

Изобретение относится к сердечно-сосудистой хирургии.

Известен способ механической эндартерэктомии (Longmire W.P., Cannon J.A., Kattus A.A. Direct vision coronary endarterectomy for angina pectoris. N Engl. J. Med. 259: 993, 1958). При этом отмечается, что в 80% случаев уже к 30 дню после операции происходит тромбоз оперированного сосуда. При этом, как отмечают авторы, в большинстве случаев тромбоз обусловлен неполноценностью процедуры в дистальных отделах коронарной артерии.

Наиболее близким по сущности к предлагаемому является способ механической эндартерэктомии с последующим шунтированием пораженной коронарной артерии (Сердечно-сосудистая хирургия. Руководство под ред. Бураковского В.И. и Бокерия П.А. - М.: Медицина, 1989) путем выделения артерии и нанесения продольного разреза, отслаивания внутреннего измененного слоя сосуда по ходу разреза, его очистки в проксимальном и дистальном направлениях и пришиванием к месту разреза аутовенозного трансплантата.

Недостатком известного способа является трудность при выполнении процедуры очистки сосуда в дистальных от разреза отделах, что препятствует полноценности эндартерэктомии в дистальных отделах коронарной артерии. В результате остатки измененного внутреннего слоя коронарной артерии, полноценно не удаленные в результате операции, после восстановления свертывания крови в послеоперационном периоде, являются инициаторами тромбообразования внутри реконструированной коронарной системы. Этим объясняется недолговечность положительного результата операции.

В основу изобретения поставлена задача создания более эффективного способа эндартерэктомии в измененной коронарной артерии, с последующим восстановлением по ней кровотока без конкурирующего компонента.

Указанная задача решается тем, что при способе эндартерэктомии с последующим аорто-коронарным шунтированием согласно изобретению производят в стенке атеросклеротически пораженной коронарной артерии выполняется несколько артериотомий, над местами фиксации утолщенного внутреннего слоя сосуда, после производства полноценной эндартерэктомии, проксимальный разрез артерии закрывают аутовенозной заплатой, а в дистальное артериотомическое отверстие вшивают венозный трансплантат, соединяющий коронарную артерию с аортой.

Способ осуществляют следующим образом. Оперативный доступ, обычный для вмешательства на коронарных артериях, - срединная стернотомия, или левосторонняя торакотомия. Перикард вскрывают широким продольным разрезом, открывающим всю внутривисцеральную часть аорты и обе венечные артерии. После запуска аппарата искусственного кровообращения и проведения кардиopleгии выделяют коронарную артерию в месте ее наибольшего атеросклеротического поражения, производят продольную артериотомию на протяжении 10 - 20мм, после чего выделяют утолщенную интиму в проксимальном и дистальном направлениях, производят ее тракцию из дистального отдела и идентифицируют место ее фиксации, где также выполняют продольную артериотомию и очистку повторяют. Этих манипуляций, как правило достаточно для полноценного извлечения всею утолщенного внутреннего слоя коронарной артерии. Если есть еще место фиксации - производят еще один дополнительный разрез. В нашей практике всегда было достаточно 2 - х разрезов. После этого к дистальному артериотомическому отверстию рутинным способом подшивают аутовенозный трансплантат. Проксимальный разрез закрывают аутовенозной заплатой адекватного размера непрерывным швом. После восстановления сердечной деятельности производят боковое отжатие стенки аорты и рутинным способом подшивают второй, свободный конец аутовенозного трансплантата к аорте.

Данный способ реваскуляризации обеспечивает полноценное восстановление просвета коронарной артерии, а шунтирование в сочетании с аутовенозной пластикой коронарной артерии восстановление кровотока без конкурирующего компонента.

Приводим конкретные примеры осуществления способа.

Пример 1. Больной П. (И.Б. 1458), 1949г. рождения, поступил в клинику ИССХ АМН Украины 26.04.1995г. с диагнозом ИБС. 28.04.1995г. больному выполнена коронарография. Выявлено 100% - ное поражение правой коронарной артерии (ПКА). 22.05.1995г. больному выполнена операция эндартерэктомия из ПКА, пластика ствола ПКА, АКШ - 1, по предлагаемому способу, с использованием двух продольных артериотомий, пластики аутовенозной заплатой проксимального артериотомического дефекта ствола ПКА, аортокоронарного шунтирования задней межжелудочковой ветви ПКА аутовенозным трансплантатом в области дистального артериотомического дефекта коронарной артерии. Ближайший послеоперационный период протекал без осложнений. При повторной коронарографии через 12 месяцев отмечается полное контрастирование ПКА и аутовенозного трансплантата к ней. Хороший клинический результат.

Пример 2. Больной С. (И.Б. 644), 1953г. рождения, поступил в клинику ИССХ АМН Украины 6.03.1996г. с диагнозом ИБС. 11.03.1996г. больному выполнена коронарография. Выявлено 100%-ное поражение передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии (ПМЖВ ЛКА). 18.03.1996г. больному выполнена операция эндартерэктомия из ПМЖВ ЛКА, пластика ПМЖВ ЛКА, АКШ - 1, по предлагаемому способу, с использованием двух продольных артериотомий, пластики аутовенозной заплатой проксимального артериотомического дефекта в проксимальном отделе ПМЖВ ЛКА, аортокоронарного шунтирования дистального отдела ПМЖВ ЛКА аутовенозным трансплантатом в области дистального артериотомического дефекта коронарной артерии. Ближайший послеоперационный период протекал без осложнений. При повторной коронарографии через 6 месяцев отмечается полное контрастирование ПМЖВ ЛКА и аутовенозного трансплантата к ней. Хороший клинический результат.

В институте проведено 12 операций по описанному выше способу.

Предлагаемый способ обеспечивает достижение более эффективного восстановления кровотока по пораженной коронарной артерии, за счет лучшего доступа при манипуляциях в дистальных отделах коронарного русла. Эффективность оценивалась при повторных коронарографиях в ближайшем послеоперационном периоде.