

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ СЕКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ И АНГИОЛОГИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА¹

Председатель секции — Л.В.Лебедев,
ответственный секретарь — Н.А.Гордеев,
референты — М.С.Богомолов, И.Ю.Сенчик

145-е заседание 18.01.2006 г.

Председатель — проф Л.В.Лебедев

Повестка дня подготовлена сотрудниками кафедры сердечно-сосудистой хирургии СПбМАПО.

Демонстрации

1. Ю.А.Шнейдер, К.В.Кузнецов, Т.Д.Лесбеков, А.В.Красиков. Случай множественного коронарного шунтирования с эндартерэктомией из задней межжелудочковой артерии на работающем сердце.

Больной Б., 55 лет, поступил в клинику сердечно-сосудистой хирургии 20.04.2005 г. с диагнозом ИБС, стенокардия напряжения III ф.к., постинфарктный кардиосклероз (не Q инфаркт в 1996 и 2004 г.). Гипертоническая болезнь III стадии, риск сердечно-сосудистых осложнений IV, недостаточность кровообращения II ф.к. При коронарографии выявлено 3-сосудистое поражение коронарных артерий, фракция выброса 68%.

26.04.2005 г. выполнена операция: маммарно-коронарное шунтирование — левая внутренняя грудная артерия — диагональная артерия — передняя межжелудочковая артерия (секвенциально). Аортокоронарное шунтирование — лучевая артерия — огибающая артерия — медиальная артерия (секвенциально); аутовена — эндартерэктомия задней межжелудочковой ветви правой коронарной артерии с анастомозом аутоветви ветви острого края правой коронарной артерии (секвенциально) на работающем сердце. Послеоперационный период протекал гладко. Больной выписан в удовлетворительном состоянии на 12-е сутки после операции. В настоящее время чувствует себя удовлетворительно, стенокардии нет.

Ответы на вопросы. Больной курит. Высокая фракция выброса до операции связана с непроницающим характером инфаркта миокарда. Липидный спектр не изучался.

2. Ю.А.Шнейдер, К.В.Кузнецов, А.В.Красиков. Сочетанная операция протезирования восходящего отдела аорты и митрального клапана с пластикой трикуспидального клапана у пациентки с синдромом Марфана.

Больная Ф., 45 лет, поступила в клинику сердечно-сосудистой хирургии СПбМАПО 11.04.2002 г. с диагнозом: синд-

ром Марфана, пролапс митрального клапана, митральная недостаточность III–IV степени, отрыв хорд 2–3-го порядка, аортальная недостаточность II степени, трикуспидальная недостаточность II степени, аневризма восходящей аорты. По данным ЭхоКГ, восходящий отдел аорты расширен до 58 мм.

01.04.2002 г. выполнено: протезирование восходящего отдела аорты и аортального клапана имплантатом из клапана МЕДИНЖ-2 № 29 и протеза «Витафлон» — операция Бенталла де Боно, протезирование митрального клапана протезом ЛИКС-2 № 32, пластика трикуспидального клапана по Де Вега в условиях искусственного кровообращения (ИК) и кардиopleгии. Послеоперационный период протекал гладко. Больная выписана на 28-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии. В настоящее время чувствует себя удовлетворительно, выполняет привычные нагрузки.

Ответы на вопросы. Использован составной имплантат «Экофлон» по экономическим соображениям. Больная курит.

Прения

В.М. Седов поздравил с успешной операцией, пожелал дальнейших успехов.

Доклад

Ю.А.Шнейдер, К.В.Кузнецов, А.В.Красиков. Хирургия ишемической болезни сердца на работающем сердце.

Авторы анализируют 12-летний опыт хирургического лечения 675 больных с ИБС, оперированных в условиях работающего сердца.

71% операций выполнены только с использованием аутоартериальных шунтов. В 6,8% выполнялось Т-образное (ВГА+а.радиалис) и в 11,7% — секвенциальное шунтирование артерий сердца.

Шунтирование артерий задней поверхности сердца выполнено у 62,3% больных. В 8,8% операциях использована стабилизация сердца с помощью устройства «Starfish». В 1,9% операциях выполнена эндартерэктомия из коронарного русла на работающем сердце. Доступом для шунтирующих операций у 8,6% больных была торакотомия, у остальных — стернотомия. Непосредственно в послеоперационном периоде острый инфаркт миокарда был у 1,3% больных,

¹ Публикация протоколов с большим опозданием по вине Правления секции сердечно-сосудистой хирургии и ангиологии (последнее 79-е заседание от 23.06.99 было опубликовано в «Вестник хирургии им. И.И.Грекова» в № 5, 2003 г., 80–144-е заседания в редакцию не поступали).

что сопровождалось синдромом малого сердечного выброса у всех пациентов. Летальность составила 0,6%. У 1,3% больных необходимо было подключение аппарата ИК из-за нестабильности гемодинамики. За последний год операции на работающем сердце были использованы при 87% всех операций коронарного шунтирования в нашем центре. Частота рецидивов в отдаленном послеоперационном периоде не отличалась от таковой при стандартной реваскуляризации миокарда. Таким образом, прямая реваскуляризация миокарда без ИК в современной кардиохирургии может применяться у определенной категории больных с хорошими непосредственными и отдаленными результатами.

Ответы на вопросы. На работающем сердце в России оперируют активно в Архангельске, Томске, Ростове-на-Дону. Т-образный анастомоз с ВГА и их количество не влияют на объемный кровоток в каждой из артерий.

Поступил в редакцию 04.06.2007 г.

146-е заседание 15.02.2006 г.

Председатели — академик РАМН Ф.Г.Углов, проф. Л.В.Лебедев

Повестка дня подготовлена сотрудниками 1-й клиники и кафедры хирургии усовершенствования врачей им. П.А.Куприянова ВМедА им. С.М.Кирова.

Демонстрации

1. Г.Г.Хубулава, А.А.Ерофеев, А.Б.Сазонов, Н.Н.Яковлев, А.А.Макров, К.В.Китачев, О.В.Маслянюк, В.Ю.Сухов. **Случай успешного хирургического лечения критической ишемии нижних конечностей.**

Больной П., 60 лет, поступил в клинику 05.10.2005 г. по поводу генерализованного атеросклероза, окклюзии поверхностной бедренной артерии, подколенной артерии, артерий голени справа, хронической артериальной ишемии конечностей IV степени, начинающейся гангрены V пальца правой стопы. Пациента в течение последних 2 мес беспокоили постоянные боли в покое в правой нижней конечности, не купирующиеся приемом наркотических анальгетиков. Диагноз подтвержден клинически, ангиографически и при помощи ультразвуковых методик (УЗДГ, УЗДАС).

После предоперационной подготовки 18.10.2005 г. выполнена ревизия артерий голени, артериализация поверхностной венозной системы правой стопы веней «in situ». 27.10.2005 г. выполнена поясничная симпатэктомия справа, 01.12.2005 г. — ампутация V пальца правой стопы в пределах основной фаланги. На настоящий момент пациент чувствует себя удовлетворительно, жалоб на перемежающую хромоту и ишемические боли не предъявляет. Послеоперационные раны зажили первичным натяжением. Пульсация артериализованной вены на поверхности бедра, голени и стопы справа отчетливая, наполнение удовлетворительное. Пациент получает плановую консервативную антикоагулянтную терапию (фенилин, тромбоасс).

Ответы на вопросы. Использовался вальвулотом фирмы «LeMaitre».

Прения

Л.В.Лебедев. Блестящий результат хирургического лечения тяжелой артериальной недостаточности с использованием современных технологий.

Доклад

Г.Г.Хубулава, А.А.Айвин, А.И.Иващенко, В.Н.Кравчук, А.М.Волков, Н.Г.Лукьянов. **Хирургическое лечение ишемической кардиомиопатии (ИКМП).**

В исследование включены 48 пациентов с ИКМП, оперированных с января 2003 г. по январь 2005 г. Все больные — мужчины, средний возраст ($56,5 \pm 8,9$) года со стенокардией напряжения III–IV ф.к., сердечной недостаточностью (СН) II–III ф.к. (по NYHA), фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) ($28,6 \pm 5,4$)%. По данным сцинтиграфии миокарда с ^{99m}Tc — МИБИ и с йодопентом, площадь гибернированного миокарда у 11 пациентов менее 5%, у 22 — 6–17% и у 15 — более 18%. Всем пациентам выполнено аортокоронарное, маммарно-коронарное шунтирование в условиях ИК и фармакоологической кровяной кардиоплегии. Госпитальная летальность составила 4,2%. Через 12 мес после операции отмечалось увеличение ФВ ЛЖ до ($35,9 \pm 3,7$)%, СН нивелировалась до уровня I–II ф.к. (по NYHA), стенокардия напряжения наблюдалась на уровне 0–1 ф.к. При проведении сцинтиграфии миокарда через 12 мес у 87% пациентов было отмечено уменьшение глубины и площади нарушений перфузии в участках жизнеспособного миокарда. Таким образом, хирургическая реваскуляризация миокарда у больных с ИКМП приводит к снижению функционального класса или нивелированию стенокардии напряжения и симптомов СН, ведет к восстановлению функции жизнеспособного миокарда.

Ответы на вопросы. Для оценки состояния миокарда мы использовали рутинную сцинтиграфию.

Прения

Л.В.Лебедев. Обнадёживающие результаты, особенно для больных с тяжелой стенокардией и плохим прогнозом консервативного лечения. Прекрасные данные мирового уровня.

Поступил в редакцию 04.06.2007 г.

147-е заседание 15.03.2006 г.

Председатель — проф. Г.Г.Хубулава

Демонстрация

В.К.Сухов, И.Н.Качанов, С.М.Яшин, Р.А.Азовцев, В.А.Крейль, В.А.Ковалев, Я.Ю.Думлис, А.С.Немков (клиника и кафедра факультетской хирургии СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, городская клиническая больница № 2). **Эндоваскулярное пособие при фрагментации катетера в левом предсердии.**

Представлен случай успешного устранения осложнения — фрагментации катетера во время операции катетерной изоляции легочных вен. Пациенту с пароксизмами фибрилляции и трепетания предсердий проводилась катетеризация левого предсердия из транссептального доступа. При выполнении ангиографии легочных вен была выявлена фрагментация дистальной части катетера. При попытках его фиксации произошла миграция фрагмента в правое предсердие и затем ветви правой легочной артерии. Манипуляции были продолжены — выполнена изоляция легочных вен и деструкция перешейка в правом предсердии с восстановлением синусового ритма. Затем с помощью специальной петли трансвенозно была выполнена фиксация и извлечение части катетера.

Ответы на вопросы. Катетер был изготовлен из поливинила.

Прения

В.В.Сорока. Худший сценарий случая — миграция фрагментов в аорту и далее в любые ветви. Из ветвей легочной артерии всегда надо удалять фрагменты катетера, так как возможно развитие пневмонии: из левых отделов — окклюзионная тактика, из правых — можно закрытым методом.

В.К.Суков. Нередкое осложнение трудно локализовать, УЗИ иногда помогает. Оставить инородное тело на длительный срок, стерильность относительная — известны случаи сепсиса.

Г.Г.Хубулава. Любое инородное тело в сердце должно быть удалено из-за риска инфекционного эндокардита.

Доклад

Л.В.Лебедев (зам. главного хирурга Санкт-Петербурга по ангиологии Комитета здравоохранения Правительства Санкт-Петербурга). **О состоянии ангиохирургии в Санкт-Петербурге в 2005 г. и задачах на 2006 г.**

В отчетном году число реконструктивно-восстановительных операций на аорте и периферических артериях по-прежнему было значительным — 4391. Послеоперационная летальность 1,8%, что соответствует международному и общероссийскому уровню. В 2005 г. в городе выполнено по поводу ИБГМ 219 реконструктивных операций при одном летальном исходе. По-прежнему в городе имеется значительное число больных с аневризмами брюшной и грудной аорты (до 10 000 недиагностированных случаев), и от разрыва погибают 200–250 больных. В 2005 г. выполнено 118 операций по поводу аневризмы брюшной аорты с послеоперационной летальностью 9,3%, при разорвавшихся аневризмах оперировано 6 больных, послеоперационная летальность — 50%. Экстренная ангиохирургическая помощь оказывалась в клинике общей хирургии СПбГМА им. И.И.Мечникова. Выполнено 149 операций. В 2005 г. продолжало успешно работать единственное в городе отделение детской ангиохирургии в СПбГМПА им. И.И.Мечникова (руков. — проф. Д.Д.Купатадзе). На отделении выполнена 651 операция. В городе успешно выполнено 84 операции по профилактике ТЭЛА по оригинальной методике Ф.В.Баллюзек — Н.А.Гордеева. Амбулаторная ангиологическая служба. За 2005 г. первично обратилось 30 260 больных. Всего в Санкт-Петербурге в настоящее время имеется не менее 100 тыс. больных ангиологического профиля.

Ответы на вопросы. Основное число ампутаций выполняется в общехирургических отделениях, в отделениях ангиохирургии всего 3–5% от общего числа.

Прения

Н.А.Гордеев. Причина большого числа ампутаций — отсутствие специализированных отделений экстренной помощи.

Р.Т.Скляренко. Разрушена система диспансеризации — больные идут самотеком на 4–5-е сутки от момента тромбоза, а это ампутация.

А.С.Немков. Общим хирургам не выгоден прием ангиологических больных. Комитет здравоохранения не помогает нам, нужна ассоциация ССХ.

Поступил в редакцию 04.06.2007 г.

148-е заседание 26.04.2006 г.

Председатель — проф. А.Б.Зорин

Демонстрация

Г.Г.Хубулава, А.М.Игнашов, А.Б.Сазонов, Н.Н.Шехвердиев, А.А.Пайвин, А.С.Пелешок, А.Я.Бедров, А.А.Сперанская, А.Е.Баучин (1-я клиника и кафедра хирургии усовершенствования врачей им. П.А.Куприянова ВМедА и кафедра госпитальной хирургии № 1 СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова). **Успешное хирургическое лечение посттравматической аневризмы грудной аорты.**

Больная З., 30 лет, находилась на лечении в клинике ХУВ-1 им. П.А.Куприянова с 13.12.2005 г. по 20.01.2006 г. Диагноз — посттравматическая ложная аневризма грудного отдела аорты со сдавлением левого главного бронха и нарушением вентиляции левого легкого, дыхательная недостаточность II степени, невропатия левого седалищного нерва. Пациентка 29.05.2004 г. получила тяжелую сочетанную травму груди. По данным КТ (02.12.2005 г.), у больной имелась мешотчатая аневризма, расположенная по передней поверхности нисходящего отдела грудной аорты с признаками отторжения и сдавления левого главного бронха и нарушением вентиляции левого легкого. По данным фибробронхоскопии (25.11.2005 г.), имелся стеноз левого главного бронха на всем протяжении III степени.

15.12.2005 г. резекция аневризмы нисходящего отдела грудной аорты, линейное протезирование грудной аорты в условиях вспомогательного кровообращения. При интраоперационной ревизии на 2 см ниже перешейка по передней поверхности нисходящего отдела грудной аорты определялось аневризматическое расширение, располагающееся кпереди, размером 6х6х4 см. Подключено вспомогательное кровообращение: полые вены — левая ОБА — восходящая аорта. Выполнено линейное протезирование аорты протезом «Васкутек» длиной 24 мм. Выписана на 36-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии.

Ответы на вопросы. Резекция аневризмы проводилась на вспомогательном кровообращении, кардиоплегия не выполнялась.

Прения

А.Б.Зорин. Сложный технически случай и успешное хирургическое пособие. Явления сердечной недостаточности в послеоперационном периоде удалось купировать медикаментозно. Причиной послеоперационного острого нарушения мозгового кровообращения мог стать сочетанный характер травматического повреждения.

Доклад

Г.Г.Хубулава (зам. главного хирурга Санкт-Петербурга по кардиохирургии Комитета здравоохранения Правительства Санкт-Петербурга). **О состоянии кардиохирургической помощи в Санкт-Петербурге в 2005 г. и задачах на 2006 г.**

В настоящее время кардиохирургическая помощь в Санкт-Петербурге оказывается в 11 крупных стационарах. В течение года объем оперативной помощи населению вырос примерно на 10%, а по отдельным заболеваниям (хирургическое лечение ИБС, эндоваскулярные и аритмологические вмешательства) — до 20% по сравнению с прошлым годом. Уровень оказания кардиохирургической помощи в Санкт-Петербурге и Северо-Западном регионе несколько лучше,

чем в среднем по РФ, но крайне низок по сравнению с минимально необходимым уровнем.

Ответы на вопросы. На фоне остальных регионов РФ ситуация не критическая, но зарубежным показателям не соответствует, особенно в разделе объема оказания кардиохирургической помощи.

Прения

А.Б.Зорин. К сожалению, объемы финансирования значительно отстают от требуемых. Мы могли бы делать значительно больше операций при достаточном обеспечении

Поступил в редакцию 04.06.2007 г.

149-е заседание 17.05.2006 г.

Председатель — проф. В.М.Седов

Демонстрация

А.Е.Барсуков, А.В. Светликов, И.Е. Хардинов, В.В. Андреев (кафедра общей хирургии СПбГМА им. И.И. Мечникова, центр urgentной и плановой ангиохирургии больницы Петра Великого). **Редкое наблюдение артериовенозной фистулы тibiоперонеального ствола.**

При обследовании пациента с венозной недостаточностью обнаружено сообщение между веной и тibiоперонеальным стволом. Из анамнеза удалось выяснить, что около 2 лет назад пациенту было нанесено ножевое ранение в область верхней трети голени. Впоследствии развились явления венозной недостаточности, по поводу чего и обратился в отделение для консультации. Оперирован — выполнено разобщение артериовенозной фистулы тibiоперонеального ствола. В настоящее время клинические признаки венозной недостаточности регрессировали, работает без ограничения физической нагрузки.

Ответы на вопросы. Ангиографическое исследование выполнялось в стандартном режиме, также выполнено дуплексное сканирование.

Прения

Л.В.Лебедев. Общеизвестна сложность выполнения подобных операций. Сложная анатомия и рубцовые изменения затрудняют разобщение соустья. Поздравляем коллег с успешной операцией.

Доклад

А.Е.Барсуков, А.В. Светликов, И.Е. Хардинов, В.В. Андреев (кафедра общей хирургии СПбГМА им. И.И. Мечникова). **Сравнительные данные клинического течения облитерирующего атеросклероза в возрастном аспекте.**

Проведен анализ клинического течения атеросклероза аорты и артерий конечностей в зависимости от возраста и характерные для каждой возрастной группы изменения иммунологического, гормонального профиля и семиотики поражения того или иного сосудистого бассейна.

Ответы на вопросы. Нами проанализирован уровень гомоцистеина, С-реактивного белка, факторы свертывающей системы крови. Систолическое высокое АД и гомоцистеинемия — неблагоприятные факторы развития атеросклероза.

Прения

В.М.Седов. Основа доклада — возраст и его влияние, но множество дополнительных факторов, о которых мы не знаем. Липиды и лейкоцитарные реакции. У молодых пациентов превалирует воспаление, у пожилых чаще имеется злокачественное течение.

Поступил в редакцию 04.06.2007 г.

150-е заседание 20.09.2006 г.

Председатель — проф. Л.В.Лебедев

Демонстрация

Д.А.Яковлев, С.С.Криворот (Городской кардиохирургический центр ГМПБ № 2). **Успешное удаление гигантской миксомы левого предсердия.**

Большой С., 52 лет, поступил в кардиохирургический центр по скорой помощи 16.04.2006 г. с явлениями выраженной сердечной недостаточности. При обследовании выявлена огромная опухоль левого предсердия, уходящая одним полюсом в полость левого желудочка через митральное отверстие. 18.04.2006 г. больной оперирован по жизненным показаниям. Опухоль, размерами 9×6×6 см, плотно прилегала к стенкам расширенного левого предсердия и уходила на 1/3 в левый желудочек. Она удалена. Гистологически — миксома. Представлен редкий случай удачного удаления гигантской миксомы левого предсердия, реально угрожающей жизни больного.

Ответы на вопросы. Ритм у больного был синусовый. Межпредсердную перегородку ушили без заплат. Поверхность опухоли была ровная, гладкая.

Прения

А.Б.Зорин. Такие опухоли оперируют во многих учреждениях. Раньше таких операций было мало, теперь 2–3 — в год в нашей клинике. Эта миксома была III класса, пролабирала в левый желудочек, кровь оттекала гладкую поверхность.

В.В.Гриценко. Миксомы в основном из левого предсердия и очень редко из правого предсердия. В клинике было сочетание такой миксомы и острого холецистита — больная умерла от ТЭЛА.

Л.В.Лебедев. Видим пример высокого хирургического мастерства.

Доклад

А.С.Немков, С.М.Яшин, Д.С.Лебедев, Я.Ю.Думнис, А.Б.Ваништейн (клиника факультетской хирургии СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова). **Современные немедикаментозные методы лечения застойной сердечной недостаточности.**

Среди механизмов сердечной недостаточности важную роль играют нарушение кровоснабжения миокарда и десинхронизация сокращения правого и левого желудочков с развитием ишемической дилатационной кардиомиопатии. Развитие интервенционных методов диагностики и реваскуляризации миокарда существенно расширило возможности коррекции сердечной недостаточности коронарогенного генеза. Ресинхронизации миокарда с имплантацией систем бивентрикулярной стимуляции изменило подходы в лечении пациентов с дисфункцией миокарда и нарушениями внутри- и межжелудочковой проводимости. В докладе представлены современные данные о патогенезе и возможностях использования методов хирургической коррекции и ресинхронизации миокарда у больных с сердечной недостаточностью, обсуждаются принципы отбора больных и особенности лечебной тактики с клиническими примерами.

Ответы на вопросы. Кардиомиопластика более не применяется в связи с низкой эффективностью операции. Клеточная терапия значительно эффективнее у больных с ХСН, наблюдаемых в течение 3 лет, отчетливая положительная динамика.

Прения

Л.В.Лебедев. Наблюдения 80 больных — хорошая группа. Альтернатива классическим операциям, а успех будет.

Поступил в редакцию 04.06.2007 г.

151-е заседание 18.10.2006 г.

Председатель — проф. Ф.В.Баллюзек

Демонстрация

В.Е.Куксинский, К.В.Кузнецов, А.В.Красиков, Ю.А.Шнейдер (кафедра сердечно-сосудистой хирургии СПбМАПО). **Хороший отдаленный результат лечения дефекта венозного синуса сердца у взрослого больного методом модифицированной атриосептопластики.**

Больной Е., 47 лет, поступил в клинику 19.04.1999 г. для обследования по поводу одышки при физической нагрузке, периодических приступов сердцебиения. Жалобы выявлены при очередном медицинском осмотре. При обследовании у больного выявлен врожденный порок сердца — дефект венозного синуса сердца с аномальным впадением правых легочных вен в верхнюю полую вену. 26.04.1999 г. — операция в условиях ИК и комбинированной кардиоплегии. На операции выявлен дефект венозного синуса диаметром 30 мм с аномальным впадением трех легочных вен правого легкого в устье верхней полой вены. Дополнительно обнаружен вторичный дефект межпредсердной перегородки в области овальной ямки диаметром 10 мм. Произведена, по разработанной в клинике методике, коррекция дефекта венозного синуса сердца с одновременным перемещением аномальных легочных вен правого легкого в левое предсердие. Вторичный дефект межпредсердной перегородки в области овальной ямки ушит до герметичности узловыми швами. В удовлетворительном состоянии на 24-е сутки после операции переведен в санаторий под наблюдением кардиолога. Осмотрен через 6 лет 8 мес после операции. Жалоб нет.

Ответы на вопросы. В связи с возможностью повреждения венозного синуса применить эндоваскулярную методику окклюзии не представлялось возможным. Порок был выявлен так поздно в связи с невозможностью выполнить больному качественное ЭхоКГ-исследование ранее. Пластика устья верхней полой вены проводилась по диаметру катетера, вводимого в дефект.

Прения

Ф.В.Баллюзек. Очень сложный случай, показания к хирургическому лечению выбраны правильно. В свое время для пластики мы использовали перикард.

Доклады

1. *П.Г.Дунаев* (НУЗ узловая больница на станции Рыбинск СЖД ОАО РЖД, г. Рыбинск). **Венозный тонус нижних конечностей при приеме эстрогенов.**

Проведено исследование вен нижних конечностей с использованием аппарата «АЛОКА» SSD у пациенток, получающих заместительную терапию эстрогенами (n=20), и группы контроля (n=35), не предъявляющих характерных жалоб на синдром тяжелых ног. В двух группах больных применено прямое ультразвуковое измерение внутреннего диаметра общей вены бедра и подколенной вены в клинстазе и ортостазе. Мы оценивали тонус вен путем обнаружения увеличения из диаметра в ответ на увеличение интравенозного давления при переходе из клинстаза в ортостаз. Тонус

общей вены бедра при приеме препаратов, содержащих эстрогены, снижается, что может приводить к возникновению или прогрессированию хронической венозной недостаточности.

Ответы на вопросы. Изменения клапанов под действием гормонов — это литературные данные. Речь идет о любом механическом раздражении эндотелия. Примерно через 37 мес после приема эстрогенов появляются изменения в венах и синдром тяжелых ног. Эстрогены влияют на стенки вен не только в области клапанов. По нашим данным, изменения начинаются в бедренной вене и затем идут сверху вниз.

Прения

А.М.Игнашов. Очень много больных с варикозной болезнью, вопросы флебодинамики очень сложны, регистрация изменений в стенке вен очень сложна. Мы ограничиваемся УЗДГ, а за рубежом выполняются плетизмография, флебоманометрия, флебография. Телеангиэктазий очень много, не у всех при этом высокий венозный тонус, нужна очень хорошая документация получаемых данных.

В.В.Сорока. Мы плохо знаем флебодинамику, нельзя оценивать линейный кровоток, клапаны играют очень важную роль, почему их разрушают лейкоциты (эндотелиальная миграция).

Ф.В.Баллюзек. Важный вопрос рассмотрен с необычной стороны. Оригинальный подход, но много вопросов. Нельзя изолированно рассматривать венозный кровоток. Изучение венозной гемодинамики — проблема будущего. Вероятно нельзя рассматривать все варикозные изменения как варикозную болезнь.

2. *П.Г.Дунаев* (НУЗ узловая больница на станции Рыбинск СЖД ОАО РЖД, г. Рыбинск). **Вопросы юрисдикции при лечении поддиафрагмальной венозной недостаточности (варикозная болезнь малого таза и варикоцеле).**

Поддиафрагмальная венозная недостаточность включает две основные нозологические единицы — это варикоцеле и варикозная болезнь малого таза у женщин. Основным осложнением варикоцеле считается нарушение функции герминативного эпителия яичек с последующим возможным возникновением мужского бесплодия.

Изучены результаты видеоэндоскопического оперативного лечения синдрома варикоцеле у 146 пациентов с варикоцеле II–III стадии. Средний возраст больных (20±4) года. Все пациенты оперированы видеоэндоскопическим способом в хирургическом отделении в 2005–2006 гг. У всех пациентов с варикоцеле после стандартной предоперационной подготовки проведена видеоэндоскопическая операция, которая длилась в среднем 16 мин. Синдром варикоцеле ликвидирован на 1–3-и сутки у 135 (92%) больных, в течение 1 мес — у 0,7% и у 5 — рецидив возник в сроки от 2 до 6 мес. Видеоэндоскопическое иссечение внутренней семенной вены при должном техническом оснащении стационара является серьезным альтернативным вариантом операции Иванисевича.

Ответы на вопросы. Мы рассматривали только синдром варикоцеле, конечно, другая венозная патология может быть обсуждена в этом ключе.

Прения

Ф.В.Баллюзек. Важно обсуждать юридические вопросы, которые будут с каждым годом все более актуальными. Методика интересная и особенно впечатляет средняя длительность вмешательства. Пожелаем успеха.

Поступил в редакцию 04.06.2007 г.

152-е заседание 15.11.2006 г.*Председатель* — проф. Л.В.Лебедев**Демонстрация**

В.В.Гриценко, В.М.Пизин, О.Ю.Мочалов, Д.Н.Дойников, Д.А.Шелухин, В.Э.Шарафутдинов, А.А.Аль-Ганади, В.Е.Перлей, А.А.Сперанская, А.А.Кузнецов (клиника госпитальной хирургии № 2 СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова).
Посттравматическая аневризма левого желудочка сердца.

Больной М., 42 лет, поступил в клинику 02.03.2006 г. по поводу опухоли левого легкого. Из анамнеза известно, что за 6 мес до поступления больной перенес закрытую травму левой половины грудной клетки. В начале 2006 г. при плановом флюорографическом обследовании обнаружено затенение в левой половине грудной клетки, и больной направлен в СПбГМУ им.акад. И.П.Павлова. После дообследования (рентгенография грудной клетки, спиральная компьютерная томография, эхокардиография, коронарная ангиография) выявлена мешотчатая аневризма левого желудочка больших размеров и стенозы правой коронарной артерии, огибающей ветви левой коронарной артерии и правой межжелудочковой ветви. 03.04.2006 г. произведены резекция аневризмы и аутовенозное аортокоронарное шунтирование передней межжелудочковой артерии в условиях ИК и кровяной кардиopleгии. На операции выделена из спаек передняя поверхность сердца и подключен АИК по схеме полые вены–аорта. После пережатия аорты выделена аневризма размером 10×8×6 см. Устье аневризмы диаметром 32 мм имеет плотные, ригидные, рубцовые края и находится в 0,5 см от створки митрального клапана. Устье ушито кистным и тремя П-образными швами. Линия швов укреплена остатками стенки аневризмы. Выполнено аутовенозное АКШ ПМЖВ. Другие артерии из-за анатомических особенностей признаны непригодными для шунтирования. На 22-е сутки после операции больной выписан на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии.

Ответы на вопросы. Эпизодов тромбозов не было ни до, ни во время операции. Механизм возникновения аневризмы не ясен. Атеросклеротических бляшек в коронарных сосудах не было. Мы классифицировали эту аневризму как ложную.

Прения

В.М.Пизин. Вероятнее всего произошел разрыв, который и привел к формированию ложной аневризмы. Локализация совсем другая, чем при постинфарктных аневризмах. Потребовалось наложение П-образных швов и укрепление стенки протезом.

А.М.Игнашов. Поучительный случай. Хорошее взаимодействие разных клиник. Успешный результат.

Доклад

Н.А.Гордеев, В.М.Седов, Ф.В.Баллюзек, Л.В.Лебедев, Л.С.Александрова, Г.Ю.Сокуренок, А.Э.Хон, Б.И.Фуревич, М.Ю.Захарова (кафедра и клиника факультетской хирургии СПбГМУ им.акад. И.П.Павлова и Мариинская больница, Санкт-Петербург). **Отдаленные результаты кава-клипирования при эмбогенных флеботромбозах в системе нижней поллой вены.**

В клинике факультетской хирургии СПбГМУ им.акад. И.П.Павлова за период с 1986 по 2006 г. находились под наблюдением 2097 больных с острым флеботромбозом в системе нижней поллой вены (НПВ). Из них у 783 выполнена

хирургическая профилактика ТЭЛА: у 680 кава-клипирование оригинальной кава-клипсой из титана, разработанной в клинике факультетской хирургии; у 105 — установка кава-фильтров различных конструкций (Grienfield, Фирх, Волан, песочные часы, Баллюзека–Гордеева). Обследовано 302 пациента (95 мужчин и 207 женщин в возрасте от 24 до 82 лет). Из них выделена группа 39 беременных и 37 рожениц. Все обследованные пациенты оперированы более 2 лет назад.

Оценка отдаленных результатов: рецидивов ТЭЛА — не отмечено; тромбоз в зоне устройства в НПВ: после установки кава-клипсы — нет, после установки кава-фильтра — у 11 (10,5%) больных; развитие ПТФС с различными стадиями ХВН: ХВН I степени — у 12 больных с кава-клипсами и у 16 больных с кава-фильтрами; ХВН II степени — у 3 больных с кава-клипсой и у 22 с кава-фильтрами. ХВН III степени — после кава-клипирования не наблюдалось, а после тромбоза в зоне кава-фильтров у 16 больных. Очень важным является проведение реабилитационных мероприятий в послеоперационном периоде — амбулаторная консервативная терапия (фенилин, варфарин, флебодна 600, детралекс, аспирин, трентал, эскузан, фолиевая кислота) с контролем и коррекцией гемостаза. Кава-клипирование в инфраренальном отделе при эмбогенных формах флеботромбоза глубоких вен в системе НПВ по результатам изучения отдаленных результатов лечения является приемлемым, безопасным и надежным способом профилактики ТЭЛА, не ухудшая при этом объем и скорость венозного возврата.

Ответы на вопросы. Использовались различные конструкции кава-фильтров, преимущественно отечественного производства. Материал для изготовления кава-клипсы — медицинский титан.

Прения

А.М.Игнашов. К сожалению, проблемы бывают и в верхней поллой вене. Единого мнения по установке фильтров нет, должны быть аргументированные показания: переносимость антикоагулянтов, рецидивы ТЭЛА.

Поступил в редакцию 04.06.2007 г.

153-е заседание 20.12.2006 г.*Председатель* — проф. В.С.Баринков**Демонстрация**

А.Б.Белевитин, Г.Г.Хубулава, А.Б.Сазонов, Е.В.Шайлаков, Н.Г.Лукьянов, А.Е.Баутин, Н.А.Ашинов, А.Н.Шшикевич (1-я клиника и кафедра хирургии усовершенствования врачей им. П.А.Куприянова ВМедА). **Случай успешного лечения массивной рецидивирующей тромбозом ветвей легочной артерии с помощью имплантации постоянного кава-фильтра.**

Больной Н., 63 лет, поступил в клинику 27.02.1998 г. с диагнозом — состояние после рецидивирующей тромбозом крупных и мелких ветвей легочной артерии, инфаркт пневмонии правого легкого, двустороннего экссудативного плеврита, отека легких от 27.02.1998 г. В результате проведенной интенсивной терапии явления полиорганной недостаточности купированы. 20.03.1998 г. с целью профилактики рецидивов ТЭЛА выполнена имплантация зонтичного кава-фильтра. Рецидивов ТЭЛА не наблюдалось. В удовлетворительном состоянии выписан из клиники

07.05.1998 г. Обследован в клинике через 5 и 8 лет после операции — рецидивов ТЭЛА не наблюдалось, сохраняются явления ХВН правой нижней конечности. Продолжает работать преподавателем одной из кафедр академии.

Ответы на вопросы. На момент установки фильтра эмбологенность тромбов не выявлена. Бедренный доступ через контралатеральную бедренную вену, в настоящий момент доступ через яремную вену. Тромбэктомия при наличии больших флотирующих тромбов до 5 сут давности. Вопрос о выполнении флебэктомии поднимался, но в данном случае не выполняли. Градиент давления после установки кава-фильтра не определяли.

Прения

Н.А.Гордеев. В клинике факультетской хирургии без наличия эмбологенных тромбов такая процедура не проводится.

Г.Ю.Сокуренок. Мало тромбэктомий, необходимо увеличивать число таких вмешательств.

А.Б.Сазонов. Это был первый опыт применения кава-фильтров в ВМедА, будем увеличивать число таких операций.

Доклад

А.В.Гусинский, В.В.Шломин, Е.А.Юртаев, И.В.Касьянов, Ю.П.Диденко, Э.М.Шаринов, И.В.Михаилов, И.В.Корвин, А.Ю.Апресян, Д.Н.Николаев, И.Г.Дрожжин (кафедра факультетской хирургии СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, НИИ кардиологии им. В.А.Алмазова, отделение сосудистой хирургии ГМПБ № 2). **Сравнительная оценка различных методов хирургического лечения атеросклероза сосудов нижних конечностей.**

Проведен сравнительный анализ результатов лечения пациентов с атеросклеротическими поражениями артерий аортобедренного сегмента. Ампутация нижней конечности у больных с поражением подвздошных артерий сопровождается высокой летальностью в раннем и позднем послеоперационном периоде и не может быть рекомендована в качестве способа лечения критической ишемии. Реконструктивные вмешательства на сосудах аортобедренной зоны, независимо от возраста пациента, обеспечивают высокую выживаемость и качество жизни. Одномоментные реконструкции артерий аортобедренного и бедренно-подколенного сегментов методом полужакрытой петлевой эндартерэктомии (ЭАЭ), несмотря на кажущуюся простоту выполнения, возможны только по строгим показаниям.

Ответы на вопросы. Пластика артериотомических доступов в основном синтетическими материалами, даже на бедре и голени.

Прения

В.В.Шломин. Сообщение о реконструкции бедренно-подколенного сегмента — баллонирование и стентирование (5 стентов), в Германии не делают стентирования. Мы выполняем повторные операции ЭАЭ, если не удается, то шунтирование аутовеной или синтетическим протезом.

В.Н.Вавилов. Необходимы более четкие показания к ЭАЭ и к шунтирующим операциям.

В.С.Баринков. Огромный материал 700 наблюдений, что позволяет сделать выводы. В ранних работах ЭАЭ звучала как «реанимация» забытых методик 70-х годов, хотелось бы более объективного исследования проблемы.

Поступил в редакцию 04.06.2007 г.