

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БРАХИОЦЕФАЛЬНОГО СТВОЛА

Полянский Д.В.

ФГБУ НМИЦ хирургии им А.В. Вишневского МЗ РФ, Москва

Интраторакальные реконструкции при атеросклеротическом поражении брахиоцефального ствола (БЦС) зарекомендовали себя как вмешательства, обеспечивающие долгосрочную проходимость и свободу от неврологического дефицита и, на сегодняшний день, считаются операцией выбора при подобных поражениях

Цель: оценить госпитальные результаты хирургического лечения БЦС.

Материалы и методы. В исследование включено 79 пациентов с атеросклеротическим поражением БЦС, проходивших лечение в НМИЦ хирургии Вишневского в период с 1983 по 2020 годы.

Результаты. Госпитальные результаты: ОНМК – 4 (5,06%), тромбоз протеза – 3 (3,9%), кровотечения – 4 (5%), медиастинит – 6 (7,5%), ОИМ – 4 (5%), летальность – 3 (3,9%).

Тромбоз протеза в госпитальном периоде был отмечен у пациентов, которым выполнялась закрытая эндартерэктомия из бифуркации БЦС: при линейном протезировании в двух случаях (2,6%), при двойном бифуркационном протезировании в одном случае (1,3%). Кровотечение во всех 4 случаях (5%) отмечалось из грудины и мягких тканей, устранено после рестернотомии и ревизии п/о раны. Госпитальная летальность составила 3,9%: в одном случае (1,3%) вследствие медиастинита, и в двух (2,6%) – вследствие ОНМК. На возникновение неврологического дефицита в п/о периоде значимо влияло лишь развитие тромбоза протеза ($p=0,006$) – в 2 из 3 случаях тромбоза протеза произошел инсульт в правой гемисфере.

Стоит отметить, что начиная с 2001 года, не было отмечено случаев тромбозов, ОИМ и медиастинитов. В первом случае, по нашему мнению, это обусловлено отказом от эндартерэктомии из бифуркации БЦС при линейном протезировании. Во втором – оценкой кардиального риска по результатам коронарографии или стресс-ЭХОкг. При необходимости первым этапом выполнялась реваскуляризация миокарда, а затем интраторакальная реконструкция. И, наконец, отсутствие случаев медиастинита мы связываем с переходом от полной срединной стернотомии к частичной, которая обеспечивает оптимальные визуализацию и экспозицию в операционной ране, а также вследствие малой травматичности позволяет снизить риск послеоперационных осложнений.

Заключение. Таким образом, на сегодняшний день протезирование БЦС зарекомендовало себя в практике сердечно-сосудистой хирургии, как безопасная и надежная методика, обеспечивающая приемлемые госпитальные результаты, а также долгосрочную проходимость и свободу от неврологического дефицита.

Ключевые слова: брахиоцефальный ствол; интраторакальная реконструкция; атеросклероз брахиоцефальных артерий.

Актуальность. Интраторакальные реконструкции при атеросклеротическом поражении брахиоцефального ствола (БЦС) зарекомендовали себя как вмешательства, обеспечивающие долгосрочную проходимость и свободу от неврологического дефицита и, на сегодняшний день, считаются операцией выбора при подобных поражениях.

Цель. Оценить госпитальные результаты хирургического лечения БЦС.

Материалы и методы. В исследование включено 79 пациентов с атеросклеротическим поражением БЦС, проходивших лечение в НМИЦ хирургии Вишневого в период с 1983 по 2020 годы.

Результаты. Госпитальные результаты: ОНМК – 4 (5,06%), тромбоз протеза – 3 (3,9%), кровотечения – 4 (5%), медиастинит – 6 (7,5%), ОИМ – 4 (5%), летальность – 3 (3,9%).

Тромбоз протеза в госпитальном периоде был отмечен у пациентов, которым выполнялась закрытая эндартерэктомия из бифуркации БЦС: при линейном протезировании в двух случаях (2,6%), при двойном бифуркационном протезировании в одном случае (1,3%). Кровотечение во всех 4 случаях (5%) отмечалось из грудины и мягких тканей, устранено после рестернотомии и ревизии п/о раны. Госпитальная летальность составила 3,9%: в одном случае (1,3%) вследствие медиастинита, и в двух (2,6%) – вследствие ОНМК. На возникновение неврологического дефицита в п/о периоде значимо влияло лишь развитие тромбоза протеза ($p=0,006$) – в 2 из 3 случаях тромбоза протеза произошел инсульт в правой гемисфере.

Стоит отметить, что начиная с 2001 года, не было отмечено случаев тромбозов, ОИМ и медиастинитов. В первом случае, по нашему мнению, это обусловлено отказом от эндартерэктомии из бифуркации БЦС при линейном протезировании. Во втором – оценкой кардиального риска по результатам коронарографии или стресс-ЭХОкг. При необходимости первым этапом выполнялась реваскуляризация миокарда, а затем интраторакальная

реконструкция. И, наконец, отсутствие случаев медиастинита мы связываем с переходом от полной срединной стернотомии к частичной, которая обеспечивает оптимальные визуализацию и экспозицию в операционной ране, а также вследствие малой травматичности позволяет снизить риск послеоперационных осложнений.

Заключение. Таким образом, на сегодняшний день протезирование БЦС зарекомендовало себя в практике сердечно-сосудистой хирургии, как безопасная и надежная методика, обеспечивающая приемлемые госпитальные результаты, а также долгосрочные проходимость и свободу от неврологического дефицита.