

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ СЕКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ И АНГИОЛОГИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

Председатели правления – А. Б. Зорин, А. С. Немков,
ответственный секретарь – Н. А. Гордеев, референт – П. А. Ястребов

243-е заседание 18.01.2017 г.

Председатель – А. С. Немков

ДЕМОНСТРАЦИЯ

А. В. Бирюков, Д. В. Овчаренко, Д. В. Маслевцов, Е. А. Мельникова, В. М. Кондратьев, И. В. Баталин (НИИ хирургии и неотложной медицины ПСПбГМУ им. И. П. Павлова). Многоэтапная реконструкция коронарных артерий, аортального клапана и аорты.

Представлен клинический случай успешного лечения пациента К. 75 лет с мультифокальным атеросклерозом, сочетанным поражением коронарных артерий, критическим аортальным стенозом, аневризмой интрааортального отдела аорты и ранее перенесенной нефрэктомией. Учитывая высокий хирургический риск, лечение пациента выполнялось поэтапно эндоваскулярными методами. Первым этапом была выполнена полная реваскуляризация миокарда с установкой трех стентов. Через неделю – транскатетерное протезирование клапана аорты доступом через левую подключичную артерию. В связи с кровотечением из места доступа и невозможностью эндоваскулярными способами остановить кровотечение, выполнено ушивание отверстия передней стенки подключичной артерии. Затем, спустя месяц, выполнено эндоваскулярное протезирование интрааортального отдела аорты бифуркационным эндографтом. Благодаря стремительному развитию мини-инвазивных методов лечения ишемической болезни сердца и патологии аорты, стало возможно оказывать помощь пациентам с тяжелой сочетанной патологией и высоким хирургическим риском.

Ответы на вопросы. Подключичный доступ для имплантации аортального биопротеза был использован в связи с невозможностью использования бедренной артерии из-за ее атеросклеротического поражения.

ДОКЛАД

А. В. Бирюков (НИИ хирургии и неотложной медицины ПСПбГМУ им. И. П. Павлова). Современные возможности рентгенэндоваскулярной хирургии.

В наши дни методы эндоваскулярной хирургии уже не являются экспериментальными. Они прочно вошли в арсенал современной медицины и представляют собой наиболее прогрессивное ее направление. Катетерная техника достигла высокого уровня развития. Практически ежегодно возникают высокотехнологические новшества. Части из них суждено остаться в истории интервенционной кардиологии, а части – стать совершенным орудием оператора. И только большой экспериментальный и клинический опыт сможет определить место каждого метода в эндоваскулярной хирургии ишемической болезни сердца. В докладе представлены основные разделы деятельности рентгеноэндоваскулярного хирурга: ангиопластика и стентирование коронарных артерий, включая стентирование ствола левой коронарной артерии, бифуркационные атеросклеротические поражения. Существенную

помощь в оценке степени стенозов и адекватности имплантации стентов оказывают новые методы интраоперационной диагностики, например, оптикокогерентная томография. Последовательное развитие нескольких поколений коронарных стентов с лекарственным покрытием позволяет снизить процент тромбозов от 10–15 % в начале 2000-х годов до 2–3 % в настоящее время. Эндоваскулярное протезирование аортального клапана чрезбедренным доступом стало возможным у пожилых больных с критическим аортальным стенозом и противопоказаниями к традиционному протезированию в течение последнего десятилетия. Развивается катетерное протезирование митрального клапана, клапана легочной артерии. Стентирование аорты стентграфтом как способ лечения аневризм брюшной аорты и нисходящей грудной аорты стало возможным у пожилых больных как альтернатива прямым операциям на аорте. Оклюзионные технологии для прекращения кровотечения или ликвидации кровоснабжения опухоли совершенствуются и используются в общей или торакальной хирургии. Эндоваскулярные операции при врожденных пороках развития сердечных перегородок (дефекты межпредсердной и межжелудочковой перегородки) успешно применяются в детском возрасте и у взрослых пациентов путем имплантации соответствующего импланта. Развивается эндоваскулярное лечение хронической сердечной недостаточности с помощью имплантации различных вспомогательных систем, в том числе обеспечивающих уменьшение митральной регургитации, улучшающих сократительную способность левого желудочка.

В ближайшие годы мы можем ожидать совершенствования конструкции и технологии интервенционного оборудования.

Ответы на вопросы. Метод хирургического лечения пациента с ИБС выбираем совместно на консилиуме с кардиологами и кардиохирургами. Отдаленные результаты стентирования коронарных артерий зависят от ряда обстоятельств: степени протяженности и выраженности атеросклероза, наличия диабета, адекватности последующего консервативного лечения, использования стента с покрытием или без него.

Прения

В. К. Сухов. Сегодня мы услышали много любопытного, увидели много новых конструкций. Для каждого клинического случая требуется конкретное обсуждение. К сожалению, баллонная вальвулопластика в РФ практически не используется, отсутствуют некоторые виды баллонов.

И. А. Пятриченко. В. К. Сухов выполнил более 1000 баллонных ангиопластик митрального и аортального клапанов за 30 лет; в настоящее время в ГМПБ № 2 выполняется более 70 таких оперативных вмешательств в год. Эти методы лечения следует применять шире, увеличивать финансирование.

А. С. Немков (председатель) отметил высокий уровень работы эндоваскулярных хирургов, стремительное развитие этой специальности в настоящее время и перспективность этого направления в будущем. Поздравил авторов демонстрации и доклада с успехом

244-е заседание 15.02.2017 г.*Председатель* – Г. Ю. Сокуренок**ДЕМОНСТРАЦИЯ**

Г. Г. Хубулава, Н. Н. Шихвердиев, А. С. Пелешок, Д. И. Ушаков, В. А. Кривопапов, В. В. Сизенко, В. А. Гостимский, О. В. Мадин (Первая клиника хирургии (усовершенствования врачей) им. П. А. Куприянова ВМедА им. С. М. Кирова). **Случай успешной тромбэктомии из легочной артерии и ушивания вторичного ДМПП, в сочетании с эмболизацией из левой подвздошной артерии у пациента с острой массивной двусторонней ТЭЛА, вторичным ДМПП и парадоксальной эмболией левой подвздошной артерии, развившейся на 6-е сутки после удаления объемного образования лобной доли.**

Пациент Л., 57 лет, поступил по неотложным показаниям переводом из клиники нейрохирургии. На 6-е сутки после операции по поводу удаления объемного образования (злокачественная глиома) лобной доли у пациента развилась массивная двусторонняя тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) с признаками правожелудочковой недостаточности; на эхокардиограмме визуализировалось объемное флотирующее образование в полости левого предсердия. В ходе обследования был установлен диагноз: «Массивная двусторонняя тромбоэмболия легочной артерии II типа по Jameson. Вторичный дефект межпредсердной перегородки (ДМПП). Тромб в полости правого предсердия». Принято решение о выполнении оперативного лечения. Однако спустя 12 ч от момента поступления у пациента появились жалобы на боли в левой нижней конечности, ее похолодание, невозможность выполнения активных движений. Больной в экстренном порядке был взят в операционную. Была выделена и вскрыта левая общая бедренная артерия, кровотока по которой не было. Зондом Фогарти из левой подвздошной артерии удалены свежие тромбы и фрагмент более зрелого тромба. Кровоток был полностью восстановлен. Далее выполнена срединная стернотомия. При ревизии в области овальной ямки щелевидный ДМПП длиной около 10 мм, который был ушит. Последовательно из левой и правой легочных артерий удалены тромботические массы, окклюзирующие их просветы. Эндоскопический контроль проходимости легочных артерий до сегментарных ветвей. Послойный шов раны.

В дальнейшем плановое течение послеоперационного периода. На 16-е сутки больной был выписан на амбулаторное лечение под наблюдение невролога, кардиолога, онколога.

Ответы на вопросы. Первичный флеботромбоз был из вен нижних конечностей. Тромб попал в бедренную артерию через ДМПП. Общая кровопотеря составила примерно 300 мл. Маркеры тромбофилии не проверяли. Какие сроки эмболии? – были все свежие тромбы.

Прения

И. А. Пятриченко. У нас выполнялись операции при хронической ТЭЛА. Часто после тромбэктомии развивается неконтролируемый отек легких, с которым трудно справиться. Нужны новые указания по тактике врача-ангиохирурга при подобных случаях. В Новосибирске примерно 300 операций при ТЭЛА – очень хорошие результаты от комплексного лечения, и не только хирургическими методами. Поздравил с хорошим результатом авторов демонстрации.

А. А. Чернявский (Центр В. А. Алмазова). Внутривенный тромболитизис при острой ТЭЛА имеет очень хороший эффект.

Г. Ю. Сокуренок (председатель). Поздравил автора, который во время сложной операции справился с трудной задачей. Нужна контрольная ангиография, чтобы убедиться в эффективности лечения.

Поступил в редакцию 24.12.2018 г.

ДОКЛАД

Г. Г. Хубулава, В. Н. Кравчук, А. С. Пелешок, Е. А. Князев, А. Е. Сухарев (Первая клиника хирургии (усовершенствования врачей) им. П. А. Куприянова ВМедА им. С. М. Кирова). **Мини-травматичная реваскуляризация миокарда – операция В. И. Колесова на новом этапе.**

25 февраля 1964 г. В. И. Колесов впервые в мире выполнил маммарокоронарный анастомоз через левостороннюю переднебоковую торакотомию. В дальнейшем этот метод реваскуляризации миокарда получил «второе дыхание» в 90-х годах XX в. благодаря работам Valavanur Subramanian и Antonio Calafiore. **Цель исследования:** изучить варианты минимизации рисков коронарного шунтирования. **Материал и методы.** С целью выявления факторов риска было исследовано 1415 случаев хирургического лечения ИБС. Из них 64 пациента было в группе малотравматичной реваскуляризации миокарда и 43 – в контрольной группе. Помимо этого, было изучено 119 случаев, из которых 34 были гибридные операции, 85 – контрольная группа.

На основании изучения 1415 случаев были выявлены статистически значимые следующие факторы риска, в наибольшей степени влияющие на развитие осложнений при коронарном шунтировании: потребность в гемотрансфузии; экстренная операция; конверсия на ИК; длительность ИК более 80 мин; кровопотеря более 610 мл; рестернотомия по поводу кровотечения. И, напротив, выявлены факторы, существенно улучшающие исход КШ: операции на работающем сердце; шунтирование не более 1 артерии.

На основании выявленных факторов риска были выявлены пути снижения риска выполнения коронарного шунтирования: снижение травматичности вмешательства; уменьшение кровопотери; выполнение операции на работающем сердце; применение принципа гибридной реваскуляризации миокарда.

Результаты. Выполнение КШ из мини-торакотомного доступа позволяет снизить частоту развития ранних послеоперационных осложнений более чем в 2 раза, практически полностью устранить потребность в эритроцитарных компонентах крови и сократить сроки лечения в отделении реанимации на 30 % и стационаре на 11 %.

Применение мини-травматичного доступа позволяет существенно снизить уровень болевых ощущений в ближайшем послеоперационном периоде и, таким образом, значительно повысить качество жизни больных.

Формирование маммарокоронарного анастомоза из переднебоковой мини-торакотомии не приводит к увеличению частоты развития дисфункции шунта в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде.

Гибридная реваскуляризация миокарда (сочетание мини-травматичного коронарного шунтирования и последующего стентирования нешунтированных коронарных артерий задней поверхности сердца) при хирургическом лечении больных с высоким риском развития осложнений позволяет существенно уменьшить операционную травму, снизить кровопотерю и частоту развития осложнений более чем в 3 раза, срок лечения – на 25 %.

Ответы на вопросы. Получен патент на переднебоковой малоинвазивный доступ к передней межжелудочковой артерии. Анастомоз из этого доступа накладывается хорошо. Этот доступ возможен не только при пораженной одной коронарной артерии, но иногда применяется при поражении ветви тупого края, но чаще при поражении передней межжелудочковой ветви. Гибридные операции в виде стентирования стараемся проводить в тот же день. Используем 4-е или 5-е межреберье для доступа.

Используете вы пересечение ребра? Хрящ ребра иногда подсекаем, но не всегда используем специальный крючок.

Кровотечений и тромбозов у нас не было из-за малотравматичного доступа.

Прения

А. С. Немков. Очень интересный доклад. В. И. Колесов использовал широкий доступ для выполнения своей операции. В настоящее время применение новых разработок и инструментов позволяет выполнить маммарокоронарное шунтирование из минимального доступа, что прекрасно продемонстрировали авторы доклада. Кроме маммарного шунта

к ПМЖВ, аутовенозные шунты в настоящее время широко используются к другим артериям, в том числе в Европе и в США. В Скандинавии широко используется нескелетированная аутовена с хорошим результатом.

Г. Ю. Сокуренок (председатель). Искренняя благодарность докладчикам за память нашему В. И. Колесову – это мировое признание. Малая травматичность доступа во время операции, выполнение операции на работающем сердце – это признал весь мир.

Поступил в редакцию 24.12.2018 г.