#47

ХАРАКТЕР ИЗМЕНЕНИЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ИБС В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

Шамаев А. А.[1], Вицилапов А. С.[2], Квасникова И. П.[1], Орлов И. Н.[1], Вицилапов С. А.[1]

[1]ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России;
[2]ГОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ (Москва, Россия)

Ишемическая митральная регургитация является одним из важных факторов операционного риска у больных ИБС. Наличие III-IV степени регургитации - бесспорное показание к сочетанной операции коронарного шунтирования с платикой митрального клапана. В то же время, хирургическая тактика у больных с умеренной степенью регургитации изучена недостаточно, а полученные результаты крайне противоречивы.
Цель исследования. Оценка характера изменений ишемической митральной регургитации в отдаленные сроки после оперативного лечения.
Материал и методы исследования. Отдаленные результаты хирургического лечения изучены у 93 пациентов с умеренной ишемической митральной регургитацией в сроки от 1 до 7 лет (в среднем 4,4±3,2 года) в двух группах больных. Первая группа - 42 пациента, перенесших операцию изолированного коронарного шунтирования. Вторая группа - 51 больной, которым выполнена сочетанная операция коронарного шунтирования с реконструкцией левого желудочка. Все операции произведены в условиях искусственного кровообращения и кардиоплегии раствором кустодиола.
Результаты. У 33 (35,5%) больных в отдаленные сроки после операции выявлено прогрессирование ишемической митральной регургитации до значительных величин (III-IV степени). Прогрессирование регургитации диагностировано у 53,1% от числа больных первой группы (изолированного коронарного шунтирования) и у 21,2% второй группы (сочетанной операции коронарного шунтирования с реконструкцией аневризмы левого желудочка). Основными факторами риска прогрессирования ишемической митральной регургитации в отдаленном периоде были: индекс сферичности левого желудочка более 0,65, диаметр фиброзного кольца митрального клапана более 3,2 см, индекс средней величины конечно-диастолического объема левого желудочка более 64 мл/м2, а также невозможность шунтирования правой коронарной артерии.
Заключение. Полученные результаты показали целесообразность выполнения сочетанной операции коронарного шунтирования с пластикой митрального клапана у ряда больных с умеренной ишемической митральной регургитацией при наличии вышеназванных факторов риска.

#109

ФАКТОРЫ РИСКА ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST, ПЕРЕНЕСШИХ УРГЕНТНОЕ КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ ПРИ НЕВЫПОЛНИМЫХ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Лузин В. Г., Урванцева И. А., Воробьев А. С., Петренко И. В., Шамрин Ю. Н., Ромашкин В. В.

БУ ХМАО-Югры ОКД Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии (Сургут, Россия)

Цель работы: установить факторы риска госпитальной летальности у больных острым инфарктом миокарда (ОИМ), перенесших ургентное коронарное шунтирование (КШ) при невыполнимых чрескожных коронарных вмешательствах.
Материалы и методы. В Окружном кардиологическом диспансере «Центре диагностики и сердечно-сосудистой хирургии» г. Сургута за период 2011-2016 годов выполнено 58 операций КШ, у пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST на кардиограмме (ОКСпST). Средний возраст больных составил 57,4 ± 8,2 лет, мужчин 35, женщин 23. При поступлении всем пациентам проводился анализ данных анамнеза, клинический осмотр, клинико-лабораторные тесты, эхокардиография, коронароангиография. Показанием для операции КШ пациенту с ОКСпST являлась невозможность выполнения эндоваскулярных процедур ввиду тяжести и особенностей поражения коронарного русла и ангинозные боли за грудиной, некупируемые нархотическими анальгетиками. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием программного пакета STATISTICA 10 (StatSoft Inc., США). Для установления связи между фактом смерти больных на госпитальном этапе и изучаемыми признаками нами проведен анализ таблиц сопряжения с критерием хи-квадрат (χ2) Пирсона. Установление факторов риска госпитальной летальности и измерение их влияния на смерть пациентов проводилась с помощью анализа многофакторной логистической регрессии с пошаговым регрессионным подходом и подсчетом значений отношения шансов (ОШ), их 95 % - доверительных интервалов (95% - ДИ). Достоверность различий устанавливали при p < 0,05.
Результаты и их обсуждение. Госпитальная летальность в нашей серии наблюдений составила 20,0%, умерло 11 пациентов. Причиной смерти во всех случаях была острая левожелудочковая дисфункция. Госпитальная летальность значимо не зависела от пола больных (χ2 = 1,4, p > 0,05). Результаты анализа многофакторной логистической регрессии представили возраст больных ≥ 65 лет как фактор, увеличивающий риск летальных исходов в 2,3 раза (p = 0,04); проживание в условиях Севера более 15 лет в 1,8 раз (p = 0,04) наличие СД 2 типа – в 3,8 раза (p = 0,01); наличие систолической дисфункции ЛЖ – в 4,8 раза (p = 0,02); ИМ передней локализации – в 2,5 (p = 0,03); ИМ, перенесенный повторно – в 3,1 (p = 0,04); наличие III и IV классов Killip – в 4,3 (p = 0,03), повышенные плазменные уровни высокочувствительного тропонина T и NT-proBNP в 2,5 раза (p = 0,02).
Выводы. Таким образом, достоверными факторами риска госпитальной летальности пациентов, прооперированных по поводу ОИМ с невыполнимым эндоваскулярным лечением явились: возраст больных ≥ 65 лет; проживание на Севере более 15 лет; наличие СД в сочетании с АГ; наличие СД ЛЖ; ИМ передней локализации; ИМ, перенесенный повторно; наличие III и IV классов Killip повышенные уровни кардиоспецифичеких маркеров (тропонин T и NT-proBNP).

#158

УСТРАНЕНИЕ СПАЗМА ЛЕВОЙ ВНУТРЕННЕЙ ГРУДНОЙ АРТЕРИИ ПРИ КОРОНАРНОМ ШУНТИРОВАНИИ

Князев Е., Хубулава Г., Кравчук В., Порембская И., Волков А., Любимов А., Сухарев А., Алексанян М.

Военно-медицинская академия (Санкт-Петербург, Россия)

Применение левой внутренней грудной артерии (ЛВГА) является «золотым стандартом» выполнения коронарного шунтирования (КШ) в мировой практике и применяется в более чем 95% пациентов. Выделение ЛВГА является важным этапом КШ. При её выделении с помощью электрокаутера методом «скелетирования» создаются условия для развития спазма данной артерии.
Цель исследования. С целью устранения спазма ЛВГА предложена и получен патент на методику устранения спазма артерии перед её применением в качестве шунта.
Материалы и методы. В период с июня 2014 года по июнь 2017 г. в клинике 239 пациентам во время выполнения коронарного шунтирования (КШ) после выделения ЛВГА последняя обрабатывались предлагаемым раствором по предложенной методике. Время экспозиции составляло в среднем 23 мин. Перед формированием дистального анастомоза оценивался кровоток по ВГА. В случае минимального кровотока из ВГА выполнялось её механическое бужирование с помощью коронарного бужа диаметром до 1,0-2,0 мм.
Результаты: с целью сравнения полученных результатов определена группа пациентов из 63 человек, ранее перенесших КШ до применения предлагаемой методики. Механическое бужирование ЛВГА в этой группе пациентов приходилось применять у 23,8% пациентов. После начала применения методики устранения спазма - 4% пациентов. Объёмная скорость кровотока по артериальному шунту после выделения до устранения спазма составляла в среднем 15,3 мл/мин, а после обработки раствором – 32 мл/мин.
Выводы: Применение предлагаемой методики устранения спазма ЛВГА позволяет значимо увеличить объёмный кровоток по шунту и снизить частоту механического бужирования, что может повысить долгосрочную проходимость шунта.

#160

ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА, ПОДВЕРГАЮЩИХСЯ КОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ

Безденежных Н. А., Сумин А. Н., Безденежных А. В., Осокина А. В., Груздева О. В., Кузьмина А. А., Барабараш О. Л.

НИИ КПССЗ (Кемерово, Россия)

Цель: изучение предоперационного статуса перед коронарным шунтированием (КШ) у лиц с впервые выявленным сахарным диабетом (СД) 2-го типа в сравнении с пациентами с установленным ранее СД и нормогликемией.
Материалы и методы. Включены 708 последовательных пациента, подвергшихся КШ в 2011-2012 году в НИИ КПССЗ. При отсутствии ранее установленного СД пациентам проводился пероральный глюкозотолерантный тест (ПГТТ). Его результаты интерпретировались в соответствии с рекомендованными диагностическими критериями СД и других нарушений гликемии. Проведение скрининга перед коронарным шунтированием позволило дополнительно выявить сахарный диабет 2-го типа у 8,9% (n=63) обследованных пациентов, предиабет - у 10,4% (n=74). Это увеличило число пациентов с установленным сахарным диабетом с 15,2% (n=108) до 24,1% (n=171), число лиц с предиабетом с 3,0% (n=21) до 13,4% (n=95), общее число лиц с любыми установленными нарушениями углеводного обмена с 18,2% (n=129) до 37,5% (n=266). Для дальнейшего анализа сформирована следующая выборка, из которой исключены пациенты с предиабетом (n=95), оставшиеся 613 пациентов разделены на 3 группы по гликемическому статусу: Группа 1 - пациенты без нарушений углеводного обмена (n=442), Группа 2 – пациенты с впервые выявленным СД 2 (n=63), Группа 3 – пациенты с установленным ранее СД 2 (n=108).
Результаты. В группах впервые выявленного и установленного ранее СД 2 было значимо меньше мужчин чем в группе без НУО (p<0,001 для групп 1-3, p=0,001 1-2). При анализе предоперационных лабораторных показателей значения общего холестерина и холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) оказались самыми высокими в группе впервые выявленного диабета в сравнении с другими двумя группами (p=0,001 1-2 для 0,015 2-3 для общего холестерина, p=0,0111-2 , p=0,014 2-3 для холестерина ЛПНП). Показатели триглицеридов и фибриногена были сравнимыми в группах диабета, при этом были выше по сравнению с группой нормогликемии (p <0,001 1-2, 1-3 для глюкозы и триглицеридов, p= 0,0151-2 и p<0,001 1-3 для фибриногена). При анализе результатов эхо-кардиографии обращает на себя внимание следующее: медиана конечно-систолического объема левого желудочка в группе впервые выявленного СД была наибольшей по сравнению с другими двумя группами (пограничная значимость p=0,020 1-2 и p=0,049 2-3). В то же время фракция выброса левого желудочка была наименьшей в группе впервые выявленного СД в сравнении с двумя другими группами (p=0,012 1-2 и p=0,047 2-3).
Выводы: Предоперационный статус перед коронарным шунтированием у пациентов с впервые выявленным сахарным диабетом не более благоприятен, чем у лиц с установленным ранее СД. По показателям липидного профиля и данным эхо-кардиографии именно группа впервые выявленного диабета оказалась более неблагоприятной не только в сравнении с лицами без СД, но и в сравнении с установленным ранее сахарным диабетом.