

## НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПЕРВОГО ТИПА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПРЯМОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДИК КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Малышенко Е.С.

УРАМН НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний  
СО РАМН, Кемерово, Россия

**Цель.** Изучить влияние способа коронарного шунтирования (КШ) на развитие периоперационных неврологических нарушений I типа (инсульты, транзиторная церебральная ишемия).

**Материалы и методы.** В исследование включены 2473 пациентов, оперированных по поводу ишемической болезни сердца (ИБС) в клинике НИИ КПССЗ СО РАМН за период с 2006 по 2010 год. Больные, у которых попытка реваскуляризации на "работающем сердце" (off-pump) потребовала конверсии в искусственное кровообращение (ИК), а также пациенты оперированные в условиях вспомогательного (параллельного) ИК, были исключены из исследования. Средние показатели по шкале *EUROScore* составили: аддитивная шкала - 2.48 балла (min=0, max=11), логистический риск - 2.26% (min=0.88%, max=22.11%). В зависимости от используемой методики КШ, пациенты были разделены на две группы. I группа – пациенты оперированные в условиях ИК (n=1787, 72.26%), II группа – пациенты оперированные на "работающем сердце" (n=625, 25.27%). Средний возраст пациентов I группы составил 57.34±7.71 лет, среди них преобладали мужчины (84.95% (n=1518)), среднее значение фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ) составило 56.37±9.60%, среднее количество перенесенных инфарктов миокарда (ИМ) в анамнезе - 0.67, при этом не имели ИМ в анамнезе 939 (52.55%) пациентов. Степень коронарной недостаточности в данной группе распределилась следующим образом: стенокардия ФК II – 28.09% (n=502), ФК III – 49.92% (n=892), ФК IV – 9.01% (n=161), впервые возникшая стенокардия – 0.28% (n=5), ранняя постинфарктная стенокардия – 3.41% (n=61), стенокардия прогрессирующая – 5.20% (n=93). Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) в анамнезе имели 3.69% (n=66) пациентов, транзиторные ишемические атаки (ТИА) – 0.28% (n=5), сахарный диабет 2 типа – 11.08% (n=198), нарушение толерантности к углеводам (НТГ) – 3.58% (n=64). Индекс реваскуляризации (ИР) в I группе составил 2.08±0.68. Характеристика по *EUROScore*: аддитивная шкала 2.47 балла (min=0, max=11), логистический риск 2.23% (min=0.88%, max=22.11%).

Средний возраст пациентов II группы составил 56.83±8.17 лет, среди них, также преобладали мужчины (81.6% (n=510)). Среднее значение ФВ ЛЖ составило 57.81±9.89%, среднее количество перенесенных ИМ - 0.79 (min=0, max=5), не имели ИМ в анамнезе 38.72% (n=242) пациентов. В этой группе степень коронарной недостаточности распределялась следующим образом: стенокардия ФК II – 32.16% (n=201), ФК III – 47.68% (n=298), ФК IV – 7.36% (n=46), впервые возникшая стенокардия – 0.64% (n=4), ранняя постинфарктная стенокардия – 2.24% (n=14), стенокардия прогрессирующая – 5.28% (n=33). ОНМК в анамнезе имели 4.64% (n=29) пациентов II группы, ТИА – 0.48% (n=3), сахарный диабет 2 типа – 7.52 (n=47), НТГ – 3.04% (n=19). ИР в группе "off-pump" составил 1.78±0.76. Характеристика по *EUROScore*: аддитивная шкала 2.32 балла (min=0, max=8), логистический риск 2.19% (min=0.88%, max=12.68%).

**Результаты.** Суммарная летальность среди всех пациентов обеих групп составила 1.37% (n=34), неврологические нарушения I типа суммарно для изучаемых методик реваскуляризации - 1.2% (n=29). В I группе при летальности 1.62% (n=29) частота неврологических нарушений I типа составила 1.29% (n=23), в 21.74% (n=5) неврологические нарушения явились основной, а в 4.35% (n=1) – конкурирующей причиной смерти. Во II группе при общей летальности 0.48% (n=3), частота неврологических нарушений I типа составила 0.96% (n=6), и только в одном случае (16.67%) церебральный инсульт стал причиной смерти.

**Выводы.** Полученные в нашем исследовании различия в частоте периоперационных неврологических нарушений I типа при различных методиках реваскуляризации являются статистически незначимыми (p=0.89). Прогнозирование неблагоприятных неврологических исходов не целесообразно считать определяющим аргументом при выборе способа хирургической реваскуляризации миокарда.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2009. Т. 11. № 4.
2. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2008. Т. 10. № 4.
3. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2007. Т. 9. № 4.
4. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2006. Т. 8. № 4.
5. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2005. Т. 7. № 4.
6. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2004. Т. 6. № 4.
7. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2003. Т. 5. № 4.
8. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2002. Т. 4. № 4.
9. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2001. Т. 3. № 4.
10. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 1999. Т. 2. № 4.
11. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2009. Т. 11. № 12.
12. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2008. Т. 10. № 12.

13. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2007. Т. 9. № 12.
14. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2006. Т. 8. № 12.
15. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2005. Т. 7. № 12.
16. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2004. Т. 6. № 12.
17. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2003. Т. 5. № 12.
18. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2002. Т. 4. № 12.
19. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2001. Т. 3. № 1.