

Данные, содержащиеся в пунктах 6 и 7, носят вспомогательный, описательный характер о форме и размерах, однако могут помочь в выборе оперативного вмешательства, прогнозировании технических трудностей и возможных осложнений предстоящей операции. При грушевидной форме некоторые авторы [17, 18] рекомендуют применять дозированную резекцию стенки АВА с экзоаллопластикой. Кроме того, данные о форме дают косвенное представление и об этиологии аневризм. Так, веретенообразная форма встречается, как правило, при синдроме Марфана или атеросклерозе, мешковидные АВА встречаются при сифилитическом мезоартрите, а также при образовании абсцессов или микотических аневризм [12].

Выводы

1. Тщательное предоперационное изучение структуры, топографии и гемодинамики имеющейся АВА с оценкой вовлечения в процесс синусов Вальсальвы, коронарных артерий и АК позволяет определить объем и характер предполагаемого оперативного вмешательства.

2. Практическое применение предлагаемой классификации может облегчить специалистам систематизацию всех имеющихся диагностических данных, что позволяет унифицировать подход к этой проблеме.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Pressler V., McNamara J.J. // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. – 1980. – Vol.79. – P. 489
- 2 Бураковский В.И., Бокерия Л.А. Руководство по сердечно-сосудистой хирургии. – М.: Медицина, 1996. – 766 с.
- 3 Белов Ю.В. Аневризмы восходящего отдела дуги аорты – современный подход к лечению / 50 лекций по хирургии. – М.: Медиа Медика, 2003. – С. 67-77
- 4 Шалимов А.А., Дрюк Н.Ф. Хирургия аорты и магистральных артерий. – Киев, 1979. – С. 55
- 5 Спиридонов А.А., Тутов Е.Г., Аракелян В.С. Хирургическое лечение аневризм брюшной аорты – М.: Изд. НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2000. – 206 с.
- 6 Webster B., Rich C., Densen P.M. et al // Am. Heart J. – 1953. – Vol.46. – P.117-120
- 7 Абрикосов А.И. Частная патологическая анатомия. Сердце и сосуды. – Вып. II. – М.: Медгиз, 1940. – 573 с.
- 8 Aizawa H., Hasegawa A., Arai M // Intern. Med. – 1998. – Vol.37. – № 1. – P. 56-59

9 Tanaka S., Watanabe S., Hayashi K. et al // Nippon Kyobu Geka Gakkai Zasshi. – 1997. – Vol.45. – P. 67-72

10 Покровский А.В. Заболевания аорты и ее ветвей. – М., 1979. – С. 326

11 Nakano T., Isaka N., Takezawa H., Konishi T // Angiol. – 1986. – Vol.37. – № 7. – P. 524-529

12 Ярыгин А.С., Приходько В.П // Груд. и серд.-сосуд. хир. – 2003. – № 3. – С. 43-47

13 Dean J.C.S // Heart. – 2002. – Vol.88. – № 1. – P. 97-103

14 De Bakey M.E., McCollum C.H., Crawford E.S. et al // Surgery. – 1982. – Vol.92. – P. 1118-1134

15 Crawford E.S., Svensson L.G., Coselli J.S. et al // Ibid. – 1989. – Vol. 98. – P. 659-674

16 Erbel R., Bednarczyk I., Pop T. et al // Circulat. – 1990. – Vol.81. – P. 805-814

17 Robicsek F.A // Ann. Thorac. Surg. – 1982. – Vol.34. – № 1. – P. 92-94

18 Radermecker M.A., Laurent S., Limet R // Rev. Med. Liege. – 1999. – Vol.54. – № 11. – P. 886-888

Т Ъ Ж Ы Р Ы М

Р.С. КАЛЫШЕВ

Кардиология мен ішкі аурулар ғылыми-зерттеу институты, Алматы қ.

ҚОЛҚА МОЙНЫ АНЕВРИЗМАСЫҢ КЛИНИКО-АНАТОМИЯЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Қолқа мойны аневризмасы жүрек-қантамыр жүйесінің ең ауыр сырқаттарының қатарына жатады. Қазіргі таңда қолқа мойны аневризмасының реттелген тәжірибелік классификациясы жоқ. Аневризма жайлы барлық мәліметтер жинақталған клинико-диагностикалық деректерді жүйелейтін классификация құрастыруға талпыныс жасалған.

SUMMARY

Р.С. КАЛЫШЕВ

Scientific-Research Institute of Cardiology and Internal Diseases Ministry of Health, Kazakhstan Republic, Almaty c.

CLINICAL AND ANATOMICAL FEATURES OF ANEURYSMS OF THE ASCENDING AORTA

Aneurysms of the ascending aorta are believed to more heavy diseases of cardiovascular systems. In the modern time there is not the practical and unify classification of aneurysms of the ascending aorta. The attempt of making such classification that keeping all information about aneurysms has been done. It may help to systematize all clinical and diagnostics data.

УДК 616.126.3-089:616.13

Р.С. КАЛЫШЕВ

Научно-исследовательский институт кардиологии и внутренних болезней, г. Алматы

РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ХИРУРГИЯ АНЕВРИЗМ КОРНЯ АОРТЫ

Проведен анализ 30 операций пациентов с аневризмами корня аорты. Госпитальная летальность составила 13,3%. Хорошие результаты были отмечены в 86,7%. Утверждается, что клиническое обследование пациентов с аневризмами корня аорты должно осуществляться в минимальный срок (2-3) дня, одновременно с проведением предоперационной подготовки; применение техники Bentall-De Bono при операции позволяет получить оптимальные результаты.

Ключевые слова: реконструктивная хирургия восходящей аорты.

Аневризмы восходящей аорты (АВА) относятся к одним из наиболее тяжелых заболеваний с неблагоприятным прогнозом при естественном течении [1]. Прогноз неоперированного пациента всегда остается неблагоприятным – отсутствие своевременных мер приводит к гибели в 50% больных в течение ближайших двух лет [2]. К причинам смерти

относят разрыв АВА, прогрессирование левожелудочковой недостаточности и расслоение аорты с окклюзией коронарных артерий [3].

Первые упоминания об АВА уходят в древность: их расслоение было описано во II в. Galen и Antyllus [4]. A. Vesalius в 1557 г. прижизненно диагностировал посттравматическую аневризму грудной аорты, а в 1581 г.

J.Fornell описал АВА [5]. Ambroise Pare в 1634 г. отметил частую встречаемость АВА при «французской болезни» – сифилисе. Первая попытка оперативного лечения АВА была предпринята в Англии J.Moog в 1864 г. Хирург ввел в выступающую через грудину АВА 26 ярдов стальной проволоки [6].

Рождением хирургии корня аорты по праву можно считать 1913 г., когда Ю.Ю. Джанелидзе впервые в мире успешно ушил ранение восходящей аорты [7]. О значительности этого события говорит тот факт, что даже спустя многие годы сообщалось лишь о 10 выживших пациентах из 23 наблюдений [8]. Однако подлинный прогресс в этой отрасли хирургии начался в середине прошлого столетия с развитием искусственного кровообращения (ИК), анестезиологии и реанимации. Первые методики – аневризмोगрафии, боковые резекции, укрепления внешние манжеты, преследовали цель ликвидировать опасность разрыва аневризмы или ограничить расслоение аорты. В 1953 г. M.De Bakey и D.Cooley произвели резекцию и протезирование АВА, а в 1956 г. выполнили протезирование восходящей аорты и дуги в условиях ИК [9]. В 1961 г. С.Hufnagel разработал метод реконструкции АВА с применением трубчатого протеза и сохранением аортального клапана; в 1963 г. K.Barnard выполнил протезирование дуги в условиях остановки сердечной деятельности и глубокой гипотермии [10]. В 1968 г. H.Bentall применил «закрытую методику укутывания», впервые осуществив протезирование корня аорты сложным клапаносодержащим протезом с соединением устьев коронарных артерий и кондута «коонец – в бок» [11]. Подобная техника способствовала значительному прогрессу – до этого времени летальность даже в лучших центрах составляла не менее 50% [12].

В настоящее время хирургия корня аорты продолжает оставаться одной из наиболее сложных отраслей современной хирургии, требующей использования высоких диагностических и хирургических технологий [13]. Потребность в проведении таких операций достаточно высока – 8-12% от всей приобретенной сердечной патологии [14]. Такие операции сопровождаются большой частотой развития периоперационных осложнений и высокой госпитальной летальностью, которая варьирует в пределах 4-10% [10, 13].

Цель исследования – оценка результатов операций при АВА.

Материал и методы

В период 2002-2012 гг. под наблюдением находился 31 пациент (27 мужчин и 4 женщины) с АВА. Колебания возраста составили 24-52 года (в среднем 39,4 года). Этиология была следующей: синдром Марфана – 14 (45,2%); синдром Эрдгейма – 8 (25,8%); атеросклероз – 4 (12,9%); тупые травмы грудной клетки – 5 (16,1%). У большинства больных имели место симптомы декомпенсации кровообращения. В 25 случаях (80,6%) отмечена недостаточность аортального клапана с регургитацией II-III степени.

Верификация диагноза осуществлялась данными трансторакальной и трансэзофагеальной эхокардиографии, МРТ, КТ и грудной аортографии. Средние значения показателей конечного диастолического объема составляли $296,3 \pm 1,2$ мл ($P < 0,05$); конечного систолического объема – $137,7 \pm 0,6$ мл; диаметра фиброзного кольца $2,76 \pm 0,3$ и фракции выброса $54,8 \pm 0,6\%$.

Все пациенты были оперированы в 2002-2004 гг. в ННЦХ им. А.Н. Сызганова. В период подготовки один пациент умер от острой сердечной недостаточности, остальные были оперированы. Все операции были выполнены в условиях ИК и умеренной гипотермии. Артериальную магистраль аппарата ИК подключали к

бедренной артерии в 84% или к дуге аорты в 16%. В 80% случаев производили канюляцию полых вен через стенку правого предсердия, в 20% проводили раздельную канюляцию. Для защиты миокарда использовалась фармакохолодовая кардиоплегия, во время пережатия аорты использовалась селективная коронарная перфузия.

Полученные результаты

В 25 случаях (83,3%) была использована методика Bentall-De Bono. В 4 (13,8%) случаях в связи с отсутствием грубых морфологических изменений стенки аорты в области синусов Вальсальвы выполняли супракоронарную резекцию аневризмы с наложением проксимального анастомоза, отступая от линии фиброзного кольца, оставляя на месте устья коронарных артерий. Сосудистый протез укутывали аневризматическим мешком. Время пережатия аорты для пациентов при операции Bentall-De Bono в среднем составило $157,4 \pm 1,4$ мин., длительность ИК – $207,5 \pm 2,4$ мин. Аналогичные показатели при выполнении супракоронарного протезирования составили $102,5 \pm 1,8$ мин. и $137,8 \pm 3,7$ мин.

Госпитальная летальность составила 13,3%. Ее причинами были острая сердечная недостаточность и профузное кровотечение из анастомозов. Хорошие результаты были отмечены в 86,7%. Все пациенты были выписаны домой в удовлетворительном состоянии. Отдаленные результаты после операции были хорошими, что проявлялось регрессией симптомов сердечной недостаточности и увеличением сократительной активности миокарда.

Выводы

1. Клиническое обследование пациентов с аневризмом корня аорты должно осуществляться в минимальный срок (2-3) дня, одновременно с проведением предоперационной подготовки.
2. Применение методики Bentall-De Bono при аневризмах корня аорты позволяет получить наиболее оптимальные результаты.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Cohn L.H., Rizzo R.J., Adams D.H. et al // Ann. Thorac. Surg. – 1996. – Vol.62. – № 2. – P. 463-468
- 2 Цукерман Г.И., Малашенков А.И., Хассан Али и др // Груд. и серд.-сосуд. хир. – 1996. – № 3. – С. 68-72
- 3 Петровский Б.В., Константинов Б.А., Таричко Ю.В // Хирургия. – 1982. – № 2. – С. 3-7
- 4 Белов Ю.В., Хамитов Ф.Ф // Груд. и серд.-сосуд. хир. – 2001. – № 1. – С. 67-70
- 5 Reemtsma K. Bregman D. Vascular surgery // Ed. J.Najarian, J.Delaney. – Stuttgart, 1978. – P. 415-420
- 6 Аничков М.Н., Лев И.Д. Клинико-анатомический атлас патологии аорты. – Л.: Медицина, 1967. – 211 с.
- 7 Покровский А.В., Богатов Ю.П // Ангиол. и сосуд. хирургия. – 1995. – № 1. – С. 5-23
- 8 Rutherford R.B. Thoracic injuries. Management of trauma / Ed. Luidema, Rutherford, Ballinger. – N.Y., 1979
- 9 De Bakey M.E., Cooley D.A., Crawford E.S., Morris G.C.J // J. Thorac. Surg. – 1958. – Vol.36. – P. 393
- 10 Murtra M // Eur. J. Cardiothorac. Surg. – 2002. – Vol.21. – P. 167-180
- 11 Bentall H., De Bono A // Thorax. – 1968. – Vol.23. – № 2. – P. 338-339
- 12 Gott V.L., Gillinov A.M., Pyeritz R.E. et al // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. – 1995. – Vol.103. – P. 536-545
- 13 Safi H.J., Miller C.C., Subramaniam M.H // J. Vasc. Surg. – 1998. – Vol.4. – P. 591-598
- 14 Borst H.G., Heinemann M.K., Stone Ch.D. Surgical treatment of aortic dissection. Churchill Livingstone Inc., New York, 1996. – Vol.321. – P. 357

Т Ұ Ж Ы Р Ы М**Р.С. КАЛЫШЕВ***Кардиология мен ішкі аурулар ғылыми-зерттеу институты, Алматы қ.***ҚОЛҚА МОЙНЫ АНЕВРИЗМАСЫНЫҢ РЕКОНСТРУКТИВТІ ХИРУРГИЯСЫ**

Қолқа мойны аневризмасымен сырқат 30 науқасқа жасалған операцияларға анализ жүргізілген. Госпиталды өлім көрсеткіші 13,3% құрады. Жақсы нәтиже 86,7% анықталған жасалған қорытындышар: 1. Қолқа мойны аневризмасы мен сырқат науқастарға 2-3 күнде клиникалық зерттеулер аяқталып, операция алдындағы дайындық жүргізілуі қажет. 2. Bentall-De Bono әдісін қолқа мойны аневризмасында қолдану ең тиімді болып саналады.

S U M M A R Y**Р.С. КАЛЫШЕВ***Scientific-Research Institute of Cardiology and Internal Diseases Ministry of Health, Kazakhstan Republic, Almaty c.***RECONSTRUCTIVE SURGERY OF ANEURYSMS OF AORTAL ROOT**

The analysis of 30 operations of patients with aneurysms of aortal root carried out. Hospital mortality was 13,3%. Good results have been marked in 86,7%. The conclusions: 1. Clinical investigation of patients with aneurysms of aortal root must carry out in minimal dates (2-3 days) simultaneously with carrying out complex preoperative preparation. 2. Application of technique Bentall-De Bono at aneurysms of aortal root allows to achieve the good results.

РЕВМАТОЛОГИЯ

УДК 616.71-007.234-08

Р.Л. ИВАНОВА*Государственный медицинский университет, г. Семей***ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ТЕРАПИИ ОСТЕОПОРОЗА: ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ**

В статье обсуждаются вопросы приверженности терапии больных остеопорозом и возможные пути ее улучшения. Перспективным препаратом для повышения приверженности терапии постменопаузального остеопороза и, соответственно, для эффективного лечения остеопороза у пациенток с высоким риском переломов, по мнению автора, является таргетная терапия препаратом деносуаба (пролиа). Приоритетность деносуаба обеспечивается у пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта парентеральной формой введения и отсутствием нежелательных явлений со стороны пищеварительного тракта; у женщин, ранее прекративших лечение и желающих возобновить терапию, но более удобную в применении и хорошо переносимую.

Ключевые слова: приверженность, остеопороз, деносуаба, таргетная терапия.

По современным представлениям, остеопороз – это прогрессирующее системное заболевание скелета, которое характеризуется снижением массы кости и нарушением микроархитектоники костной ткани, что приводит к хрупкости и риску возникновения переломов. В последнее время значение остеопороза как медицинской проблемы возросло в связи с резким увеличением его частоты в популяции пожилых людей, особенно женщин в менопаузе. Велико значение остеопороза для большинства практикующих врачей (терапевтов, травматологов, гинекологов, эндокринологов, стоматологов), не только как причины переломов, но и как фактора снижения качества жизни многих пациентов, в том числе лиц, получающих современные иммуносупрессивные препараты, в частности стероидные гормоны, антиконвульсанты, цитостатики и др. Отрицательное влияние на минеральную плотность костной ткани (МПКТ) оказывают «достижения» цивилизации и неблагоприятная экологическая обстановка.

По прогнозам ВОЗ, число пациентов с патологическими переломами шейки бедра, лучевой кости в типичном месте будет резко возрастать с каждым десятилетием, особенно в Азии, и через 50 лет увеличится с 1,6 до 5,3 млн.

Все вышеизложенное определяет необходимость не только своевременной диагностики, но и адекватного лечения и профилактики этой распространенной патологии.

В нашей стране изучение распространенности остеопороза проводились только в городах Алматы и Семей в 2006-2009 годах. По результатам этих исследований установлено, что остеопороз имеет возрастающую ак-

туальность и для Казахстана, особенно для населения, проживающего в экологически неблагоприятных условиях. Среди населения г. Семей выявлено наличие раннего снижения минеральной плотности костной ткани у молодых лиц, коррелирующее с частотой и соответствующей структурой переломов [1, 2].

Однако, лечение остеопороза в современных условиях недостаточно эффективно по нескольким причинам. Одними из главных факторов являются низкая приверженность пациентов к длительному приему антиостеопоротических препаратов и недостаточная их эффективность.

Под приверженностью терапии понимают соответствие поведения пациента рекомендациям врача, включая прием препаратов, диету и/или изменение образа жизни [3].

Проблема недостаточной приверженности больных лечению особенно актуальна при остеопорозе. Так, до 50% пациентов с остеопорозом спустя год от начала приема антиостеопоротических препаратов самостоятельно прерывают лечение, назначенное врачом [4], тогда как лечение остеопороза – процесс длительный, продолжающийся не менее 3–5 лет. Также установлено, что при комплаентности менее 50% эффективность терапии стремится к нулю. В исследовании, проведенном Curtis J.R. и соавт., было продемонстрировано, что у больных с низкой комплаентностью (менее 50%) по сравнению с пациентами, комплаентность которых достигала 90%, риск переломов возрастал на 40% [5]. Такое неудовлетворительное положение связано с тем, что пациенты не имеют выраженных симптомов заболевания (поэтому остеопороз называют «безмолвной болезнью»), физически не ощущают прогрессирования процесса и действия