

находящихся в тяжелом состоянии, проводится под местной анестезией при сохраненном сознании пациента. При бережных манипуляциях операция хорошо переносится без каких либо серьезных осложнений.

При этом, медицинской промышленности, в большей степени отечественной, необходимо об-

ратить внимание на более качественное изготовление катетеров из рентгенконтрастных материалов. Такие катетеры, возможно, хорошо визуализировать при рентгеноскопическом исследовании и высказаться о целесообразности и возможности проведения рентгенэндоваскулярного вмешательства по удалению инородного тела.

Ч.Д. Раднаев, Ю.В. Белов, А.Б. Степаненко, А.П. Генс

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ДОСТУПЫ У БОЛЬНЫХ С ГРУДНЫМИ И ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫМИ АНЕВРИЗМАМИ АОРТЫ

Российский научный центр хирургии РАМН (Москва)

Одним из самых трудоемких и опасных в практике кардиохирурга является хирургическое вмешательство при аневризме аорты. Несмотря на большие успехи в совершенствовании оперативной техники, создании новых хирургических технологий, большую и сложную хирургическую операцию обеспечивает правильно выбранный и хорошо выполненный хирургический доступ.

Таким образом, разработка проблемы оперативного доступа при разных типах аневризм аорты, ее экспериментального обоснования является актуальной в связи с возможностью повышения радикальности, а значит и улучшения результатов лечения этой сложной хирургической патологии.

В отделении хирургии аорты и ее ветвей РНЦХ РАМН выполнено 382 операций по поводу грудных и торакоабдоминальных аневризм аорты. Выбор доступа зависит от локализации и распространенности патологического процесса. При операциях на восходящей аорте, включая поражение аортального клапана, а также при одновременных вмешательствах на дуге аорты общепринятым доступом является полная срединная стернотомия.

Доступ к перешейку и верхним отделам грудной аорты осуществляем из левосторонней торакотомии. При сочетанной патологии восходящей и нисходящей аорты, одномоментных вмешательствах на сердце и нисходящей аорте так же, как и при «вколоченных» посттравматических или ложных послеоперационных аневриз-

мах, мы рекомендуем полное поперечное рассечение грудины по тому же межреберью. Если аневризматический процесс распространяется на всю грудную аорту (клапаны, восходящая аорта, дуга, нисходящая аорта), мы считаем оптимальным поперечный двусторонний трансплевральный доступ.

Один из самых обширных и травматичных доступов — доступ к торакоабдоминальным аневризмам аорты. Общепринятым является тораколаротомный доступ слева (доступ Крауфорда). Доступ является оптимальным для 1 — 3 типов расслоения аорты. В нашем отделении разработан несколько другой доступ при хирургическом лечении торакоабдоминальных аневризм. Доступ является торакофренопараректальным, забрюшинным.

В нашем отделении продолжается усовершенствование имеющихся хирургических доступов для улучшения результатов, при возможности с сохранением каркасности грудной стенки. При доступе к нисходящей грудной аорте применяем левостороннюю двойную торакотомию из единого кожного разреза, торакофренозабрюшинный доступ с пересечением реберной дуги и ребер до 3 межреберья для выделения всей нисходящей аорты, комбинированный доступ при торакоабдоминальной аневризме — торакотомия и торакофренозабрюшинный доступ, комбинированный доступ при реконструкции всей аорты, включая аортальный клапан — поперечный двусторонний трансплевральный и торакофренозабрюшинный доступ.