

УДК. 616.136-007.64-089:616-132/133-004.4

### ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ПОРАЖЕНИЙ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ АНЕВРИЗМОЙ БРЮШНОЙ АОРТЫ.

*А. Т. Беспяев, С. Е. Турсынбаев, С. Ж. Кыргызбаев, В. С. Аракелян,*

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей  
НЦССХ им. А.Н.Бакулева

#### АННОТАЦИЯ

В статье приводятся непосредственные результаты хирургического лечения 39 больных с аневризмой интрависцерального отдела брюшной аорты, сочетанные с окклюзирующим атеросклеротическим поражением брахиоцефальных артерий. Всего у 39 больных были выполнены 79 оперативных вмешательств. Из них 5 (12,8%) больных оперированы на трех сосудистых бассейнах. Одномоментная реваскуляризация головного мозга и резекции АБА с АББП выполнена у 1 (2,5%) больного. Первым этапом резекция АБА выполнена у 22 (56,4%) больных (I группа). Летальности в этой группе не было. Различные осложнения были выявлены у 7 (17,8%) больных, у 1 больного – острое нарушение мозгового кровообращения. Первым этапом реваскуляризация головного мозга произведена у 15 (36,46%) больных (II группа), из них 13 (33,3%) больным вторым этапом произведено резекция АБА с АББП. В этой группе умерли 2 (5,1%) больных. Причиной летального исхода явились: острая сердечная недостаточность и почечная недостаточность.

**Ключевые слова:** аневризма брюшной аорты, брахиоцефальные артерии, хирургическое лечение.

Актуальность. Аневризмы аорты (АБА) являются одним из тяжелых заболеваний системы кровообращения. Частота АБА по данным отечественных и зарубежных авторов колеблется от 1,4 до 8,2% [1,4,5,7]. Более частой ситуацией, с которой встречается сосудистый хирург, является обнаружение пораженной брахиоцефальной артерии (БЦА) у больных с аневризмой брюшной аорты и атеросклерозом брюшной аорты. Именно неблагоприятный прогноз течения асимптомных поражений сонных артерий является основным аргументом сторонников профилактической реваскуляризации головного мозга. Так, риск развития неврологических нарушений (транзиторные ишемические атаки, ишемические инсульты) при естественном течении асимптомного стеноза сонной артерии менее 50% ежегодно составляет 3—4,8%, а при стенозе 75—99% колеблется в пределах 15-46% [2,3,4,6].

**Материал и методы.** В статье приведены результаты хирургического лечения 39 больных с сочетанными поражениями брахиоцефальных артерий и аневризмой интрависцерального отдела брюшной аорты. Согласно разработанному в отделении сосудистой хирургии алгоритму обследования больных с сочетанными поражениями, проводилось исследование, в том числе мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) с болюсным контрастированием, в комплексе с ультразвуковыми методами исследования, которое на наш взгляд, позволяют оценить характер и тяжесть поражения аорты и ее ветвей, установить точный топический диагноз и выбрать оптимальный доступ и объем хирургического вмешательства.

Из 39 больных с АБА у 30 (76,9%) интрависцеральная аневризма брюшной аорты (II тип) сочеталась с атеросклеротическим окклюзирующим поражением подвздошно-бедренного сегмента, у 9 (23,07%) - аневризматический процесс распространялся на подвздошные артерии (III тип). У 4 (10,2%) больных выявлены стенозы почечных артерий с синдромом ВРГ. Сопутствующую ИБС имели 33 (84,6%) больных, из них с асимптомным течением – у 14 (42,4%). По тяжести сосудисто-мозговой недостаточности больные с определились следующим образом: у 9 (23,07%) больных поражения

брахиоцефальных ветвей протекали асимптомно, у 13 (33,3%) имели место транзиторные ишемические атаки (ТИА), у 5 (12,8%) – малый инсульт, у 4 (10,3%) — дисциркуляторная энцефалопатия, а 8 (20,5%) больных перенесли ишемический инсульт с умеренным неврологическим дефицитом. Двустороннее поражение внутренней сонной артерии (ВСА) выявлено у 44,1% больных, из них окклюзия контрлатеральной ВСА и/или общей сонной артерии (ОСА) – в 20,8%. Клинически асимптомные поражения наблюдались чаще в группе односторонних поражений. С ишемией нижних конечностей поступили 30 больных, из них 16 (53,3%) отмечали у себя наличие пульсирующего образования – «второго сердца» – в животе. У 14 (35,9%) - АБА выявлена при обследовании.

При наличии клиники сосудисто-мозговой недостаточности (транзиторные ишемические атаки, очаговые неврологические нарушения) вопрос о предварительной реконструкции бассейна брахиоцефальных артерий не вызывает сомнения. В то же время у больных с осложненной АБА, требующей срочного вмешательства, допустима первоочередная реконструкция брюшной аорты [1,3].

При наличии болевого синдрома с ангиографически, подтвержденным ультразвуковыми признаками надрыва интимы первым этапом производили резекцию АБА с реваскуляризацией головного мозга в один госпитальный период. Однако есть небольшая группа пациентов с транзиторными ишемическими атаками и осложненными формами АБА, характеризующаяся **надрывом**, болями в пояснице, быстрым увеличением размера аневризмы в течение небольшого промежутка времени. В этом случае эффект первичной реваскуляризации каротидного бассейна имеет высокий риск из-за неустраненной опасности разрыва аневризмы. Поэтому рядом авторов был предложен вариант **одномоментной** операции [1,2].

Результаты и обсуждение. Всего у 39 больных сочетанным поражением БЦА и АБА были выполнены 79 оперативных вмешательств. Из них 5 (12,8%) больных оперированы на трех сосудистых бассейнах. Ранее аортокоронарное шунтирование (АКШ) выполнены у 7 (17,9%) пациентов. Одномоментная реваскуляризация головного мозга и резекции АБА выполнена у 1 (2,5%) больного. Из общего количества оперированных 9 (23,07%) больным была выполнена только реконструкция инфраренальной аорты с линейным протезированием.

Первым этапом резекция АБА выполнена у 22 (56,4%) больных (I группа), из них у 20 (51,2 %) с аортобедренным бифуркационным протезированием. В этой группе 2 (5,1%) больным произведена реваскуляризация головного мозга вторым этапом за один госпитальный период, из них один больной оперирован на трех сосудистых бассейнах (АКШ). Летальности в этой группе не было. Различные осложнения были выявлены у 7 (17,8%) больных, у 1 больного – острое нарушение мозгового кровообращения после АКШ. У 3 (7,7%) – ИБС, у 1 – обострение хронического пиелонефрита с явлениями почечной недостаточности.

Таблица 1

### Характер осложнений и летальности

Характер осложнений	осложнения		летальность		Общая летальность
	I гр	II гр	I гр	II гр	
Кардиальные	3	1	-	1	1(2,56%)
Почечные	2	1	-	1	1(2,56%)
Кровотечение	1	-	-	-	-
Цереброваскулярные Нарушения	1	-	-	-	-
Всего	7 (17,8%)	2	-	2	2 (5,12%)

Первым этапом реваскуляризация головного мозга произведена у 15 (36,46%) больных (II группа), из них 13 (33,3%) больным вторым этапом произведено резекция АБА. В этой группе умерли 2 (5,1%) больных. Один – от острой сердечной недостаточности, второй – после удачной первоэтапной АКШ и затем каротидной эндартерэктомии из правой ВСА, умер от острой почечной недостаточности на третьем этапе.

Анализ осложнений и летальности в зависимости от этапности произведенных вмешательств показал, что наиболее общими являлись преходящая дисфункция миокарда и почечная недостаточность (табл 1). Неврологические причины, хотя у всех наших больных имелись сочетанные поражение БЦА, не явились причиной периоперационной смерти. Приведенные данные свидетельствуют, что при выполнении планового протезирования аорты у больных с аневризмами ее инфраренального отдела основным фактором риска является ИБС и почечная недостаточность.

#### **Выводы.**

1. У больных с сочетанными поражениями брахиоцефальных артерий и аневризмой брюшной аорты предпочтение должно отдаваться поэтапной тактике хирургического лечения с предварительной реваскуляризацией головного мозга при наличии гемодинамически значимых поражениях ВСА более 75% и наличии эмбологенно опасных бляшек с клиникой ТИА.

2. При наличии болевого синдрома с верифицированными признаками надрыва интимы первым этапом целесообразно производить резекцию АБА с реваскуляризацией головного мозга вторым этапом в один госпитальный период.

3. В исключительных случаях у больных сочетанными поражениями БЦА и АБА с клиникой ТИА при наличии критического стеноза ВСА и аневризмой брюшной аорты с болевым синдромом, угрозой разрыва показана одномоментная реконструктивная операция с предварительной реваскуляризацией головного мозга.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Белов Ю.В., Посудневский В.И., Мартынов А.А. и др. Тринадцатилетний опыт лечения аневризм брюшной аорты. // Международная конференция по ангиологии и сосудистой хирургии. М., 1992. – С. 13-15.

2. Казанчян П.О., Попов В.А., Мизиков В.М. Пути профилактики кардиальных осложнений при резекции аневризмы брюшной аорты // Ангиол. и сос. хир. – 1999. – Т.5. №2. – С.63-78.

3. Лебедев Л.В., Дуданов И.П. Хирургическое лечение сочетанных атеросклеротических поражений ветвей дуги аорты, брюшной аорты и артерий нижних конечностей // Ангиология и сосудистая хирургия. 1995. №1. С. 111-117.

4. Покровский А.В., Клиническая ангиология. Москва. 2004.

5. Спиридонов А.А., Тутов Е.Г., Аракелян В.С. Хирургическое лечение аневризмы брюшной аорты. Москва, 2000, 205 с.

6. Ernst C.B. Current concepts: abdominal aortic aneurysm. N Eng J Med 1993; 328: 1167-72.

7. Pleumeekers H.J., Hoes A.W., Van der Hoes E. et al/ Epidemiology of abdominal aortic aneurysms // Eur.J. Vasc. Surg. – 1994. – Vol. 8. – P.119-128.

#### **ТҮЙІН**

Мақалада құрсақ аортасы аневризмасы мен брахиоцефальдық артерияларының стенозы қабаттасып кездесетін 39 науқастың хирургиялық емдеудің нәтижесі берілген. 39 науқасқа барлығы 79 оперативтік емдеу қолданылған. Солардың ішінде 5 (12,8%) науқасқа үш қантамырлар бассейніне операция жасалды. Бірінші этаппен құрсақ аортасының аневризмасының резекциясы 22 (56,4%) науқасқа жасалды. Қайтыс болғандар болған жоқ. Өртүрлі асқынулар 7 (17,8%) науқаста кездесті, соның ішінде 1 науқаста – жедел ми қантамырларының бұзылуы байқалды. Бірінші этаппен бас миын реваскуляризациялау операциясы 15 (36,46%) науқасқа жасалды (II группа), соның ішінде 13 (33,3%) науқасқа екінші этаппен құрсақ аортасының

резекциясы және аортасандық бифуркациялық протездеу операциясы жасалды. 2 (5,1%) науқас қайтыс болды. Қайтыс болу себебі: жедел жүрек жетіспеушілігі және бүйрек жеткіліксіздігі.

**Түйін сөздер:** құрсақ аортасы аневризмасы, брахиоцефальдық артериясы, хирургиялық емдеу.

#### SUMMARY

Direct results of surgical treatment of 39 patients with aneurism of infrarenalny Summary. Direct results of surgical treatment of 39 patients with aneurism of infrarenalny department of a belly aorta, combined with okklyuziruyushchy atherosclerotic defeats the brakhiotsefalnykh of arteries are given in article. At only 39 patients 79 surgeries were executed. From them 5 (12,8%) patients are operated on three vascular pools. The one-stage revaskulyarization of a brain and a resection of ABA with ABBP is executed at 1 (2,5%) the patient. The resection of ABA is executed by the first stage at 22 (56,4%) patients (the I group). The lethality in this group wasn't. Various complications were revealed at 7 (17,8%) patients, 1 patient has a sharp violation of brain blood circulation. The revaskulyarization of a brain is made by the first stage at 15 (36,46%) patients (the II group), from them 13 (33,3%) by a sick second stage is made a resection of ABA with ABBP. In this group died 2 (5,1%) patients. Were the reason of a lethal outcome: sharp heart failure and renal failure.

**Keywords:** aneurism of a belly aorta, brakhiotsefalny arteries, surgical treatment.

УДК 616.127-005.8:330.59

## ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

*И. Е. Сағатов, Е. К. Мағауин*

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей

Национальный научный центр хирургии им. А. Н. Сызганова

“SEMAHospitalAlmaty”, Алматы, Казахстан

#### АННОТАЦИЯ

Представлены дооперационные результаты исследования качества жизни у пациентов с ишемической болезнью сердца, которые находились на лечении в кардиологических и кардиохирургических центрах.

**Ключевые слова:** качество жизни, ишемическая болезнь сердца, дооперационный период.

**Введение.** Понятно, что качество жизни пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) до применения коронарного шунтирования или лечебных интервенций на коронарных артериях всегда ниже по сравнению их со среднестатистическими популяционными данными практически здорового населения. Качество жизни зависит от компенсированности и комбинированности сердечной патологии [1-4]. У одной части оно страдает значительно, а у другой – может оставаться на достаточно высоком уровне в течение долгого времени [5-8]. Поэтому очень важным представляется анализ качества жизни пациентов кардиохирургического профиля, в частности пациентов с ИБС до применения хирургических и/или эндоваскулярных методов лечения с точки зрения сравнительного изучения со среднестатистическими и послеоперационными показателями.

**Цель исследования** – оценить качество жизни пациентов с ИБС до применения коронарного шунтирования и/или лечебных интервенций на коронарных артериях используя опросник общего профиля SF-36.

**Материал и методы исследования.** В 2012-2014 годах проведен опрос 61 пациента с ИБС. 24 пациентов в возрасте от 42 до 74 лет (в среднем  $59,1 \pm 5,9$ ) находились на стационарном лечении в отделении кардиохирургии ННЦХ им. А. Н. Сызганова (клиническая база КазМУНО). 28 пациентов в возрасте от 41 до 86 лет (в среднем  $58,4 \pm 14,5$ ) находились под наблюдением врачей городского кардиологического центра г.