

«S» ($P < 0,05$) по сравнению с подгруппой «неустойчивых» в фоне ($P < 0,05$). При этом у «устойчивых» лиц не наблюдается статистически значимого снижения «S» во время проведения гипоксической пробы. В отличие от «неустойчивых», у которых при гипоксии наблюдалось отчётливое уменьшение ($P < 0,05$) «S».

Выводы: Проведенные эксперименты показали, что такие способы анализа ВСП как спектральный анализ, так и анализ корреляционной ритмограммы (пятна Пуанкаре) является хорошим методом для изучения толерантности организма человека к гипоксии.

Кроме того, были выявлены существенные различия в группах «устойчивых» и «неустойчивых» в исходном состоянии ВСП и в реакциях ВСП на гипоксическую нагрузку.

Горлова И.А., Недошивин А.О., Бондаренко Б.Б.

ЗАДАЧИ ДИНАМИЧЕСКОГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМИ ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ

*Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им.В.А.Алмазова» Мин-
здравсоцразвития РФ, Санкт-Петербург, Россия, iagorlova@list.ru*

Цель работы: оценить особенности ведения больных инфекционным эндокардитом (ИЭ) в отдалённом послеоперационном периоде

Материал и методы: в исследование включено 167 больных ИЭ, в том числе с первичным (ПИЭ) – 79 (47%), и вторичным (ВИЭ) – 88 (53%), подвергнутых хирургическому лечению (длительность наблюдения до 19 лет). Из них пациенты с ИЭ аортального клапана (АК) - 79 (47%): (42 с ПИЭ и 37 с ВИЭ). У 46 (27,5%) имел место ИЭ митрального клапана (МК) - из них 20 с ПИЭ и 26 с ВИЭ. Комбинированное поражение МК и АК имело место у 38 пациентов (22,8%): 14 с ПИЭ и 24 с ВИЭ. У троих пациентов развился ПИЭ трикуспидального клапана (ТК) и у одного ПИЭ с поражением трёх клапанов.

Результаты. Из 167 протезированных больных 154 пациента (92,2%) пережили госпитальный этап.

В течение первого года после операции у 78,1% больных наблюдались проявления сердечной недостаточности. В дальнейшем их частота колебалась в отдельные годы от 38 до 57,8% в основном на уровне I-II ФК (NYHA), а симптомы сердечной недостаточности III ФК отмечались у 7,1 - 16,6% больных, преимущественно при многоклапанном протезировании.

Вторым по частоте осложнением явился поздний ИЭ протезированного клапана (ПК), развивавшийся в сроки до 16 лет и проявлявшийся тромбозом протеза (ТП) или параклапанной фистулой (ПФ). В группе с ИЭ АК 7 больным потребовалось репротезирование по поводу ПФ и одному – в связи с ТП; в двух случаях без замены клапана были выполнены ушивание ПФ и устранение

тромба АК. В 5 из 10 случаев реоперации прошли успешно. В группе с ИЭ МК репротезирование потребовалось двоим больным по поводу ТП и двоим в связи с ПФ. В группе с двухклапанным поражением выполнено два репротезирования в связи с ПФ. Все операции прошли успешно.

На фоне регулярного приёма антикоагулянтов с достижением целевого уровня МНО в течение первых пяти лет наблюдения у 11 больных имели место тромбоэмболические осложнения (ТЭ): у 5 больных после ПМК, у двоих с протезированием МК+АК, у 4 больных после ПАК. Начиная с 6 года наблюдения, отмечено только 3 случая ТЭ (все у пациентов после ПМК). До операции ТЭ имели место только у одной из пациенток. Одна из пациенток с ПИЭ ТК принимала антикоагулянты нерегулярно, и на 10-м году после операции она была реоперирована в связи с ТП.

Из 154 больных, переживших госпитальный этап, в течение первых трех лет после операции к труду вернулись 26 человек (16,9%), что составило 50% от прооперированных с высшим образованием и 36,7% от имевших среднее образование. Возвращение к труду определялось в основном такими факторами, как возраст, реальная возможность трудоустройства по специальности, характер труда, материальное положение в семье. Около 20% больных без проявлений сердечной недостаточности и других послеоперационных осложнений, влияющих на трудоспособность, к труду не вернулись ввиду низкой трудовой направленности.

Заключение: Основными задачами диспансерного наблюдения за обсуждаемой категорией больных в отдалённом послеоперационном периоде является вторичная профилактика рецидива ИЭ или реинфекции, контроль антикоагулянтной терапии, при необходимости - коррекция проявлений ХСН, антигипертензивная терапия и лечение сопутствующей патологии по общепринятым стандартам.

Наиболее частыми причинами реопераций (в т.ч. репротезирования) явилось развитие ТП и ПФ, как проявление ИЭ ПК. Риск их возникновения сохраняется на протяжении всей жизни больных, прооперированных по поводу ИЭ. Для исходов реоперации актуальны своевременность обращения пациентов за специализированной помощью и верификации жизнеугрожающих осложнений. Риск их развития в различные послеоперационные сроки определяет необходимость должной информированности больных за счёт регулярной разъяснительной работы как с ними, так и с врачами первичного звена.

Значительная часть пациентов нуждается в формировании трудовой направленности, так как хирургическое лечение ИЭ, включающее протезирование клапанов сердца, является эффективным реабилитационным мероприятием по восстановлению их трудоспособности.