

ванная (65%) с наличием папилломавирусного инфицирования. Аномальные кольпоскопические признаки (укусно-белый эпителий, мозаика, пунктация, участки йод-негативного эпителия) диагностированы у 85% пациенток. Дополнение традиционного цитологического исследования жидкостной цитологией и генотипированием вируса папилломы человека повысило эффективность цервикального скрининга и определяло дальнейшую индивидуализированную тактику ведения женщин групп риска развития предраковых процессов и раковых поражений шейки матки.

I.A. Dankyna, V.V. Dankyna, A.A. Chistyakov, K.V. Dankyn
CLINICAL AND LABORATORY PECULIARITIES IN PATIENTS OF REPRODUCTIVE AGE WITH CERVICAL DYSPLASIA IN COMBINATION WITH BENEFICIAL DISEASES OF THE UTERINE BODY

Summary. *In this article, we studied the clinical, anamnestic and cytological features in patients of reproductive*

age with pathology of the cervix, uterine leiomyoma and adenomyosis. It was revealed that in 99.6% of the examined patients, cytological dysplasia of the cervix of the uterus of various severity associated with the presence of papillomavirus infection was found. Supplementing the traditional cytological examination with liquid cytology and genotyping of the human papillomavirus increased the efficiency of cervical screening and determined further individual management tactics for women at risk of developing precancerous processes and cancerous lesions of the cervix.

Key words: *cervical dysplasia, human papillomavirus, adenomyosis, uterine leiomyoma, cytological examination*

ЛИТЕРАТУРА

1. Жукова Н.П., Дейкало Н.С., Арестова И.М., Киселева Н.И., Кожар Е.Д. Органосохраняющие методы лечения лейомиомы матки. Вестник ВГМУ, 2010, т. 9, №1, с. 45-52.
2. Стрижаков А.Н., Доброкачественные заболевания матки [Электронный ресурс] / Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Пашков В.М., Лебедев В.А. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 312 с.

УДК 616.13/.14-089+615.2

Н.К. Базиян-Кухто, А.А. Иваненко, А.П. Кухто, Ю.Г. Луценко, В.Ю. Авраменко, В.С. Телешов

КЛЮЧЕВЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

Аннотация. *Медикаментозная терапия пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями нижних конечностей является одной из наиболее актуальных вопросов современной сосудистой хирургии. Довольно часто пациент, требующий реконструктивно-восстановительной операции на сосудах, имеет коморбидные состояния в виде сахарного диабета, ишемической болезни сердца, хронической сердечной недостаточности. При этом очень важным является снижение сосудистого риска и контроль атеросклеротического процесса, что иногда может достигаться с трудом у этой группы пациентов. В данной статье рассмотрены основные аспекты медикаментозной терапии в сосудистой хирургии на предоперационном и послеоперационном этапах.*

Ключевые слова: *атеросклероз, сахарный диабет, окклюзия, ишемическая болезнь сердца, антикоагулянты, статины, антибиотики, гнойные воспаления, тромбоз, кровотечение, реконструктивно-восстановительные операции*

Введение. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной смертности и потери трудоспособности в Российской Федерации и всем мире. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно от ССЗ умирают около 17 млн. человек, что является 30% всех смер-

тей в мире. На 2012 год в России по данным Федеральной службы государственной статистики (Росстата), умерли 1331 человек на 100 тыс. населения, причем 55,3% пришлось на ССЗ. Заболевания сердечно-сосудистой системы должны лечиться комплексно: со своевременным выявлением показаний к тому или иному оперативному вмешательству и назначением грамотной консервативной терапии [4]. Чаще всего заболеваниями, требующими оперативного вмешательства, являются дегенеративно-дистрофические поражения магистральных артерий (аневризмы, расслоения, разрывы, критические ишемии нижних конечностей и т.д.), а также окклюзирующие атеросклеротические процессы [6]. Хороших результатов в коррекции данных патологий позволяет добиться сочетание медикаментозного контроля коморбидных заболеваний, клеточных и биохимических показателей крови и своевременного хирургического вмешательства.

Как известно, основным методом лечения в ССХ является оперативное вмеша-

тельство. Важными этапами в оказании хирургической помощи являются пери- и постоперационные периоды [3]. В данные периоды медикаментозная терапия должна быть направлена на четыре основных момента: адекватная антикоагулянтная и антитромботическая терапия, контроль дислипидемии и атеросклеротического процесса, антибиотикопрофилактика и контроль коморбидного фона [1, 5]. Под коморбидностью чаще всего понимается наличие у пациента сахарного диабета, который, как известно, влияет на течение заболеваний сосудов, частоту возникновения гнойно-воспалительных осложнений и прогнозирования в целом [2, 8].

Целью работы являлось раскрытие ключевых аспектов медикаментозной терапии в сосудистой хирургии.

Материалы и методы исследований. В отделении сосудистой хирургии Института неотложной и восстановительной хирургии В.К. Гусака за период с 2014 по 2020 гг. реконструктивно-восстановительные операции (РВО) на сосудах по поводу КИНК выполнены 1432 пациентам. Проанализированы результаты лечения 210 пациентов, имеющих хронические окклюзирующие заболевания нижних конечностей (ХОЗАНК) 3–4 степени по классификации Покровского-Фонтейна и нуждающихся в РВО. В 83 случаях имел место сахарный диабет, у 81 пациента — 2 типа. Трофические дефекты кожи и мягких тканей имели место у 73 пациентов и им были запланированы пластические вмешательства

Таблица 1. Локализация патологического процесса

Локализация	Абс.	%
аорта	3	0,31%
ОПА	36	3,75%
НПА	22	2,29%
ОБА	104	10,82%
ГБА	3	0,31%
ПБА	13	1,35%
ПоА	9	0,94%
ТПС	1	0,10%
ПББА	9	0,94%
ЗББА	2	0,21%
МБА	0	0,00%
берцовых дуги стопы	7 1	0,73% 0,10%
Всего	210	21,85%

после РВО. Двустороннее поражение, требующее оперативного вмешательства, наблюдалось у 87 больных. Локализация патологического процесса представлена в табл. 1.

Высокий риск (>5%) имели все пациенты данной группы по причине открытой реваскуляризации нижних конечностей. Дислипидемия при повышении уровня общего холестерина (ОХ) более 6,5 ммоль/л, и/или триглицеридов (ТГ) более 2,5 ммоль/л, и/или липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) более 4,5 ммоль/л, или снижение липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) менее 0,9 ммоль/л, или коэффициент атерогенности (ОХ: ЛПНП) более 6,0 наблюдалась у 173 (82,3%) пациентов. 95 (45% из общей выборки) из них имели ишемическую болезнь сердца ФК1 (45), ФК 2(33), ФК 3(17), ФК 4(0). Из них 7 имели перенесенный инфаркт миокарда в анамнезе. Одним из главных компонентов медикаментозного лечения этого состояния являются статины, применяемые с целью снижения и поддержания уровня ХС ЛПНП <100 мг/дл (2,5 ммоль/л) у всех больных (класс I уровень доказанности А) и <70 мг/дл (2,0 ммоль/л) в группе высокого риска (класс I уровень доказанности В). В практических целях предлагается мнемонический подход «ABCDE» [7], где: «А» = антитромбоцитарная терапия, антикоагуляция, (ингибирование) ангиотензинпревращающего фермента или (блокада) ангиотензиновых рецепторов; «В» — бета-блокада и контроль кровяного давления; «С» — снижение уровня холестерина и прекращение курения; «D» — лечение диабета и диетотерапия, а «Е» — нагрузка. Терапия статинами в данном случае осуществляет несколько важных функций — снижает сердечно-сосудистый риск, стабилизирует имеющиеся бляшки, улучшает ранний и поздний прогноз. Пациентам на догоспитальном этапе назначался препарат аторвастатин 20 мг/сут, с последующим повышением дозировки до 40 мг/сут. Достижение целевых уровней ОХ, ТГ, ЛПНП в ходе терапии статинами наблюдалось у 113 (65%), остальным пациентам потребовалось добавление фенофибрата 145 мг/сут, при осуществлении осторожности появления кровотечений на фоне приема пациентами антикоагулянтов путем снижения их дозы на треть с последующим восстановлением под контролем МНО. Пациенты, имеющие сахарный диабет полу-

чали сахароснижающую или инсулиновую терапию, придерживаясь целевых доз глюкозы крови и гликозилированного гемоглобина. Побочные эффекты липидснижающей терапии, а так же повышение уровней АЛТ, АСТ более чем в 3 раза не наблюдались. У 76 (36,2%) пациентов после двухнедельного приема липидснижающей терапии при ультразвуковом доплеровском исследовании наблюдалась положительная динамика атеросклеротического процесса, выражающаяся в остановке роста и стабилизации бляшки. В послеоперационном периоде пациентам рекомендовалось продолжать прием статинов под контролем биохимических показателей крови.

Важнейшим моментом предоперационной подготовки пациентов сосудистой хирургии является антикоагулянтная терапия, применяемая с целью снижения сосудистого риска, пере- и постоперационного тромбоза. В исследуемой группе пациентов, из общего числа 32 (15,2%) имели в анамнезе фибрилляцию предсердий (ФП), семеро (3,3%) ранее имели госпитализацию по этому поводу. С целью определения тромбоэмболических осложнений (ТЭО) использовалась шкала оценки риска CHA2DS2-VASc.

Пациенты, имеющие высокий риск ТЭО получали длительное и более дозы ацетилсалициловой кислоты (АСК) и клопидогреля. Таким пациентам, помимо двойной антиагрегатной терапии назначались так же антиаритмики первого класса, осуществлялся контроль течения кардиологических заболеваний с помощью электрокардиографического (ЭКГ) и эхокардиографического

(ЭхоКГ) исследований, контроль МНО с целевыми показателями 2,0–3,0. Пациенты, которые имели сердечную недостаточность (13; 6,1%) и/или инструментально доказанные дополнительные пути проведения получали препарат выбора — амиодарон в дозировке 200 мг/сут. Не имеющие дополнительных путей проведения больные с ФП получали бисопролол 10 мг/сут. В интраоперационном или раннем послеоперационном периоде приступов ФП зафиксировано не было. Всем пациентам проводился расчет риска кровотечений по шкале Has-Bled. Результат в 3 балла и выше наблюдался у 17,4% пациентов, готовящихся к оперативному вмешательству, это объяснялось возрастом >65 лет, приемом антиагрегантов или нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВС), инсультом, кровотечением или анемией в анамнезе. Этим пациентам была показана отмена клопидогреля не позже 3 дней до вмешательства, или же полная отмена антикоагулянтной терапии при назначении бридж-терапии по причине чрезкожного коронарного вмешательства менее четырех месяцев назад. Чаще всего происходила отмена парасугрела в седьмой день до перации, клопидогреля в 4 и тикагрелора в третий. Аспирин в дозировке 150–200 мг. принимался на всем протяжении госпитализации. Непосредственно перед операцией и в раннем послеоперационном периоде проводился контроль клеточных и биохимических показателей крови, в том числе оценивался протромбиновый индекс (ПТИ), активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), международное нормализованное отношение (МНО). Интраоперационное кровотечение, требуемое медикаментозной остановки, наблюдалось у 13 (6,1%) больных. В послеоперационном периоде пациентам было возобновлено назначение клопидогреля сроком на две недели или дольше. Известно, что пролонгированный прием ДАТТ у пациентов с ОЗАНК в сравнении с коротким приемом сопровождается снижением риска определенного или вероятного тромбоза протеза или шунта. 32 пациента (15,2%) в послеоперационном периоде имели незначительное кровотечение (кожные синяки или экхимозы), не требующее хирургического вмеша-

Таблица 2. Шкала CHA2DS2-VASc оценка риска инсульта и системной тромбоэмболии у пациентов с ФП

Фактор риска	Баллы
Инсульт, транзиторная ишемическая атака или артериальная эмболия в анамнезе	2
Возраст >75 лет	2
Артериальная гипертензия	1
Сахарный диабет	1
Застойная сердечная недостаточность/ дисфункция ЛЖ (ФВ<40%)	1
Сосудистое заболевание (инфаркт миокарда в анамнезе, периферический атеросклероз, атеросклеротическая бляшка в аорте)	1
Возраст 65–74 года	1
Женский пол	1

тельства, продолжали прием ДАТТ или пропускали один прием. 14 (7%) пациента имели среднее по тяжести кровотечение — с целью коррекции проводилась смена тикагрелора на паразугрел или клопидогрель и пересмотр длительности ДАТТ у данных пациентов. В двух случаях развилось гастродуоденальное кровотечение средней тяжести, состояние пациентов было купировано отменой приема тикагрелора и назначением ингибиторов протонной помпы. Пациентам, перенесшим протезирование или шунтирование, но имеющим в раннем послеоперационном периоде кровотечение назначалось возобновление приема антагонистов витамина К — варфарина спустя 5 дней и удержание МНО на целевом уровне 2,0–2,5. Переход с гепарина на варфарин осуществлялся по следующей схеме:

1 день — 2 таб. по 5 мг.

2 день — 2 таб. по 5 мг.

3 день — определение МНО (incito). Далее действовали по результатам анализа, если:

- МНО меньше 1,8: дозу Варфарина увеличиваем на 0,5 таблетки, продолжаем вводить прямой антикоагулянт в лечебной дозе, определяем МНО через день.

- МНО 1,8–2,0: дозу Варфарина не меняем, уменьшаем дозу НФГ/НМГ в 2 раза, определяем МНО на следующий день.

- МНО 2–3: дозу Варфарина не меняем, отменяем прямой антикоагулянт, определяем МНО через 1–2 дня.

- МНО от 3 до 4 — дозу Варфарина уменьшаем на 0,5 таблетки, отменяем прямой антикоагулянт, определяем МНО на следующий день.

Антибиотикопрофилактика так же является важным моментом подготовки к операции и последующего ведения пациента перенесшего РВО. Предоперационная антибиотикопрофилактика при отсутствии подозрений на инфицирование проводилась при выполнении чистых операций в случае, когда возникновение осложнений сопровождается высоким риском. Препаратами выбора при чистых плановых вмешательствах у пациентов с КИНК являются цефазолин — 1 г в/м за 30 минут до вмешательства, а затем 0,5–1 г в/в или в/м во время операции; цефуроксим — 1,5 г в/в за 30 до вмешательства. Из выбранной группы пациентов у 7 (3,3%) наблюдался гнойно-воспалительный процесс в послеоперационной ране, причем, стоит отметить, что данные пациенты имели сахарный диабет второго типа. Таким пациен-

там помимо клинических исследований назначался бактериальный посев флоры с раневой поверхности с целью подбора этиотропной терапии. Оказывалось местное воздействие мазью клиндамицина, а также хорошо зарекомендовавшим себя методом отрицательного давления VAC-терапии. В случае возникновения поверхностной инфекции операционной раны назначались препараты в соответствии с клиническими рекомендациями:

Амоксициллин/Клавуланат назначаемые внутривенно по 1,2 г 3 р/сут.

Амоксициллин/Сульбактам — внутрь, в/в, в/м по 1,0 г 3 р/сут.

Ампициллин/Сульбактам — в/м, в/в, по 1,0 г 3–4 р/сут.

Альтернативными средства:

Клиндамицин — в/в, по 0,6 г 3 р/сут.

Амикацин — в/в по 0,5 г 2 р/сут.

Для пациентов, уже получавших антибактериальную терапию ранее эффективными, являются:

Левифлоксацин — в/в, или внутрь, по 0,5–0,75 г 1 р/сут.

Моксифлоксацин — в/в, или внутрь, по 0,4 г 1 р/сут.

Линезолид — в/в или внутрь, по 0,6 г 2 р/сут.

Нагноение послеоперационной раны, требующее вскрытия и дренирования наблюдалось у двух пациентов с сахарным диабетом, после осуществления санации и сахароснижающей терапии состояние было стабилизировано, повторных гнойно-воспалительных осложнений не возникало.

Таким образом следует сделать вывод что, как и было сказано ранее, одним из важнейших этапов комплексного лечения пациента отделения сосудистой хирургии является медикаментозное лечение. Первоочередное значение имеет контроль коморбидного фона, который чаще всего представлен сахарным диабетом, ишемической болезнью сердца, хронической сердечной недостаточностью. Именно эти заболевания могут оказывать прогностически неприятное влияние на пред- интра- и послеоперационный периоды. Как известно, сахарный диабет увеличивает риск не только ранних тромботических осложнений, но и приживаемость искусственного материала, используемого при протезировании, стентировании, а также значительно повышает шанс возникновения гнойно-воспалительных осложнений. Удержание нормального уровня глюкозы, своевременный прием назначенных медика-

ментозных препаратов, отказ от курения и соблюдение диеты способны повысить контроль данной патологии. Ишемическая болезнь сердца, равно, как и хроническая сердечная недостаточность так же ухудшают прогноз для хирургических больных. Оказывая прямое и опосредованное влияние на артериальное давление, сосудистый тонус, движение внеклеточной жидкости, обмен веществ и скорость регенеративных процессов эти патологии требуют тщательной диагностики и высокого уровня медикаментозного контроля препаратами различных групп, среди которых антикоагулянты, статины, фибраты, бета-адреноблокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, блокаторы кальциевых каналов, венотоники и др.

Таким образом, становится очевидным факт, что подготовка больного к оперативному вмешательству, а также его консервативное ведение в раннем и позднем послеоперационном периоде — важнейших момент комплексного процесса реабилитации пациента. Тщательная диагностика с использованием инструментальных и лабораторных методов в динамике, необходимые консультации смежных профильных специалистов, с осторожностью и всей ответственностью подобранные медикаментозные назначения, оценка степени их эффективности, грамотная своевременная коррекция, и, конечно же, искреннее желание врача помочь своему пациенту вернуться к нормальному образу жизни — способны сделать то, что иногда называют чудом.

N.K. Baziyani-Kukhto, A.A. Ivanenko, A.P. Kukhto, Yu.G. Lutsenko, V.Yu. Avramenko, V.S. Teleshov

KEY ASPECTS OF DRUG THERAPY IN VASCULAR SURGEON

Abstract. *Drug therapy of patients with chronic obliterating diseases of the lower extremities is one of the most pressing issues of modern vascular surgery. Since*

often a patient requiring reconstructive surgery has comorbid conditions in the form of diabetes mellitus, coronary heart disease, chronic heart failure, it is very important to reduce the vascular risk and control the atherosclerotic process, which can sometimes be achieved with difficulty in this group of patients. This article discusses the main aspects of drug therapy in vascular surgery at the preoperative and postoperative stages.

Keywords: *atherosclerosis, diabetes mellitus, occlusion, coronary heart disease, anticoagulant, statins, antibiotics, purulent inflammation, thrombosis, bleeding, reconstructive surgery.*

ЛИТЕРАТУРА

1. Винник, Ю.С. Современные методы лечения гнойных ран / Ю.С.Винник, Н.М.Маркелова, В.С.Тюрюмин // Сибирское медицинское обозрение. – 2013. – № 1. – С. 18-24.
2. Киселев А.Р., Гриднев В.И., Караваев А.С., Посненкова О.М., Пономаренко В.И., Прохоров М.Д. и др. Оценка пятилетнего риска летального исхода и развития сердечно-сосудистых событий у пациентов с острым инфарктом миокарда на основе синхронизации 0,1 Гц ритмов в сердечно-сосудистой системе. Саратовский научно-медицинский журнал. – 2010. №2. С. 38.
3. Лосев Р.З., Куликова А.Н., Тихонова Л.А. Современные взгляды на диабетическую ангиопатию нижних конечностей. Ангиология и сосудистая хирургия. – 2006. 12: 1: С.25–31.
4. Ревишвили А.Ш., Шляхто Е.В., Замятин М.Н. и др. Особенности оказания экстренной и неотложной медицинской помощи пациентам, получающим прямые оральные антикоагулянты. Согласительный документ междисциплинарной группы экспертов. Вестник аритмологии. 2018; 92: С. 59–72.
5. Светухин, А.М. Гнойная хирургия: современное состояние проблемы. 50 лекций по хирургии (под ред. акад. Савельева В.С.). / А.М.Светухин, Ю.А.Амирасланов // М., «Медиа Медика». – 2003. – С. 335-344.
6. Сидоренко Б.А., Преображенский Д.В. Низкомолекулярные гепарины: возможности применения. Кардиология. – 1995; 10: С. 86—90.
7. Matyas L, Schulte KL, Dormandy JA, Norgren L, Sowade O, Grotzbach G, et al. Arteriogenic gene therapy in patients with unreconstructable critical limb ischemia: a randomized, placebo-controlled clinical trial of adenovirus 5-delivered fibroblast growth factor-4. Human Gene Therapy. – 2005.16(10):p.1202-1211.
8. Whayne TF. A review of the role of anticoagulation in the treatment of peripheral arterial disease. Int J Angiol. –2012 Dec;21(4): p. 187-194.

УДК 616.248-07-06-037-053.2

¹ И.М. Островский, ² Е.С. Дмитриева, ² Т.В. Ленарт, ² Ю.В. Зиборова

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ — ДИНАМИКА ЗА 10 ЛЕТ

¹ ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»,

² Республиканская детская клиническая больница МЗ ДНР, г. Донецк

Резюме. *Целью работы явился анализ ошибок, допущенных в диагностике и терапии бронхиальной астмы педиатрами первичного звена. Заболеваемость детей бронхиальной астмой в*

ДНР с 2017 года неуклонно снижается. Проведен сравнительный анализ историй болезни детей, находившихся на лечении в клинике по поводу бронхообструктивного синдрома в 2012–2013 гг.