

Гофмейстера –Финстерера. Причиной летального исхода был перитонит с полиорганной недостаточностью.

Выводы

Приведенный сравнительный анализ двух групп оперативного лечения при ЯБЖ и ЯБДК показал, что применение викрила по-

зволяет улучшить ближайшие результаты оперативного лечения, снизить частоту послеоперационных осложнений, потребовавших повторных оперативных вмешательств с 6,6% в группе сравнения до 4,7% в основной группе, снизить летальность с 2 до 0,9%.

Сведения об авторах статьи:

Нуриахметов Рифат Рамзилович – аспирант кафедры общей хирургии ГБОУ БГМУ.

РБ, г. Уфа, ул. Достоевского, 132. E-mail: Rifdok@mail.ru

Салимгареев Ильдар Зуфарович – к.м.н, ассистент кафедры общей хирургии ГБОУ БГМУ.

РБ, г. Уфа, ул. Достоевского, 132

Мустафин Артур Тагирович, к.м.н., доцент кафедры урологии БГМУ E-mail: sqwer1@yandex.ru

Насибуллин Ильдар Марсович, к.м.н., сотрудник кафедры урологии БГМУ E-mail: nim_76@mail.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Антоненко, И.В. Еюностомия по Майдлю в лечении несостоятельности швов анастомоза верхних отделов желудочно-кишечного тракта/И.В. Антоненко, А.И. Матвеев, А.И. Суханова [и др.] // Хирургия. – 2003. – №9. – С. 24–29.
2. Галкин, Р.А. Прецизионное формирование анастомоза при операциях на желудке и кишечнике/Р.А. Галкин, О.А. Гусев // Хирургия. – 1997. – № 8 – С. 37–39.
3. Гостищев В.К., Сажин В.П., Авдовенко А.П. Перитонит. – М.: Медицина, 2002. – 223 с.
4. Ерюхин, И.А. Перитонит и абдоминальный сепсис // Инфекции в хирургии. – 2004. – Т.2, №2. – С. 2-8.
5. Красильников, Д.М. Профилактика несостоятельности швов энтероэнтероанастомоза /Д.М. Красильников, Я.Ю.Николаев, М.М. Минуллин // Креативная хирургия и онкология. – 2012. – №1. – С. 38-39.
6. Нуриахметов, Р.Р. Морфологическое обоснование выбора шовного материала при операциях на двенадцатиперстной кишке в эксперименте/Р.Р.Нуриахметов, М.Т.Юлдашев, И.З. Салимгареев // Медицинский вестник Башкортостана. – 2010. – №6. – С. 41-42.
7. Нартайлаков, М.А. Свойства шовного материала в условиях контаминации с различными средами/М.А. Нартайлаков, Р.Р. Нуриахметов, Ю.С.Первушин [и др.] // Креативная хирургия и онкология. – 2011. – №3. – С. 94-96.
8. Bender S.S., Baumann P.L., Weaver P.W. Bleeding gastro duodenal ulcers: improved out from a unified surgical approach.// Am. Surg. –1999. – Vol.60 – №5. – Р. 313 -315.

УДК 616.12-008.313:616.12-089:616.1-08

© В.В. Плечев, И.М. Карамова, В.М. Юнусов, И.Г. Зубарева, 2012

В.В. Плечев, И.М. Карамова, В.М. Юнусов, И.Г. Зубарева

ПРОФИЛАКТИКА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

ГУЗ «Республиканский кардиологический диспансер», г. Уфа

В работе представлен результат поиска оптимальной антиаритмической терапии у больных ишемической болезнью сердца с высоким риском возникновения фибрилляции предсердий (ФП) после коронарного шунтирования. Всем пациентам была выполнена операция прямой реваскуляризации миокарда, все имели в анамнезе пароксизмы ФП. 42 пациента не получали с профилактической целью в периоперационном периоде специальную антиаритмическую терапию, кроме β -блокаторов, 30 больных получали амиодарон в стандартных дозировках, 39 пациентов принимали аллапинин в среднетерапевтической дозе. Проведена сравнительная оценка частоты возникновения пароксизмов ФП в послеоперационном периоде при различных способах их профилактики. Показано преимущество аллапинина по сравнению с амиодароном. Схема профилактики пароксизмов ФП в раннем послеоперационном периоде амиодароном эффективна лишь в половине случаев (46,7%). Назначение аллапинина может являться методом выбора, так как его эффективность, по нашим наблюдениям, составила 76,9%.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, фибрилляция предсердий, коронарное шунтирование, кордарон, аллапинин.

V.V. Plechev, I.M. Karamova, V.M. Yunusov, I.G. Zubareva

PREVENTION OF ATRIAL FIBRILLATION IN POSTOPERATIVE PERIOD

CORONARY ARTERY BYPASS GRAFTING

The results of finding an optimal antiarrhythmic therapy in patients with coronary heart disease with a high risk of atrial fibrillation (AF) after coronary artery bypass grafting. All patients underwent direct myocardial revascularization. 42 patients had a history of paroxysmal AF, but did not receive prophylactic perioperative period in specific antiarrhythmic therapy, except for β -blockers, 30 patients were receiving amiodarone at standard dosages, and 39 patients received an averagetherapeutic dose of VFS. A comparative analysis of the frequency of occurrence of paroxysms of AF in the postoperative period with various methods of prevention... The advantage of the VFS compared with amiodarone. Scheme of prevention of paroxysms of AF in the early postoperative period amiodarone is effective only in half the cases (46.7%). VFS appointment may be the method of choice because of its effectiveness, according to our observations, was 76.9%.

Key words: ischemic heart disease, atrial fibrillation, coronary artery bypass surgery, kordaron, VFS.

Фибрилляция предсердий (ФП) – угрожающее жизни осложнение послеоперационного периода коронарного шунтирования (КШ) у больных ишемической болезнью

сердца (ИБС), встречающееся, по данным разных авторов, в 19,1-40% случаев [1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9]. Наиболее часто послеоперационная ФП возникает в течение первых 5 дней с пи-

ком развития на 2-3-и сутки после хирургического вмешательства [6, 8, 9, 10, 11]. Для большинства пациентов это доброкачественное осложнение. Вместе с тем послеоперационная ФП может стать причиной тромбоэмболических осложнений, вызвать прогрессирование сердечной, дыхательной, почечной недостаточности, влиять на функциональное состояние шунтов, ухудшать качество жизни оперированных пациентов, удлинять сроки и увеличивать стоимость стационарного лечения [1, 9].

Несмотря на это, терапия пациентов с высоким риском развития ФП в послеоперационном периоде КШ до настоящего времени не стандартизирована. Проведено множество клинических исследований, в которых оценивалась эффективность фармакологической и нефармакологической профилактики этой формы тахикардии. Но лишь немногие из них имеют статистически достоверные результаты [9]. На сегодняшний день существуют определенные разногласия относительно методов предотвращения послеоперационной ФП. Невозможность использования аллапинина для лечения и профилактики ФП у больных с органическим поражением миокарда спорна, о чем свидетельствует ряд источников [4, 12, 13].

Цель исследования: поиск оптимальной антиаритмической терапии у больных ИБС с высокой степенью риска возникновения ФП после коронарного шунтирования.

Материал и методы

В исследование вошли 1017 пациента с ИБС, которым была выполнена операция прямой хирургической реваскуляризации миокарда в период 2006 – 2010 гг. в отделении сосудистой хирургии Республиканского кардиологического диспансера. Из них 111 человек (10,9%) имели в анамнезе пароксизмы ФП. Эти пациенты были подразделены на три группы. В первую группу вошли 42 пациента, перенесшие операцию прямой хирургической реваскуляризации миокарда, имевшие в анамнезе пароксизмы ФП, но не получавшие с профилактической целью в периоперационном периоде другую антиаритмическую терапию, кроме β -блокаторов (метопролол 25-100 мг в сутки, бисопролол 2,5-10 мг в сутки, небиволол 2,5-5 мг в сутки, карведилол 12,5-25 мг в сутки). Вторую группу составили 30 больных, получавших в качестве периоперационной профилактики ФП амиодарон в стандартных дозировках. В третью группу вошли 39 пациентов, получавших в качестве периоперационной профилактики ФП алла-

пинин в среднетерапевтической дозе. Все три группы больных, включенные в наше исследование, были сопоставимы по возрасту, полу, функциональному классу стенокардии и сердечной недостаточности, наличию постинфарктного кардиосклероза, давности заболевания, основным морфофункциональным показателям сердца (см. таблицу).

Таблица

Морфофункциональные показатели сердца						
Группы	КДРлж	КСРлж	ЛП	ПП	ФВ	УО
1-я	5,4±0,7	3,7±0,8	3,8±0,4	4,6±0,3	57,1±9,1	81±12,2
2-я	5,3±0,4	3,6±0,5	3,8±0,6	4,4±0,2	53±9,3	78±12,8
3-я	5,3±0,7	3,6±0,8	4±0,5	4,4±0,6	55,9±9,9	78,3±13,7

Примечание. P=NS (статистически не значимы).

Исследуемые препараты назначались за 6-7 дней до операции и в течение 10-12 дней после неё. Переносимость препаратов была хорошей. Побочных действий, потребовавших отмены препаратов или уменьшения дозы, не зарегистрировано. Все больные получали в составе базисной терапии β -адреноблокаторы. Результаты регистрировались с помощью клинического наблюдения, ежедневных ЭКГ, суточного мониторирования ЭКГ (метод Холтера). Обработку данных проводили с использованием методов статистического пакета STATISTICA 8.0. Полученные различия статистически достоверны ($p<0,05$).

Результаты

Препарат считался неэффективным (для предупреждения приступов ФП после КШ) при возникновении хотя бы одного стойкого (более 30с) пароксизма. Пароксизмы ФП регистрировались чаще на третьи сутки после операции – у 32 (49,2%) пациентов, на вторые сутки – у 25 (38,6%) человек. У 6 (9,2%) больных аритмия возникла на четвертые сутки после операции. У одного больного (1,5%) ФП была зарегистрирована на пятые сутки после коронарного шунтирования и еще у одного (1,5%) на шестые сутки.

Средняя частота желудочковых сокращений при пароксизме ФП в первой группе составила $122\pm5,3$ удара в минуту, во второй – $126\pm5,3$ удара в минуту, в третьей – $128\pm4,3$ удара в минуту.

Средняя частота сердечных сокращений после восстановления синусового ритма на фоне терапии β -адреноблокаторами составила $68\pm4,7$ удара в минуту, при приеме кордарона – $70\pm4,4$ удара в минуту, при назначении аллапинина – $72\pm7,3$ удара в минуту.

В течение 24 часов с момента возникновения пароксизма ФП синусовый ритм был восстановлен у всех пациентов. Для этого использовались внутривенная инфузия кордарона в дозе 450-600 мг (чаще в первой группе),

одновременное назначение кордарона и аллапинина или кардиоверсия (чаще во второй и третьей группах). На момент выписки у всех больных сохранялся стойкий синусовый ритм.

Эффективность препаратов по предупреждению пароксизмов фибрилляции предсердий в послеоперационном периоде коронарного шунтирования представлена на рисунке ($p < 0,05$).

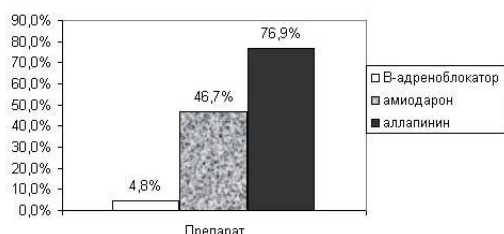


Рис. Эффективность препаратов для предупреждения пароксизмов ФП после коронарного шунтирования

В первой группе в послеоперационном периоде пароксизмы ФП возникли у 40 (95,2%) пациентов. Во второй группе пароксизмы ФП возникли у 16 (53,3%) пациен-

тов. В третьей группе эпизоды ФП наблюдались у 9 больных (23,1%), несмотря на увеличение дозы препарата.

Выводы

1. Наличие пароксизмов ФП в анамнезе у больных ИБС, готовящихся на ПХРМ, является фактором высокого риска возникновения их в раннем послеоперационном периоде (РПП). Так, в первой группе частота возникновения ФП в РПП составила 95,2%.

2. Общепринятая схема профилактики пароксизмов ФП в РПП амиодароном, по нашим данным эффективна, лишь в половине случаев (46,7%).

3. Назначение аллапинина для предотвращения развития послеоперационных эпизодов ФП может являться методом выбора. Эффективность препарата, по нашим наблюдениям, составила 76,9%.

Сведения об авторах статьи:

Плечев Владимир Вячеславович, профессор, д.м.н., зав. кафедрой госпитальной хирургии БГМУ.

Адрес: г. Уфа, ул. Кувыкина, д. 96. т. 2553966 (раб.)

Карамова Ирина Марсильевна, д.м.н., главный врач ГУЗ РКД. Адрес: г. Уфа, ул. Кувыкина, д. 96. т. 2556444 (раб.)

Юнусов Вали Маратович, ГУЗ РКД. Отделение сосудистой хирургии. Врач-кардиохирург.

Адрес: Уфа, ул. Кувыкина, д. 96, 2553957 (раб.). E-mail: vyunusov@yandex.ru.

Зубарева Инна Геннадьевна, ГУЗ РКД. Отделение кардиохирургии №2 (взрослое). Врач – кардиолог.

Адрес: Уфа, ул. Кувыкина, д.96, 2553903 (раб.). E-mail: igzubareva@yandex.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авалиани В.М., Чернов И.И., Шонбин А.Н. Коронарная хирургия при мультифокальном атеросклерозе: руководство. – М.: «Универсум Паблшин», 2005. – С.215-221.
2. Бокерия, Л.А. Возможности прогнозирования развития послеоперационной фибрилляции предсердий у пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование /Л.А. Бокерия, Е.Ю.Зарубина// Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. –2006. –№2. – С. 21-28.
3. Васильев, А.В. Эффективность традиционно применяемых антиаритмических препаратов и кардиоверсии при фибрилляции предсердий после операций коронарного шунтирования /А.В. Васильев, Ю.В.Нестерова, С.В.Белоусова //Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. –2009. –№2. –С.79-81.
4. Замотаев, Ю.Н. Оценка эффективности препарата аллапинин у больных ИБС с нарушениями ритма сердца при использовании суточного ЭКГ-мониторирования в качестве информативного метода контроля /Ю.Н.Замотаев, Ю.А.Кремнев, Г.Н.Гриненко, С.Е.Подшибякин // Русский медицинский журнал. –2003. –№9. – С.14-20.
5. Кандинский, М.Л. Возникновение суправентрикулярных нарушений ритма сердца у больных в раннем послеоперационном периоде при аортокоронарном шунтировании /М.Л. Кандинский, Б.Н.Козлов, И.В.Антонченко, В.В.Алев [и др.] // «Progress in Biomedical Research», Supplement A, –2000. –Т. 5. –№2.
6. Коронарное шунтирование: рекомендации Американской ассоциации сердца и Американского кардиологического колледжа / под ред. В.И.Ганюкова, Ю.Б.Юрченко.–Красноярск:ИПК Платина,2000. –199 с.
7. Диагностика и лечение фибрилляции предсердий: рекомендации ВНОК и ВНОА. – 2011. –С. 45-46.
8. Сайидов В.Г. [и др.] Ранние послеоперационные осложнения коронарного шунтирования у больных ишемической болезнью сердца. /В.Г. Сейидов, А.Я. Фисун, В.В. Евсюков [и др.] // Пермский медицинский журнал. – 2006. – №3. – С. 13-18.
9. Татарский, Б.А. Использование ω-3 полиненасыщенных жирных кислот для профилактики фибрилляции предсердий после операции коронарного шунтирования // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2007. – №6. – С. 52-57.
10. Чернов, С.А. Осложнения раннего послеоперационного периода и их профилактика у больных ишемической болезнью сердца после прямой реваскуляризации миокарда // Терапевтический архив. – 2002. – № 9. – С. 45-49.
11. D. Antonelli, D. Peres, H. Freedbera, A. Feldman. Incidence of Postdischarge Symptomatic Paroxysmal Atrial Fibrillation in Patients Who Underwent Coronary Artery Bypass Graft. PACE 2004; 27:365-367.
12. Members of the C. Antiarrhythmic Therapy: A Pathophysiologic Approach. Armonc – New York: Futura Publishing Company 1994.
13. Members of the Sicilian Gambit. The search for novel antiarrhythmic strategies. Eur. Heart. J. 1998;19:1178-1196.