

РАБОТАЕМ В БОЛЬШОМ КРУГЕ

И.И. Семенов — *зав. отделением хирургии и патологии
большого круга кровообращения, кандидат медицинских наук*

— Наше отделение с необычным и уникальным названием было организовано в 1992 году. Поводом открытия послужил тот факт, что больным с пороками сердца или перенесшим операции на сердце в некоторых больницах отказывали в лечении при другой (сопутствующей патологии). Причина заключалась в том, что наличие у пациента даже коррегированного порока пугало общих хирургов, после оперативных вмешательств на сердце они боялись оперировать, например, язвенную болезнь, грыжу и т.п. а сопутствующие заболевания порой приносили людям значительно больше страданий, чем сердечная патология, одновременно препятствуя послеоперационной реабилитации.

Инициатива создания отделения принадлежала нашему директору, Елене Евгеньевне Литасовой.

Со временем первостепенную проблему мы решили. Хирурги отделения начали специализироваться на лечении осложненных форм ишемической болезни сердца, патологии грудной аорты, — а так же, в меньшей степени врожденных и приобретенных пороков сердца, заболеваний периферических сосудов.

Осложнения ишемической болезни сердца, возникшее после перенесенного инфаркта миокарда, наиболее драматическая страница в истории кардиохирургии. Часто встречающееся осложнение инфаркта миокарда — это аневризма левого

желудочка, она представляет собой мешковидное или диффузное выпячивание рубцово-измененной стенки левого желудочка сердца. Под действием внутрисердечного давления несокращающаяся "мертвая" ткань растягивается, образуя дополнительную полость. В этом мешковидном выпячивании может свертываться кровь, образуются сгустки, которые внезапно могут оторваться и выноситься с током крови в сосуды других органов. Больные страдают ежедневными болевыми приступами, у них нарастает одышка, что делает их жизнь крайне мучительной.

Развитие тяжелой патологии ведет к быстрому нарастанию сердечной недостаточности, легочной гипертензии, тромбоэндокардиту, возможности разрыва аневризмы. Больные нуждаются в срочном хирургическом лечении. Резекцию постинфарктной аневризмы впервые в условиях гипотермической защиты выполнил Е.Н. Мешалкин в 1977 году. С тех пор сделано несколько сотен операций больным с этой сложной патологией. Оперативное вмешательство выполняется как в условиях гипотермической защиты, так и искус-

ственным кровообращением. Операция часто дополняется аортокоронарным шунтированием. Очень хороших результатов в их выполнении добился старший научный сотрудник Института, кандидат медицинских наук, кардиохирург Сагит Аубекирович Хапаев. Он разработал и за-



Кардиохирурги И.И. Семенов, С.А. Хапаев

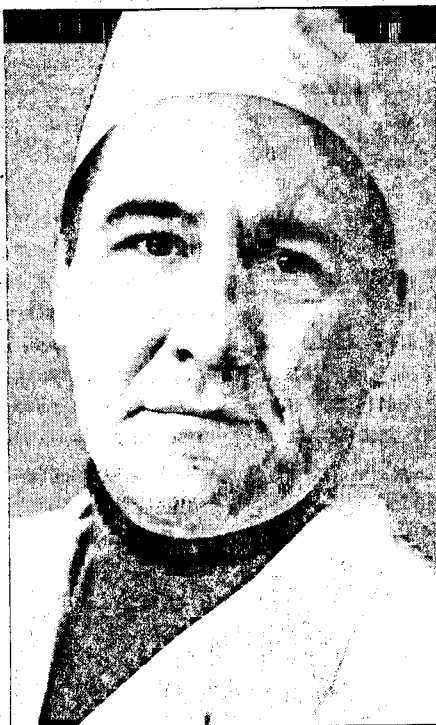
патентовал ряд новых методик, внедрил их в отделение, что позволило нам значительно улучшить результаты оперативного лечения этой серьезной патологии.

Часто нам приходится встречаться с проблемами, возникающими при постинфарктных пороках сердца. Разрыв аневризма межжелудочковой перегородки нередко очень больших размеров, приводит к сбросу крови из левого желудочка в правый. Другой постинфарктный порок сердца, встречающийся в нашей практике, — остро развивающаяся митральная недостаточность, которая происходит вследствие разрыва сосочковых мышц или хорд. Трагедия заключается в том, что эти пороки развитием кардиогенного шока и без своевременного выполнения операции приводит людей в смерти. В их лечении у нас накоплен хоть и небольшой, но положительный опыт.

Как-то академик В.И. Бураковский сказал о том что в хирургии сердца есть области, которые плохо разработаны из-за тяжести патологии и сложности оперативного вмешательства. Слова известного кардиохирурга относятся к аневризме восходящей аорты и ее дуги, возникшие вследствие расслоения аорты. Порок часто сочетается с недостаточностью аортального клапана. Сложность коррекции здесь в том, что операция многокомпонентна, выполняется на жизненно важных образованиях, крайне измененных, легко разрывающихся

тканях. Во время операции нужно заменить синтетическим протезом аортальный клапан и восходящую аорту, имплантировать в протез устье коронарных артерий. При операции длительность искусственного кровообращения с пережатием аорты может достигнуть двух-трех часов. При этом обязательна защита миокарда от ишемических повреждений, так как в процессе операции кроваток в коронарных артериях отсутствует. Операция очень сложная и может быть выполнена высококвалифицированной бригадой кардиохирургов, анестезиологов и перфузиологов в клиниках, оснащенных самой современной техникой.

В последнее время в отделении начаты операции при сочетании ишемической болезни сердца с окклюзионными поражениями периферических артерий. Операции выполняются бригадой кардиохирургов и сосудистых хирургов. Проблемой хирургического лечения периферических сосудов в отделении занимается недавно пришедший в Институт, опытный сосудистый хирург А.Г. Кайдорин. Вместе с коллегами ему удалось найти методику исследования глубоких вен, функций клапанов. С помощью новой методики они вышли на критерии оценки и разработали целую диагностическую схему тех дефектов, которые раньше были просто незаметны. Впервые применили коригирующий метод коррекции недостаточности клапанов глубоких вен нижних конечностей.



Сосудистый хирург А.Г.Кайдорин