

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ СЕКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ХИРУРГОВ И АНГИОЛОГОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

Председатели — А.Б.Зорин, А.С.Немков, ответственный секретарь — Н.А.Гордеев, референты — М.С.Богомолов, И.Ю.Сенчик

180-е заседание 16.12.2009 г.

Председатель — А.С. Немков

ДЕМОНСТРАЦИЯ

Д.А.Зверев, А.Е.Павлов, Е.В.Топтыгин (ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова»). **Эндоваскулярная окклюзия коронаророголочной фистулы.**

Представлен случай лечения врожденной патологии — коронаророголочной фистулы у взрослого больного с применением современных эндоваскулярных методов диагностики этого заболевания и эффективного закрытия фистулы доступом через коронарную артерию с применением нитиноловых спиралей. Излечение эффективное, полное, осложнений во время процедуры и послеоперационном периоде не было.

Ответы на вопросы. Материал, из которого изготовлены спирали, — нитиноловые нити «махровая нить». Этот материал оптимален для аортороголочной фистулы, он расширяется при контакте с кровью. Эмболосфера же всплывает в жидкости и ее трудно завести в мелкие коронарные артерии, возможно ее смещение по руслу сосуда, поэтому для этой цели не используется. Опыт закрытия артериального протока небольшой, как и в случаях гигантских аортороголочных фистул. Мы используем спирали при диаметре протока 2 мм и менее. Склерозирование фистул не производят.

Прения

А.С. Немков. Поздравим коллектив с освоением новой технологии. Ранее выполняли только открытые операции, но не всегда успешно, учитывая, что в ряде случаев коронаророголочные фистулы множественные.

ДОКЛАД

Ф.В. Баллюзек, А.С. Куркаев (компания «Schali»). **Новый взгляд на патогенез атеросклероза, его профилактику и лечение.**

В прошлом в отечественной и зарубежной литературе не раз высказывалось предложение рассматривать атеросклероз как один из вариантов «синдрома неполного окисления» промежуточных продуктов липидного и углеводного метаболизма. В справедливости такого мнения убеждает, в частности, возможность быстрого устранения характерных для этого заболевания сдвигов с помощью различных окислительных воздействий из арсенала современной эфферентной терапии. По имеющемуся опыту наиболее быстрый и целе-

направленный эффект можно получить за счет инфузии жидких озонированных (2–5 мг/мл) сред (изотонический раствор хлорида натрия). Уточнение механизмов интракорпоральной конверсии неактивного (триплетного) кислорода, растворенного в жидких средах организма, в реактогенные, активные (синглетные, ионные, аллотропные и др.) формы позволило обосновать идею возможности компенсации недостаточности естественных каталитических прооксидантных структур путем внутриклеточной имплантации их неорганических аналогов. По результатам проведенных исследований наиболее удачным материалом для изготовления имплантов оказался диоксид титана. Наноразмерные кристаллы (ЧИПы) этого материала при определенных условиях обладают способностью целенаправленно проникать в цитогель, пребывая в нем достаточно продолжительное время, не угнетая основные функции клетки, а напротив, повышая ее общий энергетический потенциал.

Получены доказательства возможности реализации этого способа с очевидным положительным эффектом. Завершена программа предклинических испытаний серии созданных оригинальных лекарственных наноразмерных препаратов.

Ответы на вопросы. Препарат вводится один раз в месяц, при более частом введении возможна «титановая наркомания». Клинически улучшается жизненный тонус, снижается уровень сахара крови. Возможно внутриаартериальное введение препарата, создание тканевого депо препарата. Препарат выводится почками и печенью. Клинические испытания планируются. Аналоги препарата есть в Китае в виде порошка для местного применения при лечении язв и ран.

Прения

А.С. Немков. Удивительный доклад, много парадоксов, получены чрезвычайно интересные результаты. Мы знаем традиционный патогенез атеросклероза. В докладе же отражены аспекты патологического действия перекисного окисления липидов и представлены возможности коррекции повреждающего действия активных форм кислорода в большей степени, чем собственно коррекция липидного компонента при развитии атеросклеротического процесса. С точки зрения уменьшения повреждающего действия продуктов перекисного окисления липидов, доклад представляет чрезвычайный интерес, он революционен в плане изменения усилий по первоначальной профилактике внутрисосудистых повреждений. Необходимо дальнейшее изучение этих процессов в клинике.

Поступил в редакцию 10.11.2010 г.

181-е заседание 20.01.2010 г.*Председатель* — А. М. Игнашов**ДЕМОНСТРАЦИЯ**

Д.А. Зверев, А.Е. Павлов, Д.Л. Моносов (ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова»). **Эндоваскулярная изоляция аневризм нисходящего отдела аорты.**

В 2009 г. в нашем центре оперированы 4 человека с диагнозом аневризма нисходящей аорты (2 мужчин, 2 женщины). Средний возраст 57 лет (41–78 лет). Имплантировано 7 стент-графтов: 2 больным — по 1 стент-графту, 2 больным — соответственно 2 и 3 стент-графта. Длина имплантированных стент-графтов составила у 2 больных 150 мм, у 1 больного — 280 мм, у 1 пациента — 380 мм. Кровопотеря не превышала 150 мл. Осложнений во время операции и в послеоперационном периоде не было. Среднее время нахождения в отделении реанимации 16 ч. Спустя 2 сут после операции всех пациентов переводили в терапевтическое отделение. Среднее время послеоперационного пребывания в клинике составило 7 дней.

Ответы на вопросы. Личный опыт 4 больных. Больным моложе 40 лет показана открытая операция. В ряде случаев следует отдать предпочтение гомографту.

Прения

Г.Г. Хубулава. В ВМедА есть опыт таких операций, это тяжелые больные для хирургического лечения. Когда есть методика эндоваскулярная, ее надо применять. Следует отметить большую стоимость стент-графта. Молодой возраст — не противопоказание к этому методу лечения.

А.М. Игнашов. Ранее такие сообщения были только из-за рубежа. Торакоабдоминальные аневризмы представляют собой чрезвычайно тяжелые случаи для хирургического лечения, в этих условиях нужны гибридные операции. Все авторы опасаются выключения внутренних подвздошных и висцеральных артерий при использовании стент-графтов из-за возможной ишемии кишки, спинного мозга.

ДОКЛАД

Д.Д. Купатадзе (Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия). **Проблемы детской ангиохирургии.**

В детской микрохирургической клинике нашей академии в течение многих лет используются ангиологические критерии оценки статуса больных и прецизионные микрохирургические методы оперирования для лечения врожденных и приобретенных хирургических заболеваний сосудов у детей (2163 операции). К ним относятся: дисплазия поверхностных вен — применяются операции резекционного типа и (реже) склеротерапия; при дисплазия магистральных вен — микрохирургические шунтирующие операции и вмешательства по ликвидации патологического венозного бассейна, зависящие от типа поражения (эмбриональный, фетальный) и степени тяжести заболевания (легкая, средняя, тяжелая, крайне тяжелая); при артериовенозных дисплазиях применяется эмболизация или при запущенных формах — попытки хирургической коррекции; при лимфедеме — резекция патологических тканей и (реже) лимфовенозные анастомозы; экстравазальная коррекция клапанов по А.Н.Введенскому; при варикоцеле — шунтирующие микрохирургические операции с ревизией органов мошонки. При тромбозах используются различные виды аутовенозной пластики; если развиваются тромбозы при пороках развития сосудов, при

синдроме портальной гипертензии — шунтирующие операции. При повреждении и последствиях повреждений артерий и вен, а также при создании артериовенозных шунтов для диализа выполняются реконструктивные операции. Микрохирургическая аутоотрансплантация тканей (78 операций) представлена пересадками сегментов кишки, кости, яичка, почки, полнослойных лоскутов, венозных клапанов, суставов и пальцев, реплантацией (167 операций) крупных и мелких сегментов конечностей. Операции при повреждении кисти требуют у 20% пациентов применения микрохирургической техники. По заданию онкологов выполняются вмешательства по удалению опухолей в проекции магистральных сосудов и нервов и ампутации — реплантации при злокачественных опухолях конечностей. Результаты лечения проанализированы у большинства оперированных детей. Подчеркивается необходимость изучения возрастных и индивидуальных особенностей синдромов острой и хронической ишемии и венозной недостаточности, а также ведущая роль микрохирургических методов оперирования в лечении заболеваний сосудов у детей.

Ответы на вопросы. Организовано круглосуточное дежурство по детской сосудистой хирургии. Количество детей с пороками развития сосудов не увеличивается. При венозной дисплазии тщательно взвешиваем тактику: если узловые формы, то склеротерапия, субфасциальные — эмболизация. На лице — только склеротерапия. Из 214 лимфедем истинных было только 74, часто после ожогов. Возраст наших пациентов — до 18 лет. Для эмболизации используем спирали.

Прения

Г.Г.Хубулава. Поблагодарим за хороший доклад Д.Д. Купатадзе. Много проблем возникает при переходе от 18 лет к зрелому возрасту. В детских клиниках создаются отделения для взрослых пациентов, это правильный путь.

А.М.Игнашов. Д.Д.Купатадзе много лет посвятил помощи детям с заболеваниями сосудов, решено много организационных вопросов. Все детские хирурги должны владеть элементами сосудистой хирургии. Иногда при герниопластиках происходят повреждения бедренной артерии, которые требуют восстановительной операции. Благодарю докладчика за предоставленную информацию.

Поступила в редакцию 10.11.2010 г.

182-е заседание 17.02.2010 г.*Председатели* — А.С. Немков, Е.В. Шайдаков**ДЕМОНСТРАЦИИ**

1. *Г.Г.Хубулава, Д.Л.Юрченко, Е.А.Лесковский, А.И.Любимов, А.Б.Наумов, Д.Ю.Романовский, А.Г.Бутузов* (1-я кафедра и клиника хирургии им. П.А.Куприянова ВМедА им. С.М.Кирова). **Случай успешной эндартерэктомии из легочной артерии без остановки кровообращения.**

Больной Т., 63 года, поступил в клинику 02.11. 2009 г. с жалобами на одышку в покое, увеличение живота, слабость, головокружение. Болен с 2004 г., когда перенес несколько эпизодов ТЭЛА. В 2007 г. имплантирован кава-фильтр, после чего рецидивов ТЭЛА не было, однако с конца 2008 г. отметил прогрессирующее ухудшение состояния. Диагноз: хроническая ТЭЛА, тип II, легочная гипертензия III функционального класса, НК III степени, посттромботическая болезнь левой нижней конечности, имплантация

кава-фильтра в 2007 г. При эхокардиографии систолическое давление в легочной артерии (ЛА) 80 мм рт. ст., парадоксальное движение межжелудочковой перегородки, относительная трикуспидальная недостаточность III степени, размеры правого предсердия — 71 мм, правого желудочка — 60 мм. При скинтиграфии легких отмечаются локальные зоны фиксации радиофармпрепарата в проекции нижней доли правого легкого и проекции S_{1X} сегмента слева. Спиральная компьютерная томография выявила признаки хронической ТЭЛА. Ангиопульмонография — субтотальный стеноз верхушечной ветви правой ЛА, обтурация базальной части правой ЛА, стеноз 30–40% базальной части левой ЛА. 01.12.2009 г. выполнена операция: эндартерэктомия из правой ЛА, ревизия левой ЛА с эндовидеоскопической поддержкой в условиях ИК. Для улучшения визуализации области операции дополнительно осуществлялось активное дренирование левых камер сердца, а мобилизация бляшки проводилась отсос-диссектором. В левой ЛА визуальное и ангиоскопическое значимое поражение не было выявлено. Коррекция трикуспидальной недостаточности не проводилась. Длительность ИК — 146 мин, пережатия аорты — 97 мин. Послеоперационный период протекал с явлениями выраженной дыхательной недостаточности. На 4-е сутки после операции осуществлено дренирование переднего средостения по поводу гемоперикарда. Из отделения реанимации был переведен на 12-е сутки. Выписан в удовлетворительном состоянии на 45-е сутки после операции.

Ответы на вопросы. Цель доклада — рассказать о хронической тромбэмболической болезни и тактике лечения. За последние годы летальность снизилась с 20 до 5–6%. Мы были готовы перейти на глубокую гипотермию, но этого не потребовалось.

Прения

Н.А.Гордеев. Очень важная тема и прекрасный результат по улучшению качества жизни. Необходимо больше таких операций, так как больных чрезвычайно много.

А.И.Борисов. Под руководством П.К.Яблонского у нас выполнено 15 подобных операций. Остановка кровообращения необходима и позволяет спокойно работать, правильно применение специального клея.

А.С.Немков. Отличный хирургический доклад, трудная операция, требующая работы всей команды: хирургов, анестезиологов, перфузиологов, реаниматологов. Очевидны хорошая подготовка и блестящий результат. Спасибо за красное сообщение.

2. Г.Г.Хубулава, Д.Л.Юрченко, А.П.Крецу, С.В.Власенко, В.Н.Кравчук, К.Г.Жуков, А.И.Любимов, Е.А.Князев, Е.А.Лесковский, А.В.Бирюков, А.Г.Бутузов (1-я кафедра и клиника хирургии им. П.А.Куприянова ВМедА им. С.М.Кирова, отделение интервенционной кардиологии и патологии сосудов Северо-Западного окружного медицинского центра Росздрава). **Случай успешного хирургического лечения острого инфаркта миокарда, осложненного клинической смертью и кардиогенным шоком.**

Пациент С., 52 года, госпитализирован 14.11.2009 г. по поводу острого заднего инфаркта миокарда (ИМ). Начата комплексная консервативная терапия. 18.11.2009 г. в 20.20 у пациента в палате внезапно возникла остановка кровообращения (фибрилляция желудочков). Реанимационные мероприятия малоэффективны, в 21.00 больной был взят в операционную. После стернотомии экстренно подключен аппарат искусственного кровообращения. Констатирована акинезия задней, нижней и боковой стенок

сердца, принято решение об экстренной реваскуляризации сердца. Выполнено шунтирование диагональной ветви (ДВ), передней межжелудочковой (ПМЖВ), огибающей (ОВ) и задней межжелудочковой ветвей (ЗМЖВ) на работающем сердце в условиях параллельного искусственного кровообращения. Течение послеоперационного периода гладкое, на 5-е сутки пациент переведен из реанимационного отделения, а на 19-е сутки в удовлетворительном состоянии выписан. 29.01.2010 г. выполнена коронаро-, шунтография, при которой выявлены стеноз III степени дистальной части ПМЖВ, окклюзия ОВ в средней трети, окклюзия правой коронарной артерии, окклюзия ЗМЖВ, функционирующие шунты к ОВ и ЗМЖВ. 11.02.2010 г. выполнена баллонная ангиопластика ПМЖВ, реканализация и стентирование правой коронарной артерии. В результате достигнута полная реваскуляризация миокарда. Стенокардии нет, значительно уменьшились проявления сердечной недостаточности, улучшилась сократительная способность миокарда.

Ответы на вопросы. Больной чувствует себя хорошо, принимает тромбоасс, эгилек, престариум. Коронарография сделана по настоянию врачей. Операция выполнена на работающем сердце, так как меньше осложнений. Диаметр соустьев 1,5 мм.

Прения

А.С.Немков. Случай интересный — все сделано правильно: зашунтированы все артерии, выполнена контрольная коронарография.

ДОКЛАД

Г.Г.Хубулава, А.А.Ерофеев, А.Б.Сазонов, К.В.Китаев, С.В.Власенко, В.А.Кулага, Ф.Ф.Агаев (1-я кафедра и клиника хирургии им. П.А.Куприянова ВМедА им. С.М.Кирова). **Гибридные операции в хирургии облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей.**

В докладе представлены 43 наблюдения бедренно-подколенных реконструкций в сочетании с ангиопластиками подколенных артерий или артерий голени. Выбор тактики при периферическом типе поражения артерий нижних конечностей. Подчеркнута важная роль интраоперационного ангиосканирования.

Ответы на вопросы. Показанием для гибридных операций является тяжелая ишемия с многоуровневым поражением. Остается проблема — рестенозы поверхностной бедренной артерии и артерий голени. При субинтимальной пластике поверхностной бедренной артерии кумулятивная проходимость хуже, чем при шунтирующих операциях. Интралюминальная ангиопластика приводит к быстрой гиперплазии и тромбозу. Петлевая эндартерэктомия должна выполняться по показаниям — она проста, быстра и нередко эффективна. Термин гибридные операции пока точно не определен. Имеется в виду, что операция выполняется двумя разными способами и двумя бригадами врачей.

Прения

В.Н.Вавилов. В представленном докладе отражены широкий диапазон хирургических операций, их перспективность. Опыт покажет, как наилучшим образом сочетать разные методики. Большое спасибо за хороший доклад.

Н.А.Бубнова. Доклад современен, актуален, интересен. У нас в клинике за 2009 г. выполнено 106 ампутаций. Больные с тяжелой ишемией не поступают в сосудистые отделения, а направляются в отделения гнойной хирургии и в итоге получают разные статистические данные. Такого количества ампутаций в Санкт-Петербурге быть не должно.

А.С.Немков. К большому сожалению, все вмешательства на сосудах ниже паховой связки не относятся к высокотехнологичным операциям и не квотируются. Значит надо лечить этих больных на энтузиазме. Эндovasкулярные операции никогда полностью не заменят реконструктивные, и все это понимают. Сейчас мы оцениваем все методы, остеотрепанацию, введение стволовых клеток, при этом результат плачевный. Выход можно найти сочетанием операций.

Поступил в редакцию 10.11.2010 г.

183-е заседание 17.03.2010 г.

Председатель — А.С. Немков

ДЕМОНСТРАЦИЯ

Н.Яков, В.Е.Милехин, А.И.Борисов, Д.А.Яковлев, А.А.Халявин, В.Ф.Полежаев, А.А.Бояркин, О.М.Сизов, Е.А.Шлойдо, И.А.Пятериченко (отделение кардиохирургии ГУЗ ГМПБ № 2). **Повторная операция протезирования аортального клапана у пациента, оперированного по поводу аневризмы корня аорты.**

В 2009 г. в нашем отделении больному с аневризмой корня аорты и тяжелой недостаточностью аортального клапана с сохранными его створками выполнена клапаносохраняющая операция протезирования корня аорты с фиксацией створок к синтетическому протезу — операция David. После операции имела место умеренная аортальная недостаточность, которая прогрессировала, и через 1 год возникла необходимость протезирования аортального клапана с хорошим клиническим эффектом.

Ответы на вопросы. Больной переносит нагрузки средней интенсивности. Не курит, принимает варфарин. Кроме операции на сердце, была операция на позвоночнике. Работает инженером-строителем. Использовали сосудистый протез 30 мм. Протез установили на фиброзное кольцо и фиксировали п-образными швами.

Прения

Г.Г.Хубулава. Спасибо за прекрасную демонстрацию. Сложно прогнозировать отдаленные результаты подобных клапаносберегающих операций. Есть разные способы подбора — моделирования протеза. Измеряется клапан и выбирается протез на 1 размер больше.

А.С.Немков. Осваивая подобные операции, очень трудно избежать осложнений, и клиника с честью справилась с этой задачей.

ДОКЛАД

А.И.Борисов, А.Б.Зорин, И.Е.Николаев, О.Ф.Стюлюк, А.А.Халявин, Д.А.Яковлев, В.Е.Милехин, Н.В.Петров, А.А.Диге, В.Ф.Полежаев, А.А.Бояркин, О.М.Сизов, Е.А.Шлойдо, В.К.Сухов, И.А.Пятериченко (отделение кардиохирургии ГУЗ ГМПБ № 2). **Опыт хирургического лечения при патологии восходящего отдела аорты.**

Исследованы результаты операций при патологии восходящего отдела аорты за период 1992–2010 гг. Первые 5 лет выполнялись в основном имплантации кондуита, содержащего искусственный клапан. Сохранение собственного клапана в настоящее время является основной тенденцией при отсутствии дегенеративных изменений створок. Это обусловлено значительным риском развития осложнений при приеме непрямым антикоагулянтов (кровотечения, невозможность

сохранения беременности), а также опасностью тромбоэмболии и дисфункции протеза сердечного клапана. Альтернативой сохранению клапана является применение биологических протезов, однако современные методы изготовления биопротезов не позволяют рассчитывать на их длительную работу (более 15 лет), возраст пациента должен быть старше 65 лет. Методики восстановления запирающей функции и сохранения клапана аорты нашли применение в нашей работе. В период с 1992 по 2008 г. в нашем отделении были оперированы 69 больных, которым были выполнены различные вмешательства на восходящей аорте: с синдромом Марфана — 12 (26%) больных, кистозной дисплазией и медионекрозом — 40 (47%), атеросклерозом — 11 (16%), сифилисом — 2 (5%), септическим эндокардитом — 4 (6%). Разрыв и расслоение аорты наблюдались у 32 (46%) больных. Операции с сохранением клапана аорты выполнены у 18 (27%) пациентов. В 2004–2010 гг. по методу Бенталла-Де-Бона в модификации Kouchoukos (с заменой клапана) оперированы 7 (25%) больных, с сохранением клапана — 21 (76%) из 28 оперированных больных. Госпитальная летальность составила 9 (13,4%) больных. Больные с сохраненным собственным клапаном аорты после 6 мес терапии непрямыми антикоагулянтами (варфарин) получают дезагреганты (аспирин). Большое значение имеет совершенствование методов защиты головного мозга при операциях на дуге аорты. Сохранение аортального клапана даже при остром расслоении восходящей аорты возможно у большинства больных. Сохранение аортального клапана при операциях на восходящем отделе аорты обеспечивает пациенту лучшее качество жизни и снижает риск развития осложнений в отдаленном послеоперационном периоде.

Ответы на вопросы. Мы не проводили мониторинг состояния головного мозга во время операции. 20-летний пациент с синдромом Марфана и расслоением аорты перенес операцию успешно. По протоколу не всем больным выполняется брюшная аортография, мы делаем чреспищеводное ультразвуковое исследование. У ряда больных аортография противопоказана при острой диссекции. Показания к аортографии определяются индивидуально. Двухэтапных операций не было, но, видимо, у части больных это следует делать.

Прения

Г.Г.Хубулава. Обсуждается важная тема. Было время, когда в Петербурге боялись выполнять подобные операции. Важен контроль за кровотечением и состоянием анастомозов, использование тефлоновых прокладок, биоклея и протеза с нулевой порозностью. Должна быть тщательная тактическая подготовка к каждой операции. Гипотермия и защита головного мозга с перфузией через брахиоцефальные сосуды, катетеризация общих сонных артерий.

А.С.Немков. У нас есть небольшой опыт лечения таких «гигантских» аневризм. Должно быть хорошее обеспечение аппаратурой, донорской кровью, стент-графтами и медикаментами.

Поступил в редакцию 10.11.2010 г.

184-е заседание 21.04.2010 г.

Председатель — Г.Ю. Сокуренок

ДЕМОНСТРАЦИЯ

Г.Г.Хубулава, А.А.Ерофеев, Д.Л.Юрченко, А.С.Плешок, А.И.Любимов, А.И.Ващенко, А.В.Бирюков, Д.Ю.Рома-

новский, Н.В.Цыган (1-я кафедра и клиника хирургии им. П.А.Куприянова ВМедА им. С.М.Кирова). **Протезирование дуги аорты со всеми ветвями в условиях антеградной перфузии головного мозга, циркуляторного ареста и изолированной корпоральной перфузии.**

Пациент У., 73 года, длительное время страдает гипертонической болезнью. 28.12.2009 г. после физической нагрузки отметил появление болей за грудиной, которые стали опускаться вниз. 31.12.2009 г. с диагнозом острый панкреатит доставлен в больницу. 03.02.2010 г. при УЗИ заподозрено наличие расслаивающей аневризмы аорты. 08.01.2010 г. больной переведен в нашу клинику. При спиральной компьютерной томографии выявлено расслоение аорты от восходящего отдела до бифуркации с распространением на подвздошные сосуды, гемоперикард, двусторонний гидроторакс. При этом по данным аорто-, коронарографии значимого поражения коронарных артерий атеросклерозом не выявлено, брахиоцефальный ствол и левая общая сонная артерии заполнялись из истинного просвета, левая подключичная — из ложного просвета. Диагноз: расслаивающая аневризма аорты I тип по De Bakey, ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения II функц. класса, атеросклероз аорты и коронарных артерий, атеросклеротический кардиосклероз, гипертоническая болезнь III стадии, хроническая сердечная недостаточность, острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу в бассейне правой задней мозговой артерии. 19.01.2010 г. выполнено: протезирование восходящего отдела и дуги аорты по типу «хобот слона» с реимплантацией ее ветвей в условиях искусственного кровообращения, умеренной гипотермии, антеградной церебральной перфузии и циркуляторного ареста. Течение послеоперационного периода относительно гладкое. Умеренные явления сердечной и почечной недостаточности потребовали лечения в отделении реанимации на протяжении 5 сут. В удовлетворительном состоянии выписан на 21-е сутки после операции.

Ответы на вопросы. Компрессионный трикотаж по поводу варикозной болезни нижних конечностей не использовали. Диагноз ИБС был поставлен в клинике предприятия, где работал больной и подтвержден в ВМедА. Артериальное давление сейчас около 130/80 мм рт. ст. Подшивание протеза к корню аорты производили с ликвидацией второго (ложного) просвета. От ложного просвета аорты отходила одна почечная артерия. Аорту удалось хорошо выделить и отойти от пищевода. Термин «арест» давно используется в специальной литературе и означает полную остановку кровообращения.

Прения

А.Б.Зорин. Это очень редкие операции с антеградной перфузией головного мозга — большой успех.

Г.Г.Хубулава. Это уже 4-я подобная операция. Ничего «хитрого» нет, операция типа «сэндвича» легче переносится, обеспечивается хороший контроль за кровотечением, применяется биоклей. Важна защита головного мозга; антеградная перфузия физиологичнее ретроградной, нужен интраоперационный мониторинг и умеренная гипотермия до 25 °С. Должно быть высокое мастерство искусственного кровообращения.

А.С.Немков. Можно все брахиоцефальные артерии одной площадкой имплантировать, если удастся, но при расслоении аорты это бывает редко.

Г.Ю.Сокурено. Вызывает гордость, что в нашем городе есть учреждение, хирургическая команда, которые могут выполнять подобные операции. В мире — это «высший пилотаж» сердечно-сосудистой хирургии.

ДОКЛАД

Н.А.Яицкий, А.М.Игнашов, А.В.Смирнов, В.А.Добро- правов, Д.В.Семенов, А.А.Супрунович (кафедры госпитальной хирургии и пропедевтики внутренних болезней СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова). **Хирургическое лечение ишемической болезни почек: современные тенденции и результаты.**

Основной тенденцией последних 40 лет является постарение популяции больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. В частности, средний возраст больных с ишемической болезнью почек (ИБП) за этот период превысил 60 лет и приближается к 70 годам. Это способствовало учащению атеросклеротических поражений почечных артерий (ПА), нефросклероза с почечной дисфункцией (ПД) и поражению других артериальных бассейнов. В 60–70-е годы XX в. в клинике ИБП, обусловленной атеросклеротическими окклюзионными поражениями ПА, реноваскулярная гипертензия (РВГ) доминировала, и длительность ее не превышала 5 лет, а ПД и синдром застойной сердечной недостаточности (ЗСН) встречались лишь в 10,4 и 1% случаях. Купирование РВГ и улучшение почечной функции (ПФ) после реваскуляризации почек (РП) наблюдалось в среднем у 70 и 80% больных. В начале XXI в. ПД достигла 60%, а продолжительность РВГ превысила 10 лет. Данные сравнительных исследований свидетельствуют о том, что РП достоверно не обеспечила снижение АД и улучшение отдаленной выживаемости больных по сравнению с медикаментозной терапией, способствовали более осторожной позиции нефрологов и других специалистов к хирургическому лечению. Мы провели хирургическое лечение 121 больному из 144, имевших атеросклеротическую ИБП. У них в клинике, помимо РВГ (100%), ПД составила 62%, а также ЗСН — 8%. Длительность РВГ превысила в среднем 15 лет. Выполнено 158 первичных реваскуляризаций почек (у 33 больных с 2 сторон) с помощью шунтирования — у 73, тромбэндартерэктомия (ТЭЭ) — у 1, имплантации — у 1 и 83 чрескожные ангиопластики преимущественно со стентированием (ЧТАС). Только нефрэктомии выполнены у 4 пациентов, а также 4 — нефрэктомии в сочетании с РП и другими сосудистыми симультанными вмешательствами, включавшими резекции аневризм аорты (у 1), подвздошно-бедренное шунтирование (у 1), аортобедренное шунтирование (у 1) и аортобедренное бифуркационное шунтирование (у 3). Купирование РВГ наблюдалось только у 7% больных, а улучшение ПФ — у 25%, но, при этом, у 20% имелось, напротив, ухудшение ПФ. Осложнения и летальность при открытых вмешательствах составили 25,3 и 12,7%, а также 6,9 и 0% — при эндоваскулярных. Летальных исходов не было у пациентов без ПД. Анализ отдаленной выживаемости 113 больных, перенесших операции, и 23 неоперированных показал, что выживаемость первых была значительно лучше, чем вторых (через 2,5 года 90 и 62% соответственно) и коррелировала с фактом оперативного лечения. Кроме того, 5-летняя почечная функциональная выживаемость оказалась весьма неплохой — 62%. Таким образом, несмотря на участвующую ПД и большую длительность РВГ, нередко в сочетании с эссенциальной АГ, только активная РП и последующая преимущественная терапия ингибиторами ангиотензин-превращающего фермента могут действительно улучшить прогноз больных с атеросклеротической ИБП за счет ощутимого продления их выживаемости.

Ответы на вопросы. По данным зарубежной литературы «открытые» операции дают лучший результат по сравнению с эндоваскулярными, мы пока не можем достоверно оценить собственные результаты. Мы руководствуемся следующими критериями: факторы операционного риска,

состояние почечных артерий, отказ больного от «открытой» операции. Принципиальных отличий по течению эссенциальной и вазоренальной гипертензии нет. Да, есть больные, которым показаны только консервативные методы лечения. Наиболее информативным методом исследования является ультразвуковое. Изменился контингент больных с тяжелыми атероматозными изменениями аорты и почечных артерий, поэтому трансортальная эндартерэктомия почечных артерий выполняется редко. Ренин плазмы обычно повышен первые 3–5 лет заболевания, в дальнейшем включаются другие системы. Абсолютным показанием к хирургическому лечению является двусторонний гемодинамически значимый стеноз почечных артерий с нарушением почечной функции. Причины смерти этих больных — сердечно-сосудистые катастрофы.

Прения

В.В.Шломин. Очень полезный доклад, будем использовать данные в своей работе.

Г.Ю.Сокуренок. Ранее предполагалось, что с развитием стентирования «открытые» операции исчезнут, однако, это не так.

Поступил в редакцию 10.11.2010 г.

185-е заседание 19.05.2010 г.

Председатель — В.М. Седов

ДЕМОНСТРАЦИЯ

О.Ю.Мочалов, В.В.Гриценко, Т.И.Петришина, А.А.Кузнецов, Н.В.Майоров (кафедра госпитальной хирургии № 2 СПбГМУ им. И.П.Павлова). **Репротезирование трикуспидального клапана у больного с аномалией Эбштейна.**

Больной Н., 21 год, поступил 14.09.2009 г. в нашу клинику в тяжелом состоянии. Жалобы на выраженную одышку при малейшем движении, цианоз губ, акроцианоз. В 2001 г. в г. Архангельске больному была выполнена пластическая операция на трикуспидальном клапане (операция Дениэльсона) по поводу аномалии Эбштейна. В 2005 г. в связи с развитием выраженной трикуспидальной недостаточности осуществлено биопротезирование трикуспидального клапана. В клинике у больного выявлена дилатация правого предсердия до 6,6×6,8 см. Дисфункция биопротеза в трикуспидальной позиции. Площадь открытия 0,7 см². Максимальный диастолический градиент давления 14, 9 мм рт. ст. 29.09.2009 г. выполнена операция — репротезирование трикуспидального клапана в условиях ИК. При операции обнаружено, что в трикуспидальной позиции находится каркасный биопротез, манжета и стойки которого эндотелизированы. Фистул, вегетации, тромбов нет. Створки коричневой окраски истончены, редуцированы, представляют собой малоподвижные мембраны с диастазом между их свободными краями. Клапан был иссечен и имплантирован механический протез «Мединж-2» 33-го размера. Послеоперационное течение гладкое. На 18-е сутки больной выписан домой. Обследован через 8 мес после операции — состояние удовлетворительное. Функция протеза не нарушена.

Ответы на вопросы. Протез был каркасный, но точно установить марку не удалось. Да, исходно у больного были нарушения ритма, но после операции восстановился синусовый ритм. Клапан иссекали экономно.

Прения

Ю.А.Шнейдер. Такие больные встречаются в разных клиниках, это очень тяжелый контингент, и у них часто наблюдаются нарушения ритма после оперативного лечения, поздравляем авторов с успешным результатом.

В.М.Седов. Это редкое заболевание, 0,5–1% от всех заболеваний сердца, и опыт операций более 50 лет, с 1963 г., большого опыта нет ни у кого, в данном случае — это 3-я повторная операция, и это определенный успех.

Поступил в редакцию 10.11.2010 г.

186-е заседание 22.09.2010 г.

Председатель — В.М. Седов

ДОКЛАД

В.С.Баринов (ФГУ «СПбНИИФ Росмедтехнологий»). **Хирургическое лечение огнестрельных ранений кровеносных магистралей в условиях Афганистана.**

Повреждение магистральных сосудов наблюдаются в 0,8–2,3% всех ранений военного времени. Огнестрельные ранения кровеносных магистралей сопровождаются массивной геморрагией и составляют важную проблему сосудистой хирургии. В Афганистане преобладала минно-взрывная травма, поэтому часто встречались сочетанные и множественные ранения сосудов, костей и нервных стволов — тяжелые боевые травмы конечностей, нередко ведущие к ампутации и гибели пострадавших. Разный объем врачебной помощи на предыдущих этапах эвакуации, а также различные сроки поступления раненых в госпиталь существенно влияют на выбор способа остановки кровотечения из поврежденных сосудов. Наши наблюдения включают 277 раненых с повреждением кровеносных магистралей. В 37,8% ранение сосудов сопровождалось огнестрельными переломами костей, в 18% — повреждением нервов. При сочетанном ранении сосудов и переломов костей первоначально проводились обработка костной ткани, репозиция отломков и их фиксация. Реконструктивно-восстановительные операции на кровеносных сосудах произведены 208 (75,1%) раненым. Ишемическая гангрена конечности наблюдалась у 14 (6,7%) человек. У 69 (24,9%) пациентов проведено лигирование сосуда, что повлекло ишемическую гангрену конечности у 20 (29,9%) пострадавших. Хирургическая коррекция различных форм травматических аневризм проводилась у 53 раненых. Она отличается сложностью хирургических приемов. Восстановление пульсации на периферических артериях отмечено у 47 (88,6%) раненых. Большое внимание уделялось ведению послеоперационного периода, профилактике и лечению послеоперационных осложнений: использовались антибиотики, антикоагулянты, иммобилизация конечности, дезагрегационная терапия и т.д. В определении показаний к операции на поврежденных сосудах необходимо учитывать условия и возможности для их проведения, степень регионарной ишемии. При ранениях кровеносных магистралей операцией выбора являются реконструктивно-восстановительные вмешательства, с помощью которых удается восстановить регионарный кровоток у 93,3% раненых.

Прения не проводились.

Поступил в редакцию 10.11.2010 г.