

РЕЗУЛЬТАТЫ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОГО ЭНДОСКОПИЧЕСКИ АССИСТИРОВАННОГО КРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ В РАМКАХ РАНДОМИЗИРОВАННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ENPILA

НОВИКОВ М.А., ПОПОВ В.А., МАЛЫШЕНКО Е.С., РЕВИШВИЛИ А.Ш.

ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского», г. Москва. Россия

Введение (цели/задачи). Сравнение госпитальных результатов реваскуляризации миокарда в бассейне передней нисходящей артерии (ПНА) с использованием методики минимально инвазивного видеоассистированного метода коронарного шунтирования (EndoACAB) и чрескожного метода коронарных вмешательств (ЧКВ).

Материал и методы. Рандомизированное проспективное моноцентровое исследование ENPILA на базе НМИЦ хирургии А.В. Вишневского. Дизайн исследования включает 100 пациентов. Критериями включения в исследование является наличие изолированных поражений бассейна ПНА, которые доступны для прямой реваскуляризации методикой EndoACAB и ЧКВ. Пациенты разделены на две группы по 50 человек: I группа – пациенты, которым выполнена операция EndoACAB ПНА; II группа – пациенты, которым выполнено ЧКВ со стентированием ПНА. Контрольные точки послеоперационного наблюдения после реваскуляризации миокарда в обоих случаях оцениваются через 24 и 48 недель. В качестве оценки результатов реваскуляризации исследованы первичные конечные точки, включающие в себя большие кардиоваскулярные события (МАССЕ), включающие смерть, нефатальный инфаркт миокарда, повторную реваскуляризацию; и вторичные конечные

точки конверсия, кровотечение в интра- и послеоперационном периоде, болевой синдром, качество жизни пациента. В настоящее время в исследование включены 50 пациентов. Рандомизированы по 25 пациентов в I, II группы соответственно. Клинические характеристики пациентов во всех группах достоверно не отличались.

Результаты. В группе I операции EndoACAB были успешно выполнены во всех случаях. Во II группе отсутствуют неудачно или неполноценно выполненные ЧКВ. В течение госпитального периода в обеих группах не выявлено различий по первичным конечным точкам в виде МАССЕ, инфаркта миокарда, повторной реваскуляризации и вторичным конечным точкам в виде конверсий, кровотечений в интра- и послеоперационном периоде, болевому синдрому, качеству жизни пациентов. Всем пациентам в раннем госпитальном периоде проводилась контрольная коронарография и коронарошунтография. Случаев неполноценной реваскуляризации миокарда, технических трудностей и других осложнений не наблюдалось.

Заключение. Методика минимально инвазивной видеоассистированной реваскуляризации миокарда показала хорошие результаты, сопоставимые с результатами чрескожных коронарных вмешательств на госпитальном периоде.

ГОСПИТАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ МЕМБРАННОЙ ОКСИГЕНАЦИИ В КАРДИОХИРУРГИИ

ПЕТРОВИЧ Н.С., ШЕСТАКОВА Л.Г., ЯРОШ Р.Г., БУШКЕВИЧ М.И., КРАЧАК Д.И., КРАЧАК В.Д., АЧИНОВИЧ А.С., ОСТРОВСКИЙ Ю.П.

Республиканский научно-практический центр «Кардиология», г. Минск. Беларусь

Введение. Экстракорпоральная мембранная оксигенация (ЭКМО) является единственным методом, временно замещающим насосную функцию сердца и/или газообменную функцию легких в острый период болезни. К использованию ЭКМО прибегают в случае развития посткардиотомного синдрома малого сердечного выброса, рефрактерного кардиогенного шока, дисфункции сердечного трансплантата, декомпенсации хронической сердечной недостаточности (как мост к трансплантации сердца и/или легких) или острой дыхательной недостаточности. Несмотря на на-

личие определенных рисков, частота применения данного инвазивного метода ежегодно увеличивается. Основные задачи врача: 1) тщательная и своевременная оценка общего статуса пациента, показаний и противопоказаний к ЭКМО; 2) круглосуточный системный мониторинг состояния пациента, физиологического и механического контура системы ЭКМО; 3) профилактика развития и/или лечение возможных осложнений.

Цель работы. Проведение анализа результатов применения ЭКМО у пациентов кардиохирургического профиля.