

НЕОБХОДИМОСТЬ ИМПЛАНТАЦИИ ЭКС В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПАЦИЕНТАМ, КОТОРЫМ ПРОВОДИЛОСЬ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОРОКА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДОСТУПА ПО ГИРОДОНУ

Шалдыбин П. Д.

Научный руководитель: главный врач, профессор, д.м.н. Лукин Олег Павлович, д.м.н., профессор Злакоманова Ольга Николаевна, к.м.н., хирург Давыдов Иван Владимирович
Кафедра госпитальной хирургии
ФГБУ «ФЦССХ» МЗ России (г. Челябинск)
Южно-Уральский государственный медицинский университет

Контактная информация: Шалдыбин Павел Дмитриевич — студент 6 курса Лечебного факультета.
E-mail: Shaldybin666@gmail.com

Ключевые слова: доступ по Гиродону, митральный клапан, ЭКС

Актуальность исследования: сегодня операции по коррекции пороков митрального клапана являются одними, из наиболее распространённых. Существует мнение, что при использовании верхнего двупредсердного доступа по Гиродону возрастает необходимость имплантации электрокардиостимулятора (ЭКС) в послеоперационном периоде. Мы решили проверить, так ли это на самом деле?

Цель исследования: определить место верхнего двупредсердного доступа по Гиродону в современной кардиохирургии и оценить необходимость в имплантации ЭКС пациентам в послеоперационном периоде.

Материалы и методы: исследование проводилось с 2011 по 2019 года в ФГБУ «ФЦССХ» МЗ РФ (г. Челябинск) и являлось ретроспективным. В соответствии с поставленной целью, были отобраны 84 пациентов. Им выполнены операции с искусственным кровообращением (ИК), у которых для вмешательства на митральном клапане использовался верхний двупредсердный доступ по Гиродону. Методом анкетирования пациентов были отслежены отдалённые результаты проведенной им операции.

Результаты: синусовый ритм сохранён у 59 (70,2%) пациентов, предсердный ритм был отмечен у 20 (23,8%) человек, 3 (3,6%) пациентам был имплантирован ЭКС в раннем послеоперационном периоде и 2 (2,4%) пациентам потребовалась имплантация ЭКС в отдалённом послеоперационном периоде. В соответствии с полученными данными — свобода от имплантации ЭКС при использовании доступа по Гиродону составила 94,00%. Таким образом, с учётом наилучшей визуализации для коррекции митральной патологии, а также высокий процент свободы от имплантации ЭКС, сопоставимый с другими доступами по данным мировой литературы, можно смело рекомендовать, использовать данный вид доступа более часто, в особенности при прогнозируемых затруднениях визуализации митрального клапана и подклапанных структур, что довольно часто встречается при ишемической митральной недостаточности.

Выводы: в ходе данной работы, нами были определены наиболее оптимальные условия для выполнения верхнего двупредсердного доступа при пороках митрального клапана, особенно при пороках ишемического генеза заболевания. Доступ по Гиродону статистически достоверно не увеличивает необходимость имплантации ЭКС в послеоперационном периоде в сравнении с другими доступами к митральному клапану. При этом свобода от имплантации ЭКС составила 96,4% в раннем послеоперационном периоде и снизилась до 94,00% в течении последующих 5–7 лет.