

## О НЕКОТОРЫХ ВОПРОСАХ ОРГАНИЗАЦИИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПРИОБРЕТЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА.

Карузин С.В.

Болезни системы кровообращения, а также смертность от них прочно занимают первое место во всем мире. Высок и постоянно растет удельный вес патологии клапанов сердца. Среди различных поражений клапанного аппарата сердца чистые аортальные стенозы составляют 1,5—2% случаев приобретенных пороков клапанов сердца (1). По данным переписи больных в Новосибирской области среди приобретенных пороков наиболее распространено изолированное поражение митрального клапана - 79,5% больных, а изолированное поражение аортального клапана и многоклапанные пороки встречаются практически с одинаковой частотой - 10% и 8,5% больных. Среди различных многоклапанных пороков митрально-аортальные встречаются наиболее часто. По данным Ильиной В.Е. комбинированное поражение митрального и аортального клапанов составляет 47,3% среди многоклапанных пороков сердца. Основной причиной пороков является ревматизм. Прирост данной патологии в 1999 году у взрослых составил 5,2%, а у детей - 4,4% (1). В последние десятилетия повсеместно отмечается увеличение частоты инфекционных поражений эндокарда. Ежегодная заболеваемость инфекционным эндокардитом составляет 3,8 случая на 100 тыс. населения (3). Бесперспективность медикаментозного лечения больных с многоклапанными пороками сердца подтверждается результатами изучения естественного течения заболевания. На фоне консервативной терапии через 5 лет после появления признаков расстройства кровообращения умирают от 42,5 до 64,5% больных с многоклапанными пороками, а через 10 лет в живых остается от 6,2 до 31,7 % пациентов (1). Причем все выжившие больные являются инвалидами и имеют 2Б-3 степень сердечной недостаточности. В настоящее время методом выбора для больных с гемодинамически значимыми пороками является их хирургическая коррекция. По данным Л.А. Бокерия (2000 г.) в 1999 году число впервые выявленных случаев заболеваний сердца и сосудов увеличилось по сравнению с этим показателем в 1998 году на 5,3, 12,8 и 7,7% соответственно у взрослых, подростков и детей. По данным И.Н. Ступакова в настоящее время до 77,2% населения нуждаются в решении вопроса о целесообразности кардиохирургического вмешательства (2). Л.А. Бокерия с соавторами (2002) в своих работах указывают, что существующая система кардиохирургической помощи нуждается в значительных изменениях. В России не производится анализ потребности в кардиохирургических видах помощи населению, оценка экономической эффективности. В общей сложности в настоящее время в нашей стране живут более 9500 человек с пороком клапана (или клапанов) сердца (1). Известно немало случаев позднего направления (или обращения) таких пациентов к специалистам по хирургии сердца. В странах Европы, по сведениям Европейского института сердца, среднее число операций коронарного шунтирования в расчете на 1 млн. населения составило 662, в России - 27,6 (2). Несмотря на бурное развитие сердечно-сосудистой хирургии механизмы доступности этих видов помощи для пациентов и организационные вопросы в этой области изучены недостаточно. В настоящее время отсутствует научно-обоснованный алгоритм организации кардиохирургической помощи, не разработана методика прогнозирования потребности в зависимости от эпидемиологической обстановки в стране (2). Необходима разработка методики по изучению потребности в различных кардиохирургических вмешательствах при сердечно-сосудистых заболеваниях, а также, повышение эффективности и качества оказания кардиохирургической помощи.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Л.А. Бокерия, Р.Г. Гудкова «Распространенность и хирургическое лечение заболеваний системы кровообращения в Российской Федерации (1999 год)», // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия, №6, 2000 г.
2. И.Н. Ступаков, И.В. Самородская «Управление доступностью высокотехнологичной, дорогостоящей (кардиохирургической) помощи», // Здоровоохранение, №9, 2003 г.
3. Ю. Л. Шевченко, Г. Г. Хубулава «Инфекционный эндокардит правых камер сердца», СПб, 1996 г.