



УДК 616.12-005.4-089

Клинический пример оперативного вмешательства по поводу ИБС у больного с колостомой

И.Р. ЯГАФАРОВ, Н.Г. СИБАГАТУЛЛИН, И.Р. ЗАКИРОВ, Д.Р. ТАГИРОВА, Л.Ф. ЯГАФАРОВА,
Р.Р. САЙФУЛЛИН, Е.В. ТЕНИН

Медико-санитарная часть ОАО «Татнефть», г. Альметьевск

Ягафаров Ильдус Римович

кандидат медицинских наук, врач сердечно-сосудистый хирург,
заместитель главного врача по высокотехнологичной
медицинской помощи

423450, г. Альметьевск, ул. Радищева, д. 67

тел. 8 (8553) 31-15-64, e-mail: il.ya1974@mail.ru

В статье представлен случай успешного хирургического лечения ИБС у больного с тяжелой экстракардиальной патологией и высоким риском инфекционных осложнений.

Ключевые слова: ИБС, АКШ, неспецифический язвенный колит, противоестественный задний проход.

Clinical example of surgery for ischemic heart disease in a patient with colostomy

I.R. YAGAPHAROV, N.G. SIBAGATULLIN, I.R. ZAKIROV, D.R. TAGIROVA, L.PH. YAGAPHAROVA,
R.R. SAIYPHULLIN, E.V. TENIN

Medical care unit OJSC Tatneft, Almeteyevsk

The article presents a case of successful surgical treatment of ischemic heart disease in patient with severe extra-cardiac pathology and high risk of infectious complications.

Key words: ischemic heart disease, coronary artery bypass surgery, nonspecific ulcerative colitis, artificial anus.

Проблема открытой хирургии ИБС у больных с противоестественным задним проходом представляет в настоящее время значительный интерес ввиду значительных успехов хирургического лечения заболеваний толстой кишки, увеличения сроков жизни оперированных больных и нередкого сочетания проктологических заболеваний с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца (ИБС) [1-3]. Зачастую выбор тактики лечения в пользу консервативного лечения у этих больных связан с большим риском инфекционных осложнений в периоперационном периоде [1-5]. Несмотря на многочисленные исследования, изучающие выбор оптимального лечения, в настоящее время отсутствуют четкие рекомендации по ведению и лечению данной категории больных.

Приводим клиническое наблюдение пациента, перенесшего многочисленные операции на толстой кишке, которому была выполнена операция аортокоронарного шунтирования.

Больной Г., 1937 года рождения, находился на лечении в октябре 2011 года с диагнозом: ИБС. Стенокардия напряжения III-IV ФК. Постинфарктный кардиосклероз (2008г.). Мультифокальный атеросклероз коронарных артерий. Сопутствующие заболевания: артериальная

гипертензия III ст., 3-й ст., риск 4, кризовое течение. ХСН 1. ФК. Неспецифический язвенный колит, состояние после субтотальной резекции толстой кишки, выведения противоестественного ануса подвздошной кишки на переднюю брюшную стенку.

Диагноз «неспецифический язвенный колит» пациенту был установлен в 1979 году. В 1980 г. была выполнена операция — субтотальная резекция толстой кишки с формированием асцендоректального анастомоза методом инвагинации, отсечением избытка низведенной кишки, наложение одноствольного ануса подвздошной кишки. За последующий период с 1980 по 1983 гг. больной оперирован 12 раз по поводу стриктуры низведенной кишки, парапроктита. В 1988 г. была выполнена атипичная реконструктивно-пластическая операция на толстой кишке с сохранением одноствольного ануса с хорошим клиническим эффектом. В 2008 г. перенес передне-перегородочный с переходом на верхушку острый инфаркт миокарда с зубцом Q. С этого времени больного беспокоила стенокардия, соответствующая 3-му функциональному классу, по поводу которой он вынужден был принимать до 20 таблеток нитроглицерина в сутки. В 2011 г. в МСЧ ОАО «Татнефть» и г. Альметьевска была выполнена коронарография, выявлен мультифокальный атеросклероз коронарных арте-



рий с окклюзией передней межжелудочковой артерии (ПМЖА) и гемодинамически значимым поражением правой коронарной (ПКА) и огибающей артерий (ОА). Консилиум в составе кардиолога, рентгенохирурга, кардиохирурга вынес решение о целесообразности АКШ.

14 октября 2011 г. больному в плановом порядке выполнена операция аортокоронарного шунтирования (АКШ) (ЗМЖА), МКШ (ПМЖА) в условиях ИК, ветви ОА не шунтировались ввиду неудовлетворительного дистального русла (диаметр артерий менее 1,5 мм). Операция АКШ технически прошла без особенностей, время ИК — 63 минуты, время окклюзии аорты — 38 минут. В послеоперационном периоде проводилась посиндромная терапия, основанная на показателях гемодинамики (АД, ЦВД, пульс, инотропная поддержка), соматического статуса, а также противовоспалительная и антимикробная терапия. Через 28 часов после операции больной поставлен на ноги, через 40 часов переведен в отделение кардиохирургии. В последующем послеоперационный период протекал стандартно, без осложнений, заживление ран первичным натяжением, выписан на 11-е сутки после операции. Пациент вернулся к активному образу жизни, чувствовал себя удовлетворительно, принимал стандартный набор лекарственных препаратов.

В начале мая 2013 г. поступил в МСЧ ОАО «Татнефть» и г. Альметьевска с жалобами на рецидивирующие ангинозные боли. Был обследован, выполнена коронароангиография, на которой выявлен стеноз правой коронарной артерии и функционирующие шунты к ранее оперированным артериям. 02.05.2013 г. выполнено стентирование правой коронарной артерии с хорошим рентгенологическим и клиническим эффектом.

В настоящее время больному 77 лет, максимальный срок наблюдения 19 месяцев. Он вернулся к своему привычному активному образу жизни, самочувствие удовлетворительное, принимает стандартный набор лекарственных препаратов, ангинозных болей нет.

Учитывая современные возможности интервенционной кардиологии наиболее оптимальным для данного больного было бы использование именно этой методики лечения. Однако характер атеросклеротического процесса в коронарных сосудах не позволял выпол-

нить рентгенэндоваскулярное вмешательство, поэтому было принято решение выполнить больному открытую операцию — аортокоронарное шунтирование в условиях искусственного кровообращения. Очевидно, что риск операции в данном случае носил повышенный характер ввиду наличия основного заболевания — неспецифический язвенный колит — и связанного с ним иммунным дисбалансом, многократных операций на толстой кишке, наличия функционирующего противоресторного ануса на передней брюшной стенке.

Успех операции, по-нашему мнению, во многом зависел от предоперационной подготовки и послеоперационного ведения. Благодаря особенностям своей болезни пациент соблюдал строгую безшлаковую диету, дробное питание и тщательный туалет противоресторного ануса. Утром в день операции противоресторный анус после туалета был закрыт марлевой салфеткой, пропитанной вазелиновым маслом. Важным аспектом ведения больных в послеоперационном периоде, на наш взгляд, является ранняя активизация больного.

Данный клинический пример не носит рекомендательного характера. Как сказано выше, в настоящее время отсутствуют четкие рекомендации по ведению и лечению данной категории больных. Однако наш положительный опыт позволяет сделать выводы о том, что такие операции имеют право на существование и могут выполняться больным после реконструктивных операций на толстой кишке по поводу неспецифического язвенного колита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акчурина Р.С., Давыдов М.И. О проблеме диагностики и лечения ишемической болезни сердца у онкологических больных // Российские медицинские вести. — 1999. — Т. 4, № 3. — С. 66-68.
2. Бокерия Л.А., Гудкова Р.Г. Сердечно-сосудистая хирургия — 2000. — М.: Изд-во НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2001. — 68 с.
3. Mistrot J.J., Ricker D.L. Concomitant coronary artery bypass and major noncardiac surgery // Thorac. Cardiovasc. Surg. — 1978. — Vol. 75, № 5. — P. 621-623.
4. Gassmail A., Zur Histologie der Rontgenulcera. Fonscher // Roentgenstr. — 1999. — № 2. — P. 1992-2007.
5. Thomas E., Forbus W.D. Irradiation injury to the aorta and the lung // Arch. Pathol. — 1959. — Vol. 67, № 256. — P. 63.
6. Waksman R. Vascular brachytherapy. // Nukletron. — 1996.

ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС ЖУРНАЛА «ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА»

В КАТАЛОГЕ «РОСПЕЧАТЬ» 37140

В РЕСПУБЛИКАНСКОМ КАТАЛОГЕ ФПС «ТАТАРСТАН ПОЧТАСЫ» 16848