

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

223-е заседание 19.10.2014 г.

Председатель — А.С.Немков

ДЕМОНСТРАЦИЯ

В.Е.Успенский, В.В.Шломин, И.В.Сухова, А.Ю.Баканов, А.В.Наймушин, М.Л.Гордеев (ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр им. В.А.Алмазова» МЗ РФ, Санкт-Петербург). **Хирургическое лечение пациента с синдромом Марфана и сочетанным поражением клапанного аппарата сердца, восходящего и торакоабдоминального отделов аорты.**

Синдром Марфана — это наследственная соединительнотканная дисплазия, причиной которой является мутация гена FBN1, опосредованно приводящая к нарушениям TGFβ-пути. Результатом являются фрагментация и дезорганизация эластических волокон, гибель гладкомышечных клеток, проявляющиеся, в частности, формированием аневризмы восходящей аорты.

Пациентка 1984 г.р. с синдромом Марфана, поступившая в клинику сердечно-сосудистой хирургии в 2006 г. с диагнозом аневризмы корня аорты, аортальная недостаточность III степени, митральная недостаточность II–III степени для хирургического лечения.

20.07.2006 г. выполнена операция: стернотомия, протезирование корня и восходящего отдела аорты с реимплантацией аортального клапана и устьев коронарных артерий по Kouchoukos (операция Divid I), безымплантационная пластика митрального клапана по R.Batista в условиях искусственного кровообращения. Продолжительность искусственного кровообращения составила 178 мин, аноксии — 153 мин. Ближайший послеоперационный период протекал гладко. При гистологическом исследовании стенки аорты выявлен кистозный медионекроз. При эхокардиографии отмечены нормализация размеров левого желудочка, приклапанная аортальная недостаточность и отсутствие митральной недостаточности. Через 6 лет после операции в связи с появлением болей в животе была выполнена мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ)-ангиография аорты и выявлена распространенная аневризма торакоабдоминального отдела аорты. При эхокардиографии: незначительное расширение левого желудочка, аортальная недостаточность II–III степени. Учитывая отсутствие клиники сердечной недостаточности, высокую толерантность к физической нагрузке, от повторного вмешательства на аортальном клапане решено воздержаться.

25.12.2014 г. выполнена операция: торакофренолюмбо-томия, протезирование торакоабдоминального отдела аорты и проксимальных отделов подвздошных артерий (бифуркационный протез Intervascular 20/10). Продолжительность ишемии органов брюшной полости и правой почки составила 24 мин, ишемии левой почки — 35 мин, ишемии правой и левой нижних конечностей — 78 и 87 мин соответственно. Результат гистологического исследования: кистозный медионекроз аорты, локальное хроническое расслоение с хроническим воспалением и фиброзом.

Операция Дэвида — эффективный и безопасный метод лечения аневризм корня аорты, сочетающихся с аортальной недостаточностью при наличии неизмененных створок аортального клапана. При подготовке к операции по поводу аневризмы восходящего отдела аорты необходимо полное обследование артериального русла. После проведенного лечения аневризмы аорты любой локализации пациент должен пожизненно находиться под наблюдением кардиолога. Целесообразно обследование родственников пациентов с дисплазиями соединительной ткани, двустворчатым аортальным клапаном и аневризмами и(или) расслоениями аорты.

Прения

В.В.Сорока. По ультразвуковому исследованию брюшная аорта не была расширена.

А.Б.Зорин. Недостаточность аортального клапана не нарастает.

А.С.Немков (председатель). Следует поздравить авторов демонстрации с удачными двумя операциями, между которыми 8 лет пристального наблюдения за пациенткой с учетом умеренной аортальной недостаточности. Операция Дэвида — нечастая операция при синдроме Марфана. Огромный позитивный компонент ее — сохранение нативных створок и отсутствие необходимости применения варфарина в послеоперационном периоде. Авторы показали замечательный отдаленный результат операции. Следует провести генетический контроль членов семьи пациентки.

ДОКЛАД

В.Е.Успенский, О.Ю.Иртюга, И.В.Сухова, А.Ю.Баканов, А.В.Наймушин, О.М.Моисеева, М.Л.Гордеев (ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр им. В.А.Алмазова» Министерства здравоохранения РФ, Санкт-Петербург). **Пятилетний опыт хирургического лечения аневризм и расслоений восходящего отдела и дуги аорты.**

Основными этиологическими факторами аневризм и расслоений восходящего отдела аорты являются кистозный медионекроз, соединительнотканые дисплазии, бicuspidальный аортальный клапан (БАК), артериальная гипертензия, атеросклероз, травмы, воспалительные процессы, ятрогенные факторы. Предложено делить аневризмы восходящей аорты на 3 группы: моногенные, идиопатические и ассоциированные с БАК. Причинами расширения восходящей аорты при БАК являются измененная структура кровотока вследствие сращений створок аортального клапана (АК), нарушение структуры внеклеточного матрикса, повышение концентраций матриксных металлопротеиназ 2 и 9 и нарушения TGF β -пути. Основными методами хирургического лечения аневризм восходящей аорты являются надкоронарное протезирование аорты, раздельное протезирование восходящей аорты и АК, операция Росса, операция Бенталла—де Боно и клапаносохраняющее протезирование аорты (операции Дэвида, Якуба и пр.). В РФ, несмотря на достижение в 2012 г. показателя 1207 операций на восходящей аорте с общей летальностью 11,0%, доля операций с сохранением АК составила лишь 32,6%; пластика АК выполнялась в 6% случаев. В клинике ФМИЦ им. В.А.Алмазова с января 2009 г. по май 2014 г. было выполнено 360 операций по поводу аневризм и расслоений восходящей аорты. Средний возраст пациентов составил (54,10 \pm 13,86) (16–82) года, 76,1% мужчин; 19,4% имели расслоение аорты типа А, 9,4% — дисплазии соединительной ткани, 5,6% — оперировались повторно. 35% больных были выполнены операции Бенталла, 19% — раздельное протезирование восходящей аорты и АК, 15% — пластики аорты и протезирование АК, 12% — операции Дэвида, 12% — надкоронарное протезирование аорты. Общая летальность составила 3,1%, нефатальные осложнения встречались в 9,2% случаев. При изучении результатов операций Дэвида в отдаленном периоде выявлено, что факторами, влияющими на степень аортальной недостаточности, являются разница между диаметрами протеза и фиброзного кольца АК, исходный диаметр фиброзного кольца АК и уровень коаптации створок АК. Также изучаются ближайшие и отдаленные (n=15) результаты лечения пациентов с пороком БАК и пограничным расширением восходящей аорты. При сравнении пациентов после протезирования АК и коррекции расширения аорты с больными, перенесшими изолированное протезирование АК, не отмечено существенных различий со стороны размеров левого желудочка, состояния восходящей аорты и частоты ассоциированных с ней осложнений.

Протезирование восходящей аорты с реимплантацией аортального клапана является эффективным и безопасным методом лечения больных с аневризмой корня аорты, аортальной недостаточностью и без морфологических изменений полулунных створок. Дополнительные вмешательства на створках АК повышают риск рецидива аортальной недостаточности в отдаленном послеоперационном периоде. При адекватной хирургической технике и грамотном анестезиологическом обеспечении объем хирургической коррекции аневризмы корня и(или) восходящего отдела аорты не является доминирующим фактором риска осложнений в интра- и послеоперационном периоде. Определяющая роль в развитии осложнений отводится исходному статусу и индивидуальным особенностям пациента. Минимальный объем обследования при подозрении на аневризму аорты должен включать трансторакальную эхокардиографию и тотальную МСКТ-ангиографию аорты. Пациентам с БАК необходимо постоянное наблюдение кардиолога. Более 50% пациентов в течение жизни потребует помощь кардиохирурга. Расширение восходящего отдела аорты может развиваться вне зависимости от нарушений кровотока на БАК и должно быть диагностировано. Ближайшим родственникам пациента с БАК и аневризмой аорты должна быть выполнена, как минимум, трансторакальная эхокардиография, идеально — тотальная МСКТ-ангиография аорты.

Ответы на вопросы. До 5% неотложных операций выполняет центр при расслаивающихся аневризмах грудной аорты.

Противопоказаниями к операции являются терминальное состояние, онкологические заболевания.

Прения

А.С.Немков (председатель). Доклад очень впечатляет. Отличный результат продемонстрировали авторы доклада — 3% летальности. Следует отметить, что обеспечение по федеральным квотам этих операций явно недостаточно. Следует продвигать в жизнь программу, которая составлена главным кардиохирургом нашего города Г.Г.Хубулавой. Необходимость большого количества донорской крови и ее компонентов, использования вспомогательного кровообращения в послеоперационном периоде, в ряде случаев срочная закупка стент-графта — все это требует больших финансовых затрат и для этого необходима программа, утвержденная в Законодательном собрании нашего города.

Поступил в редакцию 15.07.2015 г.