

Установлена высокая распространенность зубочелюстных аномалий во всех обследованных группах детей г. Белгорода. Частота патологии варьирует от 57,0 до 88,0% ($P < 0,0001$) в зависимости от возраста и района проживания.

Установлено, что в общей структуре ортодонтической патологии преобладают аномалии зубных рядов (67,72-77,25%; $P < 0,0001$), в основном представленные скученным положением зубов (26,35-32,60%; $P < 0,0001$). Из аномалий отдельных зубов наиболее часто выявляются адентии (4,85-10,22%; $P < 0,0001$) и флюороз (0,0-7,51%; $P < 0,0001$). Среди аномалий прикуса чаще встречаются сагиттальные, значительная доля которых приходится на прогнатический прикус (2,88-6,03%; $P < 0,0001$).

Таким образом, прослеживается прямая корреляция между ростом распространенности аномалий прикуса и нарушениями лицевых признаков, в то время как с симптомами патологии ВНЧС такой связи практически нет.

Определение степени трудности ортодонтического лечения. В период начального сменного прикуса 52,0% пациентов имели

1 степень, 44,0% – 2 степень, 4,0% – 3 степень; в период завершающего сменного прикуса 30,77% имели 1 степень, 57,69% – 2 степень, 11,54% – 3 степень ($P < 0,05$). Четвертой степени трудности лечения не отмечено.

В период начального сменного прикуса средняя продолжительность лечения составляет $15,92 \pm 4,85$ мес. (от $9,0 \pm 1,60$ до $24,0 \pm 4,80$ мес.), завершающего сменного прикуса – $18,04 \pm 4,61$ мес. (от $9,0 \pm 1,80$ до $25,0 \pm 5,0$ мес.). В среднем за весь период лечения пациенты 6-8 лет посещают ортодонта $32,68 \pm 7,89$ раза (от 20 до 44 посещений), 9-11 лет – $36,19 \pm 7,21$ раза (от 20 до 46 посещений). Трудозатраты в период начального сменного прикуса составляют $58,07 \pm 12,18$ УЕТ, завершающего сменного прикуса – $63,70 \pm 11,73$ УЕТ.

С возрастом значительно снижается распространенность легких форм аномалий ЗЧС, соответственно увеличиваются степень трудности и общая продолжительность лечения, количество посещений, трудовые и материальные затраты.

УДК 617.58:616.13-004.6-053.9

ОБЛИТЕРИРУЮЩИЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ЛИЦ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

П.И. ПОЛЯКОВ*, С.Г. ГОРЕЛИК**, Е.А. ЖЕЛЕЗНОВА**

* Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии ЦЗО РАМН, пр. Динамо, дом 3, Санкт-Петербург
** Белгородский государственный национальный исследовательский университет, ул. Победы, 85, г. Белгород

Аннотация: в статье рассмотрены вопросы этиологии, патогенеза, диагностики, лечения, исхода и прогноза облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей. На материале хирургических отделений городских больниц и отделения сосудистой хирургии областной клинической больницы города Белгорода проведен анализ клинической эпидемиологии, распространенности облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей у больных старческого возраста, особое внимание обращается на структуру сопутствующей патологии у данной категории больных и влияние сопутствующей патологии на лечение и исход заболевания.

Ключевые слова: облитерирующий атеросклероз, старческий возраст.

OBLITERATING ATHEROSCLEROSIS of LOWER EXTREMITIES in the ELDERY PATIENTS.

P.I. POLYAKOV**, S.G. GORELIK***, E.A. ZHELEZNOVA***

* St. Petersburg Institute of Bioregulation and Gerontology
** Belgorod State University, National Research

Abstract: the article discussed the etiology, pathogenesis, diagnosis, treatment, outcome and prognosis of obliterating atherosclerosis of lower extremity arteries. According to the data of surgical departments of city hospitals and vascular surgery department of the regional hospital of the Belgorod the analysis of clinical epidemiology, prevalence of obliterating atherosclerosis of lower extremities in elderly patients was carried out. The structure of comorbidity in these patients and the effect of comorbidity on treatment and outcome was studied.

Key words: atherosclerosis, old age.

Атеросклеротическое поражение артерий нижних конечностей – достаточно широко распространенное заболевание, составляющее 2-3% от общей численности населения [11]. Распространенность облитерирующего атеросклероза неодинакова – она весьма высока в странах Европы, Северной Америки, в то время как в Азии, Африке, Латинской Америке встречается значительно реже. В крупных городах и мегаполисах частота облитерирующего атеросклероза выше, чем в сельских местностях [13].

В Российской Федерации хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей страдают около 3 миллионов человек [18]. Мужчины болеют чаще, чем женщины, в среднем соотношение 10:1 [13]. Частота этой патологии тесно связана с возрастом пациентов: от 1,1% в 40 лет, до 5,2% в 70 лет [11,20]. Если же учесть не диагностированные формы, то число больных облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей становится, примерно, в 2 раза выше [11].

Нередко у пациентов с облитерирующим атеросклерозом отмечаются проявления мультифокального атеросклероза - артериальная гипертензия, ИБС, сосудисто-мозговая недостаточность и поражение других сосудистых бассейнов. Так, по данным разных авторов у 60-80% пациентов с облитерирующим атеросклерозом имеет место явная или скрытая форма ИБС, а у 25% – поражение брахиоцефальных артерий. Чаще всего пациенты данной категории имеют избыточный вес, повышенное АД; как правило, среди них много курильщиков (свыше 80%)[13].

Что касается прогноза данного заболевания, по данным в популяции старше 55 лет с момента постановки диагноза в течение

5 лет у 1% больных развивается критическая ишемия пораженной конечности, 30% больных умирают, у 20% развиваются не фатальные острые ишемические эпизоды (инсульт, инфаркт) [11]. Из оставшихся больных 4% выполняется высокая ампутация пораженной конечности, у 16% пациентов отмечается ухудшение состояния и у 73% процесс стабилизируется [11,14].

Атеросклероз – хроническое медленно прогрессирующее заболевание, проявляющееся в очаговом утолщении интимы артерий эластического и мышечно – эластического типов за счет отложения липидов (липопротеидов) и реактивного разрастания соединительной ткани [14]. По данным В.С. Савельева, В.М. Кошкина, атеросклероз составляет 81,8 % случаев среди причин острых облитерирующих заболеваний нижних конечностей [3,17]. В основе заболевания лежат различные воздействия, приводящие к нарушению жира-белкового обмена и к повреждению интимы крупных артерий [14]. Факторы риска можно классифицировать на изменяемые и неизменяемые. Среди изменяемых особое внимание обращает на себя курение, которое повышает риск прогрессирования хронической ишемии нижних конечностей в 2,1 раза [10]. По данным А.С. Кунижева около 84,8% больных с заболеванием облитерирующего атеросклероза нижних конечностей курили или продолжают курить [11].

В настоящее время можно выделить несколько значимых теорий патогенеза атеросклероза: инфильтрационная теория, тромболипидная теория, перекисная теория, мембранная гипотеза, аутоиммунная теория, вирусная гипотеза, которые укладываются в рамки двух концепций [1,4,5,7,9,22,23].

Одна из них – плазменная – исходит из того, что в развитии атеросклероза повинны липиды (липопротеины) и некоторые белки (например, фибриноген плазмы). По мере старения показатели липидного профиля претерпевают изменения. Содержание общего холестерина в крови растёт, начиная с 20-30 лет до 60 лет у мужчин и до 70 лет у женщин. Пик концентрации холестерина и триглицеридов в крови отмечают между 40 и 60 годами. В дальнейшем, с 60 до 79 лет, концентрация холестерина в крови повышается в среднем на 1,04 ммоль/л [12,13,19]. Другая концепция – сосудистая – объединяет теории и гипотезы, в которых главное значение в развитии атеросклеротического процесса придается изменениям клеточных, соединительнотканых и других структур артериальной стенки, возникающим под действием различных повреждающих факторов [3].

Гемодинамические нарушения, обусловленные сужением и облитерацией просвета магистральных сосудов, проявляющиеся в первую очередь перемежающейся хромотой, наступают при стенозе просвета сосуда не менее чем на 60% (гемодинамически значимые стенозы). Уменьшение объемной скорости кровотока и снижение перфузионного давления дистальнее уровня гемодинамически значимого стеноза вызывает постоянную ишемию тканей, ухудшение микроциркуляции, нарушение обменных процессов в конечности [8,13].

Боль в ногах при ходьбе, прекращающаяся после остановки является основным первичным симптомом облитерирующего атеросклероза нижних конечностей. Эта характерная симптоматика, присутствующая в большинстве случаев, определяется как «перемежающаяся хромота» и является результатом ишемии тканей, возникающей при нагрузке, в связи с ограничением кровотока, в то время как в покое кровоснабжение достаточное. Так, подобная симптоматика выявляется у 70% больных с данной патологией [6,21]. При хронической ишемии нижних конечностей у пациентов обычно развивается мышечная гипотрофия, атрофия подкожной клетчатки, уменьшается наполнение подкожных вен (симптом «канавки» или «высохшего русла реки»), изменяется окраска кожи (бледность, мраморность и т. д.). Затем появляются трофические нарушения в виде выпадения волос, сухости кожи, утолщения и ломкости ногтей и др. При выраженной ишемии на коже появляются пузыри, наполненные серозной жидкостью. В финале чаще возникает сухой (мумификация) или реже влажный (влажная гангрена) некроз дистальных сегментов конечности [2,21].

Основной лечением больных хроническим облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей является консервативная терапия, которая проводится в амбулаторных условиях. При необходимости она может дополняться интенсивным лечением в стационаре или же хирургическим вмешательством. В ранних (I-IIa) стадиях, а так же при наличии противопоказаний к операции или отсутствии технических условий для её выполнения у больных с тяжелой ишемией конечности применяется только консервативное лечение. Показанием к оперативному лечению является ишемия конечностей IIb, III и IV степени. При этом степени III и IV объединяются под термином критическая ишемия. Противопоказаниями к оперативному лечению являются: сопутствующее заболевание внутренних органов – сердца, легких, почек – тотальный кальциноз артерий, отсутствие проходимости дистального русла, влажная гангрена с септическим состоянием, инфаркт миокарда, инсульт, перенесенные в течение предшествующих 3 месяцев, сердечная недостаточность III степени. Возраст и наличие сопутствующих заболеваний в стадии компенсации (в том числе сахарный диабет) не являются противопоказаниями к операции [13,19].

Основным критерием оперативного лечения является принцип: максимальное, возможное улучшение регионарного кровообращения. При выборе тактики лечения необходимо помнить о сопутствующей патологии (ИБС, сахарный диабет). По результатам 10-летнего проспективного наблюдения у больных с исходной критической ишемией двух- и пятилетний риск смерти составляет 20 и 50% соответственно [6]. Именно критическая ишемия характеризуется выраженной сопутствующей патологией. Так, по данным различных авторов, ИБС отмечена в этой группе с частотой от 50 до 80%, а стенозы внутренней сонной артерии – от 40 до 60%. При этом возможность реконструкции или ангиопластики отмечена лишь в 60% случаев, при этом первичная ампутация в течение года с момента выявления заболевания производится в 19% случаев, а вторичная – в 25% [6,21].

Летальность после операции прямой реваскуляризации конечности по данным сводной статистики, ранее составлявшая по Российской Федерации не менее 20% (1991-2005 гг.), в настоящее время в ведущих клиниках России не превышает 1,2% [19]. Однако сохраняется большая частота тромботических реокклюзий в зоне реконструкции и в других бассейнах, поражённых облитерирующим процессом [2]. Причинами неудачных исходов артериальных реконструкций служат технические погрешности, возникновение рестенозов или прогрессирование атеросклероза. Частота проявления поздних тромботических реокклюзий в течение двух лет после бедренно-подколенных реконструкций составляет 37% при использовании аутовены, 51% при применении синтетических протезов и до 50% после чрезпросветной ангиопластики артерий конечностей [16,24,25]. Так же пациенты с атеросклерозом нижних конечностей имеют высокий уровень пролиферативной активности эндотелия, что также способствует наступлению этого осложнения [15]. В ходе изучения свойств крови, выявлено, что у данной категории больных определяется высокая распространенность различных тромбофилических состояний, однако влияние данных изменений на результаты реконструктивных операций изучено не достаточно [16].

Послеоперационная летальность при ампутациях ниже колена составляет 5-10%, выше колена 15-20%. Летальность в течение первых двух лет после ампутации колеблется в пределах 25-30%, а через 5 лет 50-70%. При этом после ампутации голени на протезе через 2 года ходят лишь 69,4% больных, а бедра всего 30,3% [19].

Прогноз во многом зависит от качества профилактической помощи, оказываемой пациенту. Все они должны находиться под диспансерным наблюдением (контрольные осмотры через каждые 3-6 мес., УЗИ артерий – 1 раз в год). Курсы профилактического лечения в условиях стационара следует проводить не реже 2 раз в год (пожизненно). Это позволяет сохранить пораженную конечность в функционально удовлетворительном состоянии [16].

Цель исследования – изучить результаты лечения больных старческого возраста, страдающих облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей.

Задачи исследования:

1. изучить заболеваемость облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей у больных старческого возраста;
2. выявить уровень полиморбидности у лиц старческого возраста, страдающих облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей;
3. определить осложнения облитерирующего атеросклероза нижних конечностей у лиц старческого возраста;
4. изучить методы лечения больных старческого возраста с облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей;
5. определить исходы заболевания у больных старческого возраста с облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей;

Материалы и методы исследования. Объектом исследования явился контингент больных старшей возрастной группы, пролеченных в хирургических отделениях многопрофильных городских больниц и отделения сосудистой хирургии ОКБ №1 города Белгорода с облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей. Статистическая обработка материала проведена методом описательной статистики, с использованием программы STATISTICA 6.0. Результаты представлены в виде средней арифметической, погрешности средней и в процентном соотношении.

Результаты и их обсуждение. За 2010 год в хирургические стационары многопрофильных больниц и отделения сосудистой хирургии ОКБ №1 г. Белгорода было госпитализировано 811 пациентов старческого возраста (от 75 до 95 лет). Это составило 10,8% от общего числа поступивших в хирургические отделения многопрофильных больниц. Среди них с облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей 75 (9,25%) больных, средний возраст которых составил 80,3±4,4 лет; мужчин 45 (60,0%), женщин 30 (40,0%) (рис.1).

Следует отметить, что в возрасте от 75 до 80 лет пролечено 37 пациентов (49,3%), от 80 до 85 – 24 человека (32,0%), от 85 до 90 – 13 больных (17,3%), от 90 и выше – 1(1,4)%. Распределение по возрастам больных с облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей представлено на таблице 1.

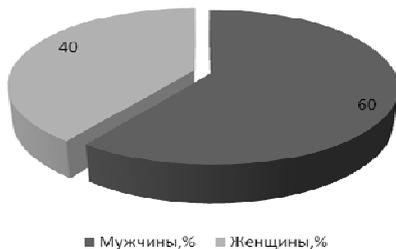


Рис. 1 Процентное соотношение мужчин и женщин

Распределение по возрастам

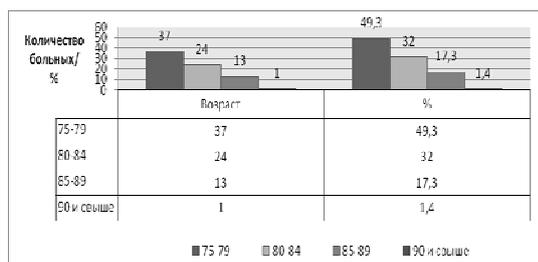


Таблица 1

Таблица 2

Распределение больных по времени поступления в стационар

Время поступления в стационар									
1 сут		2 сут		3 сут		4 сут		5 сут и более	
абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
6	15,0	4	10,0	7	17,5	0	0	23	57,5

В экстренном порядке поступило 40 больных (53,3%), в плановом – 35 (46,7%) больных. При этом, 57,5% (23) больных поступило через 5 суток и более от начала заболевания. Данные представлены в табл. 2.

У 53 пациентов (70,7%) имелась сопутствующая патология, при этом у 13,3% выявилось одно сопутствующее заболевание, у 16 (21,3%) – два сопутствующих заболевания, у 19 (25,3%) – три, у 8 (10,7%) – четыре сопутствующих патологии.

В структуре сопутствующей патологии преобладали: заболевания сердечно-сосудистой системы были диагностированы у 65,3% (49) больных (среди них: ишемическая болезнь сердца у 49 пациентов, сердечная недостаточность наблюдалась у 29 пациентов (38,7%), инфаркт миокарда в анамнезе был у 12 человек (16,0%), аритмия сердца – у 12 человек (16,0%), гипертоническая болезнь – у 39 (52,0%), заболевания нервной системы (дисциркуляторная энцефалопатия) – у 10 человек (13,3%), заболевания желудочно-кишечного тракта были диагностированы у 7 человек (9,3%), среди которых единичные случаи гастрита, язвенной болезни желудка, язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, 2 случая желчекаменной болезни (2,7%); заболевания дыхательной системы (хроническая обструктивная болезнь легких) у 6 пациентов (8,0%). Сопутствующая патология у больных старческого возраста представлена в табл. 3.

Признаки хронической артериальной недостаточности имелись у 78,6% больных. Распределение по степени тяжести представлено в табл. 4.

Среди осложненных трофического характера было выявлено 16 случаев (21,3%) гангрены (стоп, голени), только трофические язвы (пальца стопы, стопы, голени) наблюдались у 7 пациентов (9,3%), некроз (ногтевой фаланги пятого пальца правой стопы, пальца стопы) в 2 случаях (2,7%), гнойные раны (пальца стопы, стопы) – 2 (2,7%).

У 14 пациентов (18,7%) было проведено оперативное вмешательство, при этом у троих (4,0%) была культя другой нижней конечности на разных уровнях. Виды оперативных вмешательств представлены в табл. 5.

Анализ послеоперационных осложнений у пациентов старческого возраста показал: у 1(7,1%) больного послеоперацион-

ный период осложнился гематомой, в 1 случае (7,1%) возобновление кровотечения из раны потребовало ревизии раны, у 2 больных – нагноение послеоперационной раны (14,2%). Общесоматические осложнения диагностированы у 1 пациента (7,1%), у которого послеоперационный период осложнился левосторонней пневмонией на фоне хронической обструктивной болезни легких.

Таблица 3

Сопутствующая патология у больных пожилого возраста

№ п/п	Сопутствующая патология	Количество пациентов	
		Абсолютное число	%
1.	ИБС	49	65,3
	признаками хронической сердечной недостаточности	29	38,7
	мерцательная аритмия	12	16,0
	инфаркт миокарда в анамнезе	12	16,0
2.	Гипертоническая болезнь	39	70,0
3.	Дисциркуляторная энцефалопатия	10	13,3
4.	Хронический гастрит, язвенная болезнь желудка или 12-перстной кишки	7	9,3
5.	Хронической обструктивной болезни легких	6	8,0
6.	ЖКБ	2	2,7

Таблица 4

Распределение больных по степени хронической артериальной недостаточности

Степень	Абсолютное количество	Процентное соотношение, %
I	2	3,4
II	37	62,7
II-III	1	1,7
III	10	16,9
III-IV	5	8,5
IV	3	5,1

Таблица 5

Виды оперативных вмешательств

Операции	Абсолютное число	Процентное соотношение, %
Ампутация бедра на уровне с/3	6	42,9
Ампутация бедра на уровне в/3	3	21,4
Коронарография. Ангиография таза и обоих н/к.	1	7,1
Экзартикуляция пальца стопы.	1	7,1
Некрэктомия.		
Бедренноподколенное шунтирование слева.	1	7,1
Реампутация культи левого бедра.	1	7,1
Эверсионнаяпрофундопластика. Аутовеннаяпрофундопластика слева. Левосторонний бедренноподколенный протез «БАРД»	1	7,1

Летальность в данной категории пациентов составила 6,7% (5 больных). При анализе структуры летальности в 100% наблюдений причиной смерти было не хирургическое заболевание, по поводу которого больному была произведена операция, а декомпенсация сопутствующей патологии. У 3 (60,0%) больных причиной смерти стала острая сердечно-сосудистая недостаточность на фоне ИБС, атеросклеротического кардиосклероза; в 1 случаях (20,0%) причиной смерти явилась тромбозомболия легочной артерии, в 1 случаях (20,0%) – левосторонняя пневмония на фоне хронической обструктивной болезни легких III степени.

У 11 больных послеоперационные раны зажили первичным натяжением (78,6%), у 3 – вторичным (21,4%).

Выводы:

1. Заболеваемость облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей у больных старческого возраста составляет 10,8%. Средний возраст пациентов 80,3±4,4 лет, при этом мужчины болеют данной патологией в 1,5 раза чаще женщин.
2. У 70,7% имелась сопутствующая патология, при этом у 13,3% выявилось одно сопутствующее заболевание, у 16 (21,3%) – два сопутствующих заболевания, у 19 (25,3%) – три, у 8 (10,7%) – четыре сопутствующих патологии.
3. Признаки хронической артериальной недостаточности наблюдалась у 78,6% больных, осложнения трофического характера – у 36,0%.
4. У 81,3% пациентов, учитывая тяжесть заболевания и наличие сопутствующей патологией, проводилась консервативная терапия. 18,7% больных было прооперировано, при этом только у 14,2% пациентов были произведены операции прямой реваскуляризации конечности. Ампутации нижних конечностей по жизненным показаниям произведены у 78,5%.

6. Осложнения послеоперационного периода наблюдались у 35,7% больных, при этом раневые осложнения наблюдались у 28,6% пациентов, общесоматические – у 7,1%. Летальность у больных с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей старческого возраста составила 6,7%. При анализе структуры летальности в 100% наблюдений причиной смерти было не хирургическое заболевание, по поводу которого больному была произведена операция, а декомпенсация сопутствующей патологии.

Литература

1. Аничков, Н.Н. Об этиологии и патогенезе атеросклероза / Н.Н. Аничков // Архив биол. наук.– 1935.– Т. 9.– С. 51–85.
2. Белов, Ю.В. Хирургическое лечение больных с множественным поражением артерий нижних конечностей / Ю.В. Белов, А.Б. Степаненко, А.П. Генс, И.Г. Халилов // Ангиология и сосудистая хирургия.– 2002.– 8.– №1.– С. 72–82
3. Брискин, Б.С. Новые аспекты хирургического лечения сочетаний желчнокаменной болезни и мультифокального атеросклероза / Б.С. Брискин, Ф.Ф. Хамитов, М.В. Костюченко // Трудный пациент.– 2005.– №10.– [Режим доступа] URL: http://www.t-pacient.ru/archive/n10n11-2005/n10n11-2005_59.html
4. Воинов, В.А. Аутоиммунные механизмы развития атеросклероза и возможности эфферентной терапии / В.А. Воинов // Эфферентная терапия.– 2006.– Т.12.– №2.– С. 51–57.
5. Воскресенский, О.Н. Свободно-радикальное окисление, антиоксиданты и атеросклероз / О.Н. Воскресенский // Кардиология.– 1981.– № 6.– С. 118–123
6. Дроздов, С.А. Клиника, диагностика и методы лечения периферического атеросклероза / С.А. Дроздов // «Трудный пациент».– 2005.– №10.– С. 11
7. Зуев, В.А. Медленные вирусные инфекции человека и животных / В.А. Зуев.– М.: Наука.– 1988.
8. Казаков, А.Ю. Сравнительные результаты реконструктивных операций у больных с атеросклеротическим поражением артерий бедренно-подколенно-берцового сегмента при критической ишемии нижних конечностей / Ю.И. Казаков, А.Ю. Казаков, Д.О. Бобылев, Р.С. Аль-хамад // Тезисы докладов сборника научно-практических работ «Гуманитарные, клинические и морфологические аспекты медицины».– Тверь.– 2003.– С. 275–276.
9. Климов, А.Н. Обмен липидов и липопротеинов и его нарушения / А.Н. Климов, Н.Г. Никульчева.– СПб.: Питер Ком.– 1999.– 512 с.
10. Кошкин, В.М. Консервативная терапия хронических облитерирующих заболеваний артерий конечностей / В.М. Кошкин // Русский медицинский журнал.– 1998.– №13.– С. 823–825
11. Кунижев, А.С. Консервативное лечение больных хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей в амбулаторных условиях / А.С. Кунижев.– М.: Диссертация, 2003.– [Режи доступа] URL: <http://www.dissercat.com>.

12. Липидный профиль. [Режим доступа] URL: <http://www.medn.ru/statyi/lipidnyjprofil.html>

13. Облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей. Методическое пособие для студентов старших курсов, интернов, ординаторов и практикующих врачей. / Под редакцией А.М. Шулушко, В.И. Семикова.– М.: 2010.– С. 5–29 с.

14. Патология. Частный курс. Курс лекций в 2 т. / Под редакцией М.А.Пальцева.– М: Медицина, 2007.– Т.2.– С. 27–39.

15. Полянцев, А.А. Влияние активности воспалительной стенки на отдаленные результаты реконструктивных операций у пациентов страдающих облитерирующим атеросклерозом аорта и артерий нижних конечностей / А.А. Полянцев, П.В. Мозговой, Д.В. Фролов, Г.Л. Снигур // Хирургия.– 2011.– Т. 12.– С. 410–419.

16. Полянцев, А.А. Тромбофилические состояния в патогенезе поздних тромботических реокклюзий у больных облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей / А.А. Полянцев, П.В. Мозговой, Д.В. Фролов, И.А. Наумов, И.А. Поликарпов // Вестник экспериментальной и клинической хирургии.– 2011.– Т. IV.– №2.– С. 208–211

17. Савельев, В.С. Критическая ишемия нижних конечностей: определение понятия и гемодинамическая характеристика / В.С. Савельев, В.М. Кошкин, А.В. Каралкин, А.А. Тарковский // Ангиология и сосудистая хирургия.– 1996.– №3.– С. 84–90

18. Лечение критической ишемии нижних конечностей у больных пожилого и старческого возраста с тяжелыми соматическими заболеваниями / Б.С. Суковатых [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.– 2007.– №8.– С.12–16.

19. Шевцов, Ю.Н. Практическое руководство для врачей хирургов, ангиохирургов по оказанию лечебно-диагностической помощи при облитерирующих заболеваниях артерий нижних конечностей населению Белгородской области / Ю.Н. Шевцов, И.П. Парфенов.– Белгород: Белгород.– 2010.– С. 8–17.

20. Dormandy, J.A. Therapeutic advances in critical limb ischaemia / J.A. Dormandy.– London, New-York, 1993.– 43 p.

21. Peripheral arterial disease detection, awareness, and treatment in primary care / A.T. Hirsch [et al.] // JAMA.– 2001.– 286.– 1317–1324.

22. Jackson, R.L. Jr. Lipoprotein structure and metabolism / R.L. Jackson, J.D. Morrisett, A.M. Gotto // Physiol Rev.– 1976– Apr; 56(2):– 259–316 p.

23. Mustard, J.F. Platelets, thrombosis and vascular disease / J.F. Mustard // Can Med Assoc J.– 1961 Sep 9; 85:621–30.

24. Myers, S.I. Preliminary results of subintimal angioplasty for limb salvage in lower extremities with severe chronic ischemia and limb-threatening ischemia / S.I. Myers, D.J. Myers, A. Ahmend, V. Ramakrishnan // J. Vasc. Surg. 2006; 44(6).– P. 1239–1246

25. Prospective multicenter study of quality of life before and after lower extremity vein bypass in 1404 patients with critical limb ischemia / L.L. Nguyen [et al.] // J. Vasc. Surg. 2006; 44(5): 977–983 p.

УДК 616.6:616-07-053.9

СТРУКТУРА СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С УРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Э.В. МУДРАКОВСКАЯ*, С.Г. ГОРЕЛИК**, Н.А. КОЛПАКОВА**

*Медицинский центр «Ваша Клиника», ул. Большая Дмитровка, д. 9, стр. 3, г. Москва,

** НИУ «БелГУ», ул. Победы, д. 85, г. Белгород

Аннотация: в статье проведен анализ структуры и сочетания сопутствующей патологии и влияние выраженности сопутствующей патологии на диагностику и лечение у больных пожилого и старческого возраста с урологической патологией. Среди сопутствующих заболеваний у урологических больных пожилого и старческого возраста наиболее часто встречаются заболевания сердечно-сосудистой системы, дыхательной и нервной систем. При этом, с возрастом резко увеличивается число пациентов, у которых одновременно отмечаются 2 и более сопутствующих заболевания, что влияет на тактику лечения и выбор анестезиологического пособия у данной категории больных.

Ключевые слова: сопутствующие заболевания, урологическая патология, пожилой и старческий возраст.

STRUCTURE OF CONCOMITANT PATHOLOGY IN THE ELDERLY AND SENILE PATIENTS WITH UROLOGICAL DISEASES

E.V. MUDRAKOVSKAYA*, S. D. GORELICK**, N.A. KOLPAKOVA**

*Medical Center "Your Clinic", Moscow,

** "BSU", Belgorod

Abstract: the article analyzes the structure and combination of comorbidities and expression effect of accompanying pathology on diagnosis