

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 кровотока 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

выброса левого желудочка по данным эхокардиографии в среднем $52,2 \pm 5,08\%$) определялись у 68 (53,1%) пациентов, признаки ХСН ФК III (с фракцией выброса левого желудочка $47,2 \pm 6,56\%$) – у 60 (46,9%) пациентов. Медикаментозное лечение представлено стандартной терапией. Оценка наличия и выраженности тревожно-депрессивных расстройств проводилась с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). Качество жизни, определяемое в баллах, оценивалось с помощью «Миннесотского опросника качества жизни пациентов с ХСН (MLHFO)». Статистический анализ проведен с применением общепринятых методов математической статистики с помощью статистического пакета программ STATSOFT STATISTICA 6.0 for Windows (USA), MS EXCEL XP.

Результаты:

Согласно результатам психологического тестирования по шкале HADS, тревожные и депрессивные переживания выявлены у 45,3% пациентов с ХСН. Признаки изолированной депрессии определялись в 22,7% случаев, тревоги – в 25% случаев. Причем, признаки клинически выраженной тревоги и депрессии определялись у 7,8% и 4,7% пациентов соответственно, признаки субклинически выраженной тревоги и депрессии – у 17,2% и 18,0% пациентов. Все эти особенности накладывают отпечаток на качество жизни, которое у пациентов с сопутствующими тревожно-депрессивными переживаниями в 1,5 раза хуже, чем у пациентов с нормальным психоэмоциональным статусом. 10,9% пациентов страдают как депрессией, так и тревогой, качество жизни в этой группе в 1,6 раза хуже, чем у пациентов без тревоги и депрессии. В результате корреляционного анализа выявлены положительные взаимосвязи между качеством жизни и уровнем депрессии ($r=0,46$, $p<0,001$), качеством жизни и уровнем тревоги ($r=0,59$, $p<0,001$), между уровнями депрессии и тревоги ($r=0,47$, $p<0,001$). У обследованных пациентов отмечалась достоверная разница уровней тревоги и депрессии в зависимости от ФК ХСН ($p<0,01$). Так, в группе пациентов с ХСН ФК II тревожно-депрессивные переживания выявлены у 30,9% пациентов. Качество жизни у пациентов с сопутствующими тревожно-депрессивными переживаниями в 1,4 раза хуже, чем у пациентов с нормальным психоэмоциональным статусом. Признаки изолированной депрессии и тревоги определялись в 4,4% и 26,5% случаев соответственно. 10,3% пациентов страдают и тревогой и депрессией, качество жизни в этой группе хуже, чем при изолированной тревоге или депрессии ($p<0,01$). При ХСН ФК III тревожно-депрессивные переживания по данным шкалы HADS выявлены у 71,6% пациентов. Признаки изолированной депрессии и тревоги определялись в 48,3% и 23,3% случаев соответственно. Качество жизни у пациентов с сопутствующими тревожно-депрессивными переживаниями в 1,6 раза хуже, чем у пациентов с нормальным психоэмоциональным статусом. Выраженность тревоги и депрессии у пациентов с ХСН ФК III превышает нормальные значения по шкале HADS в 1,4 и 1,7 раза соответственно. В этой группе выявлена корреляционная зависимость между качеством жизни и уровнем депрессии ($r=0,50$, $p<0,001$), качеством жизни и уровнем тревоги ($r=0,57$, $p<0,001$). У 13,3% пациентов выявлены признаки и тревоги и депрессии, качество жизни в этой группе хуже, чем при изолированной тревоге или депрессии ($p<0,01$).

Заключение:

Таким образом, в нашем исследовании тревожно-депрес-

сивные переживания выявлены у 45,3% пациентов с ХСН ишемического генеза. Качество жизни пациентов с ХСН значительно ухудшается при наличии тревоги и/или депрессии, причем при сочетании тревоги и депрессии это ухудшение наиболее выражено. Утяжеление сердечной недостаточности сочетается с увеличением количества пациентов с тревожно-депрессивными переживаниями, причем, при ХСН ФК II преобладают тревожные переживания, при ХСН ФК III – депрессивные. Выявленные изменения свидетельствуют о необходимости коррекции тревожно-депрессивных переживаний в комплексном лечении пациентов с сердечной недостаточностью с целью улучшения клинического состояния и повышения качества жизни этих пациентов.

ЧАСТОТА И АССОЦИИИ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ЗАСТОЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ БИОИМПЕДАНСНОГО ВЕКТОРНОГО АНАЛИЗА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Маматов Б. М., Виллевалде С. В., Кобалава Ж. Д.

Российский университет дружбы народов, Медицинский институт

Введение (цели/ задачи):

Повторные госпитализации с декомпенсацией сердечной недостаточности (СН) обуславливают высокие затраты здравоохранения. Застой является ведущей причиной госпитализации пациентов в связи с декомпенсацией СН. Роль биоимпедансного векторного анализа (БИВА) в оценке застоя у госпитализированных пациентов не определена. Цель исследования: оценить статус гидратации у пациентов с декомпенсацией СН с использованием БИВА и сопоставить с клинкорентгенологическими данными.

Материал и методы:

В исследование включено 97 пациентов, госпитализированных с декомпенсацией СН (40,2% мужчины, возраст $68,4 \pm 10,4$ лет ($M \pm SD$), ХСН II/III ФК 44/56%, фракция выброса ЛЖ $44 \pm 12\%$, СН со сниженной (<35%) ФВ ЛЖ 26%, предшествующие госпитализации за 12 мес 39%, артериальная гипертензия 89%, анамнез инфаркта миокарда 45%, фибрилляция предсердий 59%, сахарный диабет 42%, известная хроническая болезнь почек 26%, N-концевой фрагмент предшественника мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) 3619 ± 2102 пг/мл). Статус гидратации был оценен при поступлении и выписке пациентов в соответствии с консенсусным документом Европейского кардиологического общества (2010 г.) с подсчетом баллов и с использованием БИВА с определением активного (R) и реактивного (Xc) сопротивления. В стационаре петлевые диуретики получали все пациенты, тиазидные диуретики 26%, внутривенно нитраты 67%, инотропную терапию 23%, ингибиторы АПФ/ сартаны 88/12%, бета-блокаторы 91%, антагонисты альдостерона 68%. При проведении статистического анализа использованы критерии Манна-Уитни и Вилкоксона. Значимым считалось $p<0,05$.

Результаты:

При поступлении по клиническим данным 84% пациентов характеризовались тяжелой гипергидратацией, 16% – уме-