

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 — М.С.Богомолов, И.Ю.Сенчик

172-е заседание 21.01.2009 г.

Председатель — А.М.Игнашов

Повестка дня подготовлена сотрудниками СПбНИИ
скорой помощи им. И.И.Джанелидзе.

ДОКЛАД

В.В.Сорока, К.А.Андрейчук, И.П.Черных, Е.И.Нечаева.
**Лечение разрывов аневризмы брюшной аорты в условиях
мегаполиса: проблемы и нерешенные вопросы.**

Актуальность проблемы лечения пациентов с аневризмой брюшного отдела аорты (АБА) трудно переоценить. До середины XX в. АБА рассматривалась как фатальное заболевание, а разрыв ее — как инкурабельное осложнение. В 1951 г. С. Dubost впервые выполнил операцию резекции аневризмы с протезированием аорты. Распространенность АБА среди населения составляет до 30 случаев на 100 000 населения. Закономерным исходом аневризмы брюшной аорты является её разрыв. Летальность при этой патологии остаётся значительной и составляет, по данным различных авторов, от 40 до 90%.

В Санкт-Петербурге выполнение алгоритмов, определяющих последовательность дальнейших действий при ультразвуковом выявлении расширения брюшной аорты, до сих пор не является обязательным для многих врачей. Значительная часть пациентов оказываются в поле зрения сосудистых хирургов лишь при возникновении разрыва аневризмы.

Не менее значимой проблемой является отсутствие координации между догоспитальным и госпитальным звеном, так отмечено, что более 65% пациентов госпитализируют в непрофильные стационары даже с установленным диагнозом разрыва АБА, 46% больных госпитализируют поздно, в терминальном состоянии.

Принципиально новым тактическим подходом к лечению АБА является применение эндоваскулярных методов. Малоинвазивная технология, сниженный риск хирургического вмешательства, уменьшение частоты и тяжести послеоперационных осложнений, по данным литературы, увеличивают количество пациентов, которым можно провести радикальную операцию.

Таким образом, несмотря на возрастающий интерес к проблеме лечения пациентов с АБА в целом и ее разрывами — в частности, целый ряд ключевых проблем, в первую

очередь — стандартизация подходов к лечению данной категории пациентов — в нашей стране на данный момент остаются нерешенными. Решение данных проблем возможно только при координированной работе всех участников процесса оказания помощи данной категории больных.

Ответы на вопросы. Мы госпитализируем таких больных в наш стационар, подготовлены инструменты, операционная бригада и реанимация. Желательно доставлять таких больных без промежуточных этапов. Летальных случаев на этапе транспортировки больных у нас не было. Если на фоне инотропной поддержки остается нестабильность гемодинамики, такой случай расценивается как неоперабельный. Для Санкт-Петербурга 2 центров мало, но это требует значительного финансирования.

Прения

В.В.Сорока. Частота аневризм 32 на 100 тыс. населения. В Санкт-Петербурге примерно 1600 человек с диаметром аорты более 4 см. Около 500 случаев в год. Для лечения разрыва аневризмы брюшной аорты требуется 400 тыс. руб. Реально федеральный бюджет выделяет 112 тыс. руб и муниципальный бюджет 36 тыс. руб.

Ф.В.Баллюзек. К сожалению, опыт прошлых лет по оказанию такой помощи печален. Почему закрываются центры, имеющие большой опыт оказания такой помощи, и вместо 400 тыс., необходимых для оказания помощи, выплачивается 112 тыс.

А.С.Немков. Около 50% больных с разрывающимися аневризмами погибают от кровопотери. А организация заготовки и доставки крови в стране и городе неудовлетворительна. Необходимо качественное техническое обеспечение таких операций. Вышел приказ министерства об обеспечении таких операций, необходимо использовать его в полной мере.

А.М.Игнашов. За рубежом есть и регистры, и деньги, и организационные службы для оказания помощи таким больным. Аорту нужно чаще осматривать у пожилых больных УЗИ и другими методами. А.В.Покровский считает, что любого размера увеличение аорты — показание к операции, особенно если увеличение диаметра составляет более 4 мм в год.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

К.А.Андрейчук, И.П.Черных, Е.И.Нечаева, С.П.Нохрин, В.В.Сорока. **Рациональная тактика лечения пациента с разрывом аневризмы брюшной аорты.**

Разрыв аневризмы брюшной аорты (АБА) является одним из наиболее драматических событий в практике сосудистого хирурга, что связано с крайней высокой периоперационной летальностью. Наиболее часто причиной гибели пациентов является геморрагический шок вследствие массивной кровопотери. Единственным шансом для спасения пациента является экстренная операция. К сожалению, по целому ряду организационных причин многих пациентов доставляют в стационар столь поздно, что даже качественно выполненная операция не всегда позволяет спасти пациента.

Больной С., 57 лет, был госпитализирован в СПбНИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе 22.11.2007 г. в 15 ч 28 мин реанимационно-хирургической бригадой переводом из одного из общехирургических стационаров города, где при спиральной компьютерной томографии была выявлена инфраренальная аневризма аорты с признаками нарушения целостности стенки и забрюшинной гематомой. Через 55 мин от момента поступления и 3 ч 15 мин от момента выявления разрыва больной был оперирован.

Под эндотрахеальным наркозом выполнена резекция аневризмы с ортотопическим бифуркационным протезированием (общее время пережатия аорты — 42 мин). Послеоперационный период протекал гладко, больной был выписан из стационара на 10-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии.

Цель демонстрации — отобразить возможность достижения благоприятного результата лечения больного с разрывом АБА при соблюдении согласованной тактики лечения больного на догоспитальном и стационарном этапе.

Ответы на вопросы. Больной курит. Периодически — боли за грудиной. Перенес два острых инфаркта миокарда.

Поступил в редакцию 27.05.2009 г.

173-е заседание 18.02.2009 г.

Председатель — В.М.Седов

Повестка дня подготовлена сотрудниками кафедры и клиники усовершенствования врачей № 1 ВМедА им. С.М.Кирова.

ДОКЛАД

Г.Г.Хубулава, А.А.Пайвин, Д.Л.Юрченко, А.И.Иващенко, А.М.Волков, В.Н.Кравчук, А.С.Плешок, А.И.Любимов. Опыт коронарного шунтирования на работающем сердце.

В докладе представлен опыт 560 операций хирургической реваскуляризации миокарда на работающем сердце. Проанализированы показания к применению методики, особенности технологии оперативных вмешательств, результаты операций в различных группах пациентов. Продемонстрировано, что коронарное шунтирование на работающем сердце сопровождается хорошими результатами и может считаться операцией выбора в хирургическом лечении ишемической болезни. Летальность в раннем послеоперационном периоде составляла в этой группе больных 0,35%. По сравнению с группой больных, оперированных в условиях искусственного кровообращения, было значительно меньше осложнений в раннем послеоперационном периоде (сердечной недостаточности, легочных, почечных и др.). Меньше было и время госпитализации.

Ответы на вопросы. За весь период работы было 2 случая сосудистых осложнений. Это тромбоз эмболии вследствие

эмбологенного стеноза внутренней сонной артерии. Бескровность операционного поля обеспечивается обходными шунтами (интракоронарные шунты хорошо справляются). Важно, чтобы шунты не были короче, чем необходимо. При стенозе ствола левой коронарной артерии накладываем обходной шунт.

Прения

А.С.Немков. Представлены все современные методы лечения ишемической болезни сердца, огромный опыт 500 операций. Операции без искусственного кровообращения проходят быстрее и безопаснее для больного, но имеет значение качество анастомоза. Благодарность за этот хороший опыт.

Г.Г.Хубулава. Доклад представляли в Москве, и эти подходы признаны самыми прогрессивными. Особенно понравилась высокая перидуральная анестезия и наложение проксимального анастомоза при однократном пережатии аорты как профилактика эмболии при повторном пережатии. Устойчивая гемодинамика при перидуральной анестезии, особенно в положении Тренделенбурга.

В.М.Седов. Операции на работающем сердце без искусственного кровообращения имеют много преимуществ, позволяют избежать многих осложнений, но раньше было много трудностей. Современные разработки позволили улучшить результаты подобных операций. Особое значение приобретает эта методика при симультанных операциях: аортокоронарное шунтирование и операции на брахиоцефальных сосудах, коронарные операции и операции по поводу раковых заболеваний. Мы благодарны авторам за интересный доклад.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

Г.Г.Хубулава, А.А.Пайвин, В.Н.Кравчук, Д.Л.Юрченко, А.И.Иващенко, А.М.Волков, А.С.Плешок, А.И.Любимов. Имплантация системы механической поддержки кровообращения INCOR в сочетании с коронарным шунтированием в лечении пациента с ишемической кардиомиопатией.

Пациент 50 лет с ишемической кардиомиопатией (фракция выброса левого желудочка дооперационно составляла 18%), которому в декабре 2008 г. осуществлена имплантация системы длительной механической поддержки кровообращения в сочетании с коронарным шунтированием на работающем сердце в условиях параллельного искусственного кровообращения с хорошим клиническим результатом.

Ответы на вопросы. Профилактикой интраоперационной воздушной эмболии мы считаем параллельное искусственное кровообращение. Действительно, такой пациент — кандидат на пересадку сердца. Нашей клиникой получено разрешение Минздрава на трансплантацию сердца. Длительность жизни при вспомогательном механическом кровообращении около 5 лет. В течение этого периода возможно применение мононуклеаров.

Прения

В.М.Седов. Поздравляем авторов с замечательным результатом. Система Incor высоко эффективна. Необходимо создать условия для регенерации миокарда за счет миоцитов. Очень хорошо коллектив кафедры справился с осложнением — перитонитом. Эти операции и их обеспечение экономически дороги и, к сожалению, их расширение пока затруднительно.

Поступил в редакцию 27.05.2009 г.

174-е заседание 18.03.2009 г.

Председатель — Ф.В.Баллюзек

ДОКЛАД

О.Г.Зверев, А.Л.Каледин, Т.Я.Бурак, А.Б.Волков, А.В.Сидорчук, И.В.Архаров (отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения ГОУВПО СПбГМА им. И.И.Мечникова). **Первичная ангиопластика и стентирование при остром инфаркте миокарда.**

Эндоваскулярное лечение острого инфаркта миокарда в первые 12 ч его развития способно радикально улучшить прогноз у этой категории больных.

Цель настоящего исследования — анализ структуры летальности у больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ). Эндоваскулярному лечению подверглись 188 больных, поступивших в клинику в экстренном порядке с диагнозом острый инфаркт миокарда. У всех больных мы выполняли лечение инфаркт-связанной артерии.

Отбор пациентов: эндоваскулярное лечение больных с острым инфарктом миокарда с подъемом ST выполнялось немедленно после поступления в реанимационное отделение. У пациентов с клиникой острого коронарного синдрома и отсутствием смещений сегмента ST эндоваскулярное лечение выполнялось после выявления повышенного уровня сердечных тропонинов. Первичная ангиопластика и стентирование были выполнены в течение первых 6 ч от развития ангионозного синдрома у 97 больных, 6–12 ч — у 16 больных, до 24 ч — у 89 больных. Основанием для оперативного лечения острого инфаркта миокарда от 12 до 24 ч явилось рецидивирование болевого синдрома.

Результаты и заключение: антеградный кровоток удалось восстановить всем 188 больным. Четверо больных погибли. Все погибшие больные поступили в отделение в состоянии кардиогенного шока и требовали инотропной поддержки. У 2 больных смерть наступила в течение 1 ч на фоне электромеханической диссоциации, 1 больной погиб через 1 нед при нарастающей общемозговой симптоматике на фоне отека мозга; 1 больной — на 3-и сутки, разрыв стенки миокарда левого желудочка с явлениями тампонады.

Ответы на вопросы. В течение 1 сут выполняется вечером и ночью тромболитизис, утром и днем — срочная ангиопластика. Из 7 больных с кардиогенным шоком погибли 5. Есть договоры о госпитализации из других учреждений. Стентирование выполняется всех артерий, где есть субокклюзии. Больные поступают по клиническим квотам.

Прения

В.К.Сухов. Очень хорошие результаты и большая помощь городу. Очень трудно организовать доставку этих больных к специалистам.

А.С.Немков. По статистике на 1 млн жителей развивается 1000 острых инфарктов миокарда в год, а к нам попадают очень мало, страдает организация доставки, здесь мы отстаем от зарубежья. Все больные с ОИМ до 12 ч надо госпитализировать в эндоваскулярные отделения города.

И.А.Пятериченко. Город в 2008 г. выделил на эту программу 1 млрд рублей. Летальность удалось снизить на 3,2%. Тромболитизис начинается уже в машине скорой помощи, разработана тактика лечения этой категории больных. Мы благодарны СПбГМА им. И.И.Мечникова. Удалось организовать оказание помощи в 4 лечебных учреждениях (Мариинская больница, СПбНИИСП им. И.И.Джанелидзе, Покровская больница, 2-я ГМПБ). В г. Воронеже 8 таких центров, в г. Краснодаре и Башкирии гораздо лучше организована такая помощь, чем в нашем городе.

Ф.В. Баллюзек. Спасибо докладчику, 200 больных из 2000 получают квалифицированную помощь.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

Г.Ю.Сокурченко, Г.Н.Горбунов, В.Г.Цой (СПбМАПО). **Случай успешного хирургического лечения аневризмы внутренней сонной артерии больших размеров.**

Аневризма сонной артерии — весьма редко встречающаяся патология, которая по частоте не превышает 0,1% в общем количестве различных поражений экстракраниальных артерий головного мозга.

Больная П., 60 лет, обратилась в клинику в сентябре 2007 г. с жалобами на наличие пульсирующего опухолевидного образования больших размеров на боковой поверхности шеи справа. 09.10.2007 г. больная оперирована. Размеры аневризмы составляли 6 × 7 см. При проведении пробы с пережатием общей сонной артерии на фоне искусственной артериальной гипертензии ретроградное артериальное давление составило 75 мм рт. ст., в связи с чем было решено выполнить резекцию аневризмы без временного шунтирования артерии. Внутренняя сонная артерия пересечена проксимальнее и дистальнее аневризматического мешка, мешок удален, целостность артерии восстановлена наложением анастомоза «конец в конец». Время пережатия артерии составило 16 мин.

Через полтора года состояние больной удовлетворительное, жалоб неврологического характера не предъявляет. При контрольном ультразвуковом исследовании признаков нарушений кровообращения в брахиоцефальном артериальном бассейне не выявлено. Цель демонстрации: иллюстрировать возможность успешной резекции аневризмы внутренней сонной артерии больших размеров без применения временного шунтирования.

Ответы на вопросы. Беспокоило повышенное слюноотделение. Изначально лечили как ангину на амбулаторном этапе. Обследовалась у онкологов. После консультации ангиохирурга направлена на оперативное лечение. Стентирование не предполагалось.

Прения

Ф.В. Баллюзек. Непонятно, насколько это проявления атеросклероза. В целом, блестящая демонстрация, можно поздравить коллег с отличным результатом.

Поступил в редакцию 27.05.2009 г.