовки – определение риска предстоящего хирургического вмешательства. Ряд сопутствующих терапевтических заболеваний и состояний являются значимыми факторами возникновения послеоперационных сердечно-сосудистых осложнений.

Риск сердечно-сосудистых осложнений (кардиальный риск, Lee Index) в вышеуказанных клинических рекомендациях [2] оценивается в баллах (от 0 до 6); по 1 баллу в случае наличия каждого из факторов риска, а именно: собственно хирургического вмешательства «высокого» риска, ишемической болезни сердца, хронической сердечной недостаточности, цереброваскулярной болезни, инсулинозависимого сахарного диабета, повышения креатинина сыворотки более 2,0 мг/дл.

В соответствии с рекомендациями [2] прогноз переносимости операций предполагает наличие случаев низкого (0-1 балл), промежуточного (2 балла) и высокого (3-6 баллов) периоперационного риска сердечно-сосудистых осложнений. То есть, если на этапе предоперационного обследования у пациента отсутствует или определяется воздействие одного из шести факторов (заболеваний/состояний), то данный случай относится к категории низкого риска. Больных из группы низкого риска рекомендуется направлять на операцию сразу, без дополнительного обследования.

При наличии двух параметров риск считается промежуточным; а при трех и более – высоким. При выявлении промежуточного или высокого сердечно-сосудистого риска предпочтительнее проведение неинвазивных нагрузочных проб с визуализацией миокарда (*сцинтиграфия миокарда с таллием и дитиридоловой нагрузкой* или *эхокардиография с добутаминовой нагрузкой*). По результатам нагрузочных проб определяются показания к проведению коронароангиографии для решения вопроса о предварительной реваскуляризации миокарда.

Оценка риска, которому подвергается больной во время операции, кроме указанного выше риска осложнений сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний (кардиального риска), дополняется определением анестезиологического риска и риска собственно хирургического вмешательства.

*Анестезиологический риск* оценивается в соответствии с классификацией Американского общества анестезиологов (ASA) [5]. В зависимости от физического статуса пациента выделены 5 классов анестезиологического риска. ASA I – операции пациентам без сопутствующих заболеваний; ASA II – хирургические вмешательства при легкой системной патологии; ASA III – операции при тяжелой системной патологии, ограничивающей активность, но не угрожающей

щей жизни; ASA IV – при тяжелой системной патологии, угрожающей жизни; ASA V – выполнение операций в терминальном состоянии, когда хирургическое вмешательство выполняется как последняя мера для спасения жизни. Составляющими анестезиологического риска являются стрессовая реакция на введение анестетика, побочные эффекты средств для анестезии и технические ошибки при оказании анестезиологического пособия.

*Хирургический риск* обуславливается самим хирургическим вмешательством и его хирургическими осложнениями. Степень хирургического риска определяется показателем непосредственной летальности, которые традиционно оцениваются как низкий (<1%), средний (1-5%), высокий (>5%) [2]. Современные рекомендации неадекватно оценивают риск хирургических вмешательств, так как их авторы основывают свои положения на анализе операций сравнительно небольшого объема.

Согласно этим взглядам, к операциям низкого риска относятся, например, «операции на молочной железе», «стоматологические» и «гинекологические» хирургические вмешательства. Операциями среднего риска называют трансплантации печени, почек, легких, урологические, неврологические, ортопедические операции значительного объема, периферическая сосудистая ангиопластика и эндоваскулярная хирургия. «Абдоминальные операции» указываются без уточнения объема. К операциям высокого риска относится сосудистая хирургия на аорте и периферических сосудах.

Очевидна сложность применения этих рекомендаций в условиях современной онкохирургии, поскольку операции по поводу злокачественных новообразований характеризуются существенно большим объемом и большей сложностью технического исполнения вследствие их комбинированно-расширенного характера. Так, онкохирургические вмешательства на молочной железе предусматривают выполнение парастернальной лимфодиссекции, возможность одномоментной пластики и др. «Стоматологические» операции предполагают, например, замещение резецированных тканей костно-мышечным трансплантатом на микрососудистых анастомозах. «Гинекологические» операции сопровождаются обязательной лимфодиссекцией и нередко дополняются резекцией органов, вовлеченных в опухолевый процесс. Хирургические вмешательства при злокачественных

новых новообразованиях торако-абдоминальной локализации следует определять как операции «высокого» риска.

**Принципы терапевтической подготовки** к некардиологическим вмешательствам предусматривают лечение ишемии миокарда и осложненных вариантов. В процессе подготовки проводится коррекция заболеваний/состояний, ухудшающих прогноз операций. Это предусматривает терапию ИБС, лечение сердечной недостаточности, профилактику тромбоэмболических осложнений, компенсацию сахарного диабета, коррекцию почечной недостаточности, профилактику нарушений мозгового кровообращения. Лечение сочетанной терапевтической патологии (ХОБЛ, артериальная гипертензия и др.) также является одним из разделов подготовки к онкохирургическим вмешательствам.

#### **1. Коррекция заболеваний/состояний, влияющих на прогноз операций**

Оптимизация терапии ИБС предусматривает назначение трехкомпонентной терапии: бета-адреноблокатор (атенолол, метопролол, бисопролол и др.), статин (аторвастатин, розувастатин, симвастатин), антитромбоцитарный препарат (ацетилсалициловая кислота (АСК)).

Применение бета-адреноблокаторов (БАБ) показано в связи с их отчетливым антиангинальным эффектом, способствующим снижению риска инфаркта миокарда. БАБ следует назначать при любом (низком, промежуточном, высоком) корональном риске [2]. Доза БАБ корректируется в зависимости от частоты сердечного ритма (целевым считается уровень ЧСС 60-80 ударов в мин в покое, 90-110 ударов в мин – при минимальной физической нагрузке).

Назначение статинов в сочетании с БАБ рекомендовано больным не только высокого, но и промежуточного коронального риска для стабилизации системного атеросклероза в периоперационном периоде [6]. Гиполипидемическая терапия назначается, в первую очередь, при повышении уровня холестерина.

Терапия антитромбоцитарными препаратами является неотъемлемым компонентом периоперационной подготовки [7]. Прием антитромбоцитарных препаратов прекращается за 7 дней до хирургического вмешательства.

В случае осложненного течения ИБС принципы терапии получают специальные дополнения.

Лечение при осложненных вариантах ИБС определяется, в первую очередь, тяжестью про-

ноза. Тяжелая ИБС является показанием к более активной лечебной тактике, а именно – к реваскуляризации миокарда. Проведение реваскуляризации сердечной мышцы возможно при наличии стандартных показаний [5]. Выполняются различные виды транскатанной ангиопластики (баллонная ангиопластика, стентирование и т.д.) или коронарное шунтирование.

Внедрение реваскуляризации миокарда в практику лечения пациентов с тяжелой (III-IV функционального класса) ИБС стало реальным условием улучшения результатов лечения больных сочетанной кардиологической и онкологической патологией. Риск реваскуляризации миокарда в сравнении с медикаментозной терапией оправдан не только профилактикой послеоперационных инфарктов миокарда и летальных исходов, но и предупреждением послеоперационной сердечной недостаточности, а также – возможностью перенести радикальную операцию, несмотря на тяжесть ИБС [4]. Кроме того, успехами онкохирургии обосновывалась целесообразность радикального улучшения функционального статуса больных ИБС для обеспечения возможности последующего комбинированного лечения – лучевой и химиотерапии. Успехи интервенционной сосудистой кардиохирургии создают предпосылки к выполнению хирургических вмешательств любой сложности у онкологических больных при тяжелой сопутствующей ИБС. Это позволяет увеличивать контингент радикально пролеченных больных.

Профилактика нарушения сердечного ритма осуществляется в соответствии с разработками АСС/АНА/ESC [8]. Периоперационный риск у пациентов с нарушениями сердечного ритма обусловлен не самой аритмией, а тяжестью органического поражения сердца, что составляет основу этих нарушений. Основопологающее значение отводится точной диагностике вида аритмии, характера вызвавшего ее основного заболевания, выявление экзо- и эндогенных факторов, провоцирующих повторные нарушения сердечного ритма.

Лечение хронической сердечной недостаточности (ХСН) кроме рекомендаций по изменению образа жизни (диета с ограничением соли и алкоголя; дозированная физическая активность; психологическая реабилитация) предусматривает медикаментозную терапию с доказанной эффективностью в отношении клинических проявлений, качества жизни и прог-

ноза. Для профилактики и устранения клинических проявлений ХСН назначаются препараты основной группы, так называемой оптимальной терапии – ингибиторы АПФ (периндоприл, эналаприл), бета-адреноблокаторы (бисопролол, карведилол, метопролол), диуретики (гидрохлортиазид, фуросемид).

Профилактика тромбоэмболических осложнений направлена на предупреждение нарушений мозгового кровообращения. Антикоагулянтная терапия назначается, в первую очередь, пациентам с фибрилляцией предсердий, при отсутствии угрозы кровотечений и наличии факторов риска тромбоэмболических осложнений: возраст более 65 лет, артериальная гипертензия, хроническая сердечная недостаточность, увеличение размеров левого предсердия, нарушения мозгового кровообращения, инфаркт миокарда в анамнезе, сахарный диабет. Для профилактики тромбоэмболических осложнений применяются антиагреганты (ацетилсалициловая кислота) или непрямые антикоагулянты (варфарин, гепарин, дальтепарин, эноксапарин). Предупреждение тромбоэмболических осложнений проводится профилактическими дозами низкомолекулярных гепаринов и низкими дозами нефракционированных гепаринов каждые 8-12 часов.

Лечение сахарного диабета предусматривает инсулинотерапию, диетотерапию. Основная цель – контроль гликемии (натощак – до 6 ммоль/л, через 2 часа после еды – до 8 ммоль /л), поддержание нормальной концентрации HbA1cB до 6,5-7,0%.

Профилактика почечной недостаточности (ХПН) заключается в коррекции функциональных способностей почек. Принципы лечения ХПН предусматривают медикаментозную терапию (лечение основного заболевания, синдромная терапия), а также заместительное лечение (гемодиализ, перитонеальный диализ).

## **2. Лечение сочетанной терапевтической патологии.**

Лечение ХОБЛ и коррекция респираторной функции, очевидно, требуется при планировании хирургических вмешательств значительного объема на органах грудной полости, в том числе – с потерей легочной паренхимы (например, лобэктомии, пневмонэктомии), а также при сочетанной патологии органов дыхания.

Базисная бронхолитическая терапия ( $\beta_2$ -агонисты и/или холинолитики длительного действия) показана для нормализации функ-

ции внешнего дыхания в случаях значительных обструктивных нарушений (ОФВ1 менее 50%). Кроме того, назначаются ингаляционные глюкокортикоиды. В соответствии с международными рекомендациями и проведенными исследованиями [3] оптимально сочетание  $\beta$ -агонистов, холинолитиков длительного действия и ингаляционных глюкокортикоидных препаратов.

Нормализация артериального давления предполагает продолжение/назначение гипотензивной терапии.

Считается, что проведение гипотензивной терапии необходимо продолжать вплоть до хирургического вмешательства и возобновить ее в послеоперационном периоде [1].

#### **Современный опыт терапевтической подготовки к онкохирургическим вмешательствам**

Как показано в наших предыдущих исследованиях [9] по результатам предоперационного обследования онкологических больных в 11,8% случаев оказалось достаточным проведение стандартной предоперационной терапии ИБС.

В остальных случаях требовались изменения в предоперационной подготовке в связи с осложнениями сопутствующей ИБС и наличием коморбидных состояний. По показаниям в 10,8% случаев проводилась нормализация сердечного ритма, в 4,8% – хирургическое устранение тяжелой ИБС, в 17,8% – лечение сердечной недостаточности, в 25,6% требовалось достижение целевого уровня артериального давления, в 15,6% – терапия респираторных нарушений, в 9,8% – коррекция метаболического синдрома.

Должная диагностика, современные хирургические и терапевтические методы лечения позволяют достичь у 68,4% пациентов 12-месячной выживаемости без признаков как одного, так и другого заболевания; из них дожитие до 36 и 60 месяцев – у 25,8 и 12,9% пролеченных, соответственно.

Таким образом, внедрение в клиническую практику адекватной современной предоперационной подготовки позволяет улучшить результаты лечения пациентов сочетанной онкологической и кардиологической патологией.

#### **Литература**

1. Don Poldermans., Jeroen J. Bax., Eric Boersma et al. Guidelines for pre-operative cardiac risk assessment and perioperative cardiac management in non-cardiac surgery. // Euro Heart J (2009) 30, 2769-2812.
2. Щукин Ю.В., Хохлунов С.М., Суркова Е.А. Национальные рекомендации по прогнозированию и профилактике кардиальных осложнений внесердечных хирургических вмешательств у кардиологических больных // Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2011; 10 (6):3-28.
3. Чучалин А.Г. Клинические рекомендации. Пульмонология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
4. Давыдов М.И., Шестопалова И.М., Герасимов С.С., Комарова Л.Е. Возможности излечения больных злокачественными новообразованиями торако-абдоминальной локализации при сопутствующей ИБС // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. 2009. Т.3. №20. С.36-40.
5. ACC/AHA Coronary Angiography Guidelines. JACC 1999; 1756-824.
6. Hindler K., Shaw A.D., Samuels J. et al. Improved

postoperative outcomes associated with preoperative statin therapy // Anesthesiology 2006;105:1260-1272; quiz 1289-1290.

7. Burger W., Chemnitz J.M., Kneissl G.D et al. Low-dose aspirin for secondary cardiovascular prevention versus bleeding risks with its continuation-review and meta-analysis // J Intern Med 2005; 257: 399-414.

8. Zipes D.P., Camm A.J., Borggrefe M. et al. ACC/AHA/ESC 2006 Guidelines for management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines (Writing Committee to Develop Guidelines for Management of Patients with Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death) // J Am Coll Cardiol 2006; 48: e247-e346.

9. Шестопалова И.М. Стратегия диагностики и лечения ишемической болезни сердца в торако-абдоминальной онкохирургии. Автореф. дис. ... докт. мед. наук. 2010. 44 С.

#### **Информация об авторах:**

Шестопалова Ирина Михайловна – заведующая терапевтическим отделением-2 ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, д.м.н.

8 (495) 395 62 66; e-mail: im.shestopalova@mail.ru

Лактионова Людмила Валентиновна – заместитель генерального директора, Главный врач многопрофильного стационара ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, к.м.н.