

#633

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИЙ АКШ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ В КОНТЕКСТЕ ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО РИСКА

Щапилов И. М., Ярбеков Р. Р., Омонов С. Х., Вахидов Т. З., Исмаилов А. А.

Республиканский Специализированный
Центр Кардиологии (Ташкент, Узбекистан)

Одной из актуальных проблем современной кардиохирургии является безопасность выполнения операций аорто-коронарного шунтирования на работающем сердце (по технологии OPCAB) у больных высокого риска. Общеизвестно, что выполнение реваскуляризации миокарда традиционным методом с использованием искусственного кровообращения (ИК) сопровождается высокими показателями осложнений и летальности. В связи с этим, исследование влияния технологии OPCAB на процедуру реваскуляризации миокарда у больных высокого риска имеет высокую научно-практическую ценность.

Цель: Провести сравнительную характеристику результатов реваскуляризации миокарда по технологии OPCAB у больных высокого и низкого хирургических рисков. **Материал и методы:** Был проведен сравнительный анализ результатов хирургического лечения 250 больных ИБС, которым была выполнена реваскуляризация миокарда на работающем сердце без ИК. Критерием включения в группу высокого риска служил EuroScore \geq 5. На основе этих критериев все больные были разделены на две группы – I группа – 94 (37,6%) больных группы высокого хирургического риска, и II группа – 156 (62,4%) больных низкого риска. В I группе было больше пациентов женского пола (26,6% против 10,2%), возрастных пациентов (средний возраст 64,4 года против 56,9 лет), с ОКС (30,8% против 6,4%), лиц с ФВ ЛЖ менее 45% (35,1% против 9,0%), средний возраст. Риск оперативного вмешательства по EuroScore составил в I группе 7,93 \pm 5,0% (6,85 \pm 1,5 баллов), а во II группе – 1,78 \pm 0,7% (2,04 \pm 1,3 баллов), разница была статистически достоверной (p<0,001). **Результаты и обсуждение.** Продолжительность операции в обеих группах составила 268 \pm 55,4 и 252 \pm 51,6 мин соответственно. В I группе среднее число дистальных анастомозов составило 2,94 \pm 0,7 на пациента (2-6 анастомозов), а во время как во II группе – 3,01 \pm 0,8 (1-5 анастомозов). У пациентов I группы достоверно больше была необходимость в интубирующей поддержке в послеоперационном периоде (50% против 24,1%), время вентиляции (7,44 \pm 4,9 ч против 5,0 \pm 1,8 ч), нахождения в отделении реанимации (50 \pm 25,7 ч против 49,3 \pm 15,4 ч), продолжительность госпитального периода после операции (7,0 дней против 6,0 дней). Частота нефатальных осложнений в обеих группах составила 15,9% против 7,7% во II группе (p=0,113). Летальность в I группе составила 1,2% (один пациент) при ожидаемом по EuroScore 7,93%, и во II группе – 0,8% (один пациент) при ожидаемом на EuroScore 1,78%. Статистически достоверной разницы по показателю летальности в группах не было (p=0,198). **Вывод:** Реваскуляризация миокарда на работающем сердце без ИК у больных высокого хирургического риска является безопасным методом в плане осложнений и летальности. Результаты ее не отличаются существенно от таковых после реваскуляризации миокарда у больных низкого риска.

#657

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ

Сырова И. Д., Портнов Ю. М., Малеева О. В., Семенов С. Е., Трубинкова О. А., Барбараш О. Л.

ФГБУ НИИ КПСС СО РАМН (Кемерово, Россия)

Цель: Оценка неврологического статуса, морфологического состояния вещества мозга и показателей церебральной гемодинамики у пациентов на дооперационном этапе и за пятилетний период наблюдения.

Методы: В исследовании приняли участие 14 пациентов мужского пола, средний возраст которых составил 55,9 \pm 5,5 лет. Все они за 3-5 дней до и через пять лет после операции были осмотрены неврологом и обследованы на мультиспиральную компьютерную томографию («Somatom Sensation 64 Siemens» (Япония). На нативной мультиспиральной компьютерной томографии (МКТ) головного мозга измеряли мультиконтрастный индекс (КВИ), ширину III желудочка, регистрировалось наличие лейкоарахноидоза, кист, участков глиоза. На перфузионной компьютерной томографии (ПКТ) с внутривенным болюсным введением рентгеноконтрастного препарата оценивалась церебральная перфузия в бассейнах ПМА и ЗМА, лобной и височной извилинах, заднем стыке, лентикюлярных ядрах, островке и таламусе. Определялся церебральный кровоток (СВГ, мл/100г/мин), церебральный объем крови (СВУ, мл/100г) и время до достижения максимальной концентрации контрастного вещества в выбранном участке мозга от момента его поступления в кубитальную вену (ТТР). Статистическую обработку проводили с применением программы «Statistica 10.0» статистически значимыми считались значения p < 0,05.

Результаты: В неврологическом статусе до операции были выделены следующие синдромы: астенический у 2 (14,3%), вегетативной дисфункции у 5 (35,7%), вестибулопатии у 7 (50,0%) и вестибуло-атаксий у 4 (28,6%) пациентов. На МКТ головного мозга исходно ширина III желудочка составила 6,8 \pm 1,4 мм, КВИ = 4,3 \pm 1,6, лейкоарахноидоз определялся у 4 (28,6%) пациентов, кисты обнаружены у 2 (14,3%) больных. На ПКТ выявлено снижение перфузии в лобных долях, в области стыка теменной, височной и затылочной долей, ТТР в таламусах составил слева 9,2 \pm 1,6 справа 9,3 \pm 1,5с. В отдаленном послеоперационном периоде выявлено усугубление неврологической симптоматики. Астенический синдром диагностирован у 8 (57,1%) вегетативная дисфункция у 9 (64,3%), вестибулопатия у 9 (64,3%), вестибуло-атаксий у 4 (28,6%), моторная афазия у 1 (7,1%), гемипарез у 1 (7,1%) пациента. На МКТ кист обнаружены у 6 (42,9%) пациентов, лейкоарахноидоз у 8 (57,1%) больных. Это свидетельствует о хроническом ишемическом повреждении вещества головного мозга. Выявлено значимое расширение полостной системы мозга в виде уменьшения КВИ 3,6 \pm 0,5 (p=0,013) и расширения III желудочка до 8,5 \pm 2,5 мм (p=0,004), а также достоверное увеличение показателя ТТР в таламусах с двух сторон: слева 11,5 \pm 2,0 (p=0,015) и справа 11,5 \pm 2,0 (p=0,028). **Выводы:** Результаты проведенного исследования выявили усугубление морфофункционального состояния головного мозга и усугубление неврологической симптоматики, что, предположительно является следствием перенесенной глобальной ишемии мозга во время операции и в последующем прогрессировании атеросклеротического процесса.

#668

ПРИМЕНЕНИЕ ЧРЕСПИЩЕВОДНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ АРТЕРИАЛЬНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Чернявин М. П., Гудымович В. Г.

ФГБУ НМХЦ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Москва, Россия)

Актуальность: у пациентов после операции на коронарных артериях в раннем послеоперационном периоде в 30 % случаев регистрируется нарушение ритма по типу фибрилляции предсердий. Эта одна из самых частых аритмий, которая может приводить не только к изменению гемодинамики, но и артериальным тромбозам. По данным литературы в 90 % случаев основным источником кардиогенных тромбозов является ушко левого предсердия. С целью предупреждения риска развития такого грозного осложнения, как острое нарушение мозгового кровообращения в целях диагностики активно используются ультразвуковые методики визуализации сердца.

Цель работы: определить ультразвуковые показатели, влияющие на формирование тромбоза в ушке левого предсердия при помощи интраоперационной чреспищеводной эхокардиографии у пациентов с ишемической болезнью сердца и фибрилляцией предсердий.

Материалы и методы: в исследование были включены 154 пациента, которым была выполнена операция аорто-коронарного шунтирования (АКШ) в Пироговском Центре в период с января 2014 года по декабрь 2016 года. Пациентов распределили на 2 группы: группа А (n=80), в которой выполнялась перевязка ушка левого предсердия (УЛП); группа Б (n=74), в которой редукция УЛП не осуществлялась.

Результаты: АКШ выполняли по стандартной методике. Перевязку УЛП осуществляли на завершающем этапе операции после создания анастомозов и восстановления кровотока по ним после отключения аппарата искусственного кровообращения. Критерием эффективности изоляции УЛП являлось отсутствие кровотока в нем по данным чреспищеводной эхокардиографии (ЧПЭХО-КГ). При исследовании УЛП в группе А его тромбоз был выявлен у 5 (6,25 %) пациентов, в группе Б – у 7 (9,4 %) больных. Пациентам, у которых выявлено наличие тромба в полости УЛП, выполняли его удаление интраоперационно. Для этого после подключения аппарата искусственного кровообращения выполняли доступ к левому предсердию (ЛП) через межпредсердную перегородку, затем тромбэкстракцию. После тромбэкстракции в группе А УЛП перевязывалось. При восстановлении сердечной деятельности осуществляли контрольную ЧПЭХО-КГ, целями которой были кроме выявления остаточных тромботических масс, полноты перевязки УЛП, также качество выполнения профилактики интраоперационной воздушной эмболии. В группе А после перевязки УЛП по данным ЧПЭХО-КГ не было зарегистрировано ни одного случая остаточного кровотока. Ориентируясь на данные контрольной ЧПЭХО-КГ выявили следующие: размер ЛП в группе А - 4,7 \pm 0,7 см, в группе Б - 5,1 \pm 0,3 см; скорость кровотока в УЛП в группе А составила 0,25 \pm 0,1 м/с, в группе Б - 0,23 \pm 0,3 м/с.

Выводы: увеличение диаметра левого предсердия более 4,6 см и снижение скорости кровотока в его ушке менее 0,30 м/с по данным чреспищеводной эхокардиографии повышают вероятность развития тромбоза ушка левого предсердия (p < 0,05).

#712

ВЛИЯНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ СЕКВЕНЦИАЛЬНЫХ И КОМПОЗИТНЫХ ШУНТОВ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИЙ АКШ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ

Щапилов И. М., Ярбеков Р. Р., Омонов С. Х., Вахидов Т. З., Исмаилов А. А., Рахматуллаев А. К.

Республиканский Специализированный
Центр Кардиологии (Ташкент, Узбекистан)

Одной из тенденций выполнения операций АКШ на работающем сердце является минимизация манипуляций на восходящей аорте (aorta-no-touch техника). Компонентами этой техники является использование секвенциальных и композитных шунтов («Т», «У»-графты и др.). Однако, в современной литературе мало публикуются посвященные влиянию данной техники на результаты операций. В связи с этим исследование влияния техники секвенциальных и композитных шунтов на результаты реваскуляризации миокарда на работающем сердце представляется нам актуальной задачей.

Цель: Провести сравнительную характеристику результатов реваскуляризации миокарда по технологии OPCAB с техникой секвенциального и композитного шунтирования и операций по стандартной методике.

Материал и методы: Был проведен сравнительный анализ результатов хирургического лечения 250 больных ИБС, которым была выполнена реваскуляризация миокарда на работающем сердце без ИК. Все больные были разделены на две группы – I группа – 65 (22,0%) больных, у которых была использована секвенциальная композитная техника, и II группа – 185 (78,0%) больных, у которых была использована стандартная хирургическая техника. Обе группы были сопоставимы по полу, возрасту, клинико-функциональным параметрам. Средний возраст составил 59,11 \pm 7,7 лет в I группе и 59,95 \pm 7,6 лет во II группе. В I группе было незначительно больше пациентов мужского пола – 92,7% против 81,0% (p=0,139). Средняя фракция выброса составила 55,1% и 54,5% соответственно в I и II группах. Риск оперативного вмешательства по EuroScore составил в I группе 3,95 \pm 4,3% (3,54 \pm 2,7 баллов), в II группе – 4,16 \pm 4,3% (3,87 \pm 2,6 баллов), разница была статистически недостоверной (p=0,824).

Результаты и обсуждение. Продолжительность операции в обеих группах составила 303,4 \pm 40,1 и 246,9 \pm 53,2 мин соответственно (p<0,001). В I группе среднее число дистальных анастомозов составило 3,68 \pm 0,6 на пациента (3-6 анастомозов), а во II группе – 2,78 \pm 0,7 (1-4 анастомозов) (p<0,001). Респираторная поддержка проводилась в течение 7,0 \pm 5,6 часов в I группе и 2,5% пациентов II группы и в 35,7% пациентов II группы. Интубирующая поддержка была необходима у 25% пациентов I группы и у 35,7% пациентов II группы (p=0,471). У пациентов I группы значительно чаще встречались фибрилляции предсердий – 10,9% против 4,1% во II группе (p=0,05). Летальность в I группе составила 1,8% (один пациент) при ожидаемом по EuroScore 3,95%, и во II группе – 1,0% (два пациента) при ожидаемом по EuroScore 4,16%. Статистически достоверной разницы по показателю летальности в группах не было (p=0,198).

Вывод: Применение техники секвенциального и композитного шунтирования при операциях АКШ на работающем сердце не сопровождается достоверными осложнениями и летальности и может использоваться безопасно в кардиохирургической практике.