

в условиях искусственного кровообращения и медикаментозной кардиоплегии с использованием микрохирургической техники и оптического увеличения операционного микроскопа. Оценка кровотока по шунтам проводилась на аппарате MiraQ (Medistim, Норвегия) как на этапе искусственного кровообращения, так и после восстановления сердечного ритма и гемодинамики. Кровоток оценивали по таким параметрам, как индекс пульсации (PI), средняя объемная скорость кровотока (Q_{mean}) и процент ее диастолической составляющей (DF). Критериями удовлетворительных результатов считали PI менее 5, кровоток по артериальному кондуиту более 20 мл/мин., по венозному – более 30 мл/мин., объем диастолической фазы – более 50%.

Результаты. Индекс реваскуляризации составил 4,4; общее время измерений – от 12 до 26 минут ($18,4 \pm 4,5$ мин.). Методом ультразвуковой

флоуметрии проведена оценка 538 коронарных шунтов. В соответствии с критериями удовлетворительных результатов по всем искомым параметрам 488 кондуита отнесены к «надежным» (90%). В 24 измерениях (5%) результаты были расценены как допустимые (присутствовали характеристики конкурентного кровотока). Из 26 скомпрометированных по данным ультразвуковой флоуметрии 21 кондуит отнесен к нефункциональным ввиду тяжести поражения дистального коронарного русла, и 5 – технически исправлены (2 – перешитых анастомоза и 3 – коррекция расположения шунта).

Заключение. Интраоперационная флоуметрия коронарных шунтов значительно не удлиняет время оперативного вмешательства, является методом количественной оценки выполненной прямой реваскуляризации миокарда, позволяет объективизировать качество выполненного шунтирования.

КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ У БОЛЬНЫХ С НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, ПОЛУЧИВШИХ ПРЕДОПЕРАЦИОННУЮ МЕДИКАМЕНТОЗНУЮ ПОДГОТОВКУ ДЛЯ КОМПЕНСАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

*ГАЗИЗОВА В.П., ВЛАСОВА Э.Е., ДЗЫБИНСКАЯ Е.В., ИЛЬИНА Л.Н., ГАЛЯУТДИНОВ Д.М.,
ВАСИЛЬЕВ В.П., ШИРЯЕВ А.А., АКЧУРИН Р.С.*

ИИИ им. А.Л. Мясникова НМИЦ кардиологии МЗРФ, г. Москва. Россия

Введение (цели/задачи). Оценить ранние результаты операции коронарного шунтирования (КШ) у больных с фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) $\leq 35\%$, направленных на операцию после проведения медикаментозной подготовки.

Материал и методы. Обследованы 62 пациента (ср. возраст – 61 ± 7 лет, 85% – мужчин) с многососудистой коронарной болезнью, стабильной стенокардией, крупноочаговым постинфарктным кардиосклерозом, ФВЛЖ $\leq 35\%$, которым в период с 2016 по 2018 гг. выполнено КШ. С целью достижения максимально возможной компенсации хронической сердечной недостаточности (ХСН) перед КШ все пациенты получали терапию, включавшую иАПФ/АРА, антагонист альдостерона, бета-блокатор и петлевой диуретик; длительность лечения составила не менее месяца. Тем из них, у кого на фоне этой терапии сохранялись клинические признаки ХСН, дополнительно за 2–3 суток до операции вводился левосимендан в виде 24-часовой инфузии 12,5 мг, без болюса. Оценивались непосредственные результаты КШ, а также параметры, отражающие течение операции и ближайшего послеоперационного периода. Медиана BNP составила 277 пг/мл (116; 559), медиана ФВЛЖ – 35% (32; 35), медиана КДР ЛЖ – 6,6 см (6,5; 7,1).

Результаты. В доперфузионном периоде проблемы (АВ-блокада 3 степени, фибрилляция

желудочков, синдром низкого сердечного выброса) развились в 5 случаях (8%), инотропная поддержка была необходима в 26 случаях (41%), экстренное подключение к искусственному кровообращению (ИК) потребовалось в 2 случаях (3%). Медиана длительности ИК составила 117 мин. (99; 129); инотропная поддержка при отключении от ИК потребовалась 93% больных. В раннем послеоперационном периоде: медиана длительности искусственной вентиляции легких составила 8 (6; 15) ч, медиана длительности инотропной поддержки – 68 (11; 114) ч, медиана длительности пребывания в ПАО – 45 (44; 48) ч. Медиана госпитального койко-дня составила 9 (7; 11) д. Частота развития фибрилляции предсердий в послеоперационном периоде составила 12/62 (20%). Случаев желудочковой тахикардии и необходимости в заместительной почечной терапии не было. Госпитальная летальность не зарегистрирована.

Заключение. Получены хорошие результаты КШ у больных с низкой ФВ ЛЖ, медикаментозно подготовленных к операции. Большинство больных требуют инотропной поддержки в постперфузионном периоде, однако ее длительность невелика. Сроки активизации, длительность пребывания в реанимации и койко-день близки к средним в когорте больных ИБС с нормальной функцией ЛЖ.