

4 (1,5%) случаях, эпизоды ускоренного нижнепредсердного ритма наблюдались всего лишь у 2 (0,7%) пациентов.

Заключение:

Таким образом, установлены ЭКГ признаки ДКМП: отсутствие нарастания амплитуды зубца «R», глубокий зубец «S» в правых грудных отведениях (V1-V4) и высокий зубец «R» в левых грудных отведениях (V5-V6) (45,2%) с нарушением фазы реполяризации. Патологический псевдо-Q зубец определяется в 16% случаев, чаще встречалась блокада ЛНПГ (17%), нежели блокада ПНПГ (6%).

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОБСТРУКТИВНОЙ ГКМП: МИОСЕПТЭКТОМИЯ ИЛИ МИТРАЛЬНОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ?

Одинцов В. О., Шкет А. П., Андрушук В. В., Спиридонов С. В., Комиссарова С. М., Щетинко Н. Н., Островский Ю. П.

ГУ РНПЦ "Кардиология"

Введение (цели/ задачи):

Цель работы. Сравнить гемодинамическую и клиническую эффективность миосептэктомии (МСЭ) и митрального протезирования в устранении обструкции и сопутствующей недостаточности митрального клапана (МК) у пациентов с обструктивной гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП).

Материал и методы:

83 последовательных пациента (55,4% мужчин, средний возраст 49,8±14,5 лет), оперированных с декабря 2007 г. по октябрь 2015 г. Средняя величина пикового систолического градиента (ПСГ) в выходном тракте левого желудочка (ВТЛЖ) составила 80,7±22,3 мм. рт. ст. 70% пациентов находились в III и IV ФК NYHA. Выраженная (3+ - 4+ ст.) митральная регургитация (МР) выявлена у 75,9% пациентов. Феномен SAM МК регистрировался в 86,7% случаев. В группу 1 вошли 47 пациентов, которым выполнялась МСЭ +/- пластика МК (из них 23 – изолированная МСЭ). Группу 2 составили 36 пациентов, которым выполнялось протезирование МК +/- МСЭ (из них – 8 случаев изолированного протезирования МК).

Результаты:

Контрольные эхо-исследования показали достоверное (p=0,001) снижение ПСГ в ВТЛЖ (14,9±9,6 мм рт. ст. в группе 1 и 11,3±9,5 мм рт. ст. в группе 2), митральной регургитации (≤ 2+ ст.) в обеих группах без достоверных различий между ними как в раннем послеоперационном периоде, так и в отдаленные сроки. В послеоперационном периоде не регистрировалось значимого (> 1 ст.) SAM. Изолированная расширенная МСЭ (n=39) явилась эффективной в 59% случаев (n=23); в 41% потребовалась повторная остановка сердца для выполнения вмешательства на МК. Достоверно меньшая масса (M_с=1,3 гр.) иссеченного миокарда (p=0,003) регистрировалась у пациентов группы 2 (исключая случаи протезирования МК без МСЭ) в сравнении с группой 1 (M_с=5,5 гр.). Недостаточно радикальная МСЭ может приводить к неполному устранению обструкции ВТЛЖ и потребовать дополнительно протезирования МК (n=6). Период наблюдения – 41,6±25,8 мес. (min. 4; max. 98). 90,1% пациентов находятся в I-II ФК NYHA (p<0,001). Кумулятивная 7-летняя выживаемость достоверно ниже (p=0,005) в группе 2: 77% против 100% в группе 1. Все летальные исходы (n=7, из которых 2 госпитальных и 5 от-

даленных) произошли в группе 2 (у двух пациентов смерть наступила по протезозависимой причине). 12 случаев нефатальных протезозависимых осложнений зарегистрировано в отдаленном (или госпитальном, n=2) периоде у 11 пациентов этой группы. В группе 1 в отдаленном периоде у 2-х пациентов развились признаки возврата обструкции ВТЛЖ. Первый из них реоперирован через 4,5 года в связи с выраженными клиническими проявлениями обструкции ВТЛЖ. Одна пациентка группы 1 повторно оперирована в связи с развившейся через 1 год после расширенной МСЭ недостаточностью аортального клапана вследствие выраженного фиброзирования створок.

Заключение:

Как радикальный метод хирургического лечения обструктивной ГКМП, протезирование МК ставится под сомнение значительным числом осложнений, реализующихся главным образом в отдаленные сроки, поэтому показания к нему должны быть строгими, а техника выполнения первичной МСЭ – прецизионной. Митральное протезирование показано ряду пациентов с сопутствующей МР дегенеративного характера, когда пластика не может быть проведена вследствие выраженных морфологических изменений клапана, либо в случаях, когда первоочередные хирургические процедуры не приводят к разрешению обструкции ВТЛЖ. Сохранение нативного МК позволяет избежать протезозависимых осложнений и улучшает отдаленную выживаемость. Изолированная расширенная МСЭ ассоциирована с отличной отдаленной выживаемостью и отсутствием необходимости в пожизненной антикоагулянтной терапии.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МАССИВНОЙ ДВУХСТОРОННЕЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Колтунов А. Н., Лищук А. Н., Шкловский Б. Л., Корниенко А. Н., Бровка Л. Е., Есион Г. А., Колтунова Т. Ю.

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

Введение (цели/ задачи):

Тромбоэмболия легочной артерии - сложная клиническая проблема, решение которой зависит от комплексного интегративного подхода к диагностике и лечению заболевания. Смертность при ТЭЛА достигает 30%, однако адекватная тактика ведения пациента в зависимости от риска ранней смерти, своевременное хирургическое лечение позволяет снизить этот показатель до 2-8%.

Материал и методы:

Представлено описание успешного хирургического лечения больного с массивной двухсторонней тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА) с поражением долевых и сегментарных ветвей, тромбозом правого предсердия и открытым овальным окном.

Результаты:

На фоне тяжелого состояния больного, нарастающей легочно-сердечной недостаточности быстро развился циркуляторный коллапс с последующей остановкой сердца. Реанимационные мероприятия проводились одновременно с подключением аппарата искусственного кровообращения во время подготовки пациента к экстренной тромбэмболэктомии (ТЭЭ). Важным моментом в данном случае явилась доопера-