

ки после операции, троим выполнена имплантация двухкамерного ЭКС в эндокардиальном варианте. Из других осложнений наблюдались экссудативный перикардит ($n = 10$), правожелудочковая сердечная недостаточность ($n = 3$), острая почечная недостаточность ($n = 1$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Биологические протезы «КемКор» показывают хорошие гемодинамические характеристики в трикуспидальной позиции в ближайшем послеоперационном периоде у пациентов с аномалией Эбштейна.

А.М. Караськов, В.Г. Стенин, Е.В. Ленько, С.И. Железнев, И.И. Тихонова, К.О. Барбухатти*, А.А. Иванов, А.Н. Архипов

ФАКТОРЫ РИСКА, ВЛИЯЮЩИЕ НА ИСХОД ОПЕРАЦИИ РОССА И РАЗВИТИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ГОСПИТАЛЬНОГО ЭТАПА

*ГУ НИИ патологии кровообращения им. академика Е.Н. Мешалкина МЗ РФ (Новосибирск)
Краевая клиническая больница № 4 – Центр грудной хирургии (Краснодар)

Несмотря на 37-летний мировой опыт хирургии аортального порока по методике Ross и многочисленные публикации, накопленные к настоящему времени, проблема прогнозирования исхода операции и развития осложнений госпитального этапа по-прежнему остается актуальной.

Целью настоящего исследования было изучение факторов риска развития осложнений после процедуры Росса.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

С ноября 1998 по февраль 2004 г. замена аортального клапана аутологичным легочным клапаном выполнена у 56 пациентов. Из них 19 женщин, 37 мужчин. Изолированный аортальный стеноз был у 20 пациентов, у 16 были как аортальный стеноз, так и аортальная недостаточность (АоН), выраженные в равной степени, и 20 больных имели изолированную АоН. Десяти пациентам ранее выполняли операцию на сердце. 39 пациентов соответствовали I или II, 15 пациентов — III, и два пациента — IV функциональному классу NYHA. Легочный аутографт имплантировали как полный корень ствола легочной артерии (ЛА) с последующей ортотопической имплантацией коронарных артерий, с использованием стандартной методики искусственного кровообращения (ИК) и раздельной канюляцией полых вен. Фиброзное кольцо неоаорты не редуцировали и не укрепляли. Выводной тракт правого желудочка анастомозировали с ЛА клапаносодержащими графтами в условиях окклюзированной аорты (АО). Среднее ($M \pm m$) время ИК было $278,4 \pm 16,8$ минут, среднее время окклюзии АО $194,6 \pm 7,4$ минут. Учитывались 121 показатель до-, интра- и послеоперационного периода. Для статистической обработки базы данных использовали технологию Data Mining.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Из 121 показателя, включенного в анализ Data Mining, прогностическая значимость была подтверждена для 31 переменной. С помощью технологии Data Mining были получены 10 паттернов, описывающих характерные признаки групп пациентов, у которых были как благоприятные исходы, так и осложнения, а также летальные исходы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Установлено, что до операции возможно прогнозирование только сердечно-легочной недостаточности. Вероятность развития других осложнений в основном связана с интраоперационными факторами. Выявлена зависимость между течением послеоперационного периода и предоперационным соотношением диаметров фиброзных колец аортального и легочного клапанов (Index_AOLA). Без дозированной редукции фиброзного кольца неоаорты неосложненное течение имело место при значениях Index_AOLA от 0,68 до 0,96. При значениях Index_AOLA от 1,1 до 3,88 у пациентов в палате интенсивной терапии развивалась сердечная недостаточность. Установлено, что без дозированного укрепления фиброзного кольца неоаорты недостаточность неоаортального аутолегочного клапана выраженностью более 1 степени возникала у пациентов с исходной третьей степенью АоН или гемодинамически значимым аортальным стенозом, даже при полном соответствии диаметров клапанных фиброзных артериальных колец. У большинства этих пациентов до операции диаметр фиброзного кольца ЛА был меньше диаметра ее ствола, что может быть косвенным признаком сниженных прочностных характеристик стенок корня ЛА.