

чин инвалидизации и смертности среди пациентов кардиохирургического профиля. Возможные осложнения, возникающие в послеоперационном периоде, представляют собой широкий спектр повреждений центральной нервной системы — от необратимой неврологической симптоматики до преходящих мало заметных когнитивных дисфункций. В связи с этим актуальна проблема выбора метода контроля за функцией ЦНС во время и после ИК.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить прогностическую значимость метода церебральной оксиметрии при операциях аортокоронарного шунтирования (АКШ) с искусственным кровообращением.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследования проведены у 84 больных во время операций на открытом сердце в условиях ИК с умеренной гипотермией (средняя температура в прямой кишке 30°C). Всем пациентам с поражением коронарных артерий (средний возраст $50,2 \pm 4,6$ года) выполнено коронарное шунтирование от 2 до 5 артерий. Все больные получали одинаковую премедикацию (морфин 10 мг, реланиум 10 мг). Индукцию ванестезию осуществляли введением 0,2 мг/кг реланиума, 1,5 мг/кг кетамина, 0,5 мг/кг фентанила. Поддержание анестезии (инфузия 0,1 мг/кг/час реланиум, 1,5 мг/кг/час кетамин, 5 — 10 мкг/кг/час фентанил). ИК проводили на аппарате «Jostra», используя мембранные оксигенаторы. Мониторинг гемодинамики, температуры, ЭКГ, центральной гемодинамики осуществляли с помощью хирургического монитора «Shiller» кислотно-основное состояние, газы крови (анализатор «Radiometer», Дания). Церебральная оксиметрия измерялась двухканальным аппаратом «INVOS — 4100» фирмы

«Somanetics». Изменения региональной сатурации были разделены на несколько этапов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При всех наблюдениях с учетом неосложненного течения операции изменения $r\text{SO}_2$ имеют характерную динамическую картину. Достоверное снижение церебральной сатурации по сравнению с исходными данными ($60,3 \pm 9,6\%$) у больных происходило на момент начала ИК ($55,4 \pm 6,8\%$, $p = 0,01$), при максимуме охлаждения ($52,8 \pm 7,5\%$, $p = 0,01$), параллельного ИК ($53,2 \pm 4,1\%$, $p = 0,01$), по окончании ИК ($53,9 \pm 3,8\%$, $p = 0,01$) и находилось на сниженных цифрах по сравнению с исходом ($56,8 \pm 6,7\%$, $p = 0,01$).

Все достоверные снижения церебральной сатурации сопровождалось достоверным снижением АД ср. Снижение $r\text{SO}_2$ в начале ИК связано и с низкой концентрацией гемоглобина в перфузате и с резким снижением АД. На момент максимального охлаждения показатели $r\text{SO}_2$ являлись следствием системного сосудистого спазма и низкого давления, несмотря на расчетные показатели перфузии. По окончании ИК у коронарных больных за счет не полностью восстановленного сердечного выброса и сниженной периферической температуры данные церебральной оксиметрии достоверно ниже по сравнению с исходом.

ВЫВОД

Характерная динамика изменения церебральной сатурации при неосложненном течении кардиохирургических операций с использованием искусственного кровообращения позволяет говорить о неинвазивном, объективном и информативном методе, позволяющем использовать его в комплексе периоперационной диагностики ишемии головного мозга.

В.А. Сакович, Д.Б. Дробот, А.В. Андин, А.В. Пустовойтов, Д.И. Буянков

ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ ФЕНЕСТРАЦИЯ ПЕРИКАРДА ПРИ ЭКССУДАТИВНЫХ ПЕРИКАРДИТАХ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

*Красноярская краевая клиническая больница № 1 (Красноярск)
Краевой центр интенсивной кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии (Красноярск)
Красноярская государственная медицинская академия (Красноярск)*

Цель исследования — представить опыт миниинвазивного хирургического лечения хронических экссудативных перикардитов различной этиологии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с 1992 по январь 2005 гг. в кардиохирургическом отделении Краевой клинической больницы № 1 г. Красноярска выполнено 175 хирургических вмешательств по поводу экссудативного сдавливающего перикардита различной этиологии.

Основным видом оперативного лечения являлась расширенная или сегментарная резекция перикарда после предварительной лечебной и диагностической пункции перикарда по Ларрею. С 1998 г. в клиническую практику внедрена методика миниинвазивных вмешательств на перикарде — выполнено 32 (18,3 %) торакоскопических фенестраций перикарда (ТФП) у пациентов со сдавливающим перикардитом различной этиологии. Из них 22 (12,6 %) пациента оперированы по поводу экссудативного перикардита опухолевой этиологии, у 10

(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 пневмоперикардиума), 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 внутриплевральной кровопотери. Все пациенты оперированы в экстренном порядке на фоне проведения противошоковой 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