



В.В.Бойко, Ю.Н.Скибо,
А.Г. Краснояружский,
А.В.Петков, Д.В. Васильев,
Ю.В. Богун, В.Е. Мегера,
Н.В. Тищенко

ГУ «Институт общей и
неотложной хирургии НАМН
Украины», г. Харьков

Харьковская медицинская
академия последипломного
образования

©Коллектив авторов

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХИРУРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ ОСЛОЖНЕННЫМИ ИБС

Резюме. В статье представлен первый опыт коронарных реваскуляризаций у больных с хирургическими заболеваниями легких. Обсуждено 3 случая. Предложены оптимальные методы проведения коронарного шунтирования и резекции легкого/пульмонэктомии с лимфодиссекцией при многосудистых и односудистых поражениях коронарного русла.

Выполнение шунтирования коронарных артерий одномоментно 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.

Введение

Несмотря на значительные успехи в лечении хирургических заболеваний легких, уровень 30-дневной летальности от 5 % до 10 % сообщается в большинстве современных исследований [6].

Повышение сопротивления легочных сосудов и давления в правом желудочке, предрасполагают к клинически значимой суправентрикулярной тахикардии после резекции легкого [2]. Аритмия, особенно фибрилляция предсердий, общепризнано, наиболее частое сердечное осложнение в торакальной хирургии в процентном соотношении от 10 до 20 % после лобэктомии и более чем 40 % после пневмонэктомии [5].

Развитие послеоперационной сердечной недостаточности при пульмонэктомии наиболее часто является результатом патологических изменений как 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 исследований

В группе из 254 пациентов, оперированных в ГУ «Институте общей и неотложной хирур-

гии НАМН 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 [1], 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 значимой аритмии или сопутствующих хронических заболеваний магистральных сосудов и базировалась на результатах неинвазивных исследований.

В группе больных, оперированных в ГУ «ИОНХ НАМНУ» по поводу рака легких, аорто-коронарное аутовенозное шунтирование правой коронарной артерии из торакотомного доступа и правосторонняя пульмонэктомия выполнено в 1 случае, аорто-коронарное аутовенозное шунтирование ветвей правой и левой коронарных артерий и левосторонняя пульмонэктомия стернотомным доступом у 1 больного и маммаро-коронарное шунтирование передней нисходящей ветви левой коронарной артерии (ЛКА) с правосторонней пульмонэктомией стернотомным доступом у 1 больного.

Результаты исследований и их 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 ввиду наличия взаимноотягчающих факторов со стороны сердечно-легочной системы. Проведение оперативных вмешательств в объеме резекции легкого, пульмонэктомии с лимфодиссекцией, делают нецелесообразным, а иногда и невозможным выполнение КШ в условиях искусственного кровообращения ввиду повышенного риска геморрагических, инфекционных, эмболических осложнений. Повышенный риск геморрагических осложнений в значительной мере ограничивает также и целесообразность предварительного выполнения ангиопластики и/или стентирования коронарных артерий, ввиду необходимости проведения длительной антиагрегантной терапии непосредственно после таких манипуляций.

Методом выбора в таких случаях следует считать проведение КШ на работающем сердце. Первоочередное выполнение шунтирования коронарных артерий в условиях управляемой гепаринизации создает предпосылки для адекватной перфузии миокарда и предотвращения острой сердечной недостаточности при пульмонэктомии.

Оптимальным хирургическим доступом для одномоментного проведения КШ и резекции легкого/пульмонэктомии с лимфодиссекцией при многососудистых поражениях следует считать срединную стернотомию, которая в равной степени обеспечивает доступ к аорте, коронарным артериям, верхней полой вене и корням легких.

Передне-боковая торакотомия, с нашей точки зрения, применима при ипсилатеральных однососудистых поражениях в проксимальных сегментах правой коронарной артерии (ПКА), т.к. обеспечивает доступ к восходящей аорте и делает возможным аорто-коронарное шунтирование.

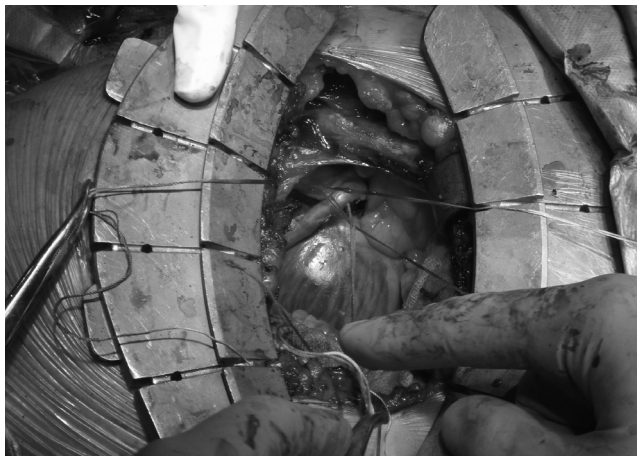


Рис. 1. Аутовенозное аорто-коронарное шунтирование правой коронарной артерии из правосторонней торакотомии в 4-м межреберье

Следует отметить при этом, что доступ к дистальным сегментам ПКА из торакотомного доступа резко ограничен. Использование правой внутренней грудной артерии для шунтирования ПКА также возможно, но может быть ограничено характером последующих манипуляций при резекции легкого/пульмонэктомии и предполагаемым натяжением шунта.

Накопленный в ГУ «ИОНХ НАМНУ» опыт проведения изолированного маммаро-коронарного шунтирования (МКШ) при однососудистом поражении передней нисходящей ветви ЛКА из миниторакотомного доступа слева, позволяет считать данный метод шунтирования применимым при необходимости последующего выполнения правосторонней резекции легкого/пульмонэктомии из торакотомного доступа справа у больного с ИБС.

Основными критериями выбора метода реваскуляризации в пользу миниинвазивного КШ, у больных с хирургической патологией легких, могут послужить: патология потенциальных венозных шунтов (варикозная болезнь); высокий риск осложнений, связанных с извлечением аутовен (тяжелое двустороннее атеросклеротическое поражение артерий нижних конечностей); потенциальная необходимость наложения проксимальных анастомозов к аорте при патологии восходящей аорты; высокий риск шунтирования всех пораженных сосудистых бассейнов, связанный с потенциальными техническими трудностями либо исходным тяжелым состоянием пациента. Кроме того, по мере накопления опыта проведения гибридных коронарных реваскуляризаций, использование мини-МКШ целесообразно проводить пациентам с многососудистым поражением и высокой ожидаемой продолжительностью жизни, с учетом возможной реваскуляризации оставшихся сосудистых поражений посредством чрескожных вмешательств.

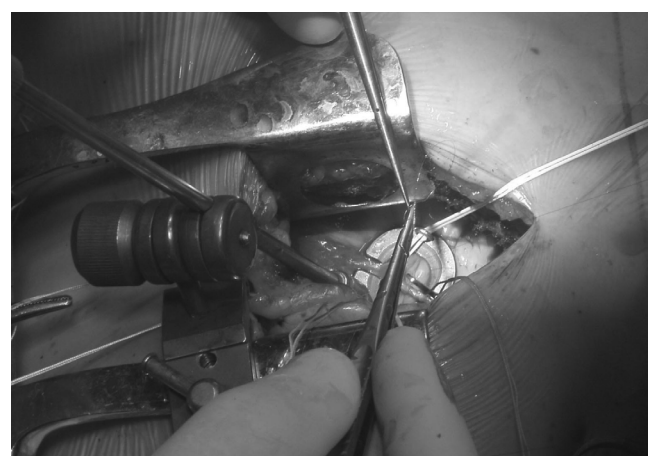


Рис. 2. Наложение маммаро-коронарного анастомоза из миниторакотомного доступа в 4-м межреберье слева



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. Методом выбора в случаях одномоментного коронарного шунтирования и пульмонэктомии следует считать проведение КШ на работающем сердце.
3. Оптимальным хирургическим доступом для одномоментного проведения КШ и резек-

ции легкого/пульмонэктомии с лимфодиссекцией при многососудистых поражениях следует считать срединную стернотомию.

4. При ипсилатеральных однососудистых поражениях в проксимальных сегментах ПКА у больных с хирургической патологией правого легкого, целесообразно аутовенозное шунтирование ПКА из торакотомного доступа.
5. При контрлатеральных поражениях в бассейне передней нисходящей ветви ЛКА у больных с хирургической патологией правого легкого, целесообразно МКШ из миниторакотомного доступа в 4 межреберье слева.

ЛИТЕРАТУРА

1. Eagle K.A., ACC/AHA guideline update for perioperative cardiovascular evaluation for noncardiac surgery. / Eagle K.A., Berger P.B., Calkins H., Chaitman B.R., [et. al.] // Circulation – 2002. – Vol. 105 – P. 1257-1267.
2. Clinical and echocardiographic correlates of symptomatic tachydysrhythmias after noncardiac thoracic surgery. / D. Amar, N. Roistacher, M. Burt, R.A. Reinsel, [et. al.] // Chest – 1995. – Vol. 108. – P. 349-354.
3. Herrington C.S., Myocardial ischemia and infarction postthoracotomy. / Herrington C.S., Shumway S.J. // Chest Surg Clin North Am – 1998. – № 8 – P. 495-502.

4. Kim M.H., Cardiac risk assessment in noncardiac thoracic surgery. / M.H. Kim, K.A. Eagle // Semin Thorac Cardiovasc Surg – 2001. – № 13. – P. 137-146.
5. Klemperer J., Morbidity and mortality after pneumonectomy. / J. Klemperer, R.J. Ginsberg // Chest Surg Clin North Am. – 1999. – № 9. – P. 515-525.
6. Koen De Decker, Cardiac complications after noncardiac thoracic surgery: an evidence-based current review. / Koen De Decker, Philippe G. Jorens, Paul Van Schil. // Ann Thorac Surg. – 2003. – Vol. 75. – P. 1340-1348.

ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ХІРУРГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЛЕГЕНЬ УСКЛАДНЕНИМИ ІХС

В.В. Бойко, Ю.М. Скїбо, А.Г. Краснояружський, О.В. Петков, Д.В. Васильєв, Ю.В. Богун, В.Є. Мегера, Н.В. Тищенко

TACTIC OF TREATMENT OF PATIENTS WITH LUNG SURGICAL DISEASES COMPLICATED WITH IHD

V.V. Boyko, Yu.N. Skibo, A.G. Krasnoyaruzskij, O.V. Pyetkov, D.V. Vasylyev, Yu.V. Bogun, V.E. Megera, N.V. Tishenko

Резюме. Представлено перший досвід коронарних реваскуляризацій у хворих з хірургічними захворюваннями легень. Обговорено 3 випадки. Запропоновано оптимальні методи проведення коронарного шунтування і резекції легені або пульмонектомії з лімфодиссекцією при богатосудинному і односудинному ураженні коронарного русла.

Шунтування коронарних артерій одночасно з проведенням резекції легень або пульмонектомій може бути широко застосовано в клінічній практиці.

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

Summary. First experience of coronary revascularisations in patients with lung surgical diseases complicated with IHD is presented in the article. 3 successful cases are discussed. The best practices for coronary bypass surgery and lung resection / pulmonectomy with lymph node dissection with multi and single-vessel coronary lesions was suggested. Performing OPCAB at once with the resection or pulmonectomy can be more widely used in clinical practice.

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