

сосудов с определением степени стеноза (0%, $\leq 50\%$ или $> 50\%$). Оценивались проксимальные и средние сегменты. 40 сегментов (19%) были исключены из анализа вследствие плохого качества изображений, обусловленного массивным кальцинозом, дыхательными и/или двигательными артефактами. 170 сегментов (81%) коронарных артерий были признаны адекватными для оценки стеноза. У 12 пациентов (40%) были выявлены значимые стенозы ($> 50\%$) коронарных артерий. Среди 12 больных со значимыми стенозами коронарных артерий у 5 пациентов обнаружили однососудистое, у 4 пациентов - двухсосудистое, у 3 пациентов - трехсосудистое поражение. Полученные результаты ЭКГ-синхронизированной КТ-ангиографии изменили тактику лечения в предоперационном периоде у 8 (27%) из 30 пациентов с патологией брюшной аорты: 6 пациентам во время инвазивной коронарографии выполнили имплантацию стентов в коронарные артерии, 2 пациентов перенесли аортокоронарное шунтирование. Из 30 пациентов оперированы 24 (80%), не оперированы 6 больных (20%) по следующим причинам: у 4 пациентов был выявлен атеросклероз коронарных артерий с невозможностью реваскуляризации миокарда; у 1 пациента перед оперативным лечением возникло острое нарушение мозгового кровообращения.

Заключение. Диагностика гемодинамически значимого поражения коронарных артерий с помощью КТ-ангиографии с ЭКГ-синхронизацией может оказать существенное влияние на тактику ведения пациентов с заболеваниями брюшной аорты в предоперационном периоде. После выполнения КТ-ангиографии тактика лечения и дооперационного ведения пациентов была изменена в 27% случаев.

СИНДРОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Носирова Д.Э., Мамурова Н.Н.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Сердечно-сосудистые заболевания - одна из ведущих заболеваний и ведут к инвалидизации, чаще обусловлены развитием отдаленных последствий инсульта и ИБС. Одним из таких последствий является синдром вегетативной дистонии. Причинные факторы синдрома вегетативной дисфункции многообразны. А. М. Вейн считает более правомерным рассматривать синдром вегетативной дисфункции в рамках синдрома. При вегетативной дисфункции в первую очередь страдает сердечно-сосудистая система. Нередко вегетативная дисфункция выступает в качестве синдрома, а как самостоятельная нозологическая форма, в отличие от синдрома не имеет связи с этиологическими факторами, а способствует от

врожденной неполноценности вегетативной нервной системы.

Цель: выявить распространенность синдрома вегетативной дисфункции в качестве синдрома и как самостоятельная нозологическая форма с особенностями течения у больных с ишемической болезнью сердца.

Материалы и методы исследования. Обследовано 38 больных. Изучено клиничко – неврологическое исследование, ЭКГ, ЭЭГ. Вегетативную регуляцию исследовали с помощью проб Ашнера- Даньини и Чермака-Геринга.

Результаты. Из 38 обследованных у 88% диагностирован синдром вегетативной дисфункции. Согласно результатам нейровегетативного исследования с помощью проб Ашнера- Даньини и Чермака- Геринга, а также с использованием электрокардиографического комплекса и электроэнцефалографии у больных отмечается преобладание избыточного вегетативного обеспечения, с острым течением заболевания у больных с ИБС на фоне перманентных нарушений, у больных отмечается локальные рефлекторные декомпенсированные вегетативные нарушения, как самостоятельная нозологическая форма с разнообразными особенностями течения.

Заключение. У больных с инфарктом миокарда наблюдается генерализованные вегетативные нарушения. Приведенные данные об особенностях вегетативно-сосудистых нарушениях могут использоваться в качестве диагностических критериев и лечения. Длительное существование ИБС приводит к дисфункции вегетативной нервной системы с повышенной активацией симпатического тонуса в сердечно-сосудистой системе и при лечении таких больных следует отдавать предпочтение средствам, обладающим вегетостабилизирующими свойствами.

ВЛИЯНИЕ РАЗМЕРОВ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ НА ИСХОДЫ ТОРАКОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ ФОРМ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Ревишвили А.Ш., Кадырова М.В., Попов В.А., Малышенко Е.С., Стребкова Е.Д.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В.Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Актуальным вопросом остается выбор оптимального и наиболее эффективного метода лечения непароксизмальных форм фибрилляции предсердий (ФП), а также определение факторов риска, влияющих на

отдаленные результаты операции. Особый интерес представляет изучение влияния размеров левого предсердия на среднесрочные результаты хирургического лечения ФП, ранее представленные только при катетерных абляциях у пациентов с пароксизмальной формой ФП.

Цель: провести анализ влияния размеров левого предсердия на ранние и среднесрочные результаты торакоскопического лечения (ТЛ) непароксизмальных форм ФП.

Материалы и методы исследования. В исследование вошли 74 пациента с непароксизмальными формами ФП. Для оценки размеров левого предсердия использовали данные предоперационного трансторакального (ТТ) ЭХОКГ исследования. Оценка эффективности ТЛ ФП осуществлялась в раннем послеоперационном периоде с помощью непрерывного мониторирования ЭКГ. Контроль ритма через 12 месяцев осуществляли с помощью суточного холтеровского мониторирования ЭКГ.

Результаты. Все пациенты с непароксизмальной формой ФП были разделены на две группы: I группа – пациенты с длительно-персистирующей формой ФП 60% (n=44), во II группе – персистирующая форма ФП составила 40% (n=30). Средняя продолжительность ФП в I группе – 6,14±0,71 лет, во II группе – 3,12±1,51 лет, p<0,05. По данным ТТ ЭХОКГ площадь ЛП в I группе составила 24,57±0,62 см², во II – 24,06±0,89 см², при p>0,05. Передне-задний размер ЛП в I группе – 42,06±0,6 мм и 62,19±0,85 мм во II группе 39,8±1,2 мм и 63,1±0,72 мм, соответственно, при p>0,05. Спонтанное восстановление СР во время выполнения правостороннего этапа было в I группе в 4,5% (n=2) и в 13,3% (n=4) во II группе. На момент завершения левостороннего этапа операции СР регистрировался в I группе у 11% пациентов и во II группе у 23%. Проведение ЭИТ на момент окончания процедуры потребовалось 60% пациентам, суммарно в двух группах. На момент выписки у 97,3% пациентов по ЭКГ регистрировался СР, с гемодинамически незначимыми пароксизмами ФП выписано двое пациентов. Через 12 месяцев ЭКГ и холтеровское мониторирование ЭКГ выполнено 32 пациентам из I группы и 28 пациентам из II группы, при этом СР в I группе регистрируется в 84% (n=27), во II группе – 100% (n=28), общая эффективность составила 92% (n=55). Стоит отметить, что только в I группе на ХМ ЭКГ были зарегистрированы пароксизмы ФП продолжительностью более 30 секунд, при этом до операции показатели размеров ЛП были сопоставимы в двух группах, чего нельзя сказать про анамнез заболевания, существенно преобладающий в I группе.

Заключение. Предоперационные размеры ЛП по данным ТТ ЭХОКГ в I и II группе были сопоставимы, несмотря на существенные различия по длительности анамнеза ФП. Исходя из полученных данных, можно заключить, что размеры ЛП при непароксизмальной форме ФП не имеют существенных отличий и при наблюдении в маленькой выборке не влияют в двух группах на исходы операции, с достижением высоких показателей СР как в I, так и во II группе исследования.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ДИАЛИЗАТОРОВ ПРИ ON-LINE ГЕМОДИАФИЛЬТРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Рубцов М.С., Гейзе А.В.

*ФГБУ «Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии им. А.В.
Вишневского» Минздрава России, Москва,
Россия*

Цель: оценка параметров центральной гемодинамики во время онлайн гемодиализации (ГДФ) с использованием гемодиализаторов на основе полисульфона и полиметилметакрилата у кардиохирургических больных с нестабильной гемодинамикой.

Материалы и методы исследования. В исследование вошли 60 пациентов с полиорганной недостаточностью (ПОН) после кардиохирургических операций в условиях искусственного кровообращения (ИК). Возраст 62±10 лет, у всех острое повреждение почек, ИВЛ, инфузия норадреналина. I гр (n=30) – ГДФ - онлайн с использованием гемодиализатора из модифицированного полисульфона FX800 (Fresenius). II гр (n=30) – ГДФ - онлайн с использованием гемодиализатора на основе полиметилметакрилата «Toray» В.к – Р-2.1. Аппарат Fresenius 5008. Кровоток – 200-250 мл/мин. Диализный поток – 500 мл/мин. Автоматический расчет подачи субституата в постдилюции (в среднем 68 мл/мин – 49 мл/кг/час). Стандартный изоосмолярный диализат (Na – 140 ммоль/л, t-37°C) и Kt/V – 1,0-1,2 в режиме мониторинга доставленной дозы. Объем ультрафильтрации - индивидуально в зависимости от жидкостного баланса и показателей гемодинамики, в среднем – 30 мл/кг за сеанс. Контроль (монитор PiCCOPlus (Pulsion, Германия) инвазивного АД, сердечного индекса (СИ), индекса глобального конечного диастолического объема (ИГКДО), индекса внесосудистой воды легких (ИВСЛВ)- до и после