

## 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

### 213-е заседание 18.09.2013 г.

Председатель — В. М. Седов

#### ДОКЛАД

*А. Г. Григорян, Е. В. Шайдаков, Е. А. Илюхин, В. А. Булатов, Д. А. Росуховский (НИИ экспериментальной медицины СЗО РАМН и клиника «МедАльп»).* **Радиочастотная облитерация в хирургическом лечении варикозной болезни.**

На сегодняшней день радиочастотная облитерация (РЧО) выполняется в стандартном режиме, рекомендованном производителем аппаратуры и патентодержателем технологии, вне зависимости от особенностей клинической картины. Отсутствуют данные о влиянии диаметра целевой вены на эффективность РЧО, крайне ограничен материал по сравнительной эффективности РЧО и классической флебэктомии в лечении варикозной болезни. В период с 2008 по 2012 г. проведены 2 клинических исследования, в рамках которых пролечено 218 пациентов. Первое — многоцентровое сравнительное проспективное нерамдомизированное исследование: РЧО и флебэктомия. Второе исследование — продольное многоцентровое ретроспективное когортное: сравнение РЧО и флебэктомии вен большого диаметра (больше 14 мм), сравнение РЧО вен малого (менее 14 мм) и большого (больше 14 мм) диаметра по комбинированной конечной точке (исход на сроке наблюдения в 1 год: боль, подкожные кровоизлияния, парестезии). Результат: относительный риск неблагоприятного исхода (реканализация целевой вены или выявление её резидуальных фрагментов) РЧО и флебэктомии на сроке в 1 год составили 0,97. Медиана уровня боли в 1-е сутки после РЧО и флебэктомии составила 1,2 и 3,85 балла соответственно. Различия статистически значимо ( $p < 0,005$ ). Отношение шансов (ОШ) наступления хорошего исхода между подгруппами РЧО и флебэктомии (при диаметре вены более 14 мм) составило: ОШ=45,8 (44,5–47). ОШ наступления хорошего исхода между подгруппами РЧО (менее 14 мм и более 14 мм) составило: ОШ=0,98 (0,18–1,77). Выводы: эффективность флебэктомии и РЧО вен до 2 см в диаметре — сопоставимы, РЧО характеризуется существенно менее выраженным послеоперационным болевым синдромом и меньшей частотой «малых осложнений», чем классическая флебэктомия. Показатели качества жизни и тяжести заболевания после РЧО на сроке 1 мес после вмешательства существенно превышают таковые после флебэктомии, однако к сроку 1 год эти показатели сопоставимы. Эффективность и безопасность РЧО не зависят от диаметра несостоятельной вены.

*Ответы на вопросы.* Только 2 года наблюдения, но требуется больше. Противопоказания: надфасциальное прохождение вены, если приустевшая подтверждённая тромбофилия. Притоки не обрабатываются: визуализируются перед операцией и катетер позиционируется в этом месте. 1,5 см от впадения в бедренную вену, анестезия ограничивает ткани от повреждения. Операция проводится амбулаторно, длительность её 1,5 ч. Некоторым больным требуется повторное вмешательство при реканализации.

#### Прения

А. М. Игнашов. Сколько способов предложено: в начале 70-х — коагуляция биполярным электродом — неврит, ожоги кожи, рецидивы, тромбозы. От той методики отошли. Интересные данные, пожелаем успехов.

В. М. Седов (председатель). Радиоволновая терапия применяется давно, в 2007 г. — первая публикация. Радиочастотная абляция мягче по воздействию, меньше риск, косметична. Будем ориентироваться на опыт авторов и сами развиваться.

Поступил в редакцию 14.05.2014 г.

### 214-е заседание 16.10.2013 г.

Председатель — А. С. Немков

#### ДОКЛАД

*Д. Д. Купатадзе, Ю. А. Пунанов, В. В. Набоков, А. П. Иванов, Ю. Ю. Махин, С. И. Якунин* (кафедра хирургических болезней детского возраста СПбПГМУ, и НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова). **Ангиохирургия в детской онкологии — вынужденная необходимость.**

В современной онкологии используются комбинированные методы лечения, в том числе и хирургические. В детской онкологии общее число первичных больных колеблется в интервале 100–110 пациентов в год, из них 15% детей — с поражением ЦНС (компетенции нейрохирургов) и 15% — с другими локализациями. Нами совместно с детскими онкологами проведён анализ заболевания у 722 детей, из которых 661 оперированы. У большинства из них опухоли располагались в проекции сосудисто-нервных пучков, что требовало применения элементов ангиохирургической техники оперирования. Наиболее сложные случаи были представлены опухолями брюшной полости и забрюшинного пространства, связанные с аортой и полой веной (44 больных), а также 24 ребёнка с опухолями печени. Больных с поражением

опорно-двигательного аппарата было 125 (137 оперативных вмешательств), сосудистой системы — 303 (249 операций), периферической нервной системы — 13 (14 операций), с опухолями мягких тканей — 107 (95 операций). В группу прочих отнесены больные с полипами пищевода, желудка и толстой кишки, для лечения которых использованы методы эндоскопии. Наш опыт показывает эффективность ангио-микрохирургических методов оперирования при удалении опухолей в проекции сосудисто-нервных магистралей и они могут быть рекомендованы в качестве метода выбора.

*Ответы на вопросы.* Временного шунта не было. Выполнили ангиографию: гипоплазия позвоночной артерии, разорван артериальный круг большого мозга. На 700 случаях — одна реконструкция сосуда. Крайне редко, когда прорастает опухоль всю стенку, опухоль оставляем и проводим лучевую терапию. Бригадный подряд (10 хирургов), оперируют по очереди. Необходима ранняя диагностика — КТ в сосудистом режиме, радиоизотопная диагностика. Иногда перед операцией выполняют химиотерапию, тогда операция проходит легче. Необходимо создать отделение детской ангиологии, подготовить новые кадры. Порядка 300 детей в год с травмой сосудов.

#### Прения

А.М.Игнашов. Спасибо за доклад. Нарботки не требуют организации специального центра. Сосудистые хирурги часто должны включаться в работу онкологов.

А.С.Немков (председатель). Решается проблема места сосудистого хирурга в медицине, так как сейчас много интервенционных хирургов. Сегодня сосудистая хирургия необходима в онкологии.

#### ДОКЛАД

*Е.С.Зуборовская, Т.В.Купенская, А.Н.Васильев, А.С.Климов, С.А.Сиделкин* (кафедра факультетской хирургии ПСПбГМУ им.акад. И.П.Павлова и отделение детской хирургии НИИ гематологии и трансплантологии им.Р.М.Горбачевой). **Использование имплантируемого венозного порта в химиотерапии при онкологических заболеваниях.**

Решение большого числа задач, которые стоят перед современной медициной, невозможно представить без надёжного долговременного доступа в кровеносное русло. Полностью имплантируемые устройства стали разумной и логичной альтернативой открытым катетерам. Венозный порт представляет собой камеру ёмкостью 1–3 мл с силиконовой мембраной. Постановку венозного порта производят в условиях операционной, лучше рентгенооперационной, под местной анестезией. Соблюдая правила асептики, пунктируют подключичную, либо яремную вены. Используя принцип Сельдингера, через пункционную иглу проводят проводник, который хорошо визуализируется при рентгенографии, если операция проводится в условиях рентгенооперационной. По проводнику вводят интродьюсер, а затем и силиконовый катетер. Дистальный конец катетера должен находиться у входа в правое предсердие или в нижней трети верхней полой вены. Данная локализация катера определяется либо флюороскопически в рентгенооперационной, либо по данным ЭКГ мониторинга (регистрируются характерные изменения волны R на ЭКГ), либо анатомически (четвёртое межреберье справа или слева по грудной линии). Далее формируют подкожный карман на уровне третьего-четвёртого межреберья по среднеключичной линии с той стороны, где производили катетеризацию вены. С помощью тоннеллера катетер низводят в ложе венозного порта и соединяют с ним. На этом этапе проводят проверку работы системы — пунктируют

мембранозную часть порта и аспирируют небольшое количество крови. Затем порт промывают раствором гепарина и рану ушивают. Таким образом, венозный порт полностью располагается под кожей. Приступить к инфузии можно в день постановки порт-системы. Для пункции венозного порта используют специальные иглы, которые не рвут, а раздвигают силиконовую мембрану порта. Это даёт возможность производить до 1500 проколов без нарушения целостности мембраны. Нашей группой было произведено 50 имплантаций взрослым и 30 имплантаций венозных портов детям. Операцию проводили в обычной операционной под местной анестезией взрослым пациентам и, используя наркоз, — детям. Имплантацию порт-системы проводили онкологическим больным, максимальный срок эксплуатации 1,5 года. В среднем больные получили 8–12 циклов лечения. За время наблюдения у нас не возникло ни одного инфекционного осложнения. Было несколько случаев частичного тромбоза венозного катетера, но после использования для заглушки катетера официального раствора «TauroLock her100» проблема проходимость венозного катетера была снята. Выводы: полностью имплантируемый венозный порт удобен, надёжен в эксплуатации, безопасен при длительной инфузионной терапии; соблюдение правил пользования венозного порта является залогом его длительной работы.

*Ответы на вопросы.* В верхней полой вене тромбов в практике не было, в литературе такие случаи описаны. Стоимость порта 23 000 руб, входит в онкологическую квоту. Имплантировать порт может тот, кто имеет лицензию на имплантацию.

Поступил в редакцию 14.05.2014 г.

#### 215-е заседание 20.11.2013 г.

*Председатель* — В.М.Седов

#### ДЕМОНСТРАЦИЯ

*А.С.Немков, С.А.Белый, В.И.Лукашенко, Ю.А.Нестерук, В.В.Комок, Р.А.Азовцев, В.А.Крейль, С.Н.Бурнос, Н.С.Буненков, В.И.Филатов* (кафедра факультетской хирургии ПСПбГМУ им.акад. И.П.Павлова). **Случай лечения ишемической болезни сердца сочетанным методом: введение аутологических мононуклеаров костного мозга и аортокоронарное шунтирование, многолетнее наблюдение.**

Пациент М., 54 года, поступил в экстренном порядке с диагнозом: ИБС, острый инфаркт миокарда 01.2003 г., постинфарктный кардиосклероз (ОИМ в 1999 г.), СН II ф. кл. по NYHA, гипертоническая болезнь III степени, риск 4, фибрилляция желудочков от 14.01.2003 г. Результаты обследования при повторной госпитализации через 11 мес: по данным Эхо-КГ расширены левое предсердие и левый желудочек (LA 4,3 см, LVIDd 6,3 см, LVIDs 5,2 см), МН I степени, фракция выброса (EF 32% (Teich), Biplane — 30%), фиброз и акинезия верхушки, переднеперегородочного сегмента, гипокинезия задней стенки левого желудочка. Велоэргометрия: тест положительный — на фоне нагрузки в 75 Вт приступ ангинозных болей, на 6-й минуте — желудочковая экстрасистолия. Результаты коронарографии: окклюзия ПМЖВ в проксимальном сегменте, в ОБ ЛКА стеноз до 75% в проксимальном сегменте, диффузно изменена. ПКА: окклюзия в проксимальной трети, отмечено отсутствие адекватного периферического русла как в бассейне ЛКА, так и в бассейне ПКА. Таким образом, несмотря на наличие показаний для выполнения операции аортокоронарного шунтирова-

ния, отсутствовала техническая возможность осуществить адекватную реваскуляризацию в бассейне поражённых коронарных артерий. На момент обследования пациента в декабре 2003 г. в клинике был запущен «пилотный» проект по изучению влияния аутологичных мононуклеаров костного мозга (АМКМ) на регенеративную способность миокарда. Учитывая дальнейшую бесперспективность ведения пациента общепринятыми методами, ему было предложено принять участие в данном исследовании. По методике, разработанной в клинике, выделена мононуклеарная фракция костного мозга. Выполнено интракоронарное введение АМКМ. Через 1 год было отмечено уменьшение функционального класса стенокардии напряжения с III до II, уменьшение функционального класса сердечной недостаточности со II до I по NYHA. Увеличение толерантности к физической нагрузке от 75 до 100 Вт, по данным велоэргометрии. По данным Эхо-КГ, отмечено уменьшение размеров левого желудочка (LVIDd до 5,5 см и LVIDs до 4,2 см) и увеличение EF до 46% (Teich), Viplane до 53%. Улучшение качества жизни, согласно опросников SF-36 и MLHFQ. Ко второму году наблюдения, по результатам Эхо-КГ, отмечено дальнейшее уменьшение размеров левого желудочка (LVIDd до 5,2 см и LVIDs до 4 см) и увеличение EF до 50% (Teich), Viplane — до 56%, отсутствие недостаточности митрального клапана. Оценка кровоснабжения и жизнеспособности миокарда проводилась с помощью ПЭТ с  $^{11}\text{N}$ -аммонием, отмечено улучшение перфузии и метаболизма в повреждённых участках миокарда с максимумом через 12 мес. На протяжении всего периода наблюдения пациент получал адекватную медикаментозную терапию. Через 7 лет после интракоронарного введения АМКМ (2010 г.) пациент М. поступил в плановом порядке для обследования. Результаты Эхо-КГ: LA — 4,3 см, LVIDd — 5,6 см, LVIDs — 4 см, МН — I степени, EF — 54% (Teich), Viplane — 56%, фиброз и акинезия верхушки, переднеперегородочного сегмента, гипокинезия задней стенки. Результаты коронарографии: ПМЖВ окклюзия в проксимальной трети, ОВ ЛКА стеноз до 75% в проксимальной трети, ПКА окклюзия в проксимальном сегменте, при этом отмечено формирование адекватного периферического русла, визуализированы перетоки из ЛКА в дистальный отдел ПКА, из ПКА в ОВ ЛКА. В 2010 г. больному выполнено аортокоронарное шунтирование ПКА и маммарно-коронарное ПМЖВ ЛКА на работающем сердце. Послеоперационный период без особенностей. К ноябрю 2013 г. (через 3 года после оперативного вмешательства) динамика клинического состояния пациента представлена следующим образом: стенокардия напряжения I функциональный класс, сердечная недостаточность, I функциональный класс по NYHA, велоэргометрия, толерантность к физической нагрузке 100 Вт, по данным суточного мониторирования ЭКГ, жизнеугрожающих нарушений ритма не отмечено, Эхо-КГ: LVIDd 5,8 см и LVIDs 4,2 см EF 52% (Teich), Viplane 56%. Коронарография, шунтография: кровотоков по АКШ к ПКА удовлетворительный, МКШ к ПМЖВ ЛКА проходим. Таким образом, применение клеточных технологий, как этап подготовки для дальнейшего хирургического лечения, возможно в комбинированном лечении пациентов с ИБС, которым по тяжести состояния не представляется возможным выполнить оперативное вмешательство.

## ДОКЛАД

*А.С.Немков, С.А.Белый, В.И.Лукашенко, Ю.А.Нестерук, В.В.Комок, Р.А.Азовцев, В.А.Крейль, С.Н.Бурнос, Н.С.Буненков, В.И.Филатов* (кафедра факультетской хирургии ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова). **Клеточная терапия ишемической болезни сердца (опыт 10 лет).**

25.06.2003 г. в Санкт-Петербурге во время операции аортокоронарного шунтирования больному А., 62 лет, впервые было выполнено интрамиокардиальное введение аутологичных мононуклеарных клеток костного мозга (АМКМ). В течение этого года 3 больных получили подобную процедуру во время оперативного вмешательства и 6 больным введение АМКМ было проведено во время коронарографического обследования. Наблюдения за ними в течение года показали хорошую переносимость, отсутствие осложнений, в том числе опухолевого роста, кальцификации, оссификаций, гиперплазии неоинтимы на анастомозах, стенокардии, прогрессирования атеросклеротического поражения коронарных артерий. Эти данные позволили продолжить клинические исследования по применению АМКМ для лечения кардиологических больных, в том числе при тяжёлых поражениях коронарного русла. Возможность дифференцировать положительный эффект клеточной терапии от положительного эффекта реваскуляризирующих процедур (аортокоронарного шунтирования или коронарной ангиопластики) появилась лишь при проведении контролируемого исследования, в котором больным на фоне медикаментозной терапии выполняли внутрикоронарное введение АМКМ без реваскуляризирующих процедур (97 больных). Контрольную группу (37 больных) составили пациенты, отказавшиеся от предложенной процедуры внутрикоронарного введения АМКМ. В результате наблюдения за пациентами в сроки от 1,5 до 5 лет отмечено улучшение функционального класса стенокардии и сердечной недостаточности в среднем на 1 ступень, отмечено уменьшение дефицита кровоснабжения миокарда по данным однофотонной эмиссионной компьютерной томографии в группе клеточной терапии в сроки 1–4 года. Качество жизни оценивалось с помощью опросника SF36. Результаты свидетельствуют о существенном улучшении физического и ментального компонентов качества жизни в группе больных, получивших клеточную терапию. Отмечено улучшение выживаемости в сроки до 5 лет в группе клеточной терапии по сравнению с контролем, особенно в подгруппе больных со сниженной фракцией изгнания левого желудочка ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, наши исследования более 200 больных ИБС в сроки более 10 лет подтверждают факт отчётливого положительного влияния клеточной терапии в варианте внутрикоронарного введения немодифицированных, свежесделанных с помощью градиентного центрифугирования с гидроксипроцеллюлозой АМКМ на кровоснабжение и метаболизм миокарда у больных с ИБС, обеспечивая, тем самым, улучшение клинического состояния пациентов. Также следует отметить положительную роль интрамиокардиального применения АМКМ при операции АКШ в случае наличия гипокинезии миокарда или зон миокарда с дистальным поражением коронарного русла.

*Ответы на вопросы.* В мире выполнены исследования как с гемопоэтическими, так и другими, например, мезенхимальными, стволовыми клетками для лечения ИБС. Помогают любые виды стволовых клеток, но наиболее эффективными оказалась смесь клеток — аутологичные мононуклеары костного мозга.

В.М.Седов (председатель). 10 лет совместной работы сердечно-сосудистых хирургов и гематологов нашего университета оказались плодотворными. Разработана технология выделения стволовых клеток и корректного их применения для лечения неоперабельных кардиологических больных.

Поступил в редакцию 14.05.2014 г.

**216-е заседание 13.12.2013 г.,  
посвящённое памяти проф. Л.В.Лебедева**

Председатель — А.С.Немков

С докладами выступили: Г.Н.Горбунов, А.В.Покровский, В.М.Седов, В.Н.Вавилов, Д.В.Егоров, В.В.Сорока, И.П.Дуданов, Г.Ю.Сокурено, А.В.Шатравка, В.В.Шломин, Е.Ю.Белоусов, а также профессора Ю.А.Шнейдер и А.С.Немков с воспоминаниями о работе клиники факультетской хирургии ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова.

Поступил в редакцию 14.05.2015 г.

**217-е заседание 15.01.2014 г.,  
посвящённое 50-летию первой коронарографии,  
выполненной в 1-м ЛМИ им. акад. И.П.Павлова  
31.01.1964 г.**

Председатель — В.М.Седов

**ДОКЛАД**

*В.М.Седов, Р.А.Азовцев, В.А.Крейль, В.А.Ковалев, П.С.Пудяков, С.Н.Бурнос* (кафедра факультетской хирургии ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова). **50-летний опыт использования коронарографии.**

Первая ангиограмма сосудов человека была выполнена в 1896 г. В течение месяца после того, как В.Рентген объявил о своём открытии миру, Haschek и Lindenthal ввели смесь «Teichmann», которая в основном состояла из карбоната кальция в кровеносные сосуды ампутированной руки. В 1923 г. Berberich и Hirsch сообщили о первой артериографии и венографии у человека с использованием 20% бромистого стронция. В 1924 г. Brooks впервые применил для контрастирования сосудов нижних конечностей йодистый натрий, что улучшило детализацию сосудов и их патологию. В 1928 г. E. Moniz выполнил пункцию сонной артерии и контрастировал церебральные артерии. В том же году впервые был использован иодид органического происхождения, который лучше переносился пациентами. В 1929 г. W. Forssmann впервые выполнил катетеризацию правых камер сердца человека через кубитальную вену, вопреки запрету руководителя клиники проф. F. Sauerbruch, в которой он работал в связи с тем, что данная процедура считалась крайне опасным мероприятием. Примечательным в его работе было то, что данный эксперимент он провёл на себе и доказал, что катетеризация сердца безопасна. Несмотря на свой успех, он был раскритикован коллегами и уволен из клиники. Впоследствии он посвятил себя урологии. Медицинское сообщество проигнорировало его опыты и долгое время презрительно относилось к нему. В 1941 г. A. Courmand и D. Richards впервые использовали сердечный катетер как диагностический инструмент, чтобы определить функциональное состояние сердца. И только в 1956 г., спустя 27 лет, после отчаянного эксперимента W. Forssmann, ученые из США A. Courmand и D. Richards были номинированы на Нобелевскую премию «за открытие, связанное с катетеризацией сердца и патологическими изменениями в системе кровообращения». Они предложили Нобелевскому комитету включить в список соискателей и своего немецкого коллегу, отметив, что начали свои исследования под влиянием его работ 20–30-х годов. Предложение было принято комитетом, и им была присуждена Нобелевская премия. На церемонии вручения премии A. Courmand во вступительной речи обобщил состояние вопроса крылатой фразой: «Сердечный катетер был ключом в замке». По иронии судьбы после смерти W. Forssmann в 1979 г. клиника

в Эберсвальде близ Берлина стала называться его именем. В 1933 г. Rousthoi завел катетер через общую сонную артерию в восходящую аорту в эксперименте на живых кроликах и контрастировал коронарные артерии торотрастом. По той же методике в 1936 г. в СССР первую коронарографию в эксперименте на животных выполнил П.Н.Мазаев. В 1949 г. вышла его докторская диссертация, в которой он сформулировал условия применения рентгеноконтрастных веществ. В 1941 г. A. Courmand и H. Ranges под влиянием работы W. Forssmann публикуют краткое сообщение «Катетеризация ушка правого предсердия у человека». В 1945 г. Radner впервые выполнил прижизненное контрастирование. В 1948 г. Hoynos и Del-Campo, а также Jonsson повторили прижизненное контрастирование коронарных артерий у человека посредством трансстеральной пункции восходящей аорты, но так как метод оказался опасным и малоинформативным от него решили отказаться. В 1953 г. S. Seldinger предложил технику чрескожной пункционной катетеризации. В 1959 г. Arnulf во время аортографии у собаки случайно спровоцировал остановку сердца и в результате получил коронарограммы очень хорошего качества, этот случай дал жизнь методу коронарографии с использованием ацетилхолина для кратковременной остановки сердца. 30.10.1958 г. в Кливлендской клинике Mason Sones выполнил первую в мире прижизненную селективную коронарографию у человека, хотя селективное контрастирование не планировалось. И когда во время аортографии катетер случайно заскочил в устье ПКА, в ангиографическом кабинете началась паника. До этого случая считалось, что данная процедура смертельно опасна для человека, что было продемонстрировано в опытах на собаках. Но, кроме кратковременной асистолии, ничего не произошло. В 1962 г. Ricketts и Abrams выполнили чрескожную селективную коронарографию. Первая баллонная ангиопластика коронарной артерии (ПКА) в 03.03.1997 г., первое стентирование коронарных артерий (ПКА — 3 стента) в 17.04.1998 г., первое стентирование сонной артерии (ПВСА) — 24.01.2003 г.

**Прения**

Л.В.Поташов. Очень важно, чтобы помнили тех, кто стоял у истоков. В те годы выполнение коронарографии по методике Арнульфа представляло огромный риск различных осложнений, связанных с остановкой сердечной деятельности. Я посвятил часть своей жизни этому вопросу. На первых коронарографиях не было специальных аппаратов — кассеты заряжали вручную, чтобы сделать чёткие снимки, устанавливали сердце больного. Затем я попросил друзей, и они изготовили латунную канюлю ручным способом. Я теперь понимаю, что тогда стоило рисковать, ибо сейчас мы имеем надёжные, информативные и безопасные методы диагностики и лечения ИБС.

В.М.Седов (председатель). Всё великое осуществляется на основании большого труда. Прежде, чем 59 лет назад была выполнена в нашей клинике первая коронарография, было выполнено огромное число экспериментальных и клинических исследований, позволивших обосновать методику, показания, оценить риск осложнений, определить семиотику. Первая коронарография, выполненная в феврале 1964 г. в клинике факультетской хирургии 1-м ЛМИ Львом Васильевичем Поташовым является событием исторического значения и подтверждает огромный вклад клиники в проблему хирургии ИБС.

**ДЕМОНСТРАЦИЯ**

*А.М.Игнашов, М.М.Антонов, В.Е.Перлей, А.Ю.Гичкин, Л.Ф.Ковалева, С.Г.Баландов, И.К.Тычнова,*

*Д.В. Качалов, Бо Дэн* (кафедра госпитальной хирургии № 1, факультетской хирургии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова). **Синдром компрессии чревного ствола в сочетании с нейрогенным синдромом выхода грудной клетки, первичным пролапсом митрального клапана, неконъюгированной гипербилирубинемии и рецидивирующей язвой двенадцатиперстной кишки.**

Больной П., 21 год, поступил в клинику 17.01.2011 г. с жалобами на: головную боль, головокружение, снижение памяти и внимания, нарушение сна, периодическое онемение, зябкость, слабость и ноющую боль в левой кисти; сердцебиение, тахикардию, боли в области сердца, лабильную артериальную гипертензию, ощущение пульсации в животе; одышку, нехватку воздуха, затруднённый вдох; боль в животе при беге, гипербилирубинемия, быструю утомляемость, повышенное потоотделение. В 2005 г. в 16-летнем возрасте появилась острая боль в надчревной области, диагностированы «зеркальные» язвы луковицы двенадцатиперстной кишки, которые рецидивировали почти ежегодно в течение 6 лет. С 2008 г. появились упомянутые выше симптомы, свидетельствующие о нейровегетативных, циркуляторных, респираторных и пищеварительных расстройствах, которые стали более выраженными в 2010 г. По данным УЗДГ: компрессионный стеноз чревного ствола (ЧС) более 50% по диаметру, ПССК ЧС брюшной аорты 2. Общ. билирубин 22,2 мкмоль/л, неконъюгированный — 20,8 мкмоль/л (гипербилирубинемия типа Жильбера); эрозивный бульбит, пролапс митрального клапана гемодинамически незначимый, в среднем ЧСС 111 уд/мин, ЖЕЛ и показатели проходимости дыхательных путей в норме, данных за бронхоспазм нет. Болезненность и систолический шум под мечевидным отростком. Клинический диагноз: синдром компрессии ЧС. 10.02.2011 г. декомпрессия ЧС под контролем интраоперационного УЗДС и аппендэктомия. Нормализация основных показателей УЗДС ЧС и выздоровление. 19.03.2012 г. поступил в клинику с жалобами на продолжающееся онемение и ноющую боль в пальцах левой кисти, позднее плеча, затылочно-шейной области слева. Диагностирован «нейрогенный синдром выхода грудной клетки», 23.03.2012 г. — левосторонняя скаленотомия передней лестничной мышцы с благоприятным исходом. Цель демонстрации — показать сочетание четырёх синдромов врождённого характера (компрессии ЧС и плечевого сплетения передней лестничной мышцей, первичного пролапса митрального клапана, неконъюгированной гипербилирубинемии и благоприятным исходом декомпрессии ЧС и скаленотомии).

*Ответы на вопросы:* СКЧС с разнообразными клиническими проявлениями вызывается действием ишемического и нейрогенного факторов вследствие компрессионного стеноза ЧС и раздражения чревного сплетения.

#### Прения

А.С. Немков. От имени общества хотелось бы вас, Анатолий Михайлович, поздравить с юбилеем, на протяжении 20 лет вы радуете нас своими докладами. Надеюсь, что ваша востребованность останется на многие годы, здоровья, многие лета.

Г.Г. Хубулава. Мы цествуем великого хирурга и человека. А.М. Игнашов очень чуткий к своим коллегам и пациентам — это стиль его работы. Мы рассказываем о вас своим студентам. Я горжусь, что знаком и дружу с вами.

Л.В. Поташов. Это хирург-труженик.

В.М. Седов (председатель). Существуют три пути познания: размышление, воображение и собственный опыт. Самый тяжёлый путь вы нам продемонстрировали и это путь — успеха. Анализ, который вы провели, дорого стоит.

Поступил в редакцию 14.05.2014 г.

#### 218-е заседание 19.02.2014 г.

*Председатель* — А.С. Немков

#### ДОКЛАД

*Г.Г. Хубулава, В.Н. Кравчук, А.Н. Шишкевич, С.С. Михайлов, А.Е. Сухарев, Е.А. Князев, И.М. Козырев* (кафедра хирургии усовершенствования врачей № 1 им. П.А. Куприянова, ВМедА им. С.М. Кирова). **Миниинвазивные технологии коронарного шунтирования.**

Коронарное шунтирование (КШ) является наиболее эффективным средством лечения ишемической болезни сердца в настоящее время. Однако высокая травматичность традиционного вмешательства заставляет искать альтернативные методы её снижения. В случаях изолированного поражения передней межжелудочковой ветви, но при невозможности эндоваскулярного лечения, а также при противопоказаниях к назначению клопидогреля, альтернативой может быть прямая реваскуляризация миокарда по миниинвазивной методике (MIDCAB). В период с сентября 2011 г. по февраль 2014 г. выполнено 43 оперативных вмешательства по миниинвазивной методике. Последующим 40 больным левую внутреннюю грудную артерию выделяли открытым способом через левостороннюю переднюю мини-тораотомию с применением специального рёберного ретрактора. Далее накладывали анастомоз с передней межжелудочковой ветвью (ПМЖВ) по обычной методике на работающем сердце. У 3 пациентов потребовался переход на стернотомию вследствие анатомических особенностей. Средний койко-день составил 7. Качество жизни больных после операций по методике MIDCAB согласно опроснику SF-36 в госпитальном периоде было значительно выше по сравнению с пациентами, которым маммарно-коронарный анастомоз выполняли по стандартной методике через стернотомию. Всем больным с целью контроля проходимости маммарно-коронарного анастомоза выполняли КТ-коронарошунтографию в среднем через 6 мес после операции. У 1 пациента выявлена окклюзия маммарно-коронарного анастомоза, ему выполнено стентирование ПМЖВ. У 2 пациентов имеется 70% стеноз ПМЖВ дистальнее анастомоза, планируется выполнение баллонной ангиопластики и стентирования. В ближайшем будущем планируется выполнение многососудистого коронарного шунтирования без искусственного кровообращения и стернотомии с помощью специальных инструментов. Эволюция методов реваскуляризации миокарда не стоит на месте. С техническим прогрессом меняется и техника выполнения коронарного шунтирования. Последние десятилетия показали тенденцию миниинвазивных методик.

*Ответы на вопросы.* Второй этап операции выполняли на следующий день. Плавикс не вызывает увеличение отделяемого по дренажам. Фиксаторы миокарда в России пока не зарегистрированы, поэтому своего опыта применения MID пока нет.

А.С. Немков (председатель). В мире 50 лет хирурги выполняют операцию АКШ. В настоящее время миниинвазивные методики наступают. И приятно отметить, что этот коллектив идёт вперёд. Пока миниинвазивные операции представляются сложными и неудобными, но надо развиваться и, в частности, возвращаться к боковым торакотомиям.

Поступил в редакцию 14.05.2014 г.