

## ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАЦИИ АНЕВРИЗМЭКТОМИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

ГАРАДЖАЕВ Я.Б., АЛЫЕВ Р.ДЖ.

Госпиталь с научно-клиническим центром кардиологии, г. Ашхабад. Туркменистан

**Цель исследования.** Оценить эффективность операции по степени сердечной недостаточности после проведения пластической операции на левом желудочке посредством коронарного шунтирования и аневризмэктомии.

**Материал и методы исследования.** У двенадцати обследованных больных (9 – мужчины, 3 – женщины) в возрасте 51–75 лет, средний – 60 лет. Диагноз ишемической болезни сердца подтвержден при коронарографии. Степень СН у всех больных по NYHA установлена как IV функциональный класс. Функция сердца при обследовании до операции и после нее была оценена посредством стандартной эхокардиографии. В условиях искусственного кровообращения (средняя продолжительность ИК 155 минут) 10 больным (I группа) провели аортокоронарное шунтирование (АКШ), маммарокоронарное шунтирование (МКШ) и аневризмэктомию (АЭ) левого желудочка; 2 больным (II группа) только аневризмэктомию левого желудочка (средняя продолжительность ИК 97 минут).

После коронарного шунтирования были проведены АЭ и пластика левого желудочка из I группы по методу Дора 2 больным, по методу Кули – 1 больному, пластическая хирургия посредством наложения швов в виде «Linea» матрас 7 больным. Больным II группы после АЭ была проведена пластика левого желудочка по методу Дора. В ранний послеоперационный период один больной умер от осложнения СН. Больные после операции прошли обследование после 1, 3, 6, 12 месяцев.

**Заключение.** После АЭ операции в раннем послеоперационном периоде у больных с ИБС СН сохраняется на определенном уровне, в позднем послеоперационном периоде по клиническим и инструментальным показателям степень СН снизилась, более точные результаты получены после 3-месячных обследований. Установлено, что у больных уровень функции миокарда сохраняется ниже нормы. Объемная радикальная кардиохирургия этой опасной группы больных улучшает их состояние снижая степень СН.

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРУШЕНИЙ МЕТАБОЛИЗМА КОСТНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ НА РАННИХ СРОКАХ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА

КРАВЧЕНКО А.В.<sup>1</sup>, СУДЖАЕВА О.А.<sup>1</sup>, РУДЕНКО Э.В.<sup>2</sup>, РАЧОК Л.В.<sup>1</sup>, КОШЛАТАЯ О.В.<sup>1</sup>, ВАВИЛОВА А.А.<sup>1</sup>, КРАВЧЕНКО А.В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Республиканский научно-практический центр «Кардиология»;

<sup>2</sup>Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск. Беларусь

**Введение (цели/задачи).** Трансплантация сердца – признанный метод лечения пациентов с терминальной стадией ХСН. Для профилактики отторжения используется пожизненная иммуносупрессивная терапия, которая вызывает ряд побочных эффектов, в том числе нарушение метаболизма костной ткани. Известно, что шкала FRAX – доказанный метод оценки 10-летней вероятности перелома на фоне остеопороза. Однако учитывая механизмы патогенеза остеопороза у пациентов после трансплантации сердца, возможность применения шкалы FRAX у них изучена недостаточно.

**Материал и методы.** В исследование были включены 19 пациентов (средний возраст – 54±9,4 года, 17 мужчин и 2 женщины) после трансплантации сердца (средний срок – 6,55±5,8 месяцев). Всем пациентам проводилась оценка 10-летней вероятности переломов по шкале FRAX без учета МПК (минеральной плотности кости). Данные шка-

лы FRAX, оценивались по номограмме, рекомендованной Национальной группой по разработке рекомендаций по лечению остеопороза (NOGG). В результате оценки мог быть получен высокий, средний и низкий риск будущих переломов. Далее выполнялась морфометрия пояснично-грудного отдела позвоночника в боковой проекции для верификации нарушений метаболизма костной ткани.

**Результаты.** Согласно данным шкалы FRAX, без учета МПК 10-летняя вероятность переломов на фоне остеопороза составила 3,74±1,31%, перелома проксимального отдела бедра – 0,74±0,4%. После оценки данных с помощью номограммы у всех пациентов была установлена низкая 10-летняя вероятность переломов. Однако после проведения морфометрии было выявлено, что клиновидная деформация грудных позвонков имела у 4 (21,05%) пациентов. То есть, несмотря на низкую вероятность переломов по шкале FRAX, у каждого

пятого пациента в ранние сроки после трансплантации сердца имелись выраженные бессимптомные нарушения метаболизма костной ткани. Это диктует необходимость разработки и проведения профилактики их развития.

**Заключение.** Распространенность нарушений метаболизма костной ткани у пациентов на ранних сроках после трансплантации сердца значительно выше, чем их вероятность по шкале FRAX.

## ГОСПИТАЛЬНЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ ПРИ ДИФFUЗНОМ ПОРАЖЕНИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

**КУРБАНОВ С.К., ШИРЯЕВ А.А., ВАСИЛЬЕВ В.П., ГАЛЯУТДИНОВ Д.М., ВЛАСОВА Э.Е., ИЛЬИНА Л.Н., МАЙОРОВ Г.Б., МУКИМОВ Ш.Д., АКЧУРИН Р.С.**

*ФГБУ НМИЦ кардиологии Минздрава РФ. Россия*

**Введение.** По данным ряда исследований диффузный атеросклероз коронарных артерий (КА) встречается у 20–40% больных ишемической болезнью сердца. Данная форма поражения представляет большие трудности для хирургической реваскуляризации, и даже при сегодняшнем высоком уровне коронарной хирургии возможности по восстановлению кровоснабжения миокарда в этих случаях ограничены. Особую роль приобретает такая реконструктивная операция, как эндартерэктомия ЭАЭ.

**Цель.** Оценить госпитальные и отдаленные клинические результаты коронарного шунтирования (КШ) у пациентов с диффузным поражением коронарных артерий, а также сравнить эффективность и безопасность использования специальных хирургических методик.

**Материал и методы.** Одноцентровое ретроспективное исследование. В период с 2012 по 2017 г. в ОССХ НМИЦ Кардиологии МЗ РФ в плановом порядке оперированы 177 пациентов с диффузным поражением коронарного русла. Пациенты с тяжелой сопутствующей патологией исключались из исследования. Во всех случаях КШ выполнялось в условиях искусственного кровообращения с применением микрохирургической техники. У 76 больных при формировании коронарного анастомоза была выполнена вынужденная эндартерэктомия из нативной КА (группа 1, n=76). В остальных случаях выполняли пролонги-

рованный анастомоз и/или шунтирование дистальных ветвей (диаметром <1,5 мм) диффузно-пораженной артерии (группа 2, n=101). Анализировали госпитальные и отдаленные результаты в обеих группах.

**Результаты.** Демографические и клинические характеристики больных обеих групп были схожими. Госпитальная летальность не зарегистрирована. Частота нефатального инфаркта миокарда в группах 1 и 2 составила соответственно 7,9% (6/76) и 0% (0/101),  $p < 0,05$ . Доступными для анализа отдаленных результатов оказались 61 больной из группы 1 и 90 – из группы 2. Медиана наблюдения (МКР) составила 45 (30; 59) месяцев. Выживаемость в группе 1 составила 93,4% (57/61), в группе 2 – 97,7% (88/90). В группе 1 зарегистрированы 2 случая смерти по кардиальным причинам (3,2%) и 2 случая смерти по неизвестной причине. В группе 2 оба летальных исхода имели внесердечные причины. «Свобода» от возврата ишемии за период наблюдения составила 70,1% в группе 1 и 69,3% – в группе 2.

**Заключение.** КШ с коронарной эндартерэктомией ассоциировано с увеличением частоты развития периоперационного инфаркта миокарда, но не сопровождается повышением госпитальной летальности. Использование обеих хирургических методик при диффузном поражении коронарных артерий демонстрирует схожие клинические результаты в отдаленном периоде.

## ПЕРВЫЙ НАШ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ОТКРЫТОМ СЕРДЦЕ С ПОДДЕРЖКОЙ ИСКУССТВЕННЫМ КРОВООБРАЩЕНИЕМ И НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ В ЮЖНОМ РЕГИОНЕ УЗБЕКИСТАНА

**КУРБАНОВ Р.Д., ФОЗИЛОВ Х.Г., ЯРБЕКОВ Р.Р., РАХИМОВ С.С., ПУЛАТОВ О.К., ЖАЛИЛОВ А.К.**

*Каршинский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии, г. Карши. Узбекистан*

**Актуальность.** В настоящее время, учитывая многочисленное количество пациентов, нуждающихся в кардиохирургической помощи, важно своевременное выявление данных пациентов в

южном регионе Узбекистана. По решению и под чутким руководством Президента нашей страны Шавката Миромоновича Мирзиёева, состоялось открытие нашего современного Кардиологиче-