

ЭТАПНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ У БОЛЬНЫХ ВЫСОКОГО КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА

Бойко В.В.¹, Васильев Д.В.²

¹ ГУ «Институт общей и неотложной хирургии НАМН» (Харьков)

² Харьковская медицинская академия последипломного образования (Харьков)

В работе представлена и обоснована стратегия хирургического лечения больных с высоким кардиоваскулярным риском путем последовательных этапных операций с учетом ведущей кардиоваскулярной патологии. Представлен опыт и результаты лечения таких больных.

Ключевые слова: кардиоваскулярный риск, хирургическое лечение, конкурентные заболевания.

По данным ряда авторов, при крупных внесердечных хирургических вмешательствах (ВСХВ) показатель смертности вследствие патологии сердца составляет 0,5–1,5 %, а частота послеоперационных осложнений со стороны сердца – 2,0–3,5% [6]. В Европе около 7 миллионов взрослого населения в год имеет ВСХВ с потенциальным риском сердечно-сосудистых осложнений и соответственно 150–250 тыс. угрожающих жизни кардиальных осложнений в год [5]. До 30% всех периоперационных осложнений и до 50% всей послеоперационной смертности связано с кардиальной патологией. Периоперационная ишемия миокарда возникает более чем у 40% пациентов с риском ишемической болезни сердца (ИБС), которые подвергаются ВСХВ [2]. Частота возникновения инсульта после хирургических вмешательств, за исключением кардиохирургических, нейрохирургических и каротидных, колеблется, по данным разных авторов, от 0,05 до 7,4%. Смертность от периоперационного инсульта после ВСХВ составляет от 26% при впервые возникшем инсульте до 87 % после повторных инсультов [4]. У пациентов с поражением коронарных артерий вероятность сочетанной патологии сонных артерий составляет 31%, а в случае сниженной фракции выброса левого желудочка – до 46%. Атеросклеротическое поражение нескольких сосудистых бассейнов, как правило, характеризуется более неблагоприятным прогнозом, а хирургическое лечение сопряжено с повышенным риском осложнений и летальности [1].

Цель исследования – обосновать стратегию и оценить эффективность этапного хирургического лечения у больных высокого кардиоваскулярного риска.

Материал и методы. За период с 2008 по 2011 год в ГУ «ИОНХ АМН Украины» было прооперировано 12 больных, имеющих помимо кардиохирургической патологии сочетанные конкурентные заболевания сонных артерий, органов брюшной полости, почек, которые также требовали оперативного лечения. В группе наблюдений было 10 (83,3%) мужчин, 2 женщины (16,7%). Возраст пациентов варьировал от 45 до 75 лет, средний возраст составил 66 лет. Все пациенты имели кардиальную патологию с наличием сердечной недостаточности III–IV ФК по NYHA. Оценку риска анестезии и хирургического вмешательства определяли по классификации В.А. Гологорского, а также по шкале EuroSCORE.

Результаты и обсуждение. Все пациенты в группе наблюдения имели кардиальную патологию, требующую оперативного лечения по абсолютным показаниям, а также конкурирующую патологию сонных артерий, органов брюшной полости и почек с наличием абсолютных или относительных показаний для хирургического лечения. Три пациента

имели порок аортального клапана с преобладанием стеноза (в 1 случае – стеноз аортального клапана дегенеративного генеза, в 1 случае – ревматического генеза, в 1 случае – двухстворчатый аортальный клапан), 2 пациента имели ревматический комбинированный митральный порок, у 5 пациентов была выявлена ИБС с многососудистым поражением коронарного русла и наличием стабильной стенокардии III–IV ФК, 2 пациентки имели нарушения сердечного ритма в виде преходящей полной АВ-блокады (1 больная) и синдрома слабости синусового узла (1 больная).

В группе наблюдения 12 пациентам выполнено 25 оперативных вмешательств, из них 13 кардиохирургических и 12 ВСХВ. Для уменьшения риска оперативного вмешательства и минимизации операционной травмы у всех пациентов оперативное лечение проходило поэтапно. Такая тактика была избрана в связи с наличием у пациентов высокого риска кардиальных и церебральных осложнений. Из всех пациентов 4 имели сочетанную патологию каротидного бассейна с наличием одностороннего гемодинамически значимого стеноза внутренней сонной артерии. У этих пациентов, учитывая наличие в анамнезе инсультов и транзиторных ишемических атак либо неврологической симптоматики, и высокий риск инсульта во время кардиохирургического вмешательства, первым этапом лечения выполнили каротидную эндартерэктомию (2 больным), стентирование внутренней сонной артерии (2 больным), одномоментную каротидную эндартерэктомию с протезированием аортального клапана (1 больному). Все остальные пациенты группы наблюдения первым этапом были оперированы по поводу кардиальной патологии. Подобная тактика вполне оправдана и в ряде случаев не имеет альтернатив, так как патология сердца является ведущей и приводит к существенному увеличению риска предстоящего ВСХВ либо к противопоказаниям к его выполнению. Оперативные вмешательства у исследуемой группы больных представлены в таблице.

Оперативные вмешательства, выполненные пациентам в группе наблюдения

Название кардиохирургического вмешательства	Название некардиохирургического вмешательства	Количество больных
Протезирование аортального клапана	Каротидная эндартерэктомия	2
	Левосторонняя нефрэктомия	1
Протезирование митрального клапана	Лапароскопическая холецистэктомия	2
Маммарно-коронарное и аортокоронарное шунтирование	Стентирование внутренней сонной артерии	1
	Каротидная эндартерэктомия	3
	Передняя резекция прямой кишки	1
Стентирование коронарных артерий	Стентирование внутренней сонной артерии*	1
Имплантация электрокардиостимулятора	Лапароскопическая холецистэктомия	1
	Грыжесечение с пластикой передней брюшной стенки	1

* у 1 пациента 75 лет с целью минимизации риска оперативного лечения выполнено трехэтапное хирургическое лечение (1 этап – стентирование левой внутренней сонной артерии, 2 этап – стентирование коронарных артерий, 3 этап – маммарно-коронарное и аортокоронарное шунтирование).

Что касается пациентов с сопутствующей патологией сонных артерий, то в данном случае вопрос в каждом конкретном случае решается индивидуально с учетом характера, объема и особенностей предстоящего кардиохирургического вмешательства, а также с учетом современных рекомендаций [3, 7]. Левосторонняя нефрэктомия произведена пациенту по поводу рака левой почки T₂N₀M₀, лапароскопическая холецистэктомия явилась показанием к операции у двух больных с желчнокаменной болезнью и хроническим рецидивирующим холециститом, передняя резекция прямой кишки была выполнена пациенту с раком прямой кишки T₃N₀M₀, у одного пациента было выполнено грыжесечение с пластикой передней брюшной стенки по поводу неврипавимой послеоперационной вентральной грыжи крупных размеров. Все оперированные пациенты успешно прошли все этапы хирургического лечения и были выписаны с улучшением.

Выводы

1. Учитывая высокую распространенность сердечно-сосудистой патологии у пациентов, подвергающихся ВСХВ, необходим тщательный скрининг таких больных на наличие каротидной патологии, ИБС (в том числе и безболевого ишемии миокарда) и возможных факторов риска атеросклероза.
2. У пациентов, имеющих сочетанное поражение сонных и коронарных артерий, решение об очередности реваскуляризации принимается индивидуально с учетом мнения смежных специалистов (сосудистого хирурга, невропатолога, интервенционного радиолога). У пациентов с тяжелым многососудистым поражением обоих сосудистых бассейнов целесообразным является выполнение первым этапом эндоваскулярных вмешательств на каротидном либо коронарном бассейне для минимизации операционной травмы с последующим открытым вмешательством в случае необходимости.
3. Этапность хирургического лечения у больных общехирургического и сосудистого профиля, имеющих тяжелую кардиальную патологию, является разумной и в ряде случаев единственной возможной альтернативой адекватного радикального лечения у таких пациентов.

Литература

1. Фуркало С.Н. Эндоваскулярные мультидисциплинарные вмешательства при распространенном атеросклерозе венечных, сонных и подвздошных артерий / С.Н. Фуркало, В.А. Кондратюк, И.В. Альтман // Клінічна хірургія. – 2003. – № 4–5. – С. 61–62.
2. Bettiger B.W. Prevention of perioperative myocardial ischemia – an update / B.W. Bettiger, E. Martin // Anaesthesist. – 2000. – Vol. 49, N. 3. – P. 174–186.
3. Brott T.G. ASA/ACCF/AHA/AANN/AANS/ACR/ASNR/CNS/SAIP/SCAI/SIR/ SNIS/ SVM/ SVS Guideline on the Management of Patients With Extracranial Carotid and Vertebral Artery Disease / T. G. Brott, J. L. Halperin, S. Abbara et al. // J. Am. Coll. Cardiol. – 2011. – Vol. 57. – P. e16–e94.
4. Ng J.L.W. Perioperative Stroke in Noncardiac, Nonneurosurgical Surgery / J.L.W. Ng, M.T.V. Chan, A.W. Gelb // Anesthesiology. – 2011. – Vol. 115, N. 4. – P. 879–890.
5. Poldermans D. Guidelines for pre-operative cardiac risk assessment and perioperative cardiac management in non-cardiac surgery / D. Poldermans, J. J. Bax, E. Boersma et al. // European Heart Journal. – 2009. – Vol. 30. – P. 2769–2812.
6. Schouten O. Assessment of cardiac risk before non-cardiac general surgery / O. Schouten, J. J. Bax, D. Poldermans // Heart. – 2006. – Vol. 92. – P. 1866–1872.

7. Wijns W. Guidelines on myocardial revascularization / W. Wijns, P. Kolh, N. Danchin et al. // European Heart Journal. – 2010. – Vol. 31. – P. 2501–2555.

ЕТАПНЕ ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ У ХВОРИХ ВИСОКОГО КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ

Бойко В.В., Васильєв Д.В.

У роботі представлено і обґрунтовано стратегію хірургічного лікування хворих із високим кардіоваскулярним ризиком шляхом послідовних етапних операцій з урахуванням провідної кардіоваскулярної патології. Представлено досвід і результати лікування таких хворих.

Ключові слова: *кардіоваскулярний ризик, хірургічне лікування, конкурентні захворювання.*

STAGE-BASED SURGICAL TREATMENT IN PATIENTS WITH HIGH CARDIOVASCULAR RISK

Boiko V.V., Vasiliev D.V.

In the work the strategy of surgical treatment of patients with high cardiovascular risk is presented and justified by successive step-by-step operations, taking into account the leading cardiovascular pathology. The experience and results of the treatment of such patients are presented.

Key words: *cardiovascular risk, surgical treatment, competitive diseases.*