

B30

РЕЗУЛЬТАТЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭМБОЛОГЕННЫХ ТРОМБОЗОВ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Дуданов И.П., Лаптев К.В., Корнильева О.П., Протченков М.А.

СПб ГУЗ Мариинская больница, Региональный сосудистый центр Санкт Петербург Россия

Проблема тромбоза глубоких вен нижних конечностей актуальна на протяжении длительного времени и затрагивает пациентов разного хирургического и терапевтического профиля. Большой интерес представляет неокклюзивный тромбоз глубоких вен с флотирующим тромбом, так как нет единогласного мнения о подходе к его лечению и профилактике тромбоэмболии легочных артерий. Применение хирургических методов профилактики - имплантация кава-фильтра, пликация нижней полой вены, лигирование подвздошных и бедренных вен, являются экономически значимыми и трудозатратными манипуляциями, требующими длительного приема антикоагулянтов и несущими высокий риск поздних осложнений. В клинике с декабря 2008г. по май 2011г. пролечены 22 пациента с эмбологенными тромбозами различной локализации. Средний возраст больных составил 52 года. Мужчин - 11 (50%), женщин - 11 (50%). Из них тромбоз подколенного сегмента наблюдался у 1 больного (4,5%), бедренно-подколенного – у 6 пациентов (27,3%), бедренного – у 2 (9,1%), илеофemorальный тромбоз – у 13 (59,1%). Средний срок наблюдения в стационаре составил 18 дней. Всем пациентам диагноз подтвержден ультразвуковой доплерографией с дуплексным сканированием магистральных вен. Проводилась антикоагулянтная, противовоспалительная терапия (нефракционированный или низкомолекулярный гепарин в лечебной дозе, варфарин, никотиновая кислота, НПВС) и эластическая компрессия обеих конечностей. Ультразвуковой мониторинг проводился каждые 7 дней. Для исключения ТЭЛА проводилась компьютерная томография органов грудной клетки, эхокардиография. На фоне проводимой терапии получены положительные результаты - уменьшения отека и интенсивности болевого синдрома, фиксация флотирующей головки тромба по данным УЗДС. Полученные нами результаты свидетельствуют об эффективности нехирургической профилактики ТЭЛА. Выбранная нами тактика эффективна в лечении эмбологенного тромбоза вен, позволяет избежать осложнений хирургической профилактики, снизить материальные и профессиональные затраты.

RESULTS OF CONSERVATIVE TREATMENT OF FREE-FLOATING THROMBUS IN VEINS OF LOWER LIMBS

During the long time, problem of treatment of deep vein thrombosis remains actual and important for surgical and medical patients. The biggest interest is related to the non-occlusive deep vein thrombosis with free-floating thrombus due to the lack of universally accepted opinion regarding curative tactic and prevention of pulmonary embolism. Application of surgical methods of embolism prevention – implantation of cava filter, inferior cava vein placcation, femoral and iliac vein ligation are recourse-consuming and laborious, require long term anticoagulation and associated with risk of late complications. The 22 patients with free-floating deep vein thrombosis of various location were treated in the clinic from December 2008 to May 2011. Mean age of patients was 52 years. Males - 11 (50%), females - 11 (50%). Among them, thrombosis of popliteal segment was observed in 1 patient (4,5%), femoropopliteal segment – in 6 patients (27,3%), femoral – in 2 (9,1%) and iliofemorale thrombosis – in 13 (59,1%) cases. Mean hospital stay was 18 days. In all patients the diagnosis was confirmed by ultrasound duplex scanning of deep veins. The anticoagulation and anti-inflammatory treatment (unfractionated or low molecular weight heparin in full curative dose, warfarin, nicotinic acid, NSAIDs) was applied in combination with elastic compression of both lower limbs. Ultrasound monitoring was performed each 7 days. With aim to rule out the pulmonary embolism the chest CT and echocardiography were used. Applied treatment provides the positive results – decreasing of edema and pain as well as fixation of free-floating apex of the thrombus confirmed by duplex ultrasound. Obtained results give evidence of effectiveness of non-surgical prevention of pulmonary embolism. Selected curative tactic is effective in the treatment of free-floating venous thrombosis and allow to avoid the complications specific for surgical prophylaxis, and to decrease the costs and laboriousness.

B31

TRATAMENTUL CHIRURGICAL A INSUFICIENȚEI MITRALE ISCHEMICE (IMI)

Batrînac A., Moscalu V., Ureche A., Morozan V., Manolache Gh.,
Guzgan I., Barnaciuc S., Voitov S., Strimbopol P.

IMI ca complicație a bolii coronariene este cauzată de o disfuncție papilar-anulară a VS, fapt determinat în stabilirea tacticii de tratament al acestor patologii. Scopul studiului este studierea mecanismului de dezvoltare a IMI, reevaluarea indicațiilor operatorii, aprecierea eficacității și durabilității tehnicilor chirurgicale efectuate. Material și metode: În lotul de studiu au fost incluși 124 pacienți cu IMI, ca consecință a remodelării VS în urma ischemiei, infarctului miocardic suportat. În toate cazurile a fost efectuată revascularizarea miocardului. Simultan la 85 pacienți au suportat tehnici reconstructive pe valva mitrală, la 38 pacienți cu IMI până la gradul II patologia valvulară a fost neglijată. Rezultate: S-a constatat o strânsă legătură a mecanismului de apariție a IMI de localizarea zonelor de infarct miocardic, gradul de afectare a sfericității VS, prevalența dilatării inelului fibros mitral, deplasarea punctului de coaptare valvulară în urma tensionării mușchilor papilari. By- passul coronarian efectuat izolat nu a contribuit la regresia IMI de gradul II, iar în 25% de cazuri în perioada de lungă durată IMI a progresat, menținând o suprasolicitare de volum al VS. În 56 (69,1%) cazuri a fost aplicată o tehnică inovațională de anuloplastie mitrală cu 3 suturi cu o reducere spectaculoasă a gradului de regurgitare mediu de la $2,7 \pm 0,5$ preoperator la $1,2 \pm 0,1$ postoperator, asigurând o mobilitate fiziologică a cuspelelor valvulare. În paralel, pentru a înlătura cauzele de manifestare a IMI,

pacienții au necesitat rezecția aneurismului de VS în 25 (29,4%) cazuri și aproximarea mușchilor papilari după HVass în 18 (21,2%) cazuri. Toate aceste proceduri au asigurat o restabilire anatomică și funcțională a competenței valvulare și în perioada de lungă durată. Concluzii: IMI poate fi considerată ca un marker al remodelării ventriculare în cardiopatia ischemică, iar neglijarea acestor regurgitații își lasă amprenta asupra letalității postoperatorii și stabilității rezultatelor în perioada de lungă durată.

THE SURGICAL TRATMENT OF ISCHEMIC MITRAL REGURGITATION (IMR)

IMR as a complication of ischemic heart disease is caused by the LV papillary-annular dysfunction - determining fact in establishing the further treatment tactics of these pathologies. Purpose: To study the developmental mechanism of IMR, reevaluation of surgical indications, appreciation of efficacy and durability of the surgical techniques. Material and methods: In the study field were included 124 patients with IMR, consequence of LV remodeling after ischemia and myocardial infarction. In all cases myocardial revascularization were performed. Simultaneously 85 patients underwent reconstructive techniques to the mitral valve. Among 38 patients with IMR till grade II, the valve pathology was neglected. Results: We observed a tight relation between mechanism of IMR appearance and myocardial infarction zone localization, LV sphericity affectation grade, prevalence of mitral fibrous ring dilatation and valve coaptation point displacement caused by papillary muscle tensioning. Isolated coronary by-pass did not contributed to regression of II grade IMR, and in 25% of cases during a long period, IMR has progressed, while maintaining the LV volume overload. In 56 (69.1%) of cases was applied an innovative technique for mitral annuloplasty with three sutures with a significant reduction of the average degree of regurgitation from 2.7 ± 0.5 preoperatively to 1.2 ± 0.1 postoperatively and ensuring physiological cusp mobility. In parallel, to remove the causes of the manifestation of IMR, patients required LV aneurysm resection in 25 (29.4%) cases and approximation of papillary muscles by Hvass procedure in 18 (21.2%) cases. All these procedures have provided an anatomical and functional restoration of valve competence in immediate and long-term period. Conclusion: IMR may be regarded as a marker of ventricular remodeling in ischemic heart disease and neglecting such of regurgitation influences upon the postoperative mortality rate and stability during long-term results.

B32

OPERAȚIILE RECONSTRUCTIVE ÎN CORECȚIA VALVULOPATIILOR AORTICE

Moscalu V., Batrînac A., Manolache Gh., Ureche A., Țurcan G., Moroza V., Barnaciuc S., Strîmbopol P., Guzman I., Ghicavii Neli

Dificultatea plastiilor aortice constă în cunoașterea exactă a leziunilor responsabile de regurgitarea aortică și selectarea procedurilor operatorii ce pot restabili componentele anatomiche ale bulbului aortic (inelul fibrotic, cuspele valvulare, sinusurile Valsalva, joncțiunea sino-tubulară, aorta ascendentă). Material și metode: În lotul de studiu au fost incluși 185 pacienți cu afecțiuni valvulare la care în poziția aortică s-au efectuat tehnici reconstructive de operație. Etiologic patologiile aortice au fost determinate de afecțiuni reumatismale (147 cazuri), degenerative (28), endocardita infecțioasă (6), congenitale (4) posttraumatice (2). În majoritatea cazurilor ECO-cardiografic a fost constatat un mecanism complex al insuficienței aortice. Alegerea tehnicilor operatorii s-a efectuat în conformitate cu tipul lezional al valvulopatiei. Astfel în tipul I lezional s-au practicat tehnicile de anuloplastie, în tipul II – redundanța țesuturilor și prolapsul cuspelelor s-a lichidat prin plicații, rezecții triangulare și resuspensarea lor, în tipul III – s-a efectuat comissurotomia și rezecția parietală de cuspe. Rezultate: Letalitatea postoperatorie a alcătuit 5% (7 pacienți). Gradientul transvalvular Ao postoperator a fost în descreștere (de la $36,3 \pm 12,8$ până la $13,3 \pm 3,7$ mm.hg), de asemenea s-a micșorat semnificativ gradul de insuficiență aortică după o corecție reconstructivă (de la $2,62 \pm 0,36$ mediu, până la $1,23 \pm 0,26$). Regurgitații reziduale minimale au fost înregistrate la 44 pacienți (23,8%). În perioada de lungă durată la 5 și 10 ani postoperator recurența patologiilor a fost depistată în 19 (10,6%) cazuri. Reoperații au necesitat 8 (4,4%) de pacienți. Supraviețuirea la 10 ani după reconstrucție de valvă aortică a alcătuit – $81,6 \pm 4,8\%$ și a fost mult mai înaltă în comparație cu pacienții la care s-a efectuat protezarea ei. Concluzie: Se constată o serie de condiții obligatorii pentru efectuarea reconstrucțiilor valvulare Ao, inclusiv: - prezența unei anatomii acceptabile pentru aplicarea procedurilor reconstructive; - cunoașterea mecanismului de dezvoltare a incompetenței valvulare; - acumularea experienței necesare de echipă, ce include un cardiolog specialist în ECO-cardiografie și un chirurg expert, care ar putea întocmi planningul chirurgical înainte de a intra în sala de operație.

RECONSTRUCTIVE TECHNIQUES IN SURGICAL CORRECTION OF AORTIC VALVE PATHOLOGY

The difficulty of aortic valve plasties lies in recognizing the lesions responsible for aortic regurgitation and selection of suitable operation techniques to replacing or stabilizing the components of Ao root complex (such as Ao annulus, cusps, Valsalva sinuses, STJ and ascending aorta). Material and methods: The study group included 185 valvular patients, whom were performed reconstructive techniques of operation in the aortic position. Etiology of aortic pathologies was of rheumatic (147 cases), degenerative diseases (28), infective endocarditis (6), congenital (4) and trauma (2). In most of cases there was settled by ECO-cardiography a complex mechanism of aortic insufficiency. The differentiation of surgical repair techniques depending upon the predominant type of lesion. Thus, in the type I lesion various annuloplasty techniques were performed; in type II – tissues redundancy and cusps' prolapse was corrected through cusp plication, triangular resection and free margin resuspension; type III was managed by commissurotomy, parietal resection of cusps. Results: Postoperative mortality comprised 5% (7 patients). The transvalvular gradient decreasing in all the cases (from $36,3 \pm 12,8$, till $13,3 \pm 3,7$ mm.hg), also significantly decreased the degree of aortic insufficiency after reconstructive correction (from $2,62 \pm 0,36$, to $1,23 \pm 0,26$). A minimal residual regurgitation was registered in 44 (23,8%) patients. A follow up study was managed at 5 to 10 years postoperatively; recurrence of pathologies was detected in 19 (10.6%) cases. Eight (4.4%) patients required reoperations. Survival was $81.6 \pm 4.8\%$ at 10 years after aortic valve reconstruction, much higher compared to patients who underwent its prosthesis. Conclusions: There is a series of mandatory conditions in carrying out these operations: - presence of an acceptable anatomy for applying reconstructive procedures; - knowledge of developmental mechanism of valvular