

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХИРУРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ, ОСЛОЖНЕННЫМИ ИБС

Бойко В.В.¹, Скибо Ю.Н.², Поливенок И.В.¹, Петков А.В.², Шафер Я.В.²

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

² Харьковская медицинская академия последипломного образования

В статье представлен первый опыт коронарных реваскуляризаций у больных с хирургическими заболеваниями легких. Обсуждено три случая. Выполнение шунтирования коронарных артерий одновременно с проведением резекций легких или пульмонэктомий может быть более широко использовано в клинической практике.

Ключевые слова: коронарная реваскуляризация, острая недостаточность правого желудочка сердца, резекция легкого, пульмонэктомия.

Несмотря на значительные успехи в лечении хирургических заболеваний легких, в большинстве современных исследований сообщается о 5–10%-ном уровне 30-дневной летальности [6].

Повышение сопротивления легочных сосудов и давления в правом желудочке располагает к клинически значимой суправентрикулярной тахикардии после резекции легкого [1]. Общеизвестно, что аритмия, особенно фибрилляция предсердий, является наиболее частым сердечным осложнением в торакальной хирургии – с процентным соотношением от 10% до 20% после лобэктомии и более чем 40% после пневмонэктомии [5].

Развитие послеоперационной сердечной недостаточности при пульмонэктомии наиболее часто является результатом как патологических изменений со стороны правого желудочка вследствие повышения его постнагрузки, так и уменьшения преднагрузки левого желудочка (ЛЖ) и/или изменений со стороны межжелудочковой перегородки. В отдельных случаях дисфункция ЛЖ может быть обусловлена патологией коронарных артерий, острым инфарктом миокарда (ИМ). Длительный мониторинг (не менее 3 суток после операции), особенно у пациентов высокого риска, обоснован данными о том, что послеоперационный ИМ сопровождался смертностью от 32% до 70% [3, 4].

Цель исследования – проанализировать первый опыт коронарных реваскуляризаций у больных с хирургическими заболеваниями легких.

Материалы и методы. В группе из 254 пациентов, оперированных в ГУ «Институте общей и неотложной хирургии АМН Украины» по поводу рака, кисты, эмфиземы легких, бронхоэктатической болезни, преходящие ишемические ЭКГ-изменения отмечены у 34 пациентов (13,4%), а инфаркт миокарда – у 3 (1,2%).

Для периоперационной оценки состояния сердечно-сосудистой системы приняты рекомендации American College of Cardiology и the American Heart Association [2], которые, согласно данным литературы, принято считать оптимальным методом оценки риска в некардиальной торакальной хирургии.

Коронарная ангиография рекомендована при наличии клинических признаков стенокардии, декомпенсированной сердечной недостаточности, гемодинамически значи-

мой аритмии или сопутствующих хронических заболеваний магистральных сосудов и базируется на результатах неинвазивных исследований.

В группе больных, оперированных в ГУ ИОНХ НАМН по поводу рака легких, аортокоронарное аутовенозное шунтирование правой коронарной артерии из торакального доступа выполнено в 1 случае, аортокоронарное аутовенозное шунтирование ветвей правой и левой коронарных артерий стернотомным доступом – у 1 больного и маммарно-коронарное шунтирование передней нисходящей ветви ЛКА стернотомным доступом – у 1 больного.

Результаты и обсуждение. Клинический эффект достигнут во всех случаях – рецидивов стенокардии в послеоперационном периоде у больных не отмечено.

Особенностью проведения коронарного шунтирования (КШ) у больных с хирургической патологией легких в отдельных случаях является невозможность поэтапного выполнения оперативных вмешательств вследствие наличия взаимно отягчающих факторов со стороны сердечно-легочной системы. Проведение оперативных вмешательств в объеме резекции легкого, пульмонэктомии с лимфодиссекцией делают нецелесообразным, а иногда и невозможным применение искусственного кровообращения ввиду повышенного риска геморрагических, инфекционных, эмболических и др. осложнений. Методом выбора в таких случаях следует считать проведение КШ на работающем сердце.

Оптимальным хирургическим доступом для одномоментного проведения КШ и резекции легкого/пульмонэктомии с лимфодиссекцией при многососудистых поражениях следует считать срединную стернотомию. Передне-боковая торакотомия, с нашей точки зрения, применима при ипсилатеральных однососудистых поражениях преимущественно правой коронарной артерии, т.к. обеспечивает ограниченный доступ к её дистальным сегментам. Использование внутренней грудной артерии может быть ограничено характером последующих манипуляций при резекции легкого/пульмонэктомии и предполагаемым натяжением шунта вследствие поворота сердца в сторону опустевшей плевральной полости.

Выводы

1. Принятие решения о целесообразности проведения одномоментного коронарного шунтирования и пульмонэктомии должно осуществляться совместно кардиологами, кардиохирургами и торакальными хирургами на основе конкретной клинической ситуации, с обязательным учетом особенностей пациента и с его участием.
2. Оптимальным хирургическим доступом для одномоментного проведения КШ и резекции легкого/пульмонэктомии с лимфодиссекцией при многососудистых поражениях следует считать срединную стернотомию.
3. Методом выбора в случаях одномоментного коронарного шунтирования и пульмонэктомии следует считать проведение КШ на работающем сердце.

Литература

1. Amar D., Roistacher N., Burt M., Reinsel R.A., Ginsberg R.J., Wilson R.S. Clinical and echocardiographic correlates of symptomatic tachydysrhythmias after noncardiac thoracic surgery // *Chest*. – 1995. – Vol. 108. – P. 349–354.
2. Eagle K.A., Berger P.B., Calkins H., Chaitman B.R., Ewy G.A., et al. ACC/AHA guideline update for perioperative cardiovascular evaluation for noncardiac surgery // *Circulation*. – 2002. – Vol. 105. – P. 1257–1267.

3. Herrington C.S., Shumway S.J. Myocardial ischemia and infarction postthoracotomy // *Chest Surg Clin North Am.* – 1998. – Vol. 8. – P. 495–502.
4. Kim M.H., Eagle K.A. Cardiac risk assessment in noncardiac thoracic surgery// *Semin Thorac Cardiovasc Surg.* – 2001. – Vol. 13. – P. 137–146.
5. Klemperer J., Ginsberg R.J. Morbidity and mortality after pneumonectomy // *Chest Surg Clin North Am.* – 1999. – Vol. 9. – P. 515–525.
6. Koen De Decker, Philippe G. Jorens, Paul Van Schil. Cardiac complications after noncardiac thoracic surgery: an evidence-based current review // *Ann Thorac Surg.* – 2003. – Vol. 75. – P. 1340–1348.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ КОРОНАРНОГО ШУНТУВАННЯ У ХВОРИХ ІЗ ХІРУРГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЛЕГЕНЬ, УСКЛАДНЕНИМИ ІХС

Бойко В.В., Скібо Ю.М., Полівенок І.В., Петков О.В., Шафер Я.В.

Представлено перший досвід коронарних реваскуляризацій у хворих із хірургічними захворюваннями легень. Обговорено три випадки. Шунтування коронарних артерій одночасно з проведенням резекцій легень або пульмонекомії може бути широко застосовано в клінічній практиці.

Ключові слова: *коронарна реваскуляризація, гостра недостатність правого шлуночка серця, резекція легені, пульмонекомія.*

CHARACTERISTICS OF CORONARY BYPASS SURGERY IN PATIENTS WITH LUNG SURGICAL DISEASES COMPLICATED WITH IHD

Boyko V.V., Skibo Yu.M., Polivenok I.V., Pyetkov O.V., Shafer J.V.

First experience of coronary revascularisations in patients with lung surgical diseases complicated with IHD is presented in the article. 3 successful cases are discussed. Performing PCAB simultaneously with the resection or pneumonectomy can be more widely used in clinical practice.

Key words: *coronary revascularisations, acute right ventricular failure, pulmonary resection, pneumonectomy.*