

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

НОВИКОВ М.А., ВАДИМ А.П., ЕГОР С.М., МАКСИМ А.Н., АМИРАН Ш.Р.

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.

Материал и методы. Проведен ретроспективный одноцентровый анализ 112 пациентов в возрасте $56,2 \pm 13,5$ лет (80,4% мужчин, 19,6% женщин), которым была имплантирована система ЭКМО на базе РНПЦ «Кардиология» г. Минска в период 2010–2018 гг. Варианты подключения: вено-венозное ($n = 6$), вено-артериальное ($n=106$, 15,1% – центральный доступ, 84,9% – периферический). Показания: посткардиотомный синдром малого сердечного выброса (58%), дисфункция сердечного трансплантата (17%) и изолированная дыхательная недостаточность (5,4%). Данный метод также использовался в случае развития рефрактерного кардиогенного шока (19,6%) у пациентов с декомпенсацией хронической сердечной недостаточности, острым инфарктом миокарда и жизнеугрожающими нарушениями сердечного ритма. Применяемые инвазивные методы разгрузки ЛЖ для предотвращения и/или лечения отека легких, поддержания и улучшения остаточной насосной функции ЛЖ во время вено-артериального ЭКМО: внутриаортальная баллонная контрпульсация ($n=43$), атриосептостомия ($n=7$), активное дренирование ЛЖ/ЛП ($n=13$), однократное дренирование легочной артерии. Заместительная почечная терапия проводилась в 32 случаях (28,6%).

Система селективной антеградной дистальной перфузии нижних конечностей применялась для предотвращения ишемии у 37 пациентов.

Результаты. Среднее время механической поддержки составило $184,1 \pm 124,05$ ч (3 часа – 25 дней). Стабилизация системной гемодинамики, нормализация легочного газообмена и успешное отлучение от ЭКМО – в 57,5% случаев. Пребывание в отделении интенсивной терапии составило $16,4 \pm 10,4$ дней, в клинике – $41,9 \pm 18$ дня. Госпитальная выживаемость пациентов – 49,1%. Основные причины смертельных исходов: прогрессирующая сердечная недостаточность с развитием необратимых полиорганных изменений, инфекционные осложнения и сепсис, нарушения мозгового кровообращения и кровотечения.

Выводы. Экстракорпоральная мембранная оксигенация – это эффективный метод поддержки гемодинамического и/или респираторного статуса пациентов с осторазвившейся и потенциально обратимой респираторной, сердечной или кардиореспираторной недостаточностью, устойчивой к стандартной терапии. ЭКМО повышает госпитальную выживаемость исходно тяжелых пациентов, а для определенных групп является единственным возможным методом лечения.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ШУНТОГРАФИЙ У 1000 ПАЦИЕНТОВ ИБС ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

ПЕТРОСЯН К.В., БОКЕРИЯ Л.А., БУЗИАШВИЛИ Ю.И., ГОЛУХОВА Е.З., БОКЕРИЯ О.Л., ЛОСЕВ В.В.

НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева МЗ РФ, г. Москва, Россия

Введение (цели/задачи). Провести анализ результатов интраоперационных шунтографий у 1000 пациентов ИБС после операции коронарного шунтирования.

Материал и методы. В исследование были включены 1000 больных, подвергнутых аортокоронарному шунтированию с интраоперационной шунтографией. 1000 пациентам было наложено 2322 коронарных шунта. У 1000 пациентов было выявлено 2668 пораженных коронарных артерий ($2,65 \pm 0,34$ артерии на пациента). Всем больным операция АКШ выполнялась доступом через срединную стернотомию. Шунтография выполнялась рутинно в операционной до ушивания грудины всем пациентам, подвергнутым хирургической реваскуляризации миокарда.

Результаты. Тысяче пациентам наложено 2322 шунта (в среднем – $2,322 \pm 0,6$ на пациента). Из 1000 больных различные дисфункции были выявлены у 343 (34,3%) пациентов. Нами было проанализировано 506 (21,79%) из 2322 шунтов с различными дисфункциями. Наиболее частым наблюдением в нашем исследовании являлись гемодинамически значимые стенозы в шунтах – 219 (43,3%), окклюзии – 105 (20,8%), выраженные перегибы шунтов – 86 (16,9%). Диссекция была

выявлена в 16 (3,2%), компрессия дренажами – в 2 (0,4%) случаях, экстравазальное поступление контрастного вещества в и выраженный спазм – в 14 (2,8%) и 9 из 506 случаев соответственно. Поражения артерий дистальнее созданных шунтов диагностированы в 33 из 506 (6,5%) случаях. В подавляющем большинстве такие грозные осложнения, как окклюзия (37%), гемодинамически значимый стеноз (36,5%) и диссекция (75%) регистрировались при создании маммарокоронарного шунта к ПМЖВ. Различные интраоперационные манипуляции и решунтирование были выполнены у 132 (13,2%) из 1000 пациентов. На момент окончания операции 324 (64,0%) из 506 шунтов с диагностированной интраоперационной дисфункцией были полностью проходимы. Таким образом, принимая во внимание общее число сформированных анастомозов, полностью проходимы были 2140 из 2322 шунтов, что составило 92,2%.

Заключение. Принимая во внимание высокую эффективность и результативность интраоперационной шунтографии, данная методика по праву может считаться «золотым стандартом» интраоперационного контроля качества выполнения операции КШ.