

И.Н., 2000). Применение метода ТК ЦДС позволило получать изображение артерий основания мозга и определять направление кровотока по ним, а также проводить измерения скоростей кровотока на определенных глубинах с корректировкой угла локации.

Критериями региональной гемодинамической значимости деформации ВСА считали (Куликов В.П., Хорев Н.Г., Герасименко И.Н., 2000) наличие межполушарной асимметрии ПСС кровотока в СМА со снижением на 30% и более на стороне поражения при односторонней деформации ВСА, снижение коллатерального резерва мозгового кровообращения в обоих полушариях при двусторонних извитостях, снижение цереброваскулярной CO₂-реактивности на стороне поражения при односторонней деформации ВСА. Таким образом, использование различных модальностей ультразвука в режиме реального времени на современном оборудовании помогает врачу клиницисту уже на поликлиническом этапе не только установить сам факт наличия деформации сонных артерий, но комплексно оценить их гемодинамическую значимость, что важно в выборе тактики ведения пациента с цереброваскулярной патологией.

УДК 616.12 DOI 10.22448/AMJ.2018.3.94-94

М.С. Фоменко, О.Н. Бруева, М.А. Горшелатова, И.В. Басанова, В.Н. Никитин, В.В. Филатов, Е.С. Тарасюк

ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России (клиника кардиохирургии)
г. Благовещенск

БЕЗОПАСНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТАМ, ПРИНИМАЮЩИМ ДЕЗАГРЕГАНТНУЮ ТЕРАПИЮ

Послеоперационные кровотечения у пациентов, прошедших плановое коронарное шунтирование, являются одним из неблагоприятных осложнений, требующих гемотрансфузий, либо повторных операций. Наиболее остро данная проблема стоит у пациентов, получающих дезагрегантную терапию по поводу ранее выполненного стентирования коронарных артерий, мультифокального атеросклероза, либо выраженного поражения коронарного русла с высоким функциональным классом по NYHA. Цель: оценить эффективность пред- и интраоперационной профилактики кровотечений в раннем послеоперационном периоде согласно рекомендациям у пациентов, получающих дезагрегантную терапию.

Методы. Проспективно при сплошной выборке в исследования включено 47 (37,9%) случаев из 124 операций коронарного шунтирования, проведенных в Клинике кардиохирургии ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России с 1 января 2016 по 30 апреля 2018 года. Критерии включения: возраст 40 – 69 лет, прием аспирина либо аспирина + клопидогрела, Hb \geq 110 г/л, МНО \leq 1,5, ПТИ \geq 60, ВСК \leq 15 мин., тромбозластограмма расстояние R \leq 13 мм, K \leq 15 мм. Всем, включенным в исследование пациентам, интраоперационно проводилась инфузия транексама 30 мг/кг, после отключения от искусственного кровообращения - трансфузия свежезамороженной плазмы 300-500 мл.

Результаты. Летальных случаев не зарегистрировано. Среднее время искусственного кровообращения - 64 \pm 25 мин. Среднее время операции - 184 \pm 47

мин. Средний объем дренажных потерь - 289 \pm 145 мл в сутки. Средний койко-день в реанимации - 2 \pm 1. Дополнительных гемотрансфузий пациентам не проводилось. Средний койко-день госпитализации - 12 \pm 3. В 3 случаях после удаления дренажей диагностировался экссудативный перикардит, который разрешился на фоне медикаментозной терапии. При выписке средняя сепарация листков перикарда составила 5 \pm 3 мм.

Выводы. Пред- и интраоперационная профилактика у пациентов, принимающих дезагрегантную терапию при выполнении планового коронарного шунтирования, позволяет снизить риск послеоперационных кровотечений, однако данный результат может не полностью отражать проблему кровотечений в послеоперационном периоде, учитывая малую группу выборки.

УДК 616.12 DOI 10.22448/AMJ.2018.3.94-95

М.С. Фоменко, О.Н. Бруева, М.А. Горшелатова, И.В. Басанова, Е.С. Тарасюк

ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России (клиника кардиохирургии)
г. Благовещенск

ВЫЯВЛЕНИЕ И ВЛИЯНИЕ НА ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ КАК ПРОФИЛАКТИКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СОБЫТИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ОТКРЫТОМ СЕРДЦЕ

Одним из неблагоприятных событий в раннем послеоперационном периоде является развитие фибрилляции предсердий (ФП). По различным данным ФП встречается у 60-70% пациентов, подвергшихся операциям на клапанном аппарате сердца, и у 8-10%, подвергшихся аортокоронарному шунтированию [1, 2, 3]. Смертность среди пациентов с ФП приблизительно в два раза выше, чем у пациентов с синусовым ритмом [1, 2, 3, 4, 5]. Сохранение синусового ритма в послеоперационном периоде является приоритетной задачей в кардиохирургической практике [3,4,5].

Цель исследования: снижение частоты развития ФП в раннем послеоперационном периоде посредством воздействия на предикторы.

Материалы и методы. В Клинике кардиохирургии ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России с 01.01.2014 по 31.12.2017 г. проведено 178 открытых кардиохирургических вмешательств. Аортокоронарное шунтирование – 124 операции (25 off pump – 20,2%), на клапанном аппарате сердца - 54 операции (на митральном клапане 31 – 57,4%).

Исследование разделено на два этапа. В первом этапе проведен статистический анализ 79 оперативных вмешательств на предикторы развития ФП в раннем послеоперационном периоде. Во второй этап включено 99 пациентов с предварительным анализом и коррекцией предикторов развития ФП.

Результаты. Анализ первого этапа выявил развитие ФП у 32 пациентов (41%). Статистический анализ выявил следующие предикторы ФП: метаболический синдром у 29 пациентов (90,6%), дислипидемия (общий холестерин \geq 5,5 ммоль/л, триглицериды \geq 2,5 ммоль/л) - 31 пациент (96,9%), NT pro BNP \geq 500 пг/мл у 13 пациентов (40,6%), ФВ ЛЖ \leq 45% - у 11 пациентов (34,4%), дилатация ЛП и ПП \geq 58x58 мм - у 5 пациентов (15,6%), митральная недостаточность (Sreg 4,2-5/6 см² от S ЛП) - у 11 пациентов (34,4%). Во втором этапе проводилось воздействие на пре-

Амурский медицинский журнал №3 (23) 2018

дикторы путем адекватной коррекции дислипидемии – диетой, статинами, омега-3 ПНЖК, гипергликемии – диетой, сахароснижающей терапией, ХСН – иАПФ/БРА, бета-блокаторами, антагонистами минералокортикоидных рецепторов, петлевыми диуретиками.

В результате на 99 открытых оперативных вмешательств зарегистрировано 14 случаев развития ФП в послеоперационном периоде (14,1%). Отмечено достоверное снижение частоты развития ФП в раннем послеоперационном периоде на втором этапе исследования (41% против 14,1% $p < 0,01$).

Выводы. Своевременное выявление предикторов развития ФП и адекватное воздействие на них приводит к значительному снижению частоты развития послеоперационных нарушений предсердного ритма.

УДК 616.12 DOI 10.22448/AMJ.2018.3.95-95

Т.И. Шириметова, А.П. Домке, О.Н. Бруева, В.В. Филатов

ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России (клиника кардиохирургии)
г. Благовещенск

СОСТОЯНИЕ ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ С МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

В экономически развитых странах сосудистые заболевания являются одними из наиболее распространенных в популяции. Их клиническая и социальная значимость определяется высокой частотой инвалидизации пациентов [1]. Актуальность диагностики сосудистой патологии диктуется необходимостью проведения своевременных лечебных мероприятий. Атеросклероз-мультифокальное заболевание, поражающее все артериальные регионы. Каротидные стенозы атеросклеротического генеза часто сочетаются с поражением коронарных, периферических артерий, артерий внутренних органов [2].

Нами изучены степень сочетанных изменений в общей сонной артерии (ОСА) у пациентов с атеросклерозом коронарных артерий в клинике кардиохирургии, проанализированы результаты исследования (ОСА) 43 пациентов, имеющих поражение коронарного русла по данным селективной коронарографии - 23 мужчин (53%) и 20 женщин (47%). Средний возраст больных - 63 (55; 69) лет.

Оценивалась гемодинамика в магистральных артериях головы на экстракраниальном уровне методом ультразвуковой доплерографии (ультразвуковой сканер Philips HD 11 XE), толщина комплекса интима-медиа (КИМ) общей сонной артерии в месте максимального утолщения [3] и стандартизованное измерение толщины КИМ ОСА на 1 см проксимальнее бифуркации по задней стенке артерии, геометрия ОСА. Нормой считали толщину КИМ < 0,9 мм, утолщением КИМ от 0,9 до 1,3 мм, критерием атеросклеротической бляшки КИМ > 1,3 мм. Утолщение КИМ ОСА было выявлено у всех 43 пациентов (100%), из них у 41 (95%) в месте стандартизованного измерения толщины КИМ. Видимые атеросклеротические бляшки в бифуркационном отделе ОСА были обнаружены у 39 человек (91%) - у 100% мужчин (23 человека) и 75% женщин (15 человек). Все они были старше 58 лет, у двоих из них (5%) стенозы были не менее 50% по диаметру. Извитость ОСА была зарегистрирована

у 5 человек (11,6%) - 8,7% мужчин (2 пациента) и 15% женщин (3 пациентки), у двоих из них (4,7%) извитость была гемодинамически значимой, что потребовало оперативной коррекции.

У пациентов с мультифокальным атеросклерозом происходит ремоделирование ОСА в виде изменения хода, увеличения толщины КИМ, образования атеросклеротических бляшек. Атеросклероз коронарных артерий сочетается с атеросклеротическими изменениями каротидного бассейна, в 100% случаев имеет место поражение ОСА разной степени значимости. Таким образом, каждый пациент с выявленным атеросклерозом одного сосудистого бассейна нуждается в обследовании всех артериальных регионов.

УДК 616.12 DOI 10.22448/AMJ.2018.3.95-96

Г.Е. Уразова,¹ А.И. Данилова²

ФГБОУ ВО Амурская ГМА¹
г. Благовещенск

ФКУЗ МСЧ МВД России по Амурской области²
г. Благовещенск

ОСОБЕННОСТИ ПАРАМЕТРОВ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

Актуальность. За последние годы ожирение стало одним из самых распространенных заболеваний, затрагивая население повсеместно независимо от пола, возраста, социального статуса. Повышенный вес не только способствует развитию и прогрессированию артериальной гипертензии (АГ), но так же является фактором рефрактерности ее к гипотензивной терапии. Известно, что у людей с ожирением риск развития АГ увеличен втрое по сравнению с имеющими нормальную массу тела. Ожирение и АГ повышают риск развития тяжелых органических поражений, ранней инвалидности и преждевременной смерти. В настоящее время в клинической практике стандартным методом оценки уровня АД у пациентов является суточное мониторирование АД (СМАД). Единой схемы анализа данных СМАД не выработано, но традиционно интерпретируются среднедневные и средненочные значения АД, степень ночного снижения АД, нагрузка давлением, вариабельность АД.

Цель исследования: выявить особенности параметров СМАД и их ассоциированность с индексом массы тела (ИМТ).

Материалы и методы. На базе клиники кардиохирургии ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России (ККХ) и поликлиник города Благовещенска проведено обследование 96 человек от 30 до 45 лет, не имевших сопутствующей патологии (сахарный диабет, клинические признаки ИБС, недостаточность кровообращения, артериальная гипертензия). Всем больным было проведено СМАД. СМАД проводилось в течение 24 часов. Интервал между измерениями составлял 15 мин. в период бодрствования и 60 мин. во время ночного сна. По данным мониторинга рассчитывался средний уровень систолического (САД), диастолического (ДАД) в дневное (с 7 до 23 ч.) и ночное (с 23 до 7 ч.) время. Суточный ритм АД оценивался по величине ночного снижения (НС), которое показывает, на сколько процентов средний уровень соответствующего показателя ночью ниже, чем днем.

В зависимости от индекса массы тела (ИМТ),