

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 $49,8 \pm 14,5$ лет), оперированных с декабря 2007 г. по октябрь 2015 г. Средняя величина пикового систолического градиента (ПСГ) в выходном тракте левого желудочка (ВТЛЖ) составила $80,7 \pm 22,3$ 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 ($14,9 \pm 9,6$ мм рт. ст. в группе 1 и $11,3 \pm 9,5$ мм рт. ст. в группе 2), митральной регургитации ($\leq 2+$ 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 ($M_0=1,3$ гр.) иссеченного миокарда ($p=0,003$) регистрировалась у пациентов группы 2 (исключая случаи протезирования МК без МСЭ) в сравнении с группой 1 ($M_0=5,5$ гр.). Недостаточно радикальная МСЭ может приводить к неполному устранению обструкции ВТЛЖ и потребовать дополнительно протезирования МК ($n=6$). Период наблюдения – $41,6 \pm 25,8$ 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., Бровко 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 тромбэмболизомии (ТЭЭ). Важным моментом в данном случае явилась доопера-

ционная диагностика, которая была проведена в течение первых 40 мин с момента поступления в стационар. Особенно наблюдения явилось развитие у пациента с факторами риска ТЭЛА (длительная обездвиженность вследствие пареза конечностей, после травмы головного мозга, наличием тромбоза глубоких вен нижних конечностей) редкого сочетания поражения легочной артерии (ЛА): острая массивная ТЭЛА с поражением легочного ствола обеих ЛА их ветвей (долевых, сегментарных, субсегментарных), наличие внутрисердечного тромба и открытого овального окна. Авторами подчеркивается, что определяющими факторами прогноза успешного хирургического лечения ТЭЛА у пациента с высоким риском смерти являются: а) оперативность неотложной диагностики заболевания; б) время от начала клинических проявлений заболевания до момента выполнения операции эмболизмом (в пределах 1-го «золотого» часа); в) максимально полное удаление тромбов из легочной артерии и ее ветвей. Динамическое наблюдение в течение 12 мес. после ТЭА показало значимое уменьшение дефицита перфузии легких, улучшение функциональных параметров правых камер сердца, отсутствие рецидивов тромбоэмболии.

Заключение:

Своевременная активная хирургическая тактика, сокращение до минимума периода от момента возникновения заболевания до начала экстракорпорального кровообращения и максимально полное удаление тромбов из артерий малого круга кровообращения с применением видеоскопического оборудования, определяет успешность и качество хирургического лечения ТЭЛА предупредить развитие рецидивов тромбоэмболии обеспечить удовлетворительное качество жизни пациента.

ХИРУРГИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ СЕРДЦА

Андрушук В. В.¹, Островский Ю. П.¹, Жарков В. В.², Валентюкевич А. В.², Шестакова Л. Г.², Курганович С. А.², Ильина Т. В.², Юдина О. А.³

¹РНПЦ "Кардиология", Минск, ²Беларусь, РНПЦ "Онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н.Александрова", ³УЗО "Городское патологоанатомическое бюро", Минск

Введение (цели/ задачи):

Оценить результаты хирургического лечения пациентов со злокачественными опухолями сердца (ЗОС).

Материал и методы:

За период с 2001 по 2015гг. в РНПЦ «Кардиология» оперировано 19-ть пациентов с ЗОС: 11-ть мужчин (57,9%) и восемь женщин (42,1%), средний возраст 50,9±5,5 (20-77) лет. Первичные злокачественные опухоли сердца (ПЗОС) поражали левые отделы у семи (36,8%), правые – у трех (15,8%), одновременно и правые и левые отделы – у одного (5,3%) пациента. Отдаленные метастазы в сердце (ОМС) оперированы у восьми пациентов (42,1%)

Результаты:

Проведено три (15,8%) операции аутоотрансплантации сердца (АС), одна (5,3%) ортотопической трансплантации сердца (ОТС), три (15,8%) радикальных резекции опухоли "in situ" (РРО), четыре (21,1%) циторедуктивных вмешатель-

ства (ЦРО), одна операция удаления метастаза с пластикой правого желудочка заплатой и семь эксплоративных вмешательств с биопсией метастазов. Большие госпитальные осложнения (БГО) развились у шести пациентов (31,6%). Три пациента (15,8%) с ПЗОС умерло в госпитальном периоде вследствие некардиальных причин. Период наблюдения пациентов с ПЗОС составил 467,0±100,3 (193-859) дней. Из них семь (7 из 11, 63,6%, один выбыл) умерли от рецидива или прогрессирования опухоли. Безрецидивная выживаемость пациентов с ПЗОС составила 456,8±103,0 (219-765) дней, средняя длительность до исхода – 357,6±121,6 (4-859) дней. Для пациентов с ОМС средний период наблюдения составил 24,3±3,7 (3-74,1) мес. Шесть (6 из 8, 75%) пациентов умерли в ближайшем и среднесрочном периодах от прогрессирования опухолевого процесса. Общая однолетняя выживаемость составила 37,5±6,1%, двухлетняя – 25±5,5%, медиана выживаемости – 5,4±0,9 мес.

Заключение:

ПЗОС – редкая патология с практически фатальным прогнозом, поздней выявляемостью и неудовлетворительными результатами лечения. Радикальные операции (РО) – РРО, АС, ОТС в составе мультимодальной терапии являются современной стратегией лечения ПЗОС (кроме лимфомы). Хирургия при ОМС показана, если внутрисердечная обструкция кровотоку носит выраженный характер, нарушает качество и угрожает жизни пациента, а ОМС единичный, резектабельный, первичная опухоль удалена радикально и пациент имеет хороший жизненный прогноз, даже в случаях наличия множественных экстракардиальных метастазов.

ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Мацкевич С. А., Бельская М. И., Барбук О. А.

ГУ «Республиканский научно-практический центр «Кардиология»

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования: определить наличие и выраженность тревожно-депрессивных переживаний и оценить их влияние на качество жизни у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемического генеза.

Материал и методы:

Обследовано 128 пациентов с ХСН II, III функционального класса (ФК по NYHA) ишемического генеза. Средний возраст пациентов составил 60,58±5,26 года. Давность перенесенного инфаркта миокарда с зубцом Q составила 4,04±1,18 года. Все исследования проводились с информированного согласия пациентов. Критерии исключения из исследования: нестабильная стенокардия, перенесенное в ближайшие 6 месяцев острое нарушение мозгового кровообращения, гемодинамически значимые пороки сердца, тяжелые нарушения функции печени, артериальная гипертензия выше II ст, сложные нарушения ритма, постоянная форма фибрилляции предсердий, сахарный диабет, патология почек. Всем пациентам проводилось общеклиническое исследование. Ультразвуковое исследование сердца выполнено на аппарате Vivid – 7 (GE, США - Бельгия). Признаки ХСН ФК II (с фракцией