

Ю.В. Белов, Б.А. Константинов, Р.Н. Комаров

ЗНАЧЕНИЕ HBVL-КЛАССИФИКАЦИИ В ХИРУРГИИ СОЧЕТАННЫХ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ АОРТЫ

ГУ «Российский научный центр хирургии РАМН» (г. Москва)

При хирургическом лечении больных аневризмами аорты большинство осложнений связано с отсутствием коррекции патологических изменений артериальных бассейнов. Наибольшую сложность для хирургического лечения представляют сочетанные торакоабдоминальные аневризмы аорты (ТААА).

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Рассмотреть и модифицировать клинико-функциональную HBVL-классификацию РНЦХ РАМН с учетом понятия критического стеноза и оценить ее значение в хирургии ТААА.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В РНЦХ РАМН с 1992 года применяется клинико-функциональная классификация окклюзирующих поражений артериальных бассейнов, в которой за основу взяты общепризнанные классификации недостаточности артериального кровообращения. Условно выделенным сосудистым бассейнам классификация имеет в своем названии соответственно английское отображение первых букв: HBVL (H — сердце, B — головной мозг, V — висцеральные сосуды, L — нижние конечности). Рядом с каждой буквой указывается функциональный класс (ФК) артериальной недостаточности.

С учетом клинико-функциональной классификации и модифицированной нами HBVL-классификации проведена оценка 99 пациентов ТААА, оперированных в РНЦХ РАМН с 1986 по 2005 гг.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В современной хирургии оптимален унифицированный подход к артериальным бассейнам. Эта позиция основана на определении критического стеноза в кардиохирургии. При стенозе $\geq 75\%$ магистральной артерии любого артериального бассейна возникает декомпенсация кровотока, что определяет необходимость реваскуляризации. Однако в ряде авторитетных источников (American Heart Association, ИССХ им. Бакулева, РНЦХ РАМН им. Б.В. Петровского) приводятся сведения о том, что значимые изменения кровотока в ветвях аорты могут быть при стенозе $\geq 50\%$. В своем исследовании «критический» стеноз $\geq 75\%$ любой из ветвей аорты мы определили третьим ФК, рассматривая данных пациентов как потенциальных кандидатов для реконструкции. В связи с этим мы модифицировали клинико-функциональную классификацию HBVL с учетом анатомической степени стеноза, назвав последнюю функционально-анатомической.

Необходимость данной модификации определяется в первую очередь невозможностью проведения функциональных (гемодинамических) проб у пациентов с ТААА, с целью определения коронарного и цереброваскулярного резервов в связи с опасностью разрыва (расслоения) аневризмы. Во-вторых, если учитывать лишь клинико-функциональную характеристику (например, асимптомный стеноз), то мы можем встретиться с ошибкой тактики, когда при отношении больного к 1 ФК реваскуляризация не производится, и в послеоперационном периоде возможны осложнения: инфаркт миокарда (ИМ), ишемический инсульт (ИИ). В-третьих, при наступлении критического стеноза $\geq 75\%$ резко ограничиваются компенсаторные возможности артериального русла и, как правило, показано восстановление магистрального кровотока. При поражении хотя бы одной магистральной артерии сердца $\geq 60\%$, при двух (трех)-сосудистом поражении $\geq 50\%$ даже в одной проекции коронарограммы необходима реваскуляризация миокарда. 3–4 ФК предполагает реваскуляризацию пораженного бассейна. Однако следует отметить ситуации, когда при наличии H4 необходимость реконструкции артерий сердца не является абсолютной (например окклюзия правой коронарной артерии при левом типе кровоснабжения сердца). В тоже время при B2 встречаются ситуации, когда реконструкция необходима (например, при стенозе $< 75\%$ и нестабильной атерогенной бляшке, при стабильной бляшке со стенозом 60% и клиникой ишемии мозга).

Таким образом, считаем стеноз $\geq 75\%$ (обусловленный бляшкой или расслоением) брахиоцефальных артерий (БЦА), висцеральных и артерий нижних конечностей (АНК) третьим ФК, окклюзию — четвертым ФК даже при отсутствии клиники. При наличии стеноза $\geq 60\%$ одной коронарной артерии больного относим к 3 ФК, при двух (трех) сосудистом окклюзирующем поражении $\geq 50\%$ и/или наличии перенесенного ИМ в анамнезе, либо нестабильной стенокардии к 4 ФК (т.к. при нестабильной стенокардии, либо перенесенном ИМ, отсутствуют выраженные стенотические изменения коронарных артерий лишь у 5% пациентов). По нашим данным практически у каждого пятого больного ТААА имеется декомпенсация кровотока в том или ином артериальном бассейне,

3 – 4ФК НВVL-бассейнов составляет от 4 до 19,2 %. У больных истинными ТААА (в этиологии заболелания преобладал атеросклероз) имеется преимущество 3 – 4ФК Н и В бассейнов, в сравнении со всеми пациентами ($t = 2,19, p = 0,03$ и $t = 2,06, p = 0,04$ соответственно). При оценке больных ТААА лишь с учетом клинико-функционального принципа (оригинальная классификация 1992 г.) мы получили достоверно меньшие показатели в Н и V бассейнах, что подтверждает правильность нашего подхода.

ВЫВОДЫ

Предлагаемая функционально-анатомическая НВVL-классификация окклюзирующих поражений артериальной системы позволяет более наглядно оценить состояние артериального русла, выработать оптимальную тактику лечения, оценить объем и очередность реваскуляризации пораженных бассейнов у больных торакоабдоминальными аневризмами аорты, проводить динамическую оценку в до- и послеоперационном периоде.

Д.С. Бердников, Д.Э. Здзитовецкий, Р.Н. Борисов

ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ СИНДРОМА АБДОМИНАЛЬНОЙ КОМПРЕССИИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

МУЗ «Городская клиническая больница № 6 им. Н.С. Карповича» (г. Красноярск)

Одним из грозных осложнений при сочетанной травме является синдром абдоминальной компрессии. Патологические сдвиги, возникающие при остром и чрезмерном повышении внутрибрюшного давления, проявляются нарушениями сердечно-сосудистой системы, дыхания, мочеиспускания, расстройствами перфузии внутренних органов и развитием ишемии кишечника. Ишемические нарушения спланхической зоны чреваты усугублением воспалительной реакции, повышению проницаемости кишечника с развитием бактериальной транслокации, что может играть роль в развитии синдрома системного воспалительного ответа и полиорганной недостаточности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами разработан метод профилактики синдрома абдоминальной компрессии, заключающийся в следующем: между петлями кишечника и передней брюшной стенкой в зоне лапаротомной раны укладывается многослойная пористая матрица – прокладка (интерпонент) с захождением под края раны не менее 10 см. Матрица представлена многослойной целлюлозной полупроницаемой мембраной с величиной пор до 3 нм, проницаемая для воды и других веществ с молекулярной массой до 15 дальтон. Затем накладываются редкие противоэвентрационные швы через все слои передней брюшной стенки. Между краями раны укладывается второй слой пористого интерпонента. Швами края лапаротомной раны сближаются с диастазом до 6 – 8 см. Лапаротомная рана и мембранное покрытие закрываются многослойной асептической марлевой салфеткой, смоченной в 0,2% растворе хлоргексидина. Повязка меняется через 24 часа.

Внутрибрюшное давление измеряется непрямым методом, через катетер Фолея. Мочевой пузырь служит пассивной диафрагмой, и внутрибрюшное давление не повышается при объеме 50 – 100 мл. Для мониторинга внутрибрюшного давления измерения проводится каждые 3 часа.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Данная методика была нами применена у пяти больных с закрытой травмой живота, в возрасте от 25 до 62 лет, находившихся на лечении в ГКБ № 6 в 2006 году. У троих пациентов при первичной операции были выявлены разрывы внутренних органов, множественные гематомы брыжейки и забрюшинного пространства. Для предотвращения развития компартмент синдрома первичная операция была завершена лапаростомой по предложенному нами способу. Двое пациентов были оперированы повторно, с целью хирургической декомпрессии, так как в послеоперационном периоде длительно сохранялся парез кишечника, что привело к росту внутрибрюшного давления до критических цифр – 35 мм. рт. ст. и более. После наложения лапаростомы парез кишечника удавалось купировать не позднее 48 – 72 часов, после чего лапаростома была закрыта. Предупреждение роста внутрибрюшного давления позволило сократить время ИВЛ – все пациенты были экстубированы не позднее, чем через 10 часов после наложения лапаростомы. Срок пребывания в стационаре сократился в среднем на 3 суток. Данная методика имеет ряд преимуществ, но нуждается в доработке и оптимизации технического решения.