

Міністерство охорони здоров'я України
Національна академія медичних наук України
Асоціація хірургів України
ДУ "Національний інститут хірургії та трансплантології
імені О. О. Шалімова" НАМН України



XXIV З'їзд хірургів України,

присвячений 100-річчю з дня народження
академіка О. О. Шалімова

ЗБІРНИК НАУКОВИХ РОБІТ

2018

26 -28 вересня
м. Київ

групи дослідження були вищими, ніж у першій групі, як у ранньому післяопераційному періоді, так і через місяць після проведення реконструктивних операцій на артеріях нижніх кінцівок.

Висновок. Проведення УСАНК визначенням ГПП відмічається покращення показників у пацієнтів другої групи дослідження. Тому, даний спосіб дослідження може бути застосований для оцінки формування судинних анастомозів та якості проведення реконструктивних операцій на артеріях нижніх кінцівок.

Визначення тактики хірургічного лікування хворих на ішемічну хворобу серця на основі даних мультidetекторної спіральної комп'ютерно томографічної коронарографії

А. Л. Макаренков², О. С. Никоненко¹, А. О. Никоненко¹, К. О. Чмуть¹,
В. В. Осауленко²

¹Запорізький державний медичний університет,

²Запорізька медична академія післядипломної освіти

Незважаючи на бурний розвиток діагностики та методів лікування, ішемічна хвороба серця як і раніше займає лідируючі позиції в інвалідазації та смертності. Селективна коронарна ангіографія є еталонним дослідженням хвороби коронарних артерій. В той же час, мультidetекторна спіральна комп'ютерна томографія (МСКТ) коронарних артерій продовжує розвиток як альтернатива інвазивній коронарній ангіографії та відіграє значну роль в скринінгу коронарного атеросклерозу.

Мета дослідження. Оцінити клінічну значимість 64-зрізової коронарної КТ-ангіографії в визначенні тактики хірургічного лікування.

Матеріали та методи. Проаналізовані дані 42 пацієнтів, яким було виконано аортокоронарне шунтування на основі результатів МСКТ коронарних артерій. Чоловіків було 32, жінок – 10. Вік пацієнтів – $62,4 \pm 6,5$ років. Згідно до Класифікації стенокардії серцево-судинної системи Канади (CCSA) пацієнтів с IV класом стенокардії було 14 (33,3%), стенокардії III – 20 (47,6%), у інших пацієнтів клас стенокардії відповідав II – 8 (19,1%). Серцева недостатність I стадії була у 14 (33,3%) пацієнтів, II стадії – у 28 (66,7%).

МСКТ коронарних артерій виконувалась на 64-х зрізових спіральних комп'ютерних томографах Optima 660 (GE, США) та Aquilion CXL (Toshiba, Японія), за стандартною методикою. Постпроцесінг виконувався із побудовою 3D моделей серця та коронарних артерій, 2D мультипланарних реконструкцій, проводилась оцінка стану стінки коронарної артерії, встановлювалась наявність кальцинозу артерій, ступінь стенозу, анатомічних особливостей розташування та можливої інтраміокардіальної локалізації.

Результати та їх обговорення. За результатами МСКТ у всіх хворих були встановлені показання для прямої ревааскуляризації міокарда: у 41 пацієнта виявлено багатосудинне ураження коронарних артерій, як в басейні правої, так і лівої коронарних артерій; у одного хворого було ізольоване ураження правої коронарної артерії у поєднанні із критичним стенозом аортального клапана.

Всього було виконано 102 дистальних анастомоза. У 41 хворого була використана ліва внутрішня грудна артерія для формування анастомозу з передньою міжшлуночковою артерією та виконаний 61 анастомоз коронарних артерій із венозними шунтами.

В нашій клініці ми використовували МСКТ коронарних артерій для встановлення показань до хірургічного лікування та вибору тактики хворим із ішемічною хворобою серця. При цьому додатково селективну коронарографію не проводили.

Основними перевагами МСКТ коронарних артерій є неінвазивність методу, можливість виконання дослідження в амбулаторних умовах.

В нашім дослідженні також підтвердилась висока специфічність методу. В усіх випадках значимих стенозів інтраопераційно була підтверджена їх локалізація із подальшим виконанням шунтуючої операції.

Використання методу МСКТ коронарографії суттєво не вплинуло на тривалість операції та не викликало додаткових незручностей під час операції.

Висновки. МСКТ коронарографія дозволяє достовірно оцінити ступінь атеросклеротичного ураження та звуження коронарних артерій, виявити анатомічні особливості судин серця, отримати інформацію про стан судинної стінки і ступінь кальцинозу, та на основі цих даних провести відбір хворих на ішемічну хворобу серця для хірургічного лікування.

Промежуточные результаты ультразвуковой декальцинации аортального клапана

А. В. Марковец

Институт сердца МОЗ Украины, Киев

Вступление. Сегодня, золотым стандартом лечения кальцинирующего стеноза аортального клапана (САК) является хирургическое вмешательство. Несмотря на то, что операции протезирования аортального клапана хорошо разработаны и сопровождаются высокой эффективностью, они далеки от идеала, поскольку ассоциируются с большим количеством осложнений, среди которых кровотечения, тромбозы, тромбоэмболии, инфекционный эндокардит, реоперации. В этой связи методы хирургического лечения, основанные на клапаносохраняющей философии, что особо актуально у пациентов пожилого и старческого возраста.

Целью данного исследования был анализ результатов хирургического лечения пациентов, имеющих кальцинирующий САК методом ультразвуковой декальцинации.

Материалы и методы исследования. Исследование базировалось на ретроспективном анализе результатов хирургического лечения 70 последовательных пациентов с САК и кальцинозом створок клапана, которым в период с 01/2014 по 12/2016 было выполнена ультразвуковая декальцинация клапана в «Институте сердца» МОЗ Украины. Возраст пациентов колебался от 61 до 80 лет (в среднем $71,1 \pm 6,8$ года). На момент установления диагноза все больные имели II–IV ФК по NYHA: 22 пациентов (31,4%) – II ФК, 39 пациентов (55,7%) – III ФК, 9 пациентов (12,9%) IV ФК. Инфаркт миокарда в анамнезе отмечался у 18 больных (25,7%). У большинства больных (59 человек – 84,3%) была выявлена сопутствующая патология (артериальная гипертензия, цереброваскулярные события в анамнезе, сахарный диабет). Предоперационная трансторакальная эхокардиография показала диаметр аортального кольца $19 \pm 1,1$ мм, систолический градиент пикового давления на аортальном клапане – $102 \pm 20,5$ мм рт. ст. (средний градиент – $66 \pm 0,8$ мм рт. ст.), AVA – $0,80 \pm 0,03$ см² (индекс AVA – $0,40 \pm 0,01$ см²/м²). Оперативное лечение проводилось в условиях искусственного кровообращения и умеренной гипотермией