

А.В. Сажин, А.Д. Климиашвили, Д.Ю. Михайлов*, Л.Д. Гулина, С.В. Лисин, С.Л. Сафарян, В.И. Корнилова

АНГИОХИРУРГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ

ГБОУ ВПО "Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова"
Минздрава России, 117997, Москва, Россия

*Михайлов Дмитрий Юрьевич (Mikhaylov Dmitriy Yurevich). E-mail: mdudoc@mail.ru

♦ В статье приведены данные анализа отечественной и зарубежной литературы, посвященной проблеме наркомании, а также осложнениям, связанным с внутрисосудистым введением различных наркотических средств. Отображена тенденция роста числа лиц с наркотической зависимостью в стране. По данным официальной статистики, в России 674 тыс. жителей употребляют различные виды наркотических веществ. В Москве их число превышает 35 тыс. Крайне важен тот факт, что наркомания, в основном, болезнь молодых людей. В процесс наркотизации вовлекается все большее число подростков и женщин. 60% больных наркоманией в России это лица в возрасте от 16 до 30 лет. Непрерывный рост наркотизации влечет за собой повышение уровня заболеваемости и смертности среди молодого трудоспособного населения. При этом в 50,9% случаев причиной смертности у наркоманов являются соматические заболевания.

Приводятся сведения о различной локализации поражения сосудов. В больше чем 50% случаев, поражаются сосуды паховой области, но наряду с этим встречаются поражения плечевых, подключичных артерий.

Предложены различные взгляды авторов на механизм поражения сосудистой стенки, а также факторы, влияющие на различный тип течения патологических явлений. Отмечено, что тромбоз венных сосудов у наркоманов носит неэмболический характер, указаны причины низкого риска тромбоэмболии легочной артерии у данной категории больных.

Большое внимание уделено методам лучевой диагностики сосудистой патологии у больных после внутрисосудистого введения наркотических веществ. Приведен сравнительный анализ их достоверности.

Анализ литературы показывает, что в большинстве описаны конкретные случаи из практики. В меньшем количестве публикации имеют обобщающий характер. Не определена четко также хирургическая тактика лечения осложнений, его объем и сроки.

Таким образом, все негативные факторы, возникающие при повреждении кровеносных сосудов у наркоманов, их осложнения — весьма актуальная проблема не только ангиохирургии, но и медицины в целом, что свидетельствует о необходимости всестороннего изучения проблемы диагностики и лечения данной патологии. Для благоприятного исхода гнойно-септических осложнений и сосудистых поражений у больных с наркотической зависимостью необходимым условием является выработка рациональных подходов к диагностике и лечению данной крайне тяжелой категории больных.

Ключевые слова: наркомания, аневризма, тромбоз, тромбоэмболия, ишемия

A.V. Sajin, A.D. Klimiashvili, D.Yu. Mikhaylov, L.D. Gulina, S.V. Lisyn, S.L. Safaryan, V.I. Kornilova

THE ANGIOSURGERY PATHOLOGY UNDER DRUG ADDICTION: THE ISSUE REVIEW

The N.I. Pirogov Russian national research medical university Minzdrav of Russia, 114907 Moscow, Russia

♦ The article presents the analysis of national and international scientific literature considering the issue of drug addiction and the complications related to intravascular introduction of various drug agents. The national tendency of increasing of percentage of persons with drug addiction is depicted. In Russia, according the official statistic data, 674 thousand citizens are taken various types of drug substances. In Moscow their number exceeds 35 thousand. Mainly, the drug addiction is a disease of young people. More and more adolescents and women are involved into process of narcotization. In Russia, about 60% of drug addicts are persons aged from 16 to 30 years. The ongoing increase of narcotization results in the increase of level of morbidity and mortality of young body-abled population. At that, among drug addicts 50.9% of terminal outcomes were caused by somatic disease.

The data concerning different localization of vascular lesions is presented. In more than 50% the vessels of inguinal region are affected. Along with it, the lesions of shoulder and subclavicular arteries are presented too. The different considerations of researchers are proposed related to the mechanism of lesion of vascular wall impacting the different types of course of pathologic occurrences. It is noted that in drug addicts thrombosis of venous vessels has a non-embolic character. The causes of lower risk of pulmonary embolism in this category of patients are mentioned. The methods of radiologic diagnostic of vascular pathology in patients after intravascular introduction of drug substances are explained, including the comparative analysis of their reliability. Mostly, the factual cases of practice are described. Only several publications can be considered as a summary review. Hence, all negative factors occurring in case of lesion of blood vessels in drug addicts and their complications are rather actual issues of both angioplasty and medicine in general. This condition testifies the need of comprehensive study of issues of diagnostic and treatment of this pathology. The benevolent outcome of pyo-septical complications in patients with drug addiction demands the development of rational approaches to diagnostic and treatment of this extremely severe category of patients.

Key words: drug addiction, aneurysm, thrombosis, embolism, ischemia

Прогрессирующее по всему миру распространение наркотических средств, постоянное увеличение числа наркозависимых лиц, а также медико-социальные последствия наркомании относятся к важнейшим проблемам настоящего времени [43]. Многие исследователи считают наркоманию эпидемией современности, уровень которой не имеет тенденции к снижению [24].

Темп распространения наркомании в России увеличивается год от года. Так, по данным Минздравсоцраз-

вития РФ, к концу 2011 г. официально зарегистрировано 674 тыс. жителей России, употребляющих наркотики, что на 16% больше по сравнению с аналогичным показателем в 2010 г. В Москве число людей, употребляющих различные наркотики, согласно официальной статистике, достигает 35 тыс.

Крайне важен тот факт, что наркомания в основном — это болезнь молодых людей [5]. В процесс наркотизации вовлекается все большее число подростков и женщин

[39]. По официальным данным Минздравсоцразвития РФ, 60% больных наркоманией в России находятся в возрасте от 16 до 30 лет. Непрерывный рост наркотизации влечет за собой повышение уровня заболеваемости и смертности среди молодого трудоспособного населения. При этом у 50,9% наркоманов причиной смертности являются соматические заболевания [54].

Широкое злоупотребление наркотиками с использованием внутривенного пути введения привело к значительному увеличению количества постинъекционных инфекционно-сосудистых осложнений, достаточно часто сопровождающихся генерализацией гнойного процесса с развитием сепсиса [4, 15].

Количество употребляемых кустарно изготовленных наркотиков увеличилось в России за последние годы на 60% [36]. При этом следует отметить, что наркотические препараты кустарного приготовления оказывают не только наркотическое, но и выраженное токсическое действие, их парентеральное введение является причиной специфических и неспецифических инфекционных заболеваний, поражающих сердечно-сосудистую систему, легкие, желудочно-кишечный тракт, мочеполовую систему, кожные покровы и мягкие ткани. Гнойно-некротические поражения сосудов при инъекционном введении суррогатов наркотиков наиболее сложны для лечения и опасны для жизни пострадавшего [6, 22].

Хирургические осложнения у наркоманов, как правило, возникают при длительной инъекционной интервенции при отсутствии стерильности при изготовлении и введении наркотических препаратов в кровеносное русло [26, 38].

Достоверно доказана многофакторная взаимосвязь между употреблением опийных наркотиков и развитием инфекции [26]. При обследовании наркозависимых пациентов обнаружено, что важным предрасполагающим фактором в развитии инфекции является их образ жизни: плохое питание, стресс, злоупотребление алкоголем, курение, многократные инъекции, а также попадание наркотических препаратов в паравазальную клетчатку [33, 38].

С учетом типичных зон введения наркотических препаратов больше половины случаев приходится на гнойно-некротические поражения верхних и нижних конечностей [35, 38]. Очаги гнойной инфекции формируются в зонах частых инъекций наркотиков: паховой области, проекции подключичной и кубитальных вен, подмышечной ямке, на медиальной поверхности плеча и бедра [38].

Исследуя характер и механизмы развития инфекционных осложнений у пациентов с опийной наркоманией, О.А. Алуханян и соавт. [33] и J. Risdahl и соавт. [26] выявили большую частоту гнойных поражений кожи, мышечной ткани, легких и других органов. У 40% этой категории больных возникают трофические язвы на месте введения наркотических препаратов.

Отмечены случаи генерализации гнойного процесса с развитием сепсиса [26]. Так, D. Levine (1991) отметил несколько случаев септического эндокардита как проявление генерализованной инфекции у больных наркоманией после внутривенного введения препаратов опия. Многие авторы [33, 35] сообщают об особом виде сепсиса у больных наркоманией — об ангиогенном сепсисе. В общей структуре острого хирургического сепсиса частота ангиогенного сепсиса составляет от 7,6 до 15,4% [56].

При идентификации возбудителей [35, 38] в посевах из раны и в гемокультуре у 85% больных, страдающих инъекционной наркоманией, обнаруживали золотистый и эпидермальный стафилококк. Нередко в качестве раневой флоры выступали неклостридиальные бактерии. Аналогичные данные были получены и I. Svenzut и соавт. (1998) при посевах раневого отделяемого после вскрытия абсцессов у пациентов-наркоманов, тогда как результа-

ты исследований F. Feldman и R. Berguer [8] продемонстрировали более широкий спектр микрофлоры, включая кишечную палочку, клебсиеллы, ассоциации микробов и даже сальмонеллы.

Грозным осложнением наркомании является повреждение артерий и вен [22]. Возникающие при этом изменения магистральных артерий и вен лежат в основе нарушения гемодинамики пораженной конечности, что, в свою очередь, приводит к развитию ишемии, формированию ложных аневризм, артериовенозных фистул, васкулитов, постинъекционных тромбозов сосудов, "синдрому опухавшей руки" (puffy hand syndrome), а также к профузному кровотечению [16, 29]. Больные опийной наркоманией часто осознанно формируют так называемые колодцы или шахты — кожно-сосудистые свищи, интимно прилегающие к магистральным сосудам в зоне постоянного введения наркотика. В процессе длительного введения наркотических веществ эти зоны трансформируются в очаги гнойной инфекции в проекции магистральных сосудов [35].

В публикациях приводятся сведения о различной локализации поражения сосудов. В больше чем 50% случаев поражаются сосуды паховой области [16, 23, 26], но наряду с этим встречаются поражения плечевых, подключичных артерий [21]. Указывается также такая достаточно редкая локализация, как церебральные сосуды [19].

На поражение сосудов у наркозависимых больных указывают многие авторы [16, 20, 29, 32]. В отдельных работах [29] первое место среди постинъекционных осложнений занимают венозные тромбозы. Встречаются исследования, в которых в качестве осложнений парентерального введения наркотиков описываются ложные аневризмы. Этиопатогенетическим фактором при развитии аневризм у данной категории больных может быть как инфекционный процесс [20], так и травматический фактор в результате постинъекционного нарушения целостности сосуда [21, 30] с профузными кровотечениями, приводящими к летальному исходу [2, 21, 30].

По данным Т.А. Султаналиева и соавт. [52], основным фактором, приводящим к повреждению кровеносных сосудов у наркоманов с парентеральным путем введения наркотиков, следует считать механическую и химическую травму. Причем роль химического фактора при этом занимает доминирующее положение, так как чисто механическая травма не вызывает некроза стенки сосудов и окружающих тканей.

Необходимо отметить, что травма сосудистой стенки практически всегда сочетается с гнойно-воспалительным процессом в зоне введения наркотиков [35]. Поэтому нарушение целостности стенки сосудов при инъекции ведет к образованию инфицированной гематомы [45]. Чем крупнее артерия, тем вероятнее возникновение пульсирующей инфицированной гематомы — ложной аневризмы артерии [8, 22, 33]. F. Padberg и соавт. [22], изучая эту проблему, обратили внимание на то, что у 5 — 10% больных с ложными аневризмами возникает эмболия дистального русла с развитием ишемии конечности различной степени тяжести. Серьезную угрозу жизни представляет и аррозивное кровотечение из магистральных артерий и вен конечностей [33]. По данным В.Г. Герасимова и соавт. [35], около 90% больных наркоманией поступают в хирургическое отделение с клиникой рецидивирующего или продолжающегося аррозивного кровотечения. При многократной травматизации магистральных артерий и вен нередко формируются артериовенозные соустья [22].

Тромбозы магистральных артерий также являются следствием травматизации сосудистой стенки при повторных инъекциях наркотических препаратов [6]. Так, по данным А.А. Дюжикова и соавт. [37], у 40% пациентов-наркоманов, оперированных по поводу постинъекци-

онных повреждений сосудов, выявлен тромбоз различных отделов магистрального артериального русла.

В особую группу можно выделить тромботические поражения вен, поскольку острые тромбозы глубоких вен являются одними из тяжелых заболеваний сосудов. Частота развития тромбоза глубоких вен в общей популяции неуклонно возрастает, достигая 60% [49, 50]. Наиболее грозное осложнение венозного тромбоза системы нижней полой вены — тромбоз эмболия легочной артерии, которая развивается у 4 — 15% больных [47, 49]. При флотирующем тромбе тромбоз эмболия легочной артерии достигает 35—40% [49, 57].

Результаты анализа литературы показывают, что в большинстве источников описаны конкретные случаи из практики [20, 29]. Меньшее количество публикаций имеет обобщающий характер [16]. В отечественной литературе крайне скудно представлены исследования течения венозных тромбозов у наркоманов. Наркозависимые пациенты с венозными тромбозами составляют 21,9%, из которых 11,3% умерли от тромбоз эмболии легочной артерии; для сравнения: летальность при тромбоз эмболии в общей популяции больных составляет 6,2% [49, 52].

Некоторые авторы сообщают о наличии воспалительных изменений в венозной стенке с последующим развитием тромботического процесса [22, 33, 38]. Причем у этих пациентов встречаются как тромбоз флебиты поверхностных вен, так и тромбозы магистральных венозных стволов. F. Padberg и соавт. [22] описывают возникновение тромбоза бедренной вены у пациентов-наркоманов при введении суррогатов опия в паховую область. Другие авторы указывают на то, что многократные инъекции, а следовательно, и травматизация вен провоцируют явления флебита с последующим их склерозированием и облитерацией [38]. О.А. Алуханя и соавт. [33] обнаружили, что тромбоз флебиты и флеботромбозы часто сочетаются с ангиогенным сепсисом. В исследованиях С.Е. Турсынбаева [53] сепсис составляет 12,5%. При этом автор указывает на то, что постинъекционные абсцессы и флегмоны у наркоманов могут стать причиной тромбозов глубоких вен за счет экстравазального сдавления. При морфологическом исследовании у наркоманов, умерших от острого отравления наркотическими веществами, часто обнаруживаются тромбогеморрагические изменения: полнокровие, стаз и сладжирование в сосудах микроциркуляторного русла [46].

Диагностику патологии сосудистого русла осуществляют на основании клинико-физиологических и инструментальных методов исследования. Инструментальные лучевые методы диагностики (сонография и рентгеновская ангиография) являются ведущими в диагностике патологии сосудов [23].

Среди ультразвуковых (УЗ) методик при исследовании сосудистой патологии используют как В-режим, так и доплеровские методики, позволяющие оценивать морфологические и гемодинамические изменения в патологических сосудах [16, 31]. В качестве первичной УЗ-диагностики применяют В-режим, который устанавливает диаметр пораженного сосуда, структуру стенки и пробу на компрессию сосудов, а также состояние окружающих мягких тканей. Далее предлагается оценивать характер кровотока в сосудах с помощью цветного дуплексного картирования [29, 32].

Также приводятся данные о применении УЗ-метода В-flow в сравнении с другими методами ЦДК и силовым доплером для диагностики ложных аневризм, в частности, бедренной артерии [11].

В дифференциальной диагностике патологических образований в паховой области существенную роль отводят доплеровской сонографии. Именно последняя помогает избежать диагностических ошибок, когда сосудистая патология в паховой области имитирует наличие грыжи, лим-

фоаденопатии, варикоцеле, истинной аневризмы, а также атипичных, но тем не менее нормальных сосудов [23].

О сложностях дифференциальной диагностики патологических образований в паховой области свидетельствует публикация M. Razif [25], в которой подчеркивается роль УЗ-исследования (УЗИ) в дифференциальной диагностике паховых грыж, гематом, псевдоаневризм и артериовенозных фистул этой области.

Между тем в диагностике глубокого венозного тромбоза основную роль отводят дуплексной сонографии [9], а отдельные авторы подчеркивают отсутствие необходимости использовать рентгеновскую ангиографию, хотя, по мнению F. Padberg и соавт. [22], выполнение УЗ-доплерографии у данной категории больных иногда бывает малоинформативным из-за их отказа от проведения компрессионных проб ввиду выраженной болезненности в этой зоне.

При подозрении на наличие абсцесса, несмотря на возможность многочисленных методик УЗИ, некоторые авторы перед хирургическим вмешательством рекомендуют использовать компьютерную томографию (КТ) [7]. Следует упомянуть ряд публикаций, в которых УЗ-сканирование у больных с сосудистой патологией дополняют КТ для оценки состояния окружающих тканей и в ряде случаев для оценки состояния сосудистого протеза [10, 31].

В диагностике повреждения магистральных сосудов и выборе хирургической тактики весьма широко применяют ангиографическое исследование [8, 22, 37]. Ангиографическое исследование позволяет дифференцировать абсцесс от ложной аневризмы, четко указать анатомическую локализацию дефекта артерии [22]. A. Feldman и R. Berguer [8] рекомендуют выполнять предоперационную ангиографию всем больным наркоманией с подозрением на постинъекционное повреждение магистральных сосудов. По их мнению, исключением смогут быть лишь пациенты с продолжающимся кровотечением в анамнезе. Другие авторы считают, что ангиографию надо выполнять всем без исключения пациентам с предполагаемым повреждением сосудов [22]. Некоторые исследователи полагают, что ангиография показана и для оценки состояния дистального кровеносного русла у больных с постинъекционной ложной аневризмой из-за его частой эмболизации содержимым аневризмы [37]. Выполнение ангиографии в экстренных условиях не исключает возможности ошибок в интерпретации полученных данных. Кроме того, ангиограммы инфицированных аневризм, как отмечают A. Feldman и R. Berguer [8], весьма обманчивы, поскольку контуры таких аневризм часто размыты, а содержащиеся в просвете тромботические массы значительно уменьшают их истинный размер, что не соответствует данным физикального осмотра. Ошибка возможна и в определении уровня травмы магистрального сосуда из-за восходящего тромбоза над местом повреждения артерии. В этом случае обрыв контрастной тени происходит значительно выше истинного места повреждения и не соответствует клиническим находкам. По ангиограммам часто бывает трудно судить о вовлечении в аневризму бифуркации бедренной артерии, а иногда исследование бывает неинформативным вследствие тромбоза просвета аневризмы [8]. K. Patel и соавт. (1988) не рекомендуют выполнять ангиографию пациентам с ложной аневризмой из-за высокого риска ее разрыва в момент инъекции под давлением контрастного вещества.

В связи с ростом распространенности наркоманий появилось большое количество публикаций, посвященных хирургической тактике при повреждении сосудов [8, 37]. Такие постинъекционные осложнения со стороны сосудов, как тромбозы магистральных вен, носят лишь описательный характер, а тактика лечения остается неопределенной [33, 35].

Вместе с тем накоплен огромный опыт по лечению острых венозных тромбозов у пациентов, не употребляющих наркотические препараты: предложено значительное разнообразие консервативных и оперативных методов. Однако результаты лечения до настоящего времени остаются неудовлетворительными. Высокая летальность, значительное количество осложнений, рост числа больных с посттромбофлебитической болезнью, снижение качества жизни пациентов, перенесших венозный тромбоз, увеличение бюджетных затрат — типичные проблемы при лечении тромбозов вен нижних конечностей [17, 18, 42].

Предметом обсуждения нередко служит информативность тестов, характеризующих состояние системы гемостаза с целью контроля за эффективностью антикоагулянтной терапии. Остаются разногласия относительно выбора оптимального регламента применения прямых антикоагулянтов и антагонистов витамина К в различных клинических ситуациях. Важнейшая проблема — профилактика ТЭЛА у данной категории больных. Значительная часть клиницистов считают антикоагулянтную терапию фактически панацеей от всех возможных осложнений ТГВ, а к хирургическим методам профилактики, по их мнению, следует прибегать лишь при наличии противопоказаний к антикоагулянтам или наличии развившихся осложнений [27, 28]. Другие исследователи аргументированно говорят о том, что даже адекватная гепаринизация не может предотвратить отрыв уже сформировавшегося флотирующего тромба, находящегося в интенсивном венозном кровотоке [1, 3, 51].

Вопрос о хирургической профилактике ТЭЛА нельзя решить без определения, какой же тромб является эмболоопасным. В отечественной флебологии сложилось разделение тромбов на флотирующие, пристеночные и окклюзивные [3, 41]. Две последние формы венозного тромбоза относят к эмболоопасным. В то же время в клинической практике зачастую к флотирующим и, следовательно, эмболоопасным относят все неокклюзивные тромбы, свободная проксимальная часть которых (верхушка тромба) омывается кровью с трех сторон вне зависимости от ее формы и линейных размеров. По-видимому, угроза отрыва подобных тромбов различна. Это подтверждают наблюдения за больными после парциальной окклюзии нижней полой вены. Эмболия после кава-фильтр или зону пликаций является достаточно редким явлением [42, 50].

Очевидно, что не существует универсального метода, позволяющего надежно и с минимальными отдаленными последствиями защитить легочное артериальное русло от возможной эмболии. Имплантация кава-фильтров, на которые возлагались большие надежды ввиду миниинвазивного характера манипуляции, эффективно решая эту задачу в остром периоде заболевания, пожизненно оставляет у большинства больных осложнения, связанные с нарушением венозного оттока от нижних конечностей [13, 14, 34, 42]. Появление съемных фильтров не позволило полностью решить этот вопрос. В тех случаях, когда кава-фильтр выполняет свою функцию и задерживает тромбоэмбол, удалить его эндоваскулярно весьма сложно, и он, как правило, переходит в категорию постоянных [48]. Более того, быстрая пролиферация неоинтимы на элементах фильтра зачастую препятствует его извлечению в планируемые сроки. В связи с этим в последние годы наметился явный рост интереса хирургов к прямым оперативным вмешательствам на венозных магистралах, что позволяет блокировать эмболоопасные тромбы в пределах пораженных тромботическим процессом сегментов венозного русла [40, 44, 55].

Отдельный вопрос представляет лечение тромбоза поверхностных вен. Выполнение традиционной операции Троянова—Тренделенбурга во многих случаях не удовлетворяет ни больного, ни хирурга. Оставленные тромбированные вены обуславливают длительный пе-

риод последующего консервативного лечения, временной нетрудоспособности и необходимость повторной госпитализации [2, 12].

Таким образом, все негативные факторы, возникающие при повреждении кровеносных сосудов у наркоманов, их осложнения — это актуальная проблема не только ангиохирургии, но и медицины в целом. Необходимость ее всестороннего изучения не вызывает сомнений. Для благоприятного исхода гнойно-септических осложнений и сосудистых поражений у больных с наркотической зависимостью требуется выработка рациональных подходов к их диагностике и лечению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Becattini C., Agnelli G., Emmerich J. et al. Initial treatment of venous thromboembolism. *Thromb. Haemost.* 2006; 96 (3): 242—50.
2. Bianco-Molina A., Rota L.L., Di Micco P. et al. Venous thromboembolism during pregnancy, postpartum or during contraceptive use. *Thromb. Haemost.* 2010; 103 (2): 306—11.
3. Bounameaux H., Righini M., Perrier A. Venous thromboembolism: contemporary diagnostic and therapeutic aspects. *Vasa.* 2008; 37 (3): 211—26.
4. Brittner Ch., Zuber M., Eisner L. *Swiss Surg.* 2002; 8 (6): 281—9.
5. Cekiera Cz. *Ryzyko uzależnień. Cz. Cekiera. Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin;* 1994.
6. Cheng S.W.K., Fok M., Wong J. Infected femoral pseudoaneurysm in intravenous drug abusers. *Br. J. Surg.* 1992; 79: 510—2.
7. d'Audiffrent A., Desgranges P., Kobeiter D.H., Becquemin J.P. Follow-up evaluation of endoluminally treated abdominal aortic aneurysms with duplex ultrasonography: validation with computed tomography. *J. Vasc. Surg.* 2001; 33 (1): 42—50.
8. Feldman A.J., Berguer R. Management of an infected aneurysm of the groin secondary to drug abuse. *Surg., Gynecol., Obstet.* 1983; 157: 519—22.
9. Fujita A., Tamaki N., Nakamura M. et al. A tentorial dural arteriovenous fistula successfully treated with interruption of leptomeningeal venous drainage using microvascular Doppler sonography: case report. *Surg. Neurol.* 2001; 56 (1): 56—61.
10. Golzarian J., Murgo S. et al. Evaluation of abdominal aortic aneurysm after endoluminal treatment: comparison of color Doppler sonography with biphasic helical CT. *Am. J. Roentgenol.* 2002; 78 (3): 623—8.
11. Jung E.M., Lutz R., Clevert D.A., Rupp N. B-flow: sonographic assessment and therapy for femoral artery pseudoaneurysm. *Rofo.* 2001; 173 (9): 805—9.
12. James A.H., Jamison M.G., Brancazio L.R., Myers M.R. Venous thromboembolism during pregnancy and the postpartum period: incidence, risk factors, and mortality. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2006; 194 (5): 1311—5.
13. Kalva S.P., Chlapoutaki C., Wicky S. et al. Suprarenal inferior vena cava filters: a 20-year single-center experience. *J. Vasc. Interv. Radiol.* 2008; 19 (7): 1041—7.
14. Kumar S.P., Mahtabifard A., Young J.N. Fractured*inferior vena cava filter strut presenting as a penetrating foreign body in the right ventricle: report of a case. *J. Card. Surg.* 2008; 23 (4): 378—81.
15. Lehot P., Schaad H.J., Graf S. et al. *Scand J. Infect. Dis.* 2001; 33 (1): 41—6.
16. Makeller S., Tolba R.H., Schroeder S. et al. Analysis of vascular complications in intravenous drug addicts after puncture of femoral vessels. *Zentralbl. Chir.* 2004; 129 (1): 21—8.
17. Marik P.E., Plante L.A. Venous thromboembolic disease and pregnancy. *N. Engl. J. Med.* 2008; 359 (19): 2025—33.
18. Merli G.J., Kearon C. Treating acute pulmonary embolism: outpatient or inpatient or somewhere in between. *Thromb. Res.* 2008; Suppl. 1: S22—8.
19. McEvoy A.W., Kitchen N.D., Thomas D.G. Intracerebral haemorrhage and drug abuse in young adults. *Br. J. Neurosurg.* 2000; 14 (5): 449—54.
20. Mesters C.A., Garcia I., Khabiri E. Multiple mycotic aortic aneurysms in a drug addict. *Asian. Cardiovasc. Thorac. Ann.* 2002; 10 (2): 196.
21. Ortega J.L., Neira F., Ruiz C. et al. Intraoperative rupture of subclavian aneurysm caused by self intra-arterial injections in drug addict. *Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim.* 1995; 42 (4): 156.
22. Padberg F.T., Hobson R.W., Lee B.C. et al. Femoral artery pseudoaneurysm: Ligation v.s. revascularization. *J. Vasc. Surg.* 1991; 15: 642—8.

23. Paulson E.K., Kliwer M.A., Hertzberg B.S. et al. Color Doppler sonography of heroin complications following femoral artery catheterization. *Am. J. Roentgenol.* 1995; 165 (2): 439—44.
24. Poulin C., Fralick P., Whynot E.M. et al. The epidemiology of cocaine and opiate abuse in urban Canada. *Can. J. Publ. Health.* 1998; 89: 234—8.
25. Razif M.A., Rajasingam V., Abdullah B.J. Case of a non-pulsatile groin swelling. *Med. J. Malasia.* 2002; 57 (4): 499—502.
26. Risdahl J.M., Khanna K.V., Peterson P.K. Opiates and infection. *J. Neuroimmunol.* 1998; 83 (1—2): 4—18.
27. Rodie V.A., Thomson A.J., Stewart F.M. et al. Low molecular weight heparin for the treatment of venous thromboembolism in pregnancy: a case series. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 2002; 109: 1020—4.
28. Rosenthal D., Wellons E.D., Lai K.M. et al. Retrievable inferior vena cava filters: initial clinical results. *Ann. Vasc. Surg.* 2006; 20 (1): 157—65.
29. Schulz S., Aksu T., Igde A., Hengstmann J. Acute ischemia of the leg in a drug addict. *Vasa.* 2002; 31 (1): 57—61.
30. Weiner A.L. Emerging drugs of abuse in Connecticut. *Conn. Med.* 2000; 64 (1): 19—23.
31. Wolf Y.G., Johnson B.L., Hill B.B. et al. Duplex ultrasound scanning versus computed tomographic angiography for postoperative evaluation of endovascular abdominal aortic aneurysm repair. *J. Vasc. Surg.* 2000; 32 (6): 1142—8.
32. Woolgar J.D., Ray R., Maharaj K., Robbs J.V. *Br. J. Radiol.* 2002; 75 (899): 884—8.
33. Алуханян О.А., Огребков В.И., Мамедов Ю.Н. и др. Лечение постинъекционных сосудистых осложнений наркомании. *Ангиология и сосудистая хирургия.* 1998; 2, прил.: 87.
34. Баркаган З.С. Очерки антитромботической фармакопрофилактики и терапии. М.: Ньюдиамед; 2000.
35. Герасимов В.Г., Попов С.В., Веденев А.А. и др. Интервенционное гнойно-септическое поражение сосудов у больных хронической опийной наркоманией (ХОН). *Ангиология и сосудистая хирургия.* 1998; 2, прил.: 95—6.
36. Гофман А.Г., Позновский П.А. *Наркология.* 2005; 1: 30—5.
37. Дюжиков А.А., Карпов А.В., Филоненко А.В. Критическая ишемия конечностей как результат хронической травмы сосудов у наркоманов. В кн.: *Материалы III Международного конгресса стран и регионов.* Петрозаводск; 1999: 89—90.
38. Конычев А.В., Спасивцев Ю.А., Бегиев О.Б., Кокорин К.В. Особенности клиники постинъекционных флегмон у наркоманов. В кн.: *Вопросы практической медицины: Сборник трудов.* СПб.; 1997: 124—5.
39. Кошкина Е.А. Разработка моделей оценки, прогноза ситуации, связанной с потреблением наркотиков и стратегией профессиональных действий: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М.; 1998.
40. Кунгурцев Е.В., Михайлов И.П., Лемнев В.Ш. и др. Опыт лечения эмболических тромбозов глубоких вен нижних конечностей. *Ангиология и сосудистая хирургия.* 2009; 15 (4): 75—8.
41. Лебедев И.О. Антикоагулянтная терапия острого тромбоза в системе нижней полой вены: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 2004.
42. Леонтьев С.Г., Золотухин И.А., Селиверстов Е.И. и др. Амбулаторное лечение тромбозов глубоких вен нижних конечностей. *Флебология.* 2009; 3 (4): 41—4.
43. Мельников В.В. Оказание врачебной помощи больным шприцевой наркоманией с гнойно-септическими осложнениями. *Южно-русский медицинский журнал.* 2004; 2: 61—5.
44. Нижниченко В.Б., Евдокимов А.Р., Олейникова Е.Н. Хирургическая профилактика тромбоэмболии легочной артерии. *Хирургия.* 2009; 7: 22—8.
45. Паницуля Г.Е., Шахин С.А., Закляков К.И. Исходы лечения наркоманов с пульсирующими инфицированными гематомами. *Ангиология и сосудистая хирургия.* 1998; 2, прил.: 121.
46. Пиголкин Ю.И., Богомолова И.Н., Богомолов Д.В. Роль алкоголизации в патогенезе морфологических изменений у наркоманов. *Судбно-медицинская экспертиза.* 2001; 5: 14—6.
47. Прокубовский В.И., Буров В.П., Капранов С.А. *Ангиология и сосудистая хирургия.* 2005; 11 (3): 27.
48. Ревакин В.И., Дубровский А.В., Василенко Ю.В., Селиваненко А.В. Лапароскопическая пликация нижней полой вены. *Грудная и сердечно-сосудистая хирургия.* 2003; 2: 70—2.
49. Савельев В.С., Думле Э.П., Яблоков Е.Г., ред. *Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбоэмболических осложнений. Болезни магистральных вен.* М.: Медицина; 1972.
50. Савельев В.С. *Флебология.* М.: Медицина; 2001.
51. Сон Д.А. Радикальное хирургическое лечение острого варико-тромбофлебита: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 2003.
52. Султаналиев Т.А., Турсынбаев С.Е., Ивакин В.М. Этиология и патогенез повреждения кровеносных сосудов у наркоманов. *Ангиология и сосудистая хирургия.* 2007; 13 (2): 24—33.
53. Турсынбаев С.Е. Диагностика и комплексное лечение повреждений кровеносных сосудов у наркоманов: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Алматы; 2008.
54. Фридман Л.С., Флеминг И.Ф., Робертс Д.Г., Хайман С.Е. *Наркология: Пер. с англ. 2-е изд.* СПб.: Невский диалект; 2000.
55. Хорев Н.Г., Боярков М.В., Зайцев С.В. Проксимальная миграция фильтра осложнение или ошибка имплантации. *Проблемы клинической медицины.* 2007; 2: 24—6.
56. Шевченко Ю.Л., Шихвердиев Н.Н. *Ангиогенный сепсис.* СПб.; 1996.
57. Швальб П.Г., Калинин Р.Е. и др. *Ангиология и сосудистая хирургия.* 2004; 10 (2): 81—3.

Поступила 04.10.12

© С.В. АВЕРЬЯНОВА, Л.З. ВЕЛЬШЕР, 2013
УДК 616.89-008.441.13-02:616-006.04

С.В. Аверьянова^{1*}, Л.З. Вельшер²

АЛКОГОЛИЗМ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ НЕАДАПТИВНОГО КОПИНГА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

¹НУЗ "Дорожная клиническая больница" ОАО РЖД, 410004, Саратов, Россия; ²кафедра онкологии и лучевой терапии ГБОУ ВПО "Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, 127473, Москва, Россия

*Аверьянова Светлана Владимировна (Averyanova Svetlana Vladimirovna). E-mail: svtshkvor@mail.ru

♦ Выбор копингового стиля при первом контакте с онкологической службой не только определяет качество жизни онкологических больных, но и влияет на эффективность противоопухолевой терапии и в конечном итоге на прогноз заболевания. Наиболее частым проявлением неадаптивных копинг-стратегий является алкоголизация. Необходимо комплексное изучение копинг-стратегий при установлении диагноза "рак" для разработки методик коррекции, направленных на снижение уровня психологической дезадаптации.

Ключевые слова: рак, копинг, алкоголизм

S.V. Averyanova, L.Z. Velsher

THE ALCOHOLISM AS MANIFESTATION OF NON-ADAPTIVE COPING IN ONCOLOGICAL PATIENTS

The Railroad clinical hospital of the Railroads of Russia, 410004 Saratov, Russia
The A.E. Evdokimov Moscow state medical stomatological university, 127473 Moscow, Russia