

Ионов Н.А.

**АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАССЛОЕНИЯ ГРУДНОЙ ЧАСТИ АОРТЫ:
ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПЕРВИЧНОЙ ФЕНЕСТРАЦИИ, СВЯЗЬ С ВЫПОЛНЕННОЙ
КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИЕЙ**

Научный руководитель: д-р мед. наук, доц. Шумовец В.В.

*Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

Актуальность. Расслоение аорты остается одним из наиболее угрожающих жизни состояний в сердечно-сосудистой хирургии. Выбор оперативной тактики напрямую зависит от типа расслоения, однако корреляция между классификациями Стэнфорда (тип А и В) и ДеБейки (типы 1, 2, 3) и конкретными видами оперативных вмешательств в клинической практике изучена недостаточно. Понимание этой связи необходимо для определения подходов и прогнозирования объема операции.

Цель: изучить анатомические особенности острого расслоения грудной аорты (локализацию первичной фенестрации, особенности распространения расслоения) и их влияние на выбор объема кардиохирургической операции.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 100 кардиохирургических операций по поводу расслоения грудной части аорты (2017–2025 гг.) Возраст пациентов: 30–82 года (средний 56,4 года). Мужчины – 79%, женщины – 21%.

Результаты и их обсуждение. Результаты исследования необходимо разбить на несколько групп. Тип расслоения по классификации ДеБейки: тип I – (82%), тип II – (17%) Тип III – (1%). По Стендфордской классификации: тип А – (97%), тип В – (3%). Характер расслоения: острое – (56%), подострое – (28%), хроническое – (16%). Локализация первичной фенестрации: проксимальная треть восходящей аорты – (61%), дистальная треть восходящей аорты – (21%), область дуги аорты – (18%). Процент распространения на коронарные артерии составил 38%. Процент распространения расслоения на брахиоцефальные артерии равняется 20%. Контур расслоения в восходящем отделе: по внутреннему контуру – 28%, по наружному контуру – 24%, по переднему контуру – 18%, циркулярно – 16%, полуциркулярно – 12%, по заднему контуру – 2%. Проведенные операции на проксимальном сегменте: линейное супракоронарное протезирование – 52%, клапан-содержащий конduit – 26%, реимплантация аортального клапана по Дэвиду – 18%, раздельное протезирование коронарных артерий и супракоронарное протезирование – 4%. Выполненные операции на дистальном сегменте: анастомоз по типу "hemiarch" – 38%, анастомоз на уровне дистальной части восходящей аорты – 32%, протезирование дуги аорты – 16%, «frozen elephant trunk» – 12%, операция Борста в 2% случаев.

Выводы. Выявлено преобладание проксимальной локализации расслоения: в 61 % случаев первичная фенестрация локализуется в проксимальной трети восходящей аорты, что обуславливает необходимость вмешательств на зоне корня аорты. Обнаружена связь локализации с объемом операции: проксимальная фенестрация чаще требует операций с применением клапан-содержащего кондуита или реимплантации аортального клапана. Фенестрация на дистальном сегменте ассоциируется с расширенными вмешательствами на дуге аорты (анастомоз по типу «hemiarch», имплантация грудного стент-графта по типу «frozen elephant trunk»). В 38% случаев расслоение распространяется на устья коронарных артерий, что при данной патологии требует вмешательства на коронарных артериях и специальных техник реваскуляризации. При локализации фенестрации в дистальной трети восходящей аорты преимущественно выполняется анастомоз по типу «hemiarch» (38 % всех операций).