

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

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

202-е заседание 18.04.2012 г.

Председатель — А. С. Немков

ДЕМОНСТРАЦИЯ

А. А. Диж, С. Р. Лаврусенко, А. А. Фадеев (отделение сердечно-сосудистой хирургии Института скорой медицинской помощи им. И. И. Джанелидзе). **Резекция аневризмы левого желудочка и АКШ у больного с острым коронарным синдромом.**

Пациент П., 73 лет, госпитализирован в отделение кардиореанимации НИИ СП 08.10.2010 г. с диагнозом: ИБС. Нестабильная стенокардия. Атеросклеротический и постинфарктный кардиосклероз (ОИМ в июне 2010 г.) Сердечная недостаточность III ФК (NYHA). Язвенная болезнь желудка. Состояние после резекции $2/3$ желудка (1986 г.) Хроническая обструктивная болезнь лёгких. Хронический бронхит курильщика. 09.10.2010 г. выполнена коронарография: стеноз передней межжелудочковой ветви до 90% после отхождения крупной диагональной артерии. По данным ЭХО-кардиографии: ЛЖд=58 мм, ЛЖс=38 мм, МЖП=8 мм, ЗС=8 мм, ЛП=35/48 мм, митральная недостаточность II степени, градиент 3,6 мм рт. ст., аортальная недостаточность I степени, градиент 5,3 мм рт. ст., трикуспидальная недостаточность I степени, градиент 1,1 мм рт. ст. Систолическая функция миокарда левого желудочка снижена. ФВ — 29%. Акинезия переднеперегородочных отделов миокарда. Дискинезия верхушки. Полости обеих предсердий расширены. Умеренно увеличены размеры правого желудочка. Учитывая нестабильность гемодинамики, 09.10.2010 г. был установлен баллон для внутриаортальной баллонной контрпульсации и принято решение о срочной операции. 10.10.2012 г. операция: маммарно-коронарное шунтирование, резекция и пластика аневризмы ЛЖ в условиях искусственного кровообращения, кардиоплегии. В ходе операции выявлен значительный спаечный процесс в полости перикарда. После кардиоллиза обнаружена аневризма левого желудочка размером 9х6 см, с вовлечением верхушки, передней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки. После пережатия аорты и кардиоплегии (кустодиол 2 л) выполнен анастомоз левой внутренней грудной артерии с передней межжелудочковой артерией в средней трети. Затем вскрыта полость аневризмы, удален тромб размером 5х2 см. Выполнена пластика по Дору — Жатане заплатой из аутоперикарда. Отключение

аппарата искусственного кровообращения на фоне продолжающейся внутриаортальной баллонной контрпульсации, чреспищеводного эхокардиографического контроля. Вспомогательное кровообращение и искусственная вентиляция легких продолжались в течение 1 сут. В дальнейшем стандартная терапия. Пациент выписан на амбулаторное лечение на 17-е сутки после операции.

Ответы на вопросы. Клиника сердечных болей была связана с ухудшением коллатерального кровотока. Острый коронарный синдром проявил себя стенокардией, без изменений на ЭКГ. Давление в легочной артерии было умеренно повышено.

ДОКЛАД

А. А. Диж, С. Р. Лаврусенко, А. А. Фадеев, В. В. Сорока (отделение ССХ СПбНИИСП им. И. И. Джанелидзе). **Хирургическое лечение острого коронарного синдрома.**

Острый коронарный синдром (ОКС) и острый инфаркт миокарда являются основными причинами госпитализации в отделение кардиореанимации СПбНИИСП. В протокол обследования данной группы пациентов в обязательном порядке включены коронарография и исследование уровня тропонина крови, по результатам которых принимается решение о дальнейшей тактике лечения. Восстановление коронарного кровотока является важнейшим направлением терапии ОКС. Возможны следующие варианты восстановления коронарного кровотока: проведение тромболитической терапии, баллонная ангиопластика и коронарное стентирование, экстренное аортокоронарное шунтирование (АКШ).

По нашим наблюдениям, около 70% пациентов с ОКС получают тромболитическую терапию и стентирование коронарных артерий. Остальные 30% пациентов нуждаются в срочном АКШ. При этом пациентам с ОКС без подъема сегмента ST операция АКШ выполняется в срочном порядке при наличии угрожающего поражения коронарных артерий по данным коронарографии. Пациентам с ОКС с подъемом сегмента ST операция выполняется в экстренном порядке (на фоне внутриаортальной баллонной контрпульсации) при нестабильной гемодинамике (кардиогенный шок), продолжающейся ишемии, резистентной к внутривенному введению нитропрепаратов. В срочном порядке пациентам с ОКС с подъемом сегмента ST операция выполняется при угрожающем поражении коронарного русла (чаще всего стеноз ствола

левой коронарной артерии) и возникновении ранней постинфарктной стенокардии.

Большое значение в определении показаний к времени выполнения срочной операции имеет уровень тропонина в крови. При значительном повышении уровня тропонина и стабильном течении заболевания операция выполняется в срочном порядке. При нестабильной гемодинамике — в экстренном порядке. В нашем отделении за 2011 г. выполнено 40 операций АКШ пациентам с ОКС (из них 3 пациента с проникающим ОИМ). Летальность в данной группе пациентов составила 8,3%.

Ответы на вопросы. Необходимо создание круглосуточного центра неотложной сердечно-сосудистой хирургии. Мы используем следующую тактику: при остром инфаркте миокарда (ОИМ) — тромболизис, коронарография и стентирование, при ранней постинфарктной стенокардии — операция АКШ. При повышении уровня тропонина больные в течение 2–3 дней находятся в кардиореанимации, через 1 мес мы берем их на АКШ. Более 50% больных не попадают под тромболизис. 70% больных госпитализируют к нам с диагнозом ОКС в кардиореанимацию.

Прения

В. К. Сухов. В каждом учреждении в лечении ОКС свои подходы, но есть мировые установки, которые говорят, что при ОКС не надо сразу использовать АКШ, в 95% достаточно выполнение стентирования, так как тропонин появляется только через несколько часов после ОИМ, а ждать нельзя.

И. А. Пятериченко. Мы придерживаемся рекомендаций Европейской ассоциации кардиологов в лечении ОКС и ОИМ, в которых операции показаны только больным с кардиогенным шоком и постинфарктным разрывом межжелудочковой перегородки. Мы проводим тромболизис и готовим больных к операции, такая тактика у нас себя оправдывает.

А. С. Немков (председатель). Очень хорошая демонстрация. Тяжелая ситуация и тяжелая операция, но выбрана правильная хирургическая тактика, в том числе и по удалению аневризмы. Определение объема оставляемого левого желудочка зависит еще и от сохранности базальных отделов сердца. Поздравляем авторов с победой. Доклад тоже очень интересный. Предложена тактика при ОКС. Для успешной хирургической тактики необходимо хорошее отделение переливания крови, которое позволяет компенсировать кровотечения из-за больших доз клопидогреля, получаемых больными перед попыткой стентирования коронарных артерий. Важно знать, в какие сроки от начала сердечных болей больные с ОКС поступают в стационар. На этот вопрос в нашем городе точного ответа нет, регистр не ведется.

Поступил в редакцию 22.05.2013 г.

203-е заседание 16.05.2012 г.

Председатель — А. С. Немков

ДЕМОНСТРАЦИЯ

Г. Г. Хубулава, К. Л. Козлов, А. Н. Шишкевич, В. Н. Кравчук, И. Б. Олексюк, А. С. Кусай, С. С. Михайлов (кафедра клиники усовершенствования врачей им. П. А. Куприянова ВМедА им. С. М. Кирова). **Опыт успешного эндоваскулярного лечения острого коронарного синдрома.**

В настоящее время хирургическое лечение ишемической болезни сердца является эффективным и безопасным методом лечения с хорошими ближайшими и отдаленными результатами. Применение хирургических методов позволяет продлить жизнь, улучшить её качество, снизить количество инфарктов миокарда, частоту госпитализации и смертность от ишемической болезни сердца и её осложнений. Однако хирургическая тактика меняется в зависимости от формы ишемической болезни сердца. При хроническом течении ИБС без снижения фракции выброса левого желудочка и наличием показаний к коронарному шунтированию, как правило, выполняется вмешательство на работающем сердце. Для демонстрации представлен больной с фракцией выброса 33%, которому до операции аортокоронарного шунтирования применялась внутриаортальная баллонная контрпульсация с целью профилактики развития сердечной недостаточности. Аортокоронарное шунтирование проведено в условиях вспомогательного искусственного кровообращения на работающем сердце с хорошим непосредственным и среднесрочным результатом.

Для демонстрации представлен больной с ИБС с острым коронарным синдромом, поступивший через 2 ч от начала болевого синдрома. Ему выполнена экстренная коронарография и до реваскуляризации миокарда применялась внутриаортальная баллонная контрпульсация. Аортокоронарное шунтирование проведено в условиях вспомогательного искусственного кровообращения на работающем сердце.

Наша тактика: в случае развития у больного острого коронарного синдрома показано выполнение экстренной коронарографии с последующим чрескожным коронарным вмешательством (ЧКВ) в кратчайшие сроки от начала болевого синдрома.

При невозможности или неуспехе ЧКВ показано выполнение экстренного коронарного шунтирования. При этом предпочтительнее выполнять вмешательство на работающем сердце в условиях параллельного искусственного кровообращения.

ДОКЛАД

Г. Г. Хубулава, В. Н. Кравчук, А. С. Пелешок, А. М. Волков, Н. Г. Лукьянов, И. А. Порембская, А. И. Любимов, А. Н. Шишкевич, А. С. Кусай, Е. А. Князев, Т. А. Елизарова, В. К. Григорян, М. С. Чемеков, А. Е. Сухарев (кафедра хирургии усовершенствования врачей № 1 им. П. А. Куприянова ВМедА им. С. М. Кирова). **Современные аспекты хирургического лечения острого коронарного синдрома.**

Цель работы — определить эффективность оказания помощи пациентам с острым коронарным синдромом в условиях рентгенохирургического отделения клиники хирургии усовершенствования врачей № 1 (ХУВ-1) ВМедА.

Материалы и методы. В рентгенохирургическом отделении клиники ХУВ-1 за период с июля 2011 г. по ноябрь 2012 г. проходили лечение 19 человек с острым коронарным синдромом, из них 15 — были доставлены в клинику в течение 6 ч с момента возникновения болевого приступа (5 пациентов — по скорой помощи и 10 — переводом из других клиник академии), 3 — в течение 12 ч и 1 пациент — в течение 24 ч с момента возникновения болевого приступа (также переводом из соседних клиник академии). Всем пациентам выполняли исследование крови на тропонины и креатинфосфокиназу,

факторы безопасности, а также ЭКГ, рентгенографию органов грудной клетки, ЭХО-кардиографию и УЗИ органов брюшной полости. Время «дверь — баллон» в среднем составило 68 мин. По данным коронарографии, у 8 пациентов было обнаружено однососудистое, у 6 пациентов — двухсосудистое и у 5 человек — трехсосудистое поражение коронарного русла. Во всех случаях стентировали только симптом-зависимую коронарную артерию. В переднюю межжелудочковую и артерии менее 2,5 мм, а также пациентам с сахарным диабетом всегда имплантировали стент с лекарственным покрытием, в остальных случаях использовали стенты без покрытия. У 1 пациента с однососудистым поражением не удалось добиться ангиографического и, как следствие, клинического успеха процедуры из-за выраженного кальциноза коронарной артерии, что потребовало в дальнейшем выполнения коронарного шунтирования. Также зафиксирован 1 летальный исход на 2-е сутки после стентирования у пациента с кардиогенным шоком. Остальные пациенты были переведены в терапевтические клиники и реабилитационные центры в удовлетворительном состоянии. Среднее время госпитализации составило 4 сут.

Вывод. Стентирование коронарных артерий в условиях рентгенохирургического отделения клиники ХУВ-1 является высокоэффективным и относительно безопасным методом лечения пациентов с острым коронарным синдромом.

Ответы на вопросы. Используем фибринолитические препараты «Альтеплаза» («Актелизе»), «Тенектоплаза» («Метализе») и антиагрегант «Интегрилин». Хирургическая бригада постоянно в клинике не дежурит, но в течение 1 ч может приехать. Городской статистики по числу больных с подъемом и без подъема ST нет. Если после фибринолиза у больного ухудшение, то мы выполняем АКШ, при кровотоке используем Cell-Saver, свежемороженную плазму, тщательный гемостаз.

Прения

В. В. Сорока. В кардиохирургическом обществе обсуждают преимущество эндоваскулярных методов, и мнения меняются: появляется критика стентов с покрытием, при 3-сосудистом поражении лучше выполнить АКШ. Зарубежные авторы при ОКС тоже — за АКШ. Поздравил с хорошим докладом.

Г. Г. Хубулава. На первом месте в лечении ОКС — организация процесса диагностики и лечения, в том числе быстрая доставка больного в стационар, что не всегда получается. Линейные врачи недостаточно готовы к правильной доставке в специализированные подразделения. Сейчас возможно проведение тромболитика прямо в машине скорой помощи, появились специализированные бригады, что спасает больных. Ситуация с постинфарктными аневризмами улучшилась за последние 10–15 лет. В настоящее время нет единого реестра оказания кардиохирургической помощи больным в Санкт-Петербурге.

А. С. Немков (председатель). Необходима градация между больными с ОКС и ОИМ с подъемом сегмента ST. Нужна статистика по поступлению этих больных в специализированный стационар, в США — около 3 ч, у нас — значительно дольше и многие погибают до оказания помощи. Спасибо за хороший доклад.

Поступил в редакцию 22.05.2013 г.

204-е заседание 19.09.2012 г.

Председатель — В. М. Седов

ДЕМОНСТРАЦИЯ

К. К. Токаревич, В. А. Крель, В. М. Лапина (кафедра и клиника факультетской хирургии СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова). **Отдаленный результат экстраинтракардинального анастомоза (ЭИКА).**

Пациент Ф., 73 лет, наблюдается в клинике с 2005 г. В 2004 г. перенес острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) в правом каротидном бассейне. Неврологический дефицит был представлен левосторонним гемипарезом на уровне 3 баллов, статико-локомоторной и мозжечковой атаксией как проявления вертебробазилярной недостаточности. При церебральной панангиографии: окклюзия правой внутренней сонной артерии (ВСА), стеноз левой ВСА, сифон правой ВСА с грубым стенозом, он заполняется через нозо-орбитальный анастомоз, стенозы в позвоночных артериях. Коллатеральный кровоток по корковым ветвям из правой задней мозговой артерии в правую переднюю мозговую артерию (ПМА) и правую среднюю мозговую артерию (СМА), по передней соединительной артерии (ПСА) — в правую ПМА и в правую СМА. Экстраинтракаротидный анастомоз (ЭИКА) выполнен 02.06.2005 г. В последующем появились симптомы ишемической болезни сердца: стенокардия напряжения, нарушения ритма сердца, появились симптомы перемежающейся хромоты, которая выросла до 50–70 м. При повторном ангиографическом обследовании в ноябре 2011 г. (через 6 лет после операции): анастомоз поверхностной височной артерии (ПВА) с СМА хорошо функционирует. Выявлен стеноз в правой коронарной артерии, проведено ее стентирование. Грубые атеросклеротические изменения в аорте и сосудах нижних конечностей. Настоящая госпитализация обусловлена необходимостью коррекции кровообращения в брюшной аорте и сосудах нижних конечностей. За прошедшие годы после операции ЭИКА повторных ОНМК не наблюдалось.

Пациент С., 60 лет, со сходным анамнезом, впервые обратился в клинику в конце 1995 г. ОНМК в бассейне правой СМА в 1992 г. с умеренным правосторонним гемипарезом. В 1993 и 1994 г. повторно ОНМК в правой СМА и вертебробазилярном бассейне. При церебральной панангиографии в декабре 1995 г. выявлены субокклюзия правой ВСА, окклюзия правой СМА, стеноз правой ПМА до 75%. Коллатеральный кровоток осуществлялся по ПСА и корковым ветвям. 15.01.1996 г. выполнена операция ЭИКА справа. В 2008 г. выросли явления вертебробазилярной недостаточности. По данным УЗДГ, анастомоз был проходим. В 2010 г. (через 14 лет после операции) была выполнена церебральная панангиография: ЭИКА хорошо функционирует, выявлены стенозы коронарных артерий и стеноокклюзирующий процесс в обеих нижних конечностях. 03.05.2012 г. в клинике выполнено стентирование передней межжелудочковой артерии и огибающей артерии левой коронарной артерии. Настоящая госпитализация обусловлена необходимостью реконструктивной операции на артериях нижних конечностей.

Ответы на вопросы. Первый пациент принимает плавикс, тромбо-асс, ноотропил. Больной может пройти без груза 300 м, с грузом — 50 м, зябкость стоп. После ЭИКА у больного уменьшился парез в правой руке. Второй больной страдает головокружениями с 1984 г., не курит последние

6 мес. Показанием для ЭИКА являются корковые анастомозы и нестабильная неврологическая симптоматика.

ДОКЛАД

В. Н. Вавилов, К. К. Токаревич, В. А. Крейль, В. М. Липина, А. В. Жмаева (кафедра и клиника факультетской хирургии СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова). **Экстраинтракраниальный анастомоз при окклюзии обеих внутренних сонных артерий.**

Начиная с 1982 г. под нашим наблюдением находятся 36 больных. 27 человек оперированы по поводу двусторонних окклюзий внутренней сонной артерии (ВСА) в возрасте от 38 до 68 лет, в среднем 53 года. Все пациенты перенесли в прошлом одно- или двустороннее острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК). Время от момента ОНМК до поступления в клинику — от 1 мес до 8 лет. 72% больных страдали гипертонической болезнью, 63,8% — ишемической болезнью сердца, 66,7% — облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей, 16,7% — сахарным диабетом, 75% — имели гемодинамически значимые изменения в вертебробазилярном бассейне, практически все курили. Компенсация мозгового кровообращения осуществлялась через задние соединительные артерии (ЗСА), по назо-орбитальным и корковым анастомозам, по нашей классификации II или III тип коллатеральной компенсации мозгового кровообращения. Кроме традиционного клинического и лабораторного обследования, всем больным проведена церебральная ангиография. Показаниями к операции служили нестабильная неврологическая симптоматика в бассейне пораженных артерий, умеренное повреждение головного мозга по данным КТ, низкий кровоток в бассейне СМА. 9 больных (1-я группа) не оперированы, чаще всего из-за отказа от вмешательства, дважды из-за наличия противопоказаний. 27 пациентов (2-я группа) оперированы, у 16 — вмешательство выполнено с одной стороны и у 11 — с двух. По возрасту, особенностям течения заболевания, сопутствующей патологии, характеру изменений в мозговых артериях отличий между ними не было. У 63% больных экстраинтракраниальный анастомоз (ЭИКА) выполнен в сроки от 1 мес до 1 года после перенесенного инсульта. Все больные 2-й группы успешно перенесли операцию и в удовлетворительном состоянии выписаны через 2–3 нед. За больными велось наблюдение с интервалами 1–2 года, 4–6 лет и более. Оценивали клиническое состояние, неврологический статус, проходимость ЭИКА, о большинстве больных известно, сколько лет они жили после пребывания в клинике и от чего скончались, если это случилось.

Среди больных 1-й группы ни у одного не отмечено положительной неврологической динамики. 6 человек умерли (2 — от мозгового инсульта, 1 — от ОИМ, 1 — от цирроза печени, проживший 13 лет, 2 — прожили менее 1 года и умерли от неизвестных причин). Судьба 3 человек неизвестна. Ни один не вернулся к труду. У большинства пациентов 2-й группы отмечено уменьшение неврологической симптоматики, у 1 — оставалась на прежнем уровне. К настоящему времени 6 человек живы, умерли 17 [от ОИМ — 7, от осложнений после операций на брюшной аорте: сепсиса, интоксикации, почечной недостаточности — 3, других причин — 2 (рак желудка, панкреонекроз), 1 — от мозгового инсульта в некорригированном бассейне ВСА, 1 — от неизвестной причины (наблюдался в течение 9 лет), отдаленная судьба 3 — неизвестна (наблюдались от 4 до 10 лет)]. 16 человек

наблюдались в сроки от 4 до 19 лет. 14 больных смогли вернуться к прежней работе или выполнять более легкий труд. При контрольной ангиографии из 14 анастомозов 12 проходимы, проходимость 2 — сомнительна.

ЭИКА у больных с двусторонними окклюзиями ВСА дает очевидный положительный эффект, что еще раз подтверждает целесообразность этой операции.

Ответы на вопросы. Достоверность в группах различия не определяли. Значимых операционных осложнений не было. Перед операцией больных обследовали в сроки до 3 мес. II и III типы нарушения мозгового кровообращения являются показанием к операции. Вид наркоза определяют совместно хирурги, неврологи и анестезиологи.

Прения

П. В. Андрейчук. Трудно определить, когда оперировать после инсульта. Иногда трудно выбрать метод оперативного вмешательства: эндартерэктомию или ЭИКА, нужно учитывать многие факторы и ангиографию, и УЗДГ. Должен быть индивидуальный подход.

Г. Ю. Сокурченко. Отношение к ЭИКА в мире противоречивое. К этому много причин, и мнение меняется постепенно. Критический стеноз или окклюзия — очень разные показания. В США в последние годы хирурги отказались от ЭИКА. Позитронно-эмиссионная доплерография иногда помогает выбрать метод лечения. В руководствах раздел хирургические вмешательства при двусторонней окклюзии ВСА часто отсутствует. Но в некоторых случаях, видимо, ЭИКА необходим, хотя показаний к единому подходу пока нет. Необходим скрининг и нужно оперировать бессимптомные формы ИБГМ, как это чаще делают за рубежом, а у нас чаще — после ОНМК.

В. М. Седов (председатель). Скепсис может быть при наличии большого собственного опыта подобных операций со сравнением результатов в разных группах. Если правильные показания к операции у конкретного больного — нужно выполнять ЭИКА, особенно при двусторонней окклюзии. Поздравляем докладчиков с прекрасным материалом и хорошим докладом.

Поступил в редакцию 22.05.2013 г.

205-е заседание 17.10.2012 г.

Председатель — В. Н. Вавилов

ДЕМОНСТРАЦИЯ

А. М. Игнашов, К. М. Гринёв, Д. В. Семёнов, Бо Дэн, А. А. Хватов, С. Н. Петров, А. В. Карев (кафедра и клиника факультетской хирургии СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, Ленинградская областная клиническая больница). **Резекция аневризмы брюшного отдела аорты, подвздошных артерий, декомпрессия чревного ствола и протезно-верхнебрыжеечное шунтирование, последующая резекция сигмовидной кишки.**

Больной К., 54 лет, обратился в мае 2011 г. с жалобами на боль в животе, усиливающуюся после приема пищи, потерю массы тела. По данным клинического обследования, мультиспиральной томоангиографии, триплексного сканирования и катетерной абдоминальной аортографии, выявлены аневризма инфраренального сегмента аорты и общих под-

вздошных артерий; стеноз устья чревного ствола (70%) и верхней брыжеечной артерии (75%), окклюзия нижней брыжеечной артерии, хроническая ишемия органов пищеварения в стадии декомпенсации. Начальным этапом 02.02.2012 г. выполнена операция — резекция аневризмы брюшной аорты, общих подвздошных артерий и внутримешковое протезирование до наружных подвздошных артерий, декомпрессия чревного ствола и ретроградное протезно-верхнебрыжеечное шунтирование. Во время ревизии была обнаружена в средней трети сигмовидной кишки опухоль. Вторым этапом 05.03.2012 г. произведена резекция сигмовидной кишки, и наложена сигмостома. При гистологическом исследовании: умеренно дифференцированная аденокарцинома. Заключительный диагноз: рак сигмовидной кишки T4N1M0. Послеоперационное течение без осложнений. В настоящее время состояние больного удовлетворительное, масса тела стала больше на 6 кг, болей в животе нет. По данным триплексного сканирования, бифуркационный протез и шунт к верхней брыжеечной артерии проходимы, стеноз устья чревного ствола стал меньше (60%). Метастазов в печени и легких не выявлено.

Цель демонстрации — обратить внимание на необходимость до- и интраоперационного обследования с целью выявления злокачественной опухоли органов брюшной полости и других локализаций у больных с аневризматическим и окклюзионно-стенотическим поражением брюшной аорты и ее ветвей и целесообразность этапного хирургического лечения.

Ответы на вопросы. Наложена сигмостома, а не анастомоз, так как кишка была в состоянии дистрофии с истонченными стенками. При первой операции использовали срединную лапаротомию. В настоящее время больной не принимает реологических препаратов. До первой операции колоноскопия не проводилась, опухоль не была заподозрена. Операция симультанно с удалением опухоли в первом этапе не была выполнена, так как опасались инфицирования протеза, у больного также были печеночная недостаточность и истощение. Химиотерапия не проводилась, так как стадия T4N1M0 не требовала, и больной был истощен. Коронарография не выполнялась, так как не было возможности и показаний.

Прения

В. В. Сорока. Согласен с тактикой 2-этапного лечения. Коронарография не является рутинным методом при подобных операциях.

В. П. Морозов. Великолепная демонстрация. Замечательное улучшение в состоянии здоровья больного. Подобное сочетание опухоли со стенозом чревного ствола нередко, больной недостаточно был обследован, была показана колоноскопия.

А. М. Игнашов. Сочетание раковых опухолей с аневризмой брюшного отдела аорты до 17%, и еще в 1964 г. М. DeBakey предлагал в таких случаях в первую очередь осуществлять то, от чего зависит жизнь больного.

В. Н. Вавилов (председатель). Выразил благодарность докладчикам за очень интересную демонстрацию. Это школа для молодых врачей, а тактика была правильной.

ДОКЛАД

А. М. Игнашов, А. А. Протасов, В. Е. Перлей, А. Ю. Гичкин, К. М. Гринёв, Бо Дэп, С. Г. Баландов, Т. М. Табакова, Д. В. Качалов (кафедры общей хирургии, госпитальной хирур-

гии, факультетской хирургии, акушерства и гинекологии СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова). **Современные представления о синдроме компрессии чревного ствола (СКЧС).**

В период с 1969 г. по июнь 2012 г. были оперированы более 1250 больных с СКЧС, который является сравнительно распространенным заболеванием преимущественно у лиц молодого возраста. В популяции, по разным данным, аномалия анатомических взаимоотношений срединной дугообразной связки диафрагмы и чревного ствола, приводящая к развитию его компрессионного стеноза, наблюдается от 5 до 13% и более. Патофизиологическая сущность СКЧС обусловлена гемодинамическим и нейрогенным фактором в связи с уменьшением кровотока в ЧС, раздражением нервных структур чревного сплетения. В зависимости от сокращений диафрагмы кровотока в ЧС и верхней брыжеечной артерии (ВБА) носит изменчивый характер. Диагностика СКЧС основывается на оценке клинико-anamnestических данных, исключении или выявлении других возможных причин, симптомов и выявлении компрессионного стеноза чревного ствола (КСЧС) с помощью преимущественно ультразвукового дуплексного сканирования (УЗДС) (с 1991 г.) и реже ангиографии (с 1969 г.). Основными анатомическими и гемодинамическими показателями УЗДС при спокойном дыхании и на выдохе были: степень стеноза ЧС по диаметру 50% и более, линейная пиковая систолическая скорость кровотока в нем 2 м/с и более и систолический градиент артериального давления выше и ниже стеноза 15 мм рт. ст. и более. Наблюдалось разнообразие клинических проявлений. Признаки хронической ишемии органов пищеварения выявлены более чем у половины больных, нейровегетативные расстройства — у 88%, гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом — у 26%, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки — у 10,5%, расстройства дыхания — у 24%, гипербилирубинемия — у 22%, нарушение менструального цикла и различные отклонения во время беременности — у 21% пациенток. Оперативное вмешательство — открытая хирургическая декомпрессия ЧС и в последнее время лапароскопическая декомпрессия являются основным методом лечения больных с СКЧС. Эндоваскулярная ангиопластика и стентирование без предварительной декомпрессии ЧС противопоказаны. Исходы декомпрессии ЧС вполне благоприятные, рецидив стеноза ЧС развивается крайне редко, СКЧС должен учитываться в дифференциальной диагностике заболеваний органов брюшной полости и других систем организма.

Ответы на вопросы. Можно контролировать систолический градиент как результат операции. Учет изменения гемодинамики в результате операции очень трудный и важный вопрос. Есть еще Стил-синдром и оценка здесь трудна. Еще в 70-е годы измеряли давление за стенозом, но реальных данных нет. Оценка возможна и по клиническим данным, что важнее. И хорошо бы провести анализ кровотока по ЧС в отдаленные сроки, рецидив заболевания — это рецидив стеноза или рецидив только клинических симптомов, которые зависят от очень многих факторов и других операций.

Прения

В. Н. Вавилов (председатель). Мы заслушали доклад по очень сложной проблеме, изложенный специалистом в этой области, и эту проблему необходимо решать молодым хирургам, в том числе присутствующим на сегодняшнем заседании.

Поступил в редакцию 22.05.2013 г.

206-е заседание 21.11.2012 г.*Председатель — В. М. Седов***ДЕМОНСТРАЦИЯ**

В. Е. Успенский, В. В. Фокин, И. В. Сухова, А. Ю. Баканов, Е. Я. Малая, М. Л. Гордеев (Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В. А. Алмазова). **Хирургическая тактика при хроническом расслоении торакоабдоминального отдела аорты I типа (по DeBakey).**

Пациент Р., 57 лет, с длительным анамнезом артериальной гипертензии и факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний 31.08.2012 г. при умеренной физической нагрузке почувствовал резкие боли в эпигастрии и потерял сознание. В тот же день был госпитализирован в ЦРБ с абдоминальной формой инфаркта миокарда. При эхокардиографии (ЭхоКГ) было выявлено расслоение восходящего отдела аорты (ВОА). 21.09.2012 г. пациент был переведен в наш центр. При мультиспиральной компьютерной томографии — ангиографии (МСКТ-ангиографии) аорты была верифицирована диссекция торакоабдоминальной аорты от уровня аортального клапана до бифуркации аорты. Максимальный диаметр аорты составил 69,8 мм в восходящем отделе на уровне бифуркации легочной артерии. Диссекция распространялась на брахиоцефальный ствол, правую внутреннюю сонную артерию (ПВСА) с формированием гемодинамически значимого стеноза последней, левую подключичную артерию (ПКА), верхнюю брыжеечную артерию; чревный ствол и левая почечная артерия отходили от «ложного» просвета аорты. При МСКТ-коронарографии значимых стенозов выявлено не было. 04.10.2012 г. была выполнена операция: стернотомия, протезирование аортального клапана (механический двустворчатый протез МедИнж-2 АДМ 25 мм), надкоронарное протезирование ВОА с реконструкцией дуги аорты по типу hemiarch (линейный протез Intervascular 30 мм) в условиях ЭКК, кровяной кардиopleгии и остановки кровообращения при гипотермии с мониторингом церебральной оксиметрии. Течение ближайшего послеоперационного периода было неосложненным: на 1-е сутки пациент был переведен в общую палату, на 12-е — в кардиологическое отделение. При контрольной МСКТ-ангиографии отмечено уменьшение степени стеноза ПВСА в зоне расслоения. 30.10.2012 г. пациент был выписан на амбулаторное лечение.

Ответы на вопросы. В данном случае мы сознательно отказались от традиционно применяемой нами при вмешательствах на дуге аорты антеградной церебральной перфузии из-за риска острой окклюзии брахиоцефального ствола и ПВСА расслоенной интимой после реверсии кровотока по правой ПКА. Клей BioGlue для обработки анастомозов применяется всегда. Аутоперикард в качестве прокладок используем наравне с ксеноперикардом и тефлоном. Сэндвич-технику используем только в случае острого расслоения аорты.

ДОКЛАД

В. Е. Успенский, О. Б. Иртыга, А. Б. Малашичева, И. В. Сухова, А. Ю. Баканов, А. В. Наймушин, М. Л. Гордеев (Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В. А. Алмазова). **Результаты хирургического лечения аневризм восходящей аорты.**

Основными этиологическими факторами аневризм восходящего отдела аорты (АВОА) являются кистозный медионекроз, соединительнотканная дисплазия, атеросклероз, травмы, инфекционное поражение. Серьезным фактором риска формирования АВОА является врожденный бикуспидальный аортальный клапан (БАК). У больных с БАК как при наличии, так и при отсутствии АВОА отмечены более высокие уровни матриксных металлопротеиназ (ММП) II и IX типа. Наши исследования показали, что у больных с АВОА и БАК в средней оболочке аорты нарушено соотношение «коллаген—эластин», а также значимо повышены уровни активной и латентной форм ММП-9. С января 2006 г. по ноябрь 2012 г. в нашей клинике выполнено 256 операций по поводу АВОА. Средний возраст пациентов составил 53 года (16–79 лет), преобладали мужчины (73%). 11% больных были с синдромом Марфана и стигмами соединительнотканной дисплазии, 24% — с БАК, у 21% имелось расслоение аорты I типа (по DeBakey). При расслоении аорты I типа подключение артериальной магистрали АИК проводилось через правую ПКА, защиту головного мозга осуществляли при помощи антеградной моногемиферальной церебральной перфузии и умеренной гипотермии с мониторингом церебральной оксиметрии. Из 256 операций 19% составили операции David I, 32% — операции Bentall, 24% — надкоронарное протезирование ВОА, 25% — другие виды. Реконструкцию дуги аорты выполняли у 26 пациентов по типу hemiarch, у 5 — выполнен 1-й этап операции Borst в модификации Crawford—Svensson. У 19 (7,4%) больных потребовалось выполнение рестернотомий в ближайшем послеоперационном периоде в связи с кровотечением. Госпитальная летальность составила 5,9%.

Актуальным вопросом является проблема сохранения аортального клапана (АК) при протезировании ВОА. С 2006 по 2011 г. в нашей клинике пациентам с АВОА и аортальной недостаточностью (АН) было выполнено 32 операции David I. У 27 — использовались линейные протезы аорты (1-я группа), у 5 — протезы Valsalva (2-я группа). В ближайшем послеоперационном периоде у 11% пациентов 1-й группы имелась АН II степени, у остальных АН не превышала I степени. В отдаленном периоде отслежено 23 больных. Во 2-й группе АН более I степени не наблюдалось. В 1-й группе у двоих больных выявлена АН III степени, у 3 — АН II степени, у остальных — АН не превышала I степени. Из пациентов с выраженной АН 1 — был реоперирован через 3 года после первичного вмешательства (выполнено протезирование АК механическим протезом), 1 — находится под наблюдением. Хороший результат клапаносберегающей операции коррелировал с позиционированием точки коаптации створок АК выше уровня фиброзного кольца (ФК) АК и правильным выбором диаметра сосудистого протеза. У пациентов группы 1 с хорошим результатом коррекции диаметр протеза превышал диаметр ФК АК на 3–5 мм, во 2-й группе отмечена тенденция к соответствию диаметров протеза VALSALVA и ФК АК.

В заключение следует сказать, что протезирование ВОА с реимплантацией АК является оптимальным методом при лечении больных с АВОА, АН и без морфологических изменений створок АК. В ряде случаев оправдан гибридный подход к хирургической коррекции. При операциях на дуге аорты более радикальным, хотя и сопряженным с большей вероятностью осложнений, является протезирование по методу «full arch» либо Borst. Среди пациентов с БАК более 50% в течение жизни потребуются помощь кардиохирурга.

АВОА может развиваться вне зависимости от функции АК. Родственникам 1-й линии пациента с БАК и АВОА должна быть выполнена ЭхоКГ.

Ответы на вопросы. Перед операцией коронарный кровоток у пациентов без диссекции I типа оценивается при помощи традиционной коронарографии, у больных с диссекцией I типа — при неинвазивной МСКТ-коронарографии. Целевой уровень температуры крови при остановке кровообращения и антеградной церебральной перфузии — 26–27 °С. Вопрос значимости изменений створок АК после операций David с линейным протезом аорты вследствие их

возможной хронической травматизации в настоящее время остается открытым.

Прения

А. С. Немков. Мы заслушали замечательную демонстрацию и доклад. Представлен очень большой по объему материал. Следует авторов поздравить с успешным лечением этой тяжелой группы экстренных и плановых больных.

В. М. Седов (председатель). Результаты этих операций — плод огромной работы в ФЦ им. В. А. Алмазова.

Поступил в редакцию 22.05.2013 г.