

А.А. Карпенко, А.М. Чернявский, Н.Р. Рахметов*,
А.А. Дюсупов*, Е.О. Масалимов*, Б.С. Буланов*, С.М. Жусупов**

Кардиальные осложнения и их профилактика в хирургии инфраренальной аневризмы брюшной аорты

ФГБУ «НИИПК
им. акад. Е.Н. Мешалкина»
Минздрава России,
630055, Новосибирск,
ул. Речкуновская, 15,
journal@meshalkin.ru
* Государственный
медицинский университет,
Семей, Республика Казахстан,
071400, Семей, ул. Абая, 103
** Городская больница
№ 1, Павлодар, Республика
Казахстан, ул. Ломова, 49

УДК 616.13-007.64-616.136-
089+616.12-084
ВАК 14.01.26

Поступила в редакцию
26 декабря 2012 г.

© А.А. Карпенко,
А.М. Чернявский,
Н.Р. Рахметов,
А.А. Дюсупов,
Е.О. Масалимов,
Б.С. Буланов,
С.М. Жусупов, 2013

Проанализированы данные хирургического лечения 225 больных с инфраренальной аневризмой брюшной аорты (АБА) в период с 1998 по 2012 г. В зависимости от тактики и способа хирургического лечения больные разделены на 3 группы. 1-ю группу составили 79 (35,2%) пациентов, которым выполняли открытую операцию по поводу АБА с терапевтической коррекцией сочетанной патологии в артериальном бассейне сердца. 2-я группа – 118 (52,4%) больных, которым первым этапом выполняли хирургическую коррекцию артериального русла сердца, следующим этапом – открытую операцию по поводу АБА. 3-я группа – 28 (12,4) больных, которым также первым этапом проводилась хирургическая коррекция в бассейне коронарного русла, однако по поводу АБА применяли способ эндоваскулярного протезирования. Выполнение предварительной хирургической коррекции нарушений коронарного кровотока с последующей операцией по поводу АБА открытым способом позволило уменьшить количество инфарктов миокарда в раннем операционном периоде с 10,1 до 1,7% и с 12,5 до 1,3% в отдаленном периоде, достоверно снизить периоперационную летальность с 10,1 до 0,8% и улучшить актуарную 5-летнюю выживаемость с 77,5 до 91,3%. Отсутствие осложнений со стороны сердца после предварительной хирургической коррекции коронарного кровотока и выполнения эндоваскулярного протезирования брюшной аорты по поводу АБА как в раннем, так и отдаленном периоде говорит о преимуществах этой тактики, особенно у пожилых людей со множеством сопутствующих патологий. Ключевые слова: инфраренальная аневризма брюшной аорты; осложнения; инфаркт миокарда.

Кардиальные осложнения – основная причина летальности после операций по поводу инфраренальных аневризм брюшной аорты (АБА). Частота их колеблется от 10 до 70%. Они являются причиной летальных исходов более чем в 50–70% случаев [5]. Столь высокий удельный вес кардиальных осложнений в структуре летальности обусловлен большой частотой поражения коронарных артерий у больных с АБА. По данным Кливлендской клиники, 45% ранних летальных исходов после аневризмэктомии вызваны инфарктом миокарда [6]. В отдаленном периоде после резекции АБА смертность от инфаркта миокарда также занимает первое место, послеоперационная 5-летняя выживаемость снижается до 70% [2]. Обнаружение ишемической болезни сердца (ИБС) у 45–75% пациентов с АБА позволяет считать, что наличие АБА является маркером ИБС [7].

В настоящее время до сих пор актуален вопрос выбора тактики хирургического лечения больных с АБА при наличии сочетанного поражения коронарного русла. По данным литературы, одни авторы

предпочитают выполнять одномоментные оперативные вмешательства сразу в двух пораженных артериальных бассейнах, другие предлагают выполнять этапные вмешательства, есть мнения о целесообразности терапевтической коррекции нарушения кровоснабжения пораженного органа [1, 3, 4]. Цель нашего исследования – провести сравнительный анализ результатов оперативного лечения АБА с применением различных тактик лечения при сочетанном поражении коронарного русла и предложить оптимальный выбор.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проанализированы данные хирургического лечения 225 больных с АБА, в период с 1998 по 2012 г. В зависимости от тактики и способа хирургического лечения больные разделены на 3 группы. 1-ю группу составили 79 (35,2%) пациентов, которым выполняли открытую операцию по поводу АБА с терапевтической коррекцией сочетанной патологии в артериальном бассейне сердца. Эти пациенты проходили лече-

Таблица 1
Сопутствующая патология у больных в исследуемых группах

Сопутствующая патология	Абсолютное число (%)		
	1-я группа n = 79	2-я группа n = 118	3-я группа n = 28
Ишемическая болезнь сердца	61 (88,4)	64 (80,0)	24 (85,7)
Постинфарктный кардиосклероз	9 (13,0)	36 (45,0)	8 (28,6)
Нарушения мозгового кровообращения	11 (15,9)	31 (38,7)	18 (64,3)
Острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе	5 (7,2)	6 (7,5)	3 (10,7)
Хронические обструктивные заболевания легких	30 (43,5)	15 (18,7)	10 (35,7)
Артериальная гипертензия	34 (49,3)	69 (86,2)	20 (71,4)
Хронический гастрит	8 (11,6)	46 (57,5)	23 (82,1)
Аденома предстательной железы	6 (8,7)	14 (17,5)	11 (39,3)
Хроническая почечная недостаточность	20 (28,9)	41 (51,2)	19 (67,8)
Хронический холецистит	7 (10,1)	5 (6,2)	7 (25,0)
Сахарный диабет	2 (2,9)	4 (5,0)	–
Прочие заболевания	20 (28,9)	42 (52,5)	20 (71,4)

ние на базе отделения хирургии сосудов Медицинского центра Государственного медицинского университета г. Семей и Городской больницы № 1 г. Павлодара. 2-я группа – 118 (52,4%) больных, которым первым этапом выполняли хирургическую коррекцию артериального русла сердца, следующим этапом выполняли открытую операцию по поводу АБА. 3-я группа – 28 (12,4%) больных, которым также первым этапом проводилась хирургическая коррекция в бассейне коронарного русла, однако по поводу АБА применяли способ эндоваскулярного протезирования. 2-я и 3-я группы больных пролечены в условиях Новосибирского НИИ патологии кровообращения (ННИИПК) имени академика Е.Н. Мешалкина.

Средний возраст больных на момент операции в 1-й группе составил $65,1 \pm 1,1$ лет, во 2-й группе – $64,1 \pm 1,0$ лет, в 3-й группе больных – $70,6 \pm 1,4$ лет. Мужчины составили основную массу во всех группах больных – 72 (91,1%) человека в первой группе, 112 (94,9%) человек во второй группе и 22 (78,6%) – в третьей группе больных; женщины – 7 (8,9%), 6 (5,1%) и 6 (21,4%) соответственно.

В предоперационном периоде наряду с физикальным осмотром, ангиологическим статусом и лабораторными анализами производили различные инструментальные методы обследования. Целенаправленное внимание уделяли выявлению сопутствующей патологии и сочетанного поражения в сосудистом бассейне сердца. С этой целью выполняли ЭКГ, ЭхоКГ, ультразвуковую доплерографию и дуплексное сканирование, аортоартериографию. В условиях ННИИПК при диагностическом поиске выполнялась также МСКТ-ангиография, рентгеноконтрастная коронарография.

Причиной развития АБА в исследуемых группах являлся атеросклероз, только у 1 (1,3%) пациента 1-й группы аневризма была обусловлена неспецифическим аортоартериитом. Большинство больных в трех группах имели различную сопутствующую патологию (табл. 1).

Как видно по данным таблицы, ИБС имела место в 80% и более во всех группах больных, постинфарктный кардиосклероз наиболее часто отмечен во 2-й группе больных. У пациентов 2-й группы в 107 (90,7%) случаях выполнена коронарография. По результатам последней, хирургически значимых стенозов не выявлено у 25 (23,4%) больных, однососудистое поражение – в 12 (11,2%) случаях, двухсосудистое – в 39 (36,4%) случаях, трехсосудистое – у 31 (29,0%) больных. В 3-й группе больных коронарография выполнена в 27 (96,4%) случаях. При этом хирургически значимых стенозов не выявлено в 6 (22,2%) случаях, однососудистое поражение – у 9 (33,3%) пациентов, двухсосудистое – в 7 (25,9%) случаях, трехсосудистое – у 5 (18,5%) больных. Средний максимальный поперечный диаметр АБА у больных 1-й группы составил $88,3 \pm 5,7$ мм, во 2-й группе больных – $83,5 \pm 4,3$ мм, в 3-й группе больных – $55 \pm 3,6$ мм.

Все больные оперировались в плановом порядке. Больным 1-й и 2-й групп выполнялась резекция аневризмы с различными видами реконструкции брюшной аорты. В 3-й группе больных выполнялось эндопротезирование АБА. Нужно отметить, что в 1-й группе больных в основном выполнялось аорто-бедренное протезирование – 53 (67,1%) случая и протезирование инфраренального отдела брюшной аорты – 23 (29,1%) случая. Во 2-й группе больных преобладали аорто-подвздошные и аорто-подвздошно-бедренные реконструкции – 67 (56,8%) случаев, при этом в двух случаях выполнена реимплантация ВПА слева, в одном случае квадрифуркационное аорто-подвздошное протезирование.

Больным 1-й группы хирургическое вмешательство выполнялось только по поводу АБА. Во 2-й и 3-й группе больных выполняли этапные вмешательства. Очередность оперативного вмешательства зависела от клинического течения АБА, выраженности сочетанных гемодинамически значимых поражений сосудистых бассейнов жизненно

Таблица 2
Оперативные вмешательства у больных 2-й группы АКШ – аорто-коронарное шунтирование; ЧТКА – чрескожная транслюминальная коронарная ангиопластика; КЭАЭ – каротидная эндартерэктомия; ПКА – правая коронарная артерия; ЧТА – чрескожная транслюминальная ангиопластика; ВСА – внутренняя сонная артерия; СМА – средняя мозговая артерия

Этапы операций у больных 2-й группы	Абс. число (%) n = 118
Одноэтапные	46 (38,9)
Резекция АБА	46 (38,9)
Двухэтапные	65 (55,1)
АКШ → резекция АБА	45 (38,1)
ЧТКА со стентированием → резекция АБА	10 (8,5)
КЭАЭ → резекция АБА	7 (5,9)
ЧТКА со стентированием ПКА, ЧТА со стентированием правой ВСА → резекция АБА	1 (0,8)
Операция Бенгалла – Де Боно, протезирование митрального клапана → резекция АБА	1 (0,8)
Клипирование аневризмы по поводу мешотчатой аневризмы левой СМА → резекция АБА	1 (0,8)
Трехэтапные	6 (5,1)
ЧТА ВСА → АКШ → резекция АБА	1 (0,8)
АКШ → КЭАЭ → резекция АБА	3 (2,5)
Эндоваскулярная эмболизация артериовенозной мальформации правой лобной доли «Гистакрилом» → АКШ → резекция АБА	1 (0,8)
ЧТКА со стентированием ПНА → КЭАЭ слева → резекция АБА	1 (0,8)
Четырехэтапные	1 (0,8)
КЭАЭ слева → КЭАЭ справа → ЧТКА со стентированием → резекция АБА	1 (0,8)
Этапы операций у больных 3-й группы	Абс. число (%) n = 28
Одноэтапные	10 (35,7)
эндопротезирование АБА	10 (35,7)
Двухэтапные	17 (60,7)
АКШ → эндопротезирование АБА	6 (21,4)
КЭАЭ → эндопротезирование АБА	4 (14,3)
ЧТКА со стентированием КА → эндопротезирование АБА	7 (25,0)
Трехэтапные	1 (3,6)
ЧТКА со стентированием ПКА → КЭАЭ слева → эндопротезирование АБА	1 (3,6)

важных органов. При наличии показаний первым этапом производили хирургическую реваскуляризацию коронарного кровотока и брахиоцефальных артерий, затем, после определенного восстановительного периода, заключительным этапом выполняли резекцию АБА (табл. 2).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты лечения больных изучены в раннем и отдаленном послеоперационном периоде. Критериями оценки в раннем послеоперационном периоде были восстановление кровотока в нижних конечностях, адекватность кровообращения в заинтересованных бассейнах, функция жизненно важных органов на фоне перенесенной операции, показатели анализов крови и мочи, восстановление перистальтики кишечника, состоятельность и заживление послеоперационных ран (табл. 3).

Осложнения в раннем послеоперационном периоде у больных 1-й группы привели к смертельному исходу в 17 случаях, что составило 21,5% больных. Причиной смерти наиболее часто являлся острый инфаркт миокарда – 8 (10,1%) больных, другими причинами леталь-

ного исхода стали острая почечная недостаточность – у 3 (3,8%) пациентов, некроз левой половины толстой кишки с развитием перитонита – 2 (2,5%) больных, полиорганная недостаточность – 2 (2,5%) больных, тромбоз бифуркационного протеза – 1 (1,2%) больной и двусторонняя пневмония – 1 (1,2%) больной. Во 2-й группе больных ранние послеоперационные осложнения стали причиной смерти у 11 (9,3%) пациентов. Наиболее частой причиной смерти стало развитие полиорганной недостаточности на фоне исходных сопутствующих заболеваний – 4 (3,4%) больных, в 2 (1,7%) случаях развился некроз левой половины толстой кишки с развитием перитонита, у 2 (1,7%) пациентов – острый панкреатит с панкреонекрозом, по одному (0,8%) случаю причинами смерти стали острый инфаркт миокарда, перфорация язвы двенадцатиперстной кишки с развитием перитонита и острая ишемия мышц правого бедра, которая спровоцировала полиорганную недостаточность. У больных 3-й группы летальных случаев в раннем послеоперационном периоде не было.

Отдаленные результаты в сроки от 1 года до 14 лет прослежены у 48 (60,8%) больных 1-й группы, в сроки от 1 до 8 лет у 77 (65,3%) пациентов 2-й группы и в сроки от 1 года

Таблица 3

Осложнения в раннем послеоперационном периоде

Вид осложнения	Абсолютное число (%)		
	1-я группа n = 79	2-я группа n = 118	3-я группа n = 28
Инфаркт миокарда	8 (10,1)	2 (1,7)	–
Острое нарушение мозгового кровообращения	3 (3,8)	3 (2,5)	–
Острая ишемия левой половины толстой кишки. Гангрена кишечника. Перитонит.	2 (2,5)	2 (1,7)	–
Перфорация язвы двенадцатиперстной кишки. Перитонит.	–	1 (0,8)	–
Тромбоз бифуркационного протеза	1 (1,2)	–	–
Парапротезный абсцесс, гангрена нижних конечностей, нефрэктомия слева	–	1 (0,8)	–
Острый панкреатит, панкреонекроз	1 (1,2)	2 (1,7)	–
Тромбоэмболия артерий нижней конечности	–	1 (0,8)	1 (3,6)
Полиорганная недостаточность	2 (2,5)	4 (3,4)	–
Кровотечение, забрюшинная гематома	–	1 (0,8)	–
Гангрена нижней конечности	2 (2,5)	1 (0,8)	–
Острая ишемия мышц правого бедра и ягодичной области справа	–	1 (0,8)	–
Острая почечная недостаточность	4 (5,1)	9 (7,6)	–
Пневмония	3 (3,8)	1 (0,8)	–
Эвентрация органов брюшной полости, релапаротомия	1 (1,2)	1 (0,8)	–
Тромбоз бранши стент-графта	–	–	3 (10,7)

до 5 лет прослежены у 24 (85,7%) пациентов 3-й группы. Наиболее частыми осложнениями в отдаленном периоде у больных 1-й группы были: инфаркт миокарда – 6 (12,5%) случаев, острое нарушение мозгового кровообращения – 5 (10,4%) случаев, хронический ишемический колит – 13 (27,1%) случаев, несостоятельность аорто-протезо-бедренного анастомоза с формированием ложной аневризмы – 4 (8,3%) случая. Во второй группе больных: хронический ишемический колит – 14 (18,2%) случаев, послеоперационная вентральная грыжа – 6 (7,8%) случаев и прогрессирование ишемии нижних конечностей – 6 (7,8%) случаев. В 3-й группе больных – прогрессирование ишемии нижних конечностей – 6 (25,0%) случаев.

Осложнения в отдаленном периоде у больных 1-й группы привели к летальному исходу у 7 (14,6%) больных: причиной смерти в двух (4,2%) случаях стал инфаркт миокарда, двое (4,2%) больных скончались от инсульта, в одном (2,1%) случае – нагноение протеза с развитием ангиогенного сепсиса, в одном (2,1%) случае причиной смерти стала прогрессирующая почечная недостаточность и один (2,1%) пациент умер от полиорганной недостаточности. Во 2-й группе больных фатальные осложнения в отдаленном периоде развились у 5 (6,5%) больных этой группы: в одном (1,3%) случае причиной стал инфаркт миокарда, у одного (1,3%) больного – инсульт, в одном (1,3%) случае смерть наступила от прогрессирующей сердечно-легочной недостаточности и у двух (2,6%) пациентов отмечена внезапная смерть, причины которой выяснить не удалось. В 3-й группе больных смертельных исходов в отдаленном периоде не выявлено.

На рисунке представлена актуарная кривая выживаемости больных. 5-летняя выживаемость больных 1-й группы составила 77,5%, больных 2-й группы – 91,3%, больных 3-й группы – 100,0%.

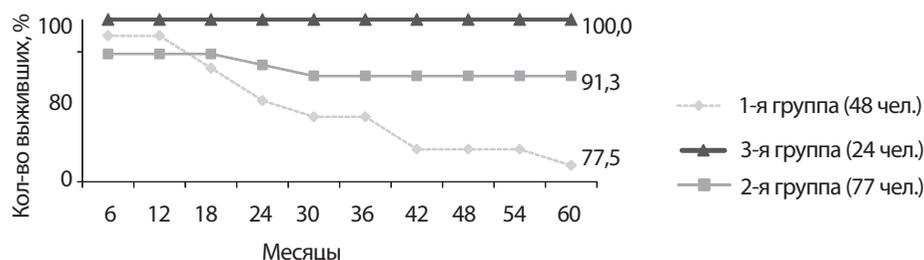
ОБСУЖДЕНИЕ

Проведенный анализ хирургического лечения 225 больных, с АБА показал, что в 80% и более у этих больных, по данным неинвазивных методов обследования и клиническим данным, выявлены проявления ИБС.

В настоящее время нет единого мнения о необходимости выполнения коронарографии и показаниях к этому у больных с АБА. Одни считают, что предварительная коронарография необходима всем больным с АБА, другие являются сторонниками медикаментозной защиты миокарда от ишемических повреждений при вмешательстве на брюшной аорте, третьи предлагают относиться к коронарографии дифференцированно, ориентируясь на данные неинвазивного кардиологического обследования [3, 5].

В нашем исследовании у больных 2-й и 3-й групп в 90,7–96,4% выполнена коронарография, то есть практически всем больным с проявлениями и признаками ИБС. Такую тактику считаем оправданной, так как, с одной стороны, трудно исключить латентное течение кардиальной патологии у больных с АБА, с другой – ограничены возможности применения функциональных «нагрузочных тестов» у больных с АБА и, наконец, статистически высок риск развития кардиальных осложнений.

Актуарная кривая выживаемости больных после резекции АБА.



Выполнение коронарографии показало наличие хирургически значимых стенозов коронарных артерий у 76,6% больных и более. Отсутствие значимого поражения коронарного русла выявлено у 22,2–23,4% больных.

Учитывая полученные данные инструментального обследования, а также основываясь на клинических проявлениях, хирургическую коррекцию коронарного русла первым этапом выполняли у больных 2-й группы в 60 (50,8%) случаях, у больных 3-й группы – в 14 (50,0%) случаях.

Нужно отметить, что в 1-й группе больных, которым профилактика периоперационных кардиальных осложнений осуществлялась только терапевтическими методами и выполнялось хирургическое вмешательство только по поводу АБА, наиболее частым осложнением как в раннем, так и в отдаленном послеоперационном периодах являлся инфаркт миокарда, что привело к смертельному исходу в ближайшем периоперационном периоде в 7 (10,1%) случаях и в позднем послеоперационном периоде – в 2 (4,2%) случаях. Среди больных 2-й группы в 1 (0,8%) случае после стентирования правой коронарной и огибающей артерии в анамнезе в раннем послеоперационном периоде развился фатальный инфаркт миокарда и у одного (0,8%) пациента из этой же группы, который перенес два этапа операций с АКШ и резекцией АБА, в отдаленном послеоперационном периоде наступил летальный исход от инфаркта миокарда. В 3-й группе больных осложнений со стороны сердца и летальных исходов в целом как в раннем, так и в отдаленном периодах не наблюдалось.

Результаты хирургического лечения больных с АБА показывают, что исход лечения этой категории больных во многом зависит от наличия и степени выраженности сочетанного поражения коронарного русла, а также подходов к лечению этой патологии. Безупречно выполненная резекция АБА может осложниться острым нарушением кровообращения в бассейне коронарных артерий с развитием фатального исхода. В связи с этим, оптимизация хирургической тактики у больных с сочетанием АБА и ИБС остается одной из актуальных проблем современной ангиохирургии.

Таким образом, на основании проведенного сравнительного анализа 3 тактик хирургического лече-

ния АБА при сочетанном поражении артериального бассейна сердца можно заключить следующее:

Больные с АБА должны целенаправленно обследоваться на предмет наличия ИБС, с определением показаний для хирургической коррекции при помощи коронарографии. Сочетанное поражение коронарного русла наблюдалось в 1-й группе больных в 88,4% случаев, во 2-й группе – в 80,0% случаях, в третьей группе – в 85,7%.

Больным с неосложненным течением АБА целесообразно выполнять первым этапом хирургическую коррекцию нарушений коронарного кровотока, что позволило, по нашим данным, при выполнении операции открытым способом уменьшить количество инфарктов миокарда в раннем послеоперационном периоде с 10,1 до 1,7% и с 12,5 до 1,3% в отдаленном периоде, достоверно снизить периоперационную летальность с 10,1 до 0,8% и улучшить актуарную 5-летнюю выживаемость с 77,5 до 91,3%. Отсутствие осложнений со стороны сердца после предвзвешенной хирургической коррекции коронарного кровотока и выполнения эндоваскулярного протезирования брюшной аорты по поводу АБА как в раннем, так и отдаленном периоде говорит о преимуществах этой тактики, особенно у пожилых людей со множеством сопутствующих патологий. Дифференцированный подход к лечению больных с АБА на фоне сочетанного поражения коронарного русла позволяет значительно уменьшить частоту развития кардиальных осложнений и тем самым улучшить результаты хирургического лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белов Ю.В., Комаров Р.Н. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2007. № 3. С. 60–64.
2. Бокерия Л.А., Спиридонов А.А., Бузиашвили Ю.И. и др. // Анналы хирургии. 2004. № 4. С. 8–14.
3. Казанчян П.О., Попов В.А., Сотников П.Г. и др. // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 2008. № 2. С. 30–35.
4. Константинов Б.А., Базылев В.В., Белов Ю.В. и др. // Креативная кардиология. 2008. № 1. С. 47–55.
5. Спиридонов А.А., Тутов Е.Г., Аракелян В.С. Хирургическое лечение аневризм брюшной аорты. М.: Издательство НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2000. С. 139–158.
6. Hertzner N. // Ann. Surg. 1980. V. 192. P. 667–673.
7. Roger V.L., Bollard D.J. et al. // JACC. 1989. V. 14. P. 1245–1252.

Отзывы экспертов

Кардиальные осложнения и их профилактика в хирургии инфраренальной аневризмы брюшной аорты

Пациенты с аневризмами инфраренального отдела аорты, как правило, относятся к старшим возрастным категориям и в большинстве своем имеют сопутствующую кардиальную патологию, прежде всего связанную с атеросклеротическим поражением коронарных артерий. В связи с этим кардиальные осложнения являются основной причиной летальности после операций по поводу инфраренальных аневризм брюшной аорты (АБА).

В отдаленном периоде после операций по поводу АБА смертность от инфаркта миокарда также занимает ведущее место. Однако объем обследования на предмет выявления кардиальной патологии и тактика лечения сочетанной патологии – коронарной болезни сердца и АБА – до сих пор окончательно не определены. Это обуславливает актуальность представленной статьи.

В работе авторами рассматривается важный вопрос диагностической и хирургической тактики у названной выше крайне тяжелой группы больных. Детально проанали-

зированы ближайшие и отдаленные результаты лечения 225 больных с АБА. Дана сравнительная оценка различных вариантов консервативного и хирургического лечения КБС у больных с АБА, а также проведено сравнение результатов открытых и эндоваскулярных вмешательств по поводу АБА. Важно подчеркнуть, что отдаленные результаты прослежены в сроки до 14 лет.

В заключении статьи обсуждается важный вопрос о необходимости выполнения коронарографии у больных с АБА в предоперационном периоде. Всесторонне обосновывается предложенная тактика предварительной коррекции коронарного кровотока с помощью эндоваскулярных или открытых операций.

Работа имеет междисциплинарный характер и будет профессионально полезной кардиохирургам, сосудистым хирургам, специалистам по рентгенэндоваскулярной хирургии и кардиологам.

Доктор медицинских наук Г.Ю. Сокурченко

Название статьи не полностью отражает ее содержание, которое шире и глубже. В статье речь идет не только о кардиальных осложнениях, но и о других фатальных осложнениях, которых удастся избежать за счет использования более щадящей методики эндопротезирования. В статье приведен современный подход к лечению сочетанной патологии – проводить коррекцию значимых поражений в других сосудистых бассейнах и выбрать оптимальный объем операции по поводу аневризмы (с низким риском – открытая, с высоким риском – эндопротезирование).

Выполнение предварительной хирургической коррекции нарушений коронарного кровотока с последующей операцией по поводу АБА открытым способом позволило уменьшить количество инфарктов миокарда в послеоперационном периоде. И на самом деле выбранная тактика позволяет снизить не только инфаркты, но и другие серьезные осложнения за счет своевременных (в некоторой степени превентивных) вмешательств на других регионах, а также дифференцированного подхода к самой аневризме.

То есть первым этапом надо проводить коррекцию значимых поражений коронарного и каротидного бассейнов, а вторым – оперативное лечение по поводу аневризмы брюшной аорты. Объем операции второго этапа зависит от тяжести сопутствующей патоло-

гии. Согласно современным рекомендациям (и мы с ними согласны), операцией выбора является реконструктивная хирургия брюшной аорты, так как отдаленные результаты признаны предпочтительными. Но в случае высокого риска предпочтение необходимо отдавать методу эндопротезирования. По мере накопления материала возможно смещение акцентов в сторону эндопротезирования, однако это вопрос будущего.

Следует отметить, что приведенное исследование не рандомизировано. Вследствие этого получилась значимая разница в группах исследования по исходной тяжести состояния, возрасту и сопутствующим заболеваниям. В статье нет обоснования и критериев отбора в 3-ю группу, хотя по материалу понятно, что это более тяжелые пациенты. В статье отсутствует разделение больных по тяжести стенокардии (просто ИБС). Это неверно, так как клиника имеет основополагающее значение. В противном случае все выглядит слишком механистичным. Нашли «хирургически значимый стеноз» и сделали.

Из материала статьи непонятна очередность оперативных вмешательств. Авторы указывают, что тактика зависела от клинического течения АБА. Встает вопрос: «Каким образом?». В статье не рассматривают пациентов с симптомными аневризмами.

При анализе результатов важно, что в 3-й группе значительно меньше общее число тяжелых осложнений. И это требует комментария. В то же время нет анализа осложнений в раннем и отдаленном периодах. Почему они происходили в одной группе и их не было в другой? Встает вопрос, что подразумевается под фразой «прогрессирование ишемии нижних конечностей – 6 (7,8%)». Если острый тромбоз, то понятно, и так надо и написать. Если нет, то что? Нет анализа, что делали при тромбозе бранш-эндопротезов.

В заключение хотелось бы сказать авторам, что, конечно, очень важно в статье не только представление материала, но и обсуждение результатов. Отсутствие осложнений со стороны сердца после предварительной хирургической коррекции коронарного кровотока и выполнения эндоваскулярного протезирования брюшной аорты по поводу АБА как в раннем, так и отдаленном периоде говорит о преимуществах данной тактики, особенно у пожилых людей со множеством сопутствующих патологий. Это интересно и важно, но акцентов по этому тезису нет в статье.

Доктор медицинских наук, профессор А.В. Троицкий