

## **Выводы:**

1. Проблеме комплексного лечения критической ишемии на фоне ОАСНК у лиц женского пола уделяется недостаточно внимания, тем не менее, она требует углубленного изучения.

2. Выбор объёма оперативного вмешательства и анестезии при ОАСНК являются одними из основополагающих факторов, влияющих на летальность у лиц женского пола.

## **КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА**

Черняк А. Л., Рубахов К. О., Островский А. Ю.

ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии», г. Минск, Республика Беларусь

**Введение.** Ишемическая митральная недостаточность (ИМН), обусловленная коронарной патологией, значительно отличается от митральной недостаточности (МН), связанной с другими причинами.

Состояние створок и подклёпанных структур при данном заболевании остается неизменным. Изменения обусловлены нарушением геометрии и функции митрального клапана (МК), вследствие патологических изменений миокарда левого желудочка (ЛЖ), а также недостаточной коаптацией створок и их ограниченным движением. Нагрузка объемом обуславливает увеличение диаметра кольца МК, полости ЛЖ и напряжения на его стенку.

По данным многочисленных исследований, существует достоверная связь между наличием хронической ИМН и повышенной смертностью пациентов.

Остается актуальным вопрос о необходимости хирургической коррекции у пациентов с умеренной степенью ИМН. В соответствии с рекомендациями ESC/EACTS по лечению клапанной патологии, коррекция относительной МН показана при показателях  $ERO > 20 \text{ mm}^2$ ,  $RVol > 30 \text{ мл/сокp}$ ,  $VC \geq 7 \text{ мм}$ .

**Цель:** оценка ранних и среднесрочных результатов изолированной реваскуляризации миокарда в условиях работающего сердца (р/с) у пациентов с «пограничными показаниями» к коррекции ИМН.

**Материал и методы.** В период с 01.01.2015 по 01.09.2016 гг. в кардиохирургическом отделении ГУ «МНПЦ ХТиГ» 125 пациентам с ИБС и МН была выполнена реваскуляризация миокарда (РМ) в условиях р/с. Оценка МН проводилась у всех пациентов в дооперационном и раннем (7-30 суток) послеоперационном периодах с помощью трансторакальной и чреспищеводной эхокардиографии. В соответствии с рекомендациями, нами были обозначены так называемые «пограничные показания» к коррекции ИМН, когда нет однозначных показаний для вмешательства, но показатели близки к упомянутым в руководствах ESC: ERO 0,16-0,19 см<sup>2</sup>; VC 4-6 мм; RVol 25-30 мл/сокр.

Была сформирована группа пациентов (n=100) с минимальной степенью регургитации. Критериями включения явились: изолированное коронарное шунтирование (КШ) на р/с в период с 01.2015 по 09.2016; МН минимальной (1 – 1+) степени. Также была сформирована группа пациентов (n=30) с недостаточностью МК «пограничной степени» с критериями включения: изолированное КШ на р/с, выполненное в период с 01.2015 по 04.2016 гг.; МН умеренной (1,5 – 2+) степени; PISA ERO 0,16-0,19 см<sup>2</sup>, VC 4-6 мм, RVol ≈25-30 мл/сокр.

Критерии исключения в обеих группах: органическое поражение МК; синдромы дисплазии соединительной ткани (ПМК); аортальные пороки, ДКМП; разрыв хорд или папиллярных мышц, ИКМП.

Вся статистическая обработка велась в программе STATISTICA 10.0.

Для проверки выборок показателей нормальное распределение признака использовались критерии Шапиро-Уилка и Колмогорова-Смирнова. Получено ненормальное распределение признаков, поэтому далее нами использовались непараметрические методы. Для проверки достоверности различий признаков до и после операции использовался

непараметрический тест Вилкоксона. Статистически достоверными принимались результаты с  $p$ -value  $<0,05$ .

**Результаты и их обсуждение.** В группе пациентов с «пограничной степенью» МР после РМ на р/с в раннем (7-30 суток) послеоперационном периоде отмечалось статистически достоверное ( $p<0,05$ ) уменьшение объемов сердца, улучшение сократительной функции миокарда ЛЖ (прирост ФВ ЛЖ с  $46,36\pm 2,89$  до  $47,96\pm 2,81\%$ ,  $p<0,05$ ). Улучшение сократимости ЛЖ привело к уменьшению степени МР (степень с  $1,86\pm 0,13$  до  $1,62\pm 0,19$ ,  $p<0,05$ ).

В группе пациентов с минимальной степенью регургитации после РМ на р/с в раннем (7-30 суток) послеоперационном периоде отмечалось статистически достоверное ( $p<0,05$ ) уменьшение объемов сердца, улучшение сократительной функции миокарда ЛЖ (прирост ФВ ЛЖ с  $52,35\pm 1,4$  до  $52,9\pm 1,27\%$ ,  $p<0,05$ ; снижение ИЛС с  $1,33\pm 0,06$  до  $1,29\pm 0,06$ ,  $p<0,05$ ). Улучшение сократимости ЛЖ привело к уменьшению степени МР (степень с  $1,03\pm 0,03$  до  $0,97\pm 0,04$ ,  $p<0,05$ ).

В группе пациентов с «пограничной степенью» МР после изолированного КШ на р/с в среднесрочном (6-21 месяц) послеоперационном периоде отмечалось уменьшение объемов сердца, статистически достоверное улучшение сократительной функции миокарда ЛЖ (прирост ФВ ЛЖ с  $46,67\pm 3,37$  до  $48\pm 3,31\%$ ,  $p<0,05$ ; снижение ИЛС с  $1,53\pm 0,17$  до  $1,38\pm 0,2$ ,  $p<0,05$ ). Улучшение сократимости ЛЖ привело к уменьшению степени МР (уменьшение ERO с  $0,18\pm 0,02$  до  $0,12\pm 0,02$ ,  $p<0,05$ ; VC с  $3,31\pm 0,43$  до  $3,05\pm 0,39$  мм; RVol с  $31,87\pm 2,98$  до  $25,53\pm 4,37$  мл/сокр).

Наблюдалось достоверное уменьшение МР до 1 ст. у 35%, у 20% - до 1,5 ст. ( $\chi^2$  МакНемара – 9,0,  $p<0,001$ ). 2 ст. МР сохранилась у 40% пациентов, 2+ ст. – у 5%.

#### **Выводы:**

1. По результатам полученных данных можно говорить о достоверном улучшении показателей внутрисердечной гемодинамики в раннем послеоперационном периоде у пациентов как с минимальной, так и с умеренной степенью МР после

изолированной реваскуляризации в условиях работающего сердца.

2. В среднесрочном периоде в группе пациентов с «пограничными показаниями» к хирургии МК продолжал наблюдаться позитивный эффект КШ (в условиях р/с) на показатели МР; что обусловлено достоверным улучшением сократительной способности миокарда как по сравнению с дооперационными, так и с ранними послеоперационными показателями.

3. Необходимо изучение отдаленных результатов изолированной реваскуляризации миокарда у группы пациентов с «пограничными показаниями» относительно развития МР и долгосрочной выживаемости.

## **СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ РЕСТЕНОЗА МАГИСТРАЛЬНОЙ АРТЕРИИ ПОСЛЕ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ КОРРЕКЦИИ КРОВОТОКА**

Чур С. Н., Адзериho И. Э., Королев А. В., Жих О. Д.

ГУО «Белорусский государственный медицинский университет»  
ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»  
УЗ «Минская областная клиническая больница»  
УЗ 10-я ГКБ, г. Минск, Республика Беларусь

**Введение.** Ближайший послеоперационный результат рентгенэндоваскулярных вмешательств (РЭВ) на магистральных артериях нижних конечностей (МАНК) у пациентов с атеросклерозом и сахарным диабетом (СД) выглядит обнадеживающим. Отмечено, что уже через полгода-год зачастую наступает ухудшение кровотока по причине развития рестеноза в зоне интереса. Основной причиной таких изменений после РЭВ, по нашему мнению, является развитие интимальной гиперплазии, возникающей в ответ на асептическое воспаление вследствие травмы сосудистой стенки и/или имплантации инородного тела. Воспалительный ответ более выражен в