

Ю.В. Белов, Р.Н. Комаров, А.Б. Степаненко, А.П. Генс

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ АОРТЫ
С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

ГУ «Российский научный центр хирургии РАМН» (г. Москва)

Сочетание аневризматической болезни аорты с ишемической болезнью сердца (ИБС) является сложнейшей проблемой сердечно-сосудистой хирургии. Е. Crawford и соавт., J. Coselli, H. Safi и соавт., обладающие наибольшим мировым опытом хирургического лечения торакоабдоминальных аневризм аорты (ТААА), являются сторонниками одномоментного аортокоронарного шунтирования (АКШ) и протезирования аорты по методике Крауфорда.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить результаты хирургического лечения ТААА в сочетании с ИБС.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

С 1986 по 2005 гг. в РНЦХ РАМН проведено оперативное лечение 19 больных торакоабдоминальными аневризмами аорты в сочетании с ИБС, что составило 16,4 % от пролеченных ТААА. Стенокардия напряжения 2–3 функционального класса (ФК) (по Канадской классификации) выявлена у 9 (47,4 %) пациентов. Инфаркт миокарда (ИМ) в анамнезе был у 5 (26,3 %). С момента возникновения ИМ до протезирования ТААА прошло от 1 до 16 лет (в среднем $5,6 \pm 2,7$ лет).

При анализе пациенты были условно разбиты на две группы: первая группа ($n = 14$) — пациенты, которым выполнено только протезирование ТААА без реваскуляризации миокарда, вторая группа ($n = 5$) — в сочетании с различными видами АКШ. Одномоментно реконструкция ТААА и АКШ выполнены 3 пациентам, этапно — двум.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Клинически дифференцировать проявления ИБС и ТААА крайне сложно. В нашем исследовании частота безболевых форм отмечена у 15,8 % пациентов. Определить показания к коррекции сопутствующей коронарной недостаточности сложно. Выполнение нагрузочных функциональных проб с целью определения коронарного резерва часто противопоказано в связи с тяжестью состояния пациентов и риском разрыва аневризмы. В каждом конкретном случае необходим индивидуальный подход к доступу, объему операции и способам защиты спинного мозга и висцеральных органов.

В нашем исследовании показатели операций (длительность операции, время пережатия аорты, за исключением кровопотери) достоверно не отличались. Среди пациентов первой группы, острая сердечно-сосудистая недостаточность возникла у 6 (42,8 %) пациентов, что потребовало послеоперационной инотропной поддержки. Первичный ИМ, развившийся интраоперационно, имел место у 2 (14,3 %) больных. Летальный исход в первой группе наступил у 4 (28,6 %) пациентов, у 3-х из них был обусловлен первичной коронарной недостаточностью (у двух — ИМ). В одном случае смерть наступила на фоне острой дыхательной недостаточности и отека легких. Трое из 4-х умерших имели гемодинамически значимое поражение 2–3 артерий сердца со стенозом каждой ≥ 50 %. У пациентов второй группы послеоперационная сердечно-сосудистая недостаточность возникла у одного (20 %) больного. В отличие от первой группы летальных исходов не было ($t = 2,3$, $p < 0,05$).

Наш скромный опыт позволяет отметить, что операционный риск, связанный с проведением АКШ у пациентов с ТААА абсолютно оправдан.

ВЫВОДЫ

У пациентов с торакоабдоминальными аневризмами аорты частота сочетанной ИБС составляет 16,4 %, что определяет необходимость активного поиска коронарного поражения.

Послеоперационная летальность при хирургическом лечении торакоабдоминальных аневризм аорты в сочетании с ИБС без коррекции коронарной недостаточности по нашим данным составила 28,6 %.

Проведение коронарной реваскуляризации позволяет уменьшить количество кардиальных осложнений и послеоперационную летальность.