

пластикой графтов в области подтекания. При контрольном обследовании (аортография или КТ с контрастным усилением) в послеоперационном периоде (до 3 мес.) зона аневризмы была изолирована, участков подтекания не выявлено, положение эндографта в аорте стабильно. Положительный результат достигнут в 100% случаев. Средний срок пребывания в стационаре составил 6,3 суток. Летальности и больших осложнений (нарушение функции спинного и головного мозга, инфаркт миокарда, разрыв аорты, кровотечение) не было. Один летальный случай, связанный с острым нарушением мозгового кровообращения произошёл на этапе формирования «лысой дуги». Выраженный кальциноз восходящей аорты привёл к эмболии во время бокового пережатия. До этапа эндопротезирования пациент не дожил.

Заключение:

Применение гибридного метода в лечении аневризм дуги и нисходящей аорты может являться альтернативой классической открытой хирургии. Объединив в себе преимущества обоих методов, гибридное вмешательство вполне может изменить подходы к лечению хронических аневризм дуги и нисходящего отдела грудной аорты.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ВОСХОДЯЩЕЙ АОРТЫ РАЗЛИЧНЫМИ КЛАПАН-СОДЕРЖАЩИМИ КОНДУИТАМИ

Андралойть И. Е.¹, Шумовец В. В.¹, Лысенко Е. Р.¹, Москаленко А. В.², Шкет А. П.¹, Усс Н. Л.¹, Гринчук И. И.¹, Островский Ю. П.¹

¹Беларусь, г. Минск, РНПЦ "Кардиология",

²УП "ЗАВОД "ЭЛЕКТРОНМАШ"

Введение (цели/ задачи):

Сравнение непосредственных послеоперационных результатов хирургического лечения у пациентов с протезированием аортального клапана и восходящей аорты клапан-содержащими кондуитом различных модификаций.

Материал и методы:

В сроки с января 2012 по август 2014 г. у 77 пациентов с патологией корня аорты было выполнено протезирование восходящей аорты и аортального клапана клапан-содержащим кондуитом с отдельной реимплантацией устьев коронарных артерий (модификация операции Бентала). У 12 пациентов применялся кондуит BioValsalva (15,6 %), у 19 – кондуит сосудистого протеза Vascutek, содержащий механический клапан St.Jude Medical (24,7 %), у 11 – содержащий биопротез St.Jude Epic (14,3 %), у 19 – кондуит с механическим протезом Мединж (24,7 %) и у 16 – оригинальный, шиваемый непосредственно на операционном столе, кондуит плетеного сосудистого протеза с механическим протезом Планикс-Э (20,8 %). Средний возраст прооперированных составил 57,5±11,5 лет, 59 мужчин (76,6 %). Из них 6 (7,9 %) пациентов были оперированы в экстренном порядке по поводу острой расслаивающей аневризмы грудной аорты тип I или II по ДеБеки. Из 71 пациента оперированного в плановом порядке ВПС отмечен у 28 (36,3 %), дегенеративное поражение аортального клапана у 21 (27,3 %), ревматизм у 16 (20,8 %) и инфекционный эндокардит 1 пациента. Средний риск по шкале EuroSCORE составил 6,61±1,95 (5–13 баллов). SPSS 15.0 была использована

для статистического анализа.

Результаты:

Операция по типу hemiarch была выполнена у 6 пациентов, у 3 пациентов – полное протезирование дуги аорты, сопутствующее АКШ – у 12 (15,6 %), сопутствующая коррекция на митральном клапане – у 19 (24,7 %). Госпитальная летальность в группе в целом составила 3,9% (n=3, 95 % ДИ 1,7 %–7,1 %) и не зависела от типа применяемого кондуита. Длительность ишемии миокарда и ИК достоверно не отличались в группах пациентов с различными видами кондуитов (p>0,05). Частота рестернотомий по поводу послеоперационного кровотечения достоверно не отличалась между группами и в среднем составила 10,4 % (n=8, $\chi^2 = 0,96$, p = 0,91). Среди пациентов группы BioValsalva достоверно чаще применялись протезы меньшего диаметра (21-23 мм, $\chi^2 = 36,79$, p = 0,012), однако при Эхо-КГ индекс эффективной площади открытия клапана (иЭПО) достоверно не отличался между различными типами кондуитов: для протеза BioValsalva – 1,05±0,22 см²/м², механический клапан St.Jude Medical – 1,2±0,18 см²/м², биопротез St.Jude Medical Epic – 1,21±0,12 см²/м², Мединж – 1,05 ± 0,19 см²/м², Планикс-Э – 1,15 ± 0,23 см²/м² (p = 0,09). Средний трансклапанный систолический градиент также достоверно не различался среди различных типов кондуитов (p = 0,08) и составил соответственно – 13,8±5,3 мм Hg, 9,26±3,3 мм Hg, 9,8±4,1 мм Hg, 12,4±4,6 мм Hg и 10,9±4,5 мм Hg.

Заключение:

Обобщены результаты клинического применения различных типов клапан-содержащих кондуитов с биологическими и механическими протезами при протезировании восходящего отдела аорты и аортального клапана. Показано, что протезы BioValsalva по клинико-гемодинамическим характеристикам не уступают другим применяемым кондуитам при применении меньших диаметров клапанов. Требуется дальнейшее наблюдение за данными пациентами с целью оценки отдаленных результатов и определения оптимального типа клапан-содержащего кондуита.

РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСКАТЕТЕРНОГО ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТОВ МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

Бабаджанов С. А., Зуфаров М. М., Искандаров Ф. А., Ходжаева Э. М., Махаммов Н. К., Им В. М.

АО "Республиканский специализированный центр хирургии"

Введение (цели/ задачи):

Анализ результатов транскатетерного закрытия вторичного дефекта межпредсердной перегородки (ДМПП)

Материал и методы:

У 56 больных с вторичным ДМПП в возрасте от 7 до 40 лет (в сред. 19,5±2,1) было произведено транскатетерное закрытие окклюдером Амплатцера. У 32 (57,1%) больных имелась недостаточность кровообращения (НК) I степени, у 24 (42,9%) – НК II степени. По данным ЭКГ гипертрофия ПЖ имелась у всех больных, перегрузка правых отделов сердца – у 29 (51,8%) больных. Легочная гипертензия I ст выявлена у 14, II ст – у 39 (69,5%) больных. Множественные ДМПП присутствовала у 1(1,8%) пациентки, одиночный – у остальных 55 (98,2%). По данным трансторакального и транспищевод-

ного ЭхоКГ размер ДМПП колебался от 14 до 35мм. Были использованы окклюдеры типа "ASD occlusion Device" фирмы "SSHMA" (Китай) размерами от 16 до 44мм. В плане подготовки к вмешательству взрослым пациентам назначались аналоги аспирина в дозировке 300 мг/сут, детям в дозировке 3-5 мг/кг веса в сутки. У всех использовался доступ через правую бедренную вену. Использовались доставляющие системы "Delivery System" той же фирмы диаметром от 10 до 14 F.

Результаты:

У всех больных удалось закрыть межпредсердные дефекты окклюдерами Амплатцера. По данным ЭхоКГ остаточного шунта после операции на уровне ДМПП не обнаружено. Из осложнений в 1 случае в первые сутки после имплантации наблюдалась миграция окклюдера в полость правого предсердия. Данному пациенту была выполнена экстренное хирургическое вмешательство с удалением окклюдера и открытой коррекцией порока. На операции выяснилось, что причиной дислокации было отсутствие нижнего края ДМПП, что не было диагностировано на дооперационной ЭхоКГ. Других осложнений не было. Все пациенты были выписаны на 2-3 сутки после операции с рекомендацией приема аналогов аспирина в возрастной дозировке в течение 1 года. Контрольные обследования до 3 лет показали адекватное положение окклюдера и отсутствие сброса на уровне дефекта. Каких либо-осложнений в отдаленные сроки не отмечалось.

Заключение:

Транскатетерное закрытие окклюдерами Амплатцера является эффективным и безопасным методом коррекции вторичного ДМПП.

РЕЦИДИВИРУЮЩАЯ ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Колтунов А. Н., Лищук А. Н., Шкловский Б. Л., Паценко М. Б., Прохорчик А. А., Долгих Р. Н., Есион Г. А., Карпенко И. Г., Шамес А. Б.

ФГБУ "З ЦВКГ им. А.А. Вишневого" Минобороны России

Введение (цели/ задачи):

Интерес к проблеме тромбоземболии легочной артерии (ТЭЛА) обусловлен ее широкой распространенностью, высокой летальностью и инвалидизацией больных, связанной с формированием постэмболической легочной гипертензией, развитием сердечной недостаточности. Среди многих факторов развития ТЭЛА вызывает большой интерес изучение тромбофилий, которые характеризуются повышенной склонностью к развитию тромбозов кровеносных сосудов. При этом, жизнь больного с возникшей ТЭЛА всецело зависит от тактики оказания неотложной помощи как на догоспитальном (в том числе во время транспортировки в специализированный стационар, в том числе санитарной авиацией), так и госпитальном этапах и последующем динамическом наблюдении.

Материал и методы:

Представлено описание успешного лечения рецидивирующей ТЭЛА у молодого мужчины 22 лет, который после госпитализации в центральную областную больницу (г. Оренбург) санитарной авиацией был экстренно транспортирован в центральный военный госпиталь (г. Красногорск). Транспорти-

ровка осуществлялась бригадой кардиохирургов и анестезиологов. Общее время транспортировки составило 280 мин. Проведенное экстренное обследование (эхокардиография [ЭхоКГ], компьютерная томография [КТ] – ангиопульмонография) подтвердило диагноз.

Результаты:

По данным ЭхоКГ у больного определялась перегрузка и дисфункция правого желудочка, повышение систолического давления в легочной артерии до 75 мм. рт. ст., наличие недостаточности трикуспидального клапана с регургитацией 3 ст. По данным КТ-ангиопульмонографии определялись тромбы в стволе и главных ветвях легочной артерии. Время обследования пациента от момента поступления в госпиталь до транспортировки в реанимационное отделение составило 43 минуты. Учитывая высокий риск ранней смерти, нестабильность гемодинамики требовавшей инотропной поддержки больному была выполнена тромбэндартерэктомия из системы легочной артерии. При обследовании коагуляционной системы у пациента была диагностирована наследственная тромбофилия; гомозиготная мутация в гене интегрин ITGB2 – тромбоцитинатного рецептора к коллагену, гетерозиготная мутация в гене интегрин ITGB3 – тромбоцитарного рецептора фибриногена, гомозиготная мутация в гене PAI – 1 – антагониста тканевого активатора плазминогена, гетерозиготная мутация в гене цитохрома CYP2C9, гомозиготная мутация в гене VKORC1 – субъединицы витамина K.

Заключение:

1. Возникновению тромбоземболии легочной артерии в молодом возрасте, нередко сопряжено с наличием врожденного дефекта свертывающей системы крови. При этом всегда оправдан поиск причины ТЭЛА, которая влияет на тактику динамического наблюдения больного. 2. Современный подход, наличие высокотехнологично оборудованного автомобильного и авиационного транспорта, высококвалифицированной врачебно-сестринской бригады позволяет эвакуировать пациента с острой ТЭЛА с высоким риском ранней смерти из любого региона России в специализированное лечебное учреждение. 3. Оказание своевременной высококвалифицированной медицинской помощи больным с ТЭЛА с высоким риском ранней смерти позволяет добиться удовлетворительного результата лечения, уменьшить риск смерти и нивелировать риск инвалидизации пациентов молодого возраста по причине развития хронической посттромбоземболической легочной гипертензии.