

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

187-е заседание 20.10.2010 г.

Председатель — В.М. Седов

ДЕМОНСТРАЦИЯ

П.В. Чечулов, В.В. Сорока, С.П. Нохрин, А.В. Демьяненко (СПбНИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе). **Этапное лечение травматического повреждения внутренней сонной артерии — трудное решение в сложной ситуации.**

Травматические повреждения сосудов шеи составляют примерно 5–10% от всех ранений сосудов. Анатомическая локализация и сочетание с ранением других органов шеи крайне усложняют работу хирурга в этой области. Смертность варьирует от 5 до 40%, а стойкие неврологические нарушения могут достигать 80%.

Пострадавшая Д., 39 лет, поступила в НИИСП 04.10.2006 г. с множественными колото-резаными ранениями по задней поверхности шеи слева (проекция раны в области затылочного треугольника в 3 см от большого затылочного отверстия) и по боковой поверхности шеи справа (область верхнего сонного треугольника). Доставлена реанимационно-хирургической бригадой скорой медицинской помощи в шоковую операционную через 45 мин с места ранения. Кровопотеря тяжелой степени. Шок II степени.

Оперативное лечение: эндотрахеальный наркоз. Ревизия ран в области правого верхнего сонного треугольника и остановка кровотечения путем перевязки поврежденных ветвей правой наружной сонной артерии, наружной яремной вены. Ревизия раны в области левого затылочного треугольника. Остановка кровотечения из затылочного венозного сплетения. В связи с тем, что ранение в этой области располагается в месте вхождения внутренней сонной артерии (ВСА) в череп, отсутствием данных за артериальное кровотечение, принято решение не производить ревизию сонной артерии. Данная тактика также была обусловлена опасностью повреждения черепных нервов в описанной зоне. Интраоперационное дуплексное ангиосканирование — без значимой патологии, умеренное повышение резистивных индексов в бассейне левой ВСА.

Через 6 ч с момента ранения после экстубации отмечено развитие неврологической симптоматики: афазии, правостороннего гемипареза, на фоне артериальной гипертензии. Дуплексное ангиосканирование выявило тромботическую окклюзию левой ВСА от устья.

Выполнено повторное оперативное лечение: доступ к дистальной части левой ВСА по переднему краю кивательной мышцы с пересечением брюшка двубрюшной мышцы

и отведением n. hypoglossal в медиальном направлении. При ревизии выявлено травматическое пересечение n. vagus n. accessories и точечное ранение левой ВСА в месте вхождения в череп, активное кровотечение отсутствует. При артериотомии выявлен тромбоз ВСА с отслоением интимы на участке 1,5 см. Выполнена тромбэктомия из интракраниального отдела ВСА, получен хороший ретроградный кровоток. Резекция участка ВСА с анастомозом «конец в конец». Перинеуральный шов n. vagus.

В послеоперационном периоде проводили антикоагулянтную терапию, гемотрансфузию, обезболивание, антибактериальную терапию. Отмечен регресс правостороннего гемипареза в течение 3 сут, восстановление речи. Превалировали симптомы повреждения черепных нервов (X, XI, XII). Общий срок госпитализации — 21 день. Оценка отдаленных результатов проведена через 4 года — сохраняется клиника повреждения X, XI, XII черепных нервов.

Превалирует выраженный психоорганический синдром.

ДОКЛАД

Н.А. Яицкий, О.Г. Зверев, А.Б. Волков, А.Я. Бедров, В.А. Маслевцов, И.В. Нестерова (кафедра и клиника госпитальной хирургии № 1 СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова). **Лечение хронических коронарных окклюзий.**

В докладе обсуждаются существующие показания к хирургической реваскуляризации закрытых коронарных артерий. Анализируется значение ранней постинфарктной стенокардии в оценке объема жизнеспособного миокарда в бассейне закрытой коронарной артерии. На большом статистическом материале (более 150 случаев) проводится анализ и сопоставление ангиографических, стресс-эхокардиографических, позитронно-эмиссионных критериев жизнеспособности миокарда. Обсуждаются критерии выбора метода хирургической реваскуляризации: аортокоронарное шунтирование (АКШ) или эндоваскулярная реканализация. Суммируются и анализируются различные технические приемы (в том числе авторские) антеградной и ретроградной эндоваскулярной реканализации коронарных артерий.

Ответы на вопросы. Позитронно-эмиссионная томография — лучший метод определения жизнеспособности миокарда. В случае отрыва части проводника пытаемся удалить, если не удается — прижимаем стентом. Если имеются множественные коллатерали, то окклюзию можно не реканализировать. При наличии двух окклюзий можно использовать наш метод, если невозможно выполнить АКШ. Хроническую окклюзию пытаемся катетеризировать

специальными катетерами. Часто баллон проходит субинтимально, тогда используется еще один проводник и пытаемся обнаружить истинный просвет. Критериев, которые позволили бы определить угрозу окклюзии, нет. Нередко дестабилизация нормальной бляшки происходит неожиданно и ведет к инфаркту. Для манипуляций используем бедренный доступ. Больные к нам поступают с северо-западного региона, диагностика выполняется быстро, и чаще таких больных госпитализируют по квоте. Используются стенты без покрытия, в случае возникновения осложнений просим больных обращаться к нам.

Прения

А.М. Игнашов. У докладчиков имеется большой опыт лечения хронических коронарных окклюзий, но трудна оценка состояния коронарных артерий. Мультиспиральная ангиография позволяет увидеть все коронарные шунты и стенты. Необходимо улучшать диагностику.

А.С. Немков. Очень отранно, что еще одна клиника в университете начала заниматься этой проблемой. Мы видим виртуозное владение техникой эндоваскулярной хирургии большого мастера, и все-таки у большей части этих больных нужно выполнить АКШ. Есть ряд пациентов, которые не выдержат АКШ (ожирение, хронические obstructивные легочные заболевания и др.), таким больным показан данный метод лечения, при этом очень важно выявить характеристики дистального русла окклюзированной артерии. Эта работа — свидетельство большого прогресса в нашем городе.

В.М. Седов (председатель). Очень благодарны за прекрасный доклад. Мы исповедуем те же принципы в нашей клинике, кроме этого, у таких больных мы используем клеточные технологии для ревааскуляризации миокарда. Очень важно оснащение наших клиник высокотехнологичным оборудованием.

Поступил в редакцию 05.03.2011 г.

188-е заседание 17.11.2010 г.

Председатель — Ф.В. Баллюзек

ДЕМОНСТРАЦИЯ

К.К. Токарев, И.В. Баталин, В.А. Крейль, В.М. Кондратьев, П.С. Курьянов (кафедра и клиника факультетской хирургии СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова). **7-летний результат стентирования правой внутренней сонной артерии и открытой эндартерэктомии из левой внутренней сонной артерии у пациента с генерализованным атеросклерозом.**

Больной Ч., 1935 г. рождения, обратился в клинику 16.02.2003 г. с жалобами на слабость в правых конечностях, нарушение речи, ухудшение памяти. Перенес ишемический инсульт 14.09.2002 г. в левом каротидном бассейне с правосторонним гемипарезом, нарушением речи. Неврологический дефект регрессировал на фоне лечения, однако в октябре и ноябре повторные острые эпизоды нарушения мозгового кровообращения (более 4 атак до момента госпитализации в клинику). В анамнезе инфаркт миокарда, после которого обследован, и в 1991 г. в Институте сердечно-сосудистой хирургии им А.Н.Бакулева выполнено аортокоронарное шунтирование. Болей за грудиной на момент госпитализации нет. С 40 лет страдает гипертонической болезнью. Неврологическая симптоматика при госпитализации представлена сенсомоторной афазией, дисграфией, дислексией, сниже-

нием мышечной силы в межостных мышцах правой руки до 3–4 баллов, повышенным тонусом. При дуплексном сканировании в левой внутренней сонной артерии (ВСА) выявлена гетерогенная атеросклеротическая бляшка с неровной поверхностью, кальцием, свободный просвет за бляшкой 5 мм. Справа устье ВСА 2 мм, протяженность бляшки 15 мм. При ангиографии — грубый стеноз левой ВСА, субокклюзия правой ВСА. Окклюзия правой позвоночной артерии. 24.01.2003 г. установлен стент в правую ВСА. Операция — каротидная эндартерэктомия с аутовенозной пластикой выполнена 12.02.2003 г. В ближайшем послеоперационном периоде нарастала гематома в области послеоперационного шва. Больной срочно повторно оперирован, гематома ликвидирована. В дальнейшем благополучное течение. В последующие годы наблюдался в клинике, проводились контрольные ультразвуковые исследования. В 2008 г. рецидив стенокардии, по поводу чего 18.09.2008 г. выполнены коронаропластика и стентирование правой коронарной артерии. Нарушений мозгового кровообращения за 7 лет после вмешательства не отмечено. Цель демонстрации — показать хороший отдаленный результат после каротидной эндартерэктомии слева и стентирования ВСА справа у пациента с генерализованным атеросклерозом.

Прения

Ф.В. Баллюзек (председатель). Поздравим с хорошим послеоперационным результатом выполненной гибридной операции у тяжелого больного. Восстановлена речь и значительно уменьшились явления гемипареза.

ДОКЛАД

В.Н. Вавилов, Р.А. Азовцев, К.К. Токарев, В.А. Ковалев, В.А. Крейль, П.С. Курьянов, В.М. Латина (кафедра и клиника факультетской хирургии СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова). **Каротидная эндартерэктомия или стентирование при стенозах внутренней сонной артерии?**

В докладе представлены результаты ряда рандомизированных исследований, доказывающих преимущества каротидной эндартерэктомии над медикаментозной терапией у пациентов с гемодинамически значимыми стенозами зоны бифуркации сонных артерий. Показан опыт клиники факультетской хирургии стентирования и ангиопластики у больных со стенозом сонных артерий (79 артерий у 73 больных). Приведены примеры различных клинических и ангиографических ситуаций, при которых выполнялись эндоваскулярные вмешательства. Продемонстрирован сравнительный анализ отдаленных результатов у больных с открытыми коррекциями кровообращения сонных артерий и после стентирования (клинические, ангиографические данные, результаты дуплексного сканирования). В заключение отмечено, что у пожилых пациентов с тяжелой сопутствующей патологией, особенно у тех, кому предстоит операция на других артериальных бассейнах, стентирование сонных артерий может быть успешно использовано в качестве альтернативного лечения при гемодинамически значимых стенозах зоны бифуркации сонных артерий.

Ответы на вопросы. При поражении сонных артерий и коронарного русла предпочтительнее сначала выполнять стентирование сонных артерий, а затем через несколько дней операцию на коронарных артериях. После искусственного кровообращения иногда возникают тромботические осложнения при наличии стенозирующих поражений сосудов других бассейнов. После стентирования ухудшение невро-

логической симптоматики имело место у двух больных, что было связано с трудностями в установке проводника и возникновении микроэмболии. Характер бляшки учитывался при выборе тактики лечения. Нестабильная бляшка имела показания к стентированию. Критерии нестабильности бляшки: «подрытые» края, разная плотность, нестабильность неврологической симптоматики.

Прения

В.Н. Вавилов. По числу послеоперационных осложнений мы делаем вывод о качестве метода. Осложнения чаще возникают у больных с ожидаемым нарушением мозгового кровообращения. Таких больных надо либо оперировать, либо отказаться от операции. Видимо, будущее за эндоваскулярными операциями, но в отдаленном периоде, по литературным данным, часто возникают рестенозы после стентирования. Техника этих операций улучшается. В Швеции в некоторых клиниках не выполняют стентирования — только открытые операции.

В.Ф. Сухов. Стенты появились в середине 90-х годов в клиниках, которые имеют разный опыт, и совместить эти данные в единое целое невозможно. Где-то лучше стентирование, где-то открытые операции. Важную роль играет отбор больных на процедуру. Необходим регистр совокупного опыта в свободном доступе, чтобы можно было использовать эти данные в своей работе.

Г.Ю. Сокурено. В Америке и Европе предпочтение отдают открытым операциям. В клинике Мейо до 2006 г. выполняли примерно 50% стентирований и 50% открытых операций, затем произошел резкий переход к открытым операциям, учитывая их лучший отдаленный результат. Но у пациентов высокого риска, при интракраниальных стенозах, рестенозах — предпочтение отдается стентированию.

Ф.В. Баллюзек (председатель). Очень хорошо, что доклад и демонстрация на одну тему и из одного коллектива. Мы получили глубокую информацию по обсуждаемой теме. Спасибо.

Поступил в редакцию 05.03.2011 г.

189-е заседание 15.12.2010 г.

Председатель — В.М. Седов

ДЕМОНСТРАЦИЯ

Г.А. Громыко, А.И. Казаков, С.М. Яшин (кафедра и клиника факультетской хирургии СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова). Катетерная деструкция у больной с ишемической болезнью сердца, имплантированной кардиовертердефибриллятором и эпизодами электрического шторма.

Пациентка С., 68 лет. Диагноз: ишемическая болезнь сердца, постинфарктный кардиосклероз (инфаркт миокарда в 1998 г. и в 2001 г.). Аорто- и маммарно-коронарное шунтирование, резекция аневризмы левого желудочка в 2001 г. Пароксизмальная желудочковая тахикардия (ЖТ). Имплантируемый кардиовертердефибриллятор (ИКД) с мая 2009 г. Эхокардиография — фракция выброса по Simpson 54%, зона гипо- и акинезии в передневерхушечной области и нижней стенке левого желудочка. Клапанный аппарат без значимой патологии. После кардиохирургической операции зафиксированы эпизоды ЖТ, сопровождавшиеся нестабильной гемодинамикой. Имплантирован ИКД желудочков. После

операции частые срабатывания ИКД (за 11 мес — 35 эпизодов желудочковой тахикардии, в том числе 9 эпизодов быстрой ЖТ с нестабильной гемодинамикой, не купированные сверхчастотной стимуляцией и потребовавшие разряда ИКД). Принято решение о выполнении высокочастотной (ВЧ) катетерной модификации субстрата ЖТ. Ход операции: создание биполярной 3D-реконструкции левого желудочка с помощью системы CARTO. Выявлены рубцовые поля в нижней трети межжелудочковой перегородки, верхушке левого желудочка. При программированной стимуляции желудочков индуцирована ЖТ с R—R 305 мс, гемодинамически нестабильная. Картирование тахикардии затруднено. Тахикардия купирована сверхчастотной стимуляцией. ВЧ-воздействия $n=30$, до 40 Вт, до 60 с, орошение 30 мл/мин в зоны фракционированной активности (в этих же зонах совпадение электрокардиограммы по данным стимуляционного картирования с морфологией тахикардии в 12 из 12 отведений). Повторный протокол электрофизиологического исследования (ЭФИ) — нет индукции тахикардии. Осуществлялось наблюдение больной в течение 6 мес: по данным ИКД, пароксизмов ЖТ не зарегистрировано. Заключение: катетерная абляция ЖТ — эффективный способ улучшения качества жизни и прогноза у пациентов со структурной патологией сердца.

ДОКЛАД

С.М. Яшин, Г.А. Громыко, А.И. Казаков (кафедра и клиника факультетской хирургии СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова). Выбор лечебной тактики у больных с ишемической болезнью сердца и желудочковыми аритмиями.

В настоящее время актуальной является проблема профилактики внезапной сердечной смерти (ВСС). Причиной ВСС в 80% случаев является ишемическая болезнь сердца (ИБС), в 10–15% — кардиомиопатии, в 5% — другие причины (синдром Q–T-интервалом, синдром Бругада и т. д.). В структуре механизмов ВСС ведущую роль занимают желудочковые нарушения ритма. Последние годы распространенным методом профилактики ВСС является имплантация кардиовертердефибриллятора (ИКД). Однако данная операция не устраняет причины желудочковых аритмий. По данным исследований AVIDS, CASH, CIDS, смертность в группах пациентов с ИКД, в том числе от ВСС, значимо снижается по сравнению с пациентами без ИКД, но остается высокой (общий уровень смертности — до 8% в год). Последние исследования показали, что риск ВСС находится в прямой зависимости от числа срабатываний ИКД. Таким образом, актуальной становится проблема снижения числа разрядов ИКД, с целью улучшения прогноза у пациентов, улучшения качества жизни. Основными средствами выполнения данной задачи являются: оптимальная медикаментозная терапия, сверхчастотная стимуляция желудочков для купирования тахикардии, катетерная абляция. К сожалению, несмотря на назначение антиаритмических препаратов, в том числе и кордарона, риск повторных эпизодов желудочковых нарушений ритма в группах пациентов с желудочковыми нарушениями ритма остается высоким. Сверхчастотная стимуляция желудочков как алгоритм ИКД-терапии не всегда помогает купировать пароксизмы ЖТ.

Наиболее перспективна методика катетерной абляции желудочковой тахикардии у данных больных. По данным литературы, эффективность этой операции составляет 60–70%. Наиболее интересное исследование VTACH, в котором катетерная абляция ЖТ у пациентов с имплантиро-

ванными ИКД для вторичной профилактики ВСС, сниженной фракцией выброса и постинфарктным кардиосклерозом выполнялась профилактически, одновременно с имплантацией ИКД. По результатам наблюдения в этом исследовании в группе с профилактической аблацией ЖТ через 2 года наблюдения 47% пациентов оставались без пароксизмов ЖТ, тогда как в контрольной группе число таких пациентов было всего лишь 29%. Профилактическая аблация ЖТ является эффективным способом снижения числа разрядов ИКД и, следовательно, улучшения качества и продолжительности жизни пациентов.

Ответы на вопросы. Прогноз продолжительности жизни должен учитывать характер выполняемого вмешательства, в том числе имплантацию электрокардиостимулятора (ЭКС). Показанием к проведению исследования является сниженная фракция выброса у таких больных. При возможности выбора имплантации ЭКС и ИКД предпочтение следует отдать

последнему. Лазерная аблация менее контролируема, предпочтение отдается высокочастотной деструкции.

Прения

А.С. Немков. Очень содержательный и интересный доклад. Много людей умирают от аритмий. Хирурги сконцентрированы на восстановлении кровообращения в сосудах сердца, упуская из внимания нарушения ритма. Необходимо накапливать опыт. Группа аритмологов под руководством С.М. Яшина хорошо работают и катетерные методы используют все больше.

В.М. Седов. Проблема очень сложная. Много лет работок и много трудов опубликовано, но трудности и осложнения остаются. В докладе следует приводить и свои результаты и выводы. Поздравления докладчикам и пожелания новых успехов.

Поступил в редакцию 05.03.2011 г.