

целью предотвращения послеоперационных перикардитов считаем рациональным выполнять ушивание перикарда более редкими швами (для профилактики вывихивания сердца). Важным компо-

нентом оперативного вмешательства являются реинфузия крови, рациональная антибактериальная терапия и адекватное дренирование оперированной области.

М.Н. Кабанова

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Российский научный центр хирургии РАМН (Москва)

Фибрилляция предсердий (ФП) является самым частым осложнением, возникающим в первые дни после операции реваскуляризации миокарда, выявляемым в 10–50 % случаев.

Все факторы риска, которые потенциально могут привести к возникновению ФП, были разделены на «терапевтические» и «хирургические». К первым относятся: пожилой возраст больного, увеличение размера левого предсердия, длительность ИБС, артериальная гипертензия (АГ), ХОБЛ, сахарный диабет, в послеоперационном периоде — уровень калия плазмы, ЧСС, длительность ИВЛ. С «хирургическими» факторами ассоциируются поражение и вмешательство на правой коронарной артерии, длительность ИК и ИМ, наличие перикардиального или плеврального выпота после операции.

За период с мая 2003 по март 2004 г. операция коронарное шунтирование была выполнена 40 больным. Средний возраст составлял от 36 до 69 лет, из них старше 65 лет 6 человек (15 %), из них 2 женщины (5 %). ЛП более 4,5 см — 8 больных (20 %). АГ, ХОБЛ и диабет выявлены соответственно у 68, 44 и 4 %.

8 пациентов (20 %) перенесли операцию на «работающем» сердце, остальные — в условиях искусственного кровообращения (ИК). Время ИК составляло 51–105 мин., ИМ — 26–54 мин. Количество дистальных анастомозов варьировало от 1 до 4.

ПМЖА была шунтирована левой ВГА в 84 % случаев, в 16 % была использована правая ВГА. Реваскуляризация бассейна ПКА выполнена 9 больным (22,5 %) и только аутовеной. Всем больным на 1-е послеоперационные сутки выполнялось эхокардиографическое и рентгенологическое исследование.

В послеоперационном периоде, преимущественно на 2–3 сутки, возникновение ФП зарегистрировано у 11 пациентов (27,5 %). ПКА у этих больных шунтировали в 5 % случаев. Группе больных, у которых не была выявлена ФП, шунтирование ПКА применялось в 18 %. В группе АКШ без ИК фибрилляция предсердий возникла в 18 % наблюдений, с ИК — в 22 %. ФП отмечена у больных в возрасте 36–45 лет у 12 %, в возрасте старше 64 лет — в 40 % случаев. В группе больных, ЛП у которых было более 4,5 см ФП возникла в 74 %, против группы без ФП, размер ЛП в которой был менее 4,5 см. У 7 больных (64 %) с п/о ФП перикардиальный выпот составлял более 0,5 см. В группе больных без ФП выпотной перикардит более 0,5 см встретился лишь у 5 больных (7 %).

ВЫВОДЫ

На развитие послеоперационных фибрилляций предсердий у больных ИБС влияет возраст пациента, размер ЛП, шунтирование ПКА, перикардиальный выпот.

А.И. Квашин, С.А. Атаманов, А.Ф. Портнягин, Ф.Н. Пачерских, А.В. Мельник

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ КОРРЕКЦИИ КОРОНАРНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

*НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)
Областная клиническая больница (Иркутск)*

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить возможности баллонной коронарной ангиопластики (БКАП) и коронарного стентирования (КС) в коррекции нарушений коронарного кровообращения при ишемической болезни сердца.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Выполнены эндоваскулярные вмешательства у 96 пациентов с ИБС (87 КС и 9 БКАП). У 11 больных КС дополнялось БКАП других пораженных бассейнов венечных артерий. Вмешательства осуществ-

лялись на ангиографическом комплексе «Angiostar plus» фирмы «Siemens». После коронарографии проводилось заведение коронарной струны в бассейн пораженного сосуда. Реканализация окклюзированных сегментов выполнялась проводниками различной жесткости фирм «Cordis» и «Guidant», дилатация — баллонами «CrossSail» фирмы «Guidant» или «AQUA» фирмы «Cordis» соответствующего диаметра. В места поражений имплантировались стенты «Multi-link penta» и «Multi-link tetra» фирмы «Guidant» или «BX Sonic» и «Cypher» фирмы «Cordis». Результаты оценивались по увеличению диаметра стентированного или дилатированного участка и улучшению периферического кровотока в пораженных артериях.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При анализе результатов БКАП, выполненной как самостоятельная процедура, выявлено, что в половине случаев — 5 (55 %) — удалось полностью восстановить проходимость артерии и увеличить диаметр до нормального, причем в 2 случаях исходно наблюдались окклюзии сосудов. В остальных наблюдениях — 4 (45 %) — полного восстановления не достигнуто, хотя остаточные стенозы стали гемодинамически незначимыми (50 % и меньше). Учитывая, что для выполнения КС требуется больший диаметр стенозированного фрагмента (в силу большего диаметра вводимой конструкции), в 42 артериях потребовалось выполнить предварительную дилатацию пораженного сегмента, а в остальных 58 случаях было возможным прямое стентирование. Кроме того, в 13 (15 %) случаях требовалась ликвидация полной непроходимости сосу-

да — ее окклюзии. В большинстве наблюдений КС осуществлено в критически (75 % и более просвета) пораженных ветвях, и только в 4 артериях стенозы были менее 75 %. У 13 больных из-за множественных поражений потребовалась имплантация дополнительных стентов в различные бассейны артерий, а также сочетание стентирования и ангиопластики. В целом, результаты КС можно оценить как хорошие: в 89 % случаев удалось полностью восстановить диаметр коронарных ветвей, в 11 % стенозы удалось уменьшить до 25 % или констатировалась неровность контуров артерий на месте стента, практически, во всех случаях наблюдался удовлетворительный дистальный кровоток. У 10 больных наблюдались не ярко выраженные спастические реакции стентированных артерий, которые удалось ликвидировать внутрикоронарным введением нитроглицерина. Летальность составила 1,1 %: погиб один пациент с бифуркационным поражением, у которого при введении баллонного катетера возник тромбоз передней межжелудочковой ветви. Несмотря на успешный тромболитический эффект, нарастала миокардиальная недостаточность, которая и привела к летальному исходу.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Коронарная баллонная ангиопластика и коронарное стентирование являются хорошим и безопасным методом воздействия на окклюзированные и стенозированные до критического уровня коронарные артерии. КС в большинстве случаев дает возможность восстановить коронарное кровообращение, тем самым, воздействовать на главное патогенетическое звено ишемической болезни сердца.

А.И. Квашин, С.А. Атаманов, Ф.Н. Пачерских, А.Ф. Портнягин, А.В. Мельник

ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ УДАЛЕНИЕ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ СЕРДЦА И МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ

**НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)
Областная клиническая больница (Иркутск)**

Широкое внедрением в клиническую практику методов инвазивной диагностики и лечения, катетеризации магистральных сосудов с целью проведения инфузионной терапии и барометрии, внутрисердечных и внутрисосудистых электрофизиологических процедур, повлекло за собой увеличение случаев осложнений, характеризующихся обломом, отрывом и срезанием катетеров и доставляющих систем с последующей их дислокацией в полости сердца и магистральные сосуды.

Эндоваскулярный способ удаления инородных тел сердца и магистральных сосудов зарекомендовал себя наиболее щадящим и высоко-

эффективным. Внедрение этого метода относится к 1965 г., когда М. Steiner попытался извлечь эмбол при помощи улавливающей конструкции типа «петля». Впоследствии эта методика была использована во многих отечественных и зарубежных центрах. Впервые вмешательство при инородном теле сердца выполнено в нашей клинике в 1991 г.

ЦЕЛЬ

Оценить возможности, эффективность и безопасность применения метода эндоваскулярного удаления инородных тел сердца и магистральных сосудов.