

ПРЯМАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МИОКАРДА В ТЕЧЕНИИ ПЕРВЫХ 24, 48 И 72 ЧАСОВ С МОМЕНТА ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА ОКС

Шалдыбин П.Д.

Научный руководитель: д. м. н. Лукин О.П., к. м. н. Семагин А.А.
Кафедра госпитальной хирургии
Южно-Уральский государственный медицинский университет
ФГБУ ФЦССХ Минздрава России г. Челябинск

Актуальность исследования: острый коронарный синдром (ОКС) в соответствии с последними клиническими рекомендациями требует оказания немедленной медицинской, специализированной помощи. Всё чаще данная помощь оказывается методом прямой реваскуляризации миокарда.

Цель исследования: оценить результаты прямой реваскуляризации миокарда у пациентов с ОКС, которые были прооперированы в первые 24, 48 и 72 часа с момента постановки диагноза.

Материалы и методы: исследование проводилось на базе ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России с 2011 по 2018 год. В соответствии с поставленной целью было отобрано 48 пациентов которым в обозначенный срок была проведена прямая реваскуляризация миокарда.

Результаты: из 48 пациентов с ОКС, 41 пациенту оперативное вмешательство было проведено в течении 24 часов, 5 пациентам в течении 48 часов и 2 пациентам в течении 72 часов. Перед оперативным вмешательством пациентам набирался стандартный набор анализов и проводились в обязательном порядке: коронарография (КГ), ЭХО-КГ и анализ крови на Тропонин I медиана которого составляла 0,73 (0,19–4,58). По данным коронарографии в большинстве случаев имело место 3-х сосудистое поражение. По мимо выполнения аорто/маммарно-коронарного шунтирования (АКШ/МКШ) часть оперативных вмешательств носило сочетанный характер. В раннем послеоперационном периоде, в 59% пациентам требовалась инотропная поддержка, 4 пациентам внутриаортальная баллонная контрпульсация (ВАБК) и 3 пациентам подключение ЭКМО. Пребывание пациента в ОРИТ составило в среднем 6,5±6,25 дней, а медиана длительности ИВЛ составила 12 (7–29,7) часов. Госпитальная летальность составила 4,17% (2 пациента), догоспитальная летальность 20,8% (10 пациентов).

Выводы: проведение экстренного АКШ/МКШ оправдано в случае реальной угрозы жизни пациента в первые часы после ОКС. Перед оперативным вмешательством необходимо взвесить все ЗА и ПРОТИВ, оценить риски и максимально компенсировать состояние пациента, рассмотреть методы ЧКВ у данной группы пациентов и только при невозможности решить проблему малоинвазивным путём — прибегнуть к прямой реваскуляризации миокарда.

ПРЕДИКТОРЫ ОНМК В КАРДИОХИРУРГИИ 2019

Шалдыбин П.Д.

Научный руководитель: д. м. н. Лукин О.П., к. м. н. Давыдов И.В., д. м. н. Злакоманова О.Н.
Кафедра госпитальной хирургии
Южно-Уральский государственный медицинский университет
ФГБУ ФЦССХ Минздрава России г. Челябинск

Актуальность исследования: острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) является одним из самых тяжёлых осложнений в практической кардиохирургии, приводя к стойкой инвалидизации пациентов, а в некоторых случаях к летальному исходу.

Цель исследования: выявить предикторы развития ОНМК у пациентов в интра- и раннем послеоперационном периоде и предложить методы по его профилактики.

Материалы и методы: исследование проводилось на базе ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России с января 2011 по декабрь 2018 года, носило ретроспективный характер. Было сформировано 2 группы. I группа 85 человек прооперированных в условиях ИК с ОНМК. II группа — 85 человек прооперированных с ИК без ОНМК.

Результаты: в ходе проведения исследования были выявлены наиболее значимые предикторы — способствующие развитию ОНМК. Данные предикторы можно условно поделить на пред- и интраоперационные. К предоперационным предикторам относятся: ОНМК в анамнезе, ИБС, ФП, тромбоз ушка ЛП, аневризма ЛЖ в сочетании с тромбозом, открытое овальное окно и тромбоз нижних конечностей, а также декомпенсированный сахарный диабет. Интраоперационными предикторами ОНМК являются: тяжесть операции, время ИК, время пережатия аорты (ВПА), операции на восходящей аорте, пластика/протезирование аортального клапана, наложение ареста и др. Был проведён корреляционный анализ между тяжестью ОНМК и временем ИК — корреляционный коэффициент составил 0,88. С учётом данных исследования были разработаны мероприятия направленные на коррекцию тех предикторов развития ОНМК которые были выявлены в ходе нашего исследования данные мероприятия позволят минимизировать риск развития ОНМК.

Выводы: с учётом выявленных факторов был предложен комплекс практических рекомендаций, которые помогут минимизировать риск развития ОНМК у пациентов группы высокого риска. Необходимо жёстко контролировать уровень глюкозы крови, компенсировать СД до начала операции, выполнять интраоперационно и после операции коррекцию нарушений ритма, перевязывать ушко ЛП, уменьшить количество манипуляций на аорте, найти баланс между проведением ИК и полнотой выполняемых вмешательств. Оправдано использование канюль с ловушками для эмболов, а также раннее пробуждение пациента на столе с оценкой неврологического статуса.

ЭНДОВЕНОЗНАЯ ЛАЗЕРНАЯ КОАГУЛЯЦИЯ: ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ СИМПТОМАТИКИ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОДКОЖНЫХ НЕРВОВ

Шалдина М.В.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Фокин А.А., к.м.н. Борсук Д.А.
Кафедра хирургии института дополнительного профессионального образования
Южно-Уральский государственный медицинский университет

Актуальность исследования: при операциях на большой подкожной вене (БПВ) встречается достаточно часто поражение подкожных нервов: от 0 до 65% [1] при стриппинге, от 0,7 до 36,5% [2] при эндовенозных термических облитерациях.

Цель исследования: оценить частоту повреждения подкожных нервов при эндовенозной лазерной коагуляции (ЭВЛК) БПВ, влияние на качество жизни (КЖ) пациентов.

Материалы и методы: в ретроспективное исследование включены 119 пациентов, которым выполнена 151 изолированная ЭВЛК БПВ без минифлебэктомии или склеротерапии притоков. Данные пациенты были анкетированы по телефону.

Результаты: при анализе анкетирования жалобы, характерные для повреждения подкожных нервов, были отмечены на 61 (40,4%) оперированной конечности. При этом данная симптоматика снижала КЖ только в 7 (4,6%). Все пациенты отмечали постепенный регресс симптомов. Медиана купирования симптоматики составила 2 месяца. Из 7 пациентов у кого пострадало КЖ, симптомы сохранялись только у 3 (1,9%).

Выводы: повреждения подкожных нервов после ЭВЛК БПВ могут встречаться до 40,4% случаев, при этом у 4,6% пациентов данные повреждения могут существенно снижать КЖ. Пункция ниже коленного сустава при ЭВЛК БПВ статистически значимо увеличивает риск травматизации подкожных нервов ($\chi^2=5,258$; $p=0,022$).