

необходимо создать регистр доноров органов), разрешение детского донорства с согласия родителей (законных представителей) в медицинской организации в случае смерти мозга ребенка-донора.

122 АНГИОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ МИКСОМ СЕРДЦА

Семитко С.П., Ковальчук И.А., Азаров А.В., Асадов Ш.А., Панков А.Н., Чернышева И.Е., Иоселиани Д.Г.
Научно-практический центр интервенционной кардиологии ФГАУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва

Введение. Основными методами диагностики, позволяющими определить локализацию, размер, вовлеченность структур сердца и спланировать тактику хирургического лечения, являются эхокардиография (ЭХОКГ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) сердца. Селективная коронарография (КАГ), которая выполняется для исключения сопутствующего коронарного атеросклероза, может способствовать пониманию характера кровоснабжения миксом сердца.

Цель: Провести рентген-ангиографическую оценку кровоснабжения миксом сердца.

Материалы и методы. С 2010 года в учреждении хирургическое вмешательство удаления миксомы левого предсердия (М ЛП) выполнено 14 пациентам. Средний возраст составил $56,6 \pm 8,0$ лет. По данным ЭХО КГ размеры миксом колебались от 10 до 46 мм в ширину и от 15 до 71 мм в длину (ср. размер $25,6 \times 39,1$ мм). В 71,4% случаях миксомы произрастали из фиброзной части межпредсердной перегородки (в области овальной ямки). В 5 (35,7%) случаях отмечалось пролабирование опухоли в левый желудочек через митральный клапан. С целью исключения коронарной патологии в 6 случаях проводилась КАГ, в остальных — компьютерная томография.

Результаты. Во всех случаях в кровоснабжении М ЛП участвовала синусная ветвь, отходящая от проксимального сегмента (3 случая) или от заднебоковой ветви (ЗБВ) (2 случая) правой коронарной артерии (ПКА) при правом типе коронарного кровоснабжения (КК); в одном случае — от ЗБВ левой коронарной артерии (ЛКА) — при левом типе КК. Во всех случаях синусовая ветвь образовывала две ветви: собственно ветвь синусного узла и левопредсердную ветвь. Именно левопредсердная ветвь во всех случаях участвовала в кровоснабжении М ЛП. Анализ ангиограмм в терминальном отделе формировала патологическую сосудистую сеть в проекции ЛП, накапливая рентген-контрастное вещество (РКВ) в капиллярную фазу (МВГ 3-4) и образуя лакуны, размер которых варьировал от 2 до 8 мм по длинной оси. В 4-х случаях гиперваскулярные области с участками лакунарного накопления РКВ имели признаки парадоксальной подвижности и ускоренного наступления венозной фазы, в двух случаях ускоренное наступление венозной фазы имело признаки артерио-венозного сброса. В 2-х случаях (когда размер миксом не превышал 15 мм) ангиографические признаки кровоснабжения М ЛП не были столь убедительными: лакунарного накопления РКВ не отмечалось, при этом определялись небольшие (до 10 мм) гиперваскулярные участки, капиллярная сеть которых выделялась на общем фоне равномерного контрастного пропитывания (МВГ 0-1) и соответствовала МВГ 3-4 градации.

Выводы. Вышеперечисленные ангиографические признаки характерные для миксом сердца, заслуживают внимания как специалистов в области рентгенэндоваскулярной диагностики и лечения, так и кардиохирургов. Характерные особенности кровоснабжения миксом должны

надлежащим образом описываться в протоколах инвазивных рентген-контрастных исследований.

123 ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ПЛЕВРАЛЬНОГО ЭКССУДАТА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЛАНОВОЕ АОРТОКОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ

Скрипкина Н.В., Урванцева И.А., Астраханцева И.Д.
Бюджетное учреждение ХМАО-Югры «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», Сургут

Введение. Выполнение в современных условиях операции аортокоронарного шунтирования (КШ) по-прежнему связано с наличием клинических осложнений и частой госпитальной летальностью. Одним из наиболее частых госпитальных осложнений в раннем послеоперационном периоде у данной категории кардиохирургических больных является образование и накопление клинически значимых объемов экссудата в плевральных полостях (500 мл и более).

Цель. Изучить течение раннего послеоперационного периода у пациентов после плановой операции аортокоронарного шунтирования и выявить факторы риска формирования плеврального экссудата.

Материалы и методы. За период с января по июнь 2019 года было ретроспективно проанализировано 60 клинических случаев пациентов, которые проходили стационарное лечение в кардиохирургическом отделении №1 БУ ХМАО-Югры «ОКД «ЦД и ССХ» г. Сургута с целью выполнения планового КШ. Все исследуемые пациенты мужского пола, имеющие в анамнезе различную коморбидную патологию: гипертоническая болезнь (82,4%), (85,6%), атеросклероз брахиоцефальных сосудов (82,4%), нарушения ритма сердца по типу постоянной формы фибрилляции предсердий (15,5%), сахарный диабет в стадии компенсации со средним уровнем гликогемоглобина более 7,5% (10,3%), ожирение 1-3 степени по ВОЗ (33,3%). Продолжительность госпитализации данной категории пациентов составила в среднем $10,6 \pm 3,4$ суток. Оценку продолжительности госпитализации в зависимости от развития плеврального экссудата проводили с использованием t-теста Стьюдента при нормальном распределении данных. Проведен анализ логистической регрессии с пошаговым расчетом отношения шансов (ОШ) и доверительных интервалов (ДИ) в системе STATISTICA 10.0 (StatSoft).

Результаты. При оценке частоты клинических осложнений установлено, что в раннем послеоперационном периоде наджелудочковые нарушения ритма сердца имели место в 45,2% случаев, развитие постпункционного пневмоторакса — в 10,1%, субфебрильной температуры, потребовавшей назначения антибактериальной терапии — 29,9%, лимфостаз нижних конечностей в месте забора аутовенозного трансплантата — 5,4%. По данным регрессионного анализа выявлено, что риск развития гемодинамически значимого плеврального экссудата у постоперационных пациентов при нарушениях ритма сердца возрастал в 2,9 раза [2,1-3,4], постпункционного пневмоторакса — в 3,4 раза [2,7-4,6], субфебрильной температуры, потребовавшей назначения антибактериальной терапии — в 9,7 раза [7,1-10,8], все $p < 0,05$. Длительность госпитализации у пациентов, не продемонстрировавших в раннем послеоперационном периоде развитие значимого экссудата, составила $8,2 \pm 1,4$ суток, что было значительно меньше, чем у пациентов с формированием плеврального выпота — $11,5 \pm 2,1$ суток ($p < 0,05$).

Выводы. Изучены особенности клинических осложнений в раннем послеоперационном периоде после КШ, установлены факторы риска развития гемодинамически

значимого плеврального экссудата, повлиявшего на увеличение продолжительности стационарного лечения у данной категории больных.

124 ПРЕВЕНТИВНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ НИКОРАНДИЛА ПЕРЕД ПЛАНОВЫМ ЧРЕСКОЖНЫМ КОРОНАРНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ СНИЖАЕТ РИСК ПЕРИПРОЦЕДУРНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Соболева Г.Н., Гостищев Р.В., Рогоза А.Н., Коткина Т.И., Самко А.Н., Карпов Ю.А.
ФГБУ «НМИЦ кардиологии» Минздрава России, Москва

Цель. В связи с неблагоприятным влиянием повышения маркеров некроза кардиомиоцитов после чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) на отдаленный прогноз у больных острым коронарным синдромом и хронической ишемической болезнью сердца (ХИБС) мы изучили влияние превентивного назначения пероральной формы никорандила перед плановым ЧКВ на снижение риска развития инфаркта миокарда (ИМ) 4а типа.

Материалы и методы. В исследование включено 182 пациента с ХИБС, которые рандомизированы в группу лечения никорандилом, назначенного дополнительно к стандартной антиангинальной терапии ($n=90$) и группу контроля, стандартного лечения ($n=92$). Никорандил назначался за 2 суток до ЧКВ в дозе 30 мг/сут, в день ЧКВ за 2 часа до операции 20 мг внутрь, 10 мг через 6–12 часов после ЧКВ, в последующем — 30 мг/сут в течение 30 дней. Анализ выживаемости высокого тропина I (вч-Тр) проводился до ЧКВ и спустя 24, 72 часа после процедуры, диагноз ИМ 4а типа выставляли в соответствии с 4-м универсальным определением ИМ.

Результаты. Показатель вч-Тр через 24 часа превысил 99 перцентиль от верхней границы нормы (ВГН) у 146 (из 182) пациентов (т.е. у 80%). Назначение никорандила превентивно перед ЧКВ по вышеописанной схеме привело к достоверному снижению частоты ИМ 4а типа (рис).

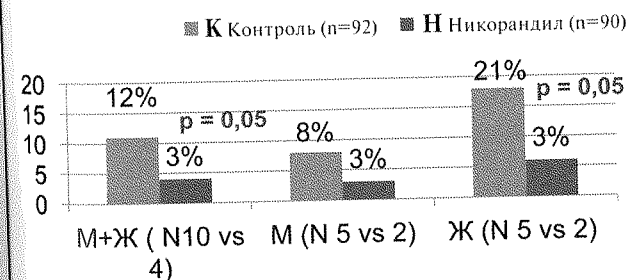


Рисунок. Частота возникновения ИМ 4а типа в группе К (контроль) и Н (никорандил).

Выводы. Превентивное назначение пероральной формы никорандила перед плановым ЧКВ достоверно снижает частоту возникновения ИМ 4а типа.

125 ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ШУНТИРОВАНИЯ АУТОВЕНОЗНЫХ ШУНТОВ И ФАКТОРЫ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ

Фоменко В.В., Асадов Д.А., Азаров А.В., Семитко С.П., Иоселиани Д.Г.
Научно-практический центр интервенционной кардиологии ФГАУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва

Кардиологический вестник. Специальный выпуск, 2020

Введение. Стентирование коронарных артерий и коронарных шунтов является на сегодняшний день методом выбора лечения при стенозирующе-окклюзирующих поражениях. Однако отдаленные результаты стентирования коронарных шунтов уступают результатам стентирования нативных коронарных артерий. По мнению ряда авторов, рестеноз стентов в шунтах через год достигает 20-25%, высока и частота их окклюзий — до 10%. Причины неудовлетворительных результатов стентирования шунтов изучены недостаточно.

Цель. Изучить отдаленные результаты стентирования аутовенозных коронарных шунтов и факторы риска неблагоприятных исходов.

Материалы и методы. В исследование включено 78 пациентов, у которых в разные сроки после операции прямой реваскуляризации миокарда было изучено состояние 107 стентированных сегментов 81 аутовенозного коронарного шунта. В 51 (47,7%) случае это были стенты с лекарственным покрытием, в 56 (52,3%) — голометаллические стенты. Диаметр стентов в среднем $3,0 \pm 0,5$ мм, длина — $19,7 \pm 3,3$ мм. В 72,3% случаев стентирование выполнялось в связи со стенозом шунтов, а в 27,7% случаев после реканализации окклюзированных шунтов. Отдаленные результаты, включая коронаро- и шунтографию, изучались в среднем через $14,6 \pm 1,1$ мес.

Результаты. Удовлетворительный результат стентирования наблюдали у 46 (60,5%), в 11 (13,6%) случаях наблюдали развитие in-stent стеноза, в 21 (25,9%) — окклюзию шунта. При голометаллических стентах частота развития in-stent стеноза составила 28,5%, окклюзии — 42,8%. При использовании стентов с лекарственным покрытием, частота in-stent стеноза составила 11,7%, окклюзии — 21,6%. Основными причинами неблагоприятного исхода стентирования были: имплантация голометаллического стента; длина стента более 18 мм; стентирование, выполненное после реканализации окклюзированных шунтов; устьеовое и проксимальное расположение стентов в шунтах.

Выводы. При стентировании коронарных шунтов наблюдаются менее удовлетворительные результаты нежели при стентировании нативных коронарных артерий. С целью улучшения результатов следует использовать стенты с лекарственным покрытием.

126 ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЯ ИЗ ВЕНЕЧНОГО СИНУСА — УНИФИЦИРОВАННЫЙ МЕТОД МОНИТОРИНГА ИШЕМИИ ПРИ КОРОНАРНЫХ ИНТЕРВЕНЦИЯХ

Шевченко Ю.Л., Ермаков Д.Ю., Масленников М.А., Герасченко А.В., Вахрамеева А.Ю.
ФГБУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва

Введение. Интраоперационный анализ ишемии миокарда (ИшМ) у больных ИБС при коронарных интервенциях — актуальная проблема для эндоваскулярных хирургов. В условиях рентгеноперационной точность стандартной ЭКГ (стЭКГ) лимитирована. Решением проблемы представляется применение ЭКГ из венечного синуса (ЭКГ-ВС) в рентгенхирургической практике.

Цель. Анализ возможностей ЭКГ-ВС в отношении оценки топик и степени ишемии миокарда.

Материалы и методы. В исследование вошел 61 больной стабильной ИБС, которым было выполнено плановое коронарное стентирование (КС). Критериями включения являлись: стабильная стенокардия напряжения, однососудистое поражение коронарных артерий (КА). Пациенты были разделены на три группы: I группу составили 25 (41%) больных со стенозом передней нисходящей артерии (ПНА), II группу — 18 (29,5%) пациентов