

(5,7 %) больных выпотной перикардит был неспецифической этиологии. Показанием к проведению ТФП служило отсутствие грубого спаечного процесса в полости перикарда (оценивалась на ЭхоКГ и рентгеноскопии грудной клетки после пункции и наложения пневмоперикардума), а также отсутствие декомпенсации кровообращения вследствие длительного сдавления сердца.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В группе больных после расширенной и сегментарной резекции перикарда летальность составила 4,2 % — погибли 6 больных. Инфекционные осложнения отмечены у 2 (1,4 % больных). В груп-

пе больных после ТФП госпитальной летальности и послеоперационных осложнений не было, необходимости в повторной эвакуации жидкости из полости перикарда в связи с рецидивом сдавления сердца не возникало. Отдаленный результат ТФП прослежен у 17 (53,1 %) больных: в 13 случаях результат расценен как хороший и у 4 больных как удовлетворительный.

ВЫВОДЫ

Полученные результаты ТФП свидетельствуют об адекватности и высокой эффективности данного метода хирургического лечения экссудативных перикардитов различной этиологии.

Л.Э. Гылыков, С.Н. Очиров, Б.А. Дониров, Б.О. Дугаржапов

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАНЕНИЙ СЕРДЦА

Республиканская клиническая больница (Улан-Удэ)

АКТУАЛЬНОСТЬ

Ранения сердца и магистральных сосудов относятся к категории крайне тяжелых травм, сопровождающихся массивной кровопотерей и явлениями шока (Гульмурадов Т.Г., 2003). Более 50 % пострадавших погибают от явлений тампонады сердца до поступления в лечебное учреждение (Рыбаков С.М., 2002). Однако появление на страницах печати сообщений о подобных травмах в виде анализа достаточного клинического опыта свидетельствует об усовершенствовании способов транспортировки пострадавших, ранней доставке их в специализированные лечебные учреждения и соответствующем профессиональном уровне специалистов (Гульмурадов Т.Г., 2003).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Мы располагаем опытом хирургического лечения 12 пациентов с ранениями сердца, прооперированных в Республиканской клинической больнице за период 2000 — 2004 гг. Все пострадавшие были мужчинами, средний возраст которых составил 36 ± 5 лет. У всех пациентов диагностированы колото-резаные раны, проникающие в полость сердца. Ранения левого желудочка зарегистрированы в 4 случаях, правого желудочка — в 7, ранение правого предсердия — в 1 случае. Все пострадавшие поступили в состоянии шока II — III степени с клиникой острой тампонады сердца и тяжелой внутривенной кровопотери. Все пациенты оперированы в экстренном порядке на фоне проведения протившоковой терапии через 10 — 20 мин. после поступления.

Производилась экстренная передняя или передне-боковая торакотомия (11 — левосторонняя, 1 — правосторонняя). Объем операции заключал-

ся во вскрытии перикарда и удалении сгустков крови, после чего выявленные раны ушивались атравматическими проленовыми или капроновыми П-образными швами. Проводилась тщательная ревизия миокарда, в результате которой в одном случае было обнаружено сквозное ранение правого желудочка. Большое значение придавалось реинфузии излившейся в плевральную полость крови. Перикард ушивали редкими швами с дренированием плевральной полости.

Во время операции на фоне тяжелого геморрагического шока наступила смерть одного больного.

С целью коррекции кровопотери, профилактики аритмий и инфекционных осложнений больным проводились инфузионно-трансфузионная терапия, адекватное дренирование плевральной полости и рациональная антибактериальная терапия.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Осложнения в послеоперационном периоде возникли у 7 оперированных: перикардит — у 3, плеврит — у 4 больных. Следует отметить, что одному больному с послеоперационным перикардитом, вызвавшим клинику тампонады сердца, потребовалось повторное вмешательство в виде перикардэктомии. В последующем все пациенты в удовлетворительном состоянии были выписаны на дальнейшее лечение и наблюдение по месту жительства.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Оказание хирургической помощи при ранениях сердца представляет собой нелегкую задачу в связи с тяжестью исходного состояния пострадавших, обусловленного шоком и кровопотерей. С

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. Агаманов, А.Ф. Поршнягин, 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-