# Тактика ведения больных ибс после аорто-коронарного шунтирования

 Сердюкова А.В.,Федюшина О.А.

Ведущей причиной инвалидности и смертности трудоспособного населения во всех индустриально развитых странах остается ишемическая болезнь сердца (ИБС) [1]. По данным Всемирной организации здравоохранения от сердечно-сосудистых заболеваний в мире ежегодно умирает более 15 млн. человек, причем большинство из них не доживает до 65 лет. В структуре общей смертности населения России на долю ИБС у мужчин приходится 60%, а у женщин 41% [2]. С 2005 г. в отделении сосудистой хирургии Белгородской Областной Клинической Больницы Им. Святителя Иоасафа стала выполняться операция аортокоронарное шунтирование с использованием аппарата искусственного кровообращения у больных ИБС.

Проблема ведения больных, перенесших АКШ, является одной из ведущих в современной кардиологии. Целью нашего исследования стало изучение тактики ведения больных с ИБС, прогрессирующей стенокардией напряжения высокого ФК, перенесших АКШ, выявление особенностей течения раннего послеоперационного периода у больных ИБС, исследование осложнений за 2006 год и тактики их коррекции.

Материалы и методы. Обследовано 30 больных ИБС с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) в возрасте от 36 до 68 лет, средний возраст больных составил 52года ± 16 лет. Среди них было 27 мужчин (90%) и 3 женщины (10 %). Всем больным проводились: ЭКГ, коронарография, УЗДС сонных артерий. Эхо-КГ на аппарате «LOGIO 9» фирмы GENERAL ELECTRIC, эхоимпульсным методом в одно- и двухмерном режимах исследования с частотой ультразвука 6,3 МГц по общепринятой методике. Определялись: КДР (см), КСР (см), размеры полости ЛЖ, толщина задней стенки ЛЖ (см), толщина межжелу- дочковой перегородки (см) в диастолу и систолу. Вычислялись следующие количественные показатели: ФВ% (по методу Симпсона), КДО (мл), КСО (мл), масса миокарда (гр), индекс относительной толщины стенки ЛЖ (2H/D).

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакета Statistica 5 (StatSoft, Inc., США). Результаты статистических исследований считали достоверными при р< 0,05.

Преобладали пациенты с высоким классом стенокардии: ФК 3 у 70%, ФК 4 у 30%, 20 человек (66,6%) в анамнезе был зарегистрирован трансмуральный инфаркт миокарда, мелкоочаговые изменения выявлены у 10 больных (33,3%).

Для определения функционального класса (ФК) хронической сердечной недостаточности (ХСН) использовали классификацию Нью-Йоркской ассоциации сердца (NYHA). ХСН II ФК была определена у 22 больных (73,3%), III ФК - у 7 (23,3%) и IV ФК - у 1 (3,3 %) больных.

Результаты и обсуждение. В зависимости от значения КДР ЛЖ (Эхо-КГ) пациенты были разделены на 2 группы. Первая КДР ЛЖ <5 ,см (n=15), вторая КДР ЛЖ >5, см (n=15). В ближайшем послеоперационном периоде, через 7 суток, (таблица 1) у больных 1 группы существенно изменились диастолические размеры ЛЖ. Их увеличение сопровождалось достоверным возрастанием показателей насосной функции ЛЖ без существенного роста ММ ЛЖ. У пациентов 2-ой группы к этому времени происходили следующие изменения: уменьшение диастолического и систолического размеров ЛЖ. Такая перестройка сопровождалась значительным увеличением ФВ ЛЖ и снижением ММ (р<0,05).

Таблица 1.

Структурно-функциональная характеристика миокарда после

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | АКШ у | больных с П | ИКС. | |
|  | Группа 1 | | Группа 2 | |
| Показатели | n = | 15 | n | =15 |
| До опера- | После | До | После |
|  | ции | операции | операции | операции |
| КДР ЛЖ, см | 4,89±0,05 | 5,06±0,03\* | 5,4±0,04 | 5,31±0,03\* |
| КСР ЛЖ, см | 3,46±0,12 | 3,34±0,08 | 3,95±0,07 | 3,69±0,02\* |
| КДО лж, мл | 112,3±2,69 | 121,3±1,66\* | 141,4±2,54 | 136,1±1,74\* |
| ФВ ЛЖ,% | 52,02±2,43 | 57,35±1,75\* | 48,71±1,83 | 53,6±0,28\* |
| ММ ЛЖ,г | 105,7±8,35 | 113,6±4,44 | 130,9±6,34 | 13,3±2,53\* |
| 2H/D ЛЖ | 0,41±0,02 | 0,41±0,01 | 0,37±0,02 | 0,36±0,01 |

\*р<0,05 достоверно с группой до операции

При сравнении течения послеоперационного периода в данных группах, было отмечено, что в группе с КДР>5 см, нарушения ритма встречались у 36% пациентов, а у первой группы с КДР <5 см, у 20%, что достоверно ниже.

Однако при анализе нарушений ритма 2005 и 2006 года, отмечено снижение с 40% до 30%; что связано с приемом кордарона в профилактических целях в дозировке 600 мг/сут. за 7 суток до операции. Однако процент осложнений со стороны аритмий сохраняется высоким, что требует углубленного изучения анамнеза и назначения дополнительных инструментальных методов исследования в предоперационном периоде.

Также обращает на себя внимание увеличение количество нарушений ритма в группе больных с КДР >5 (см), что может быть прогностически неблагоприятным фактором в развитии фибрилляции предсердий.

Список литературы

Стародубов В.И. Хальфин Р. А. Демографические показатели и показатели здоровья населения. Информационные материалы « Врачам стационаров лечебно-профилактических учереждений ». Москва 2006. с 6-14 .

Деев А. Д. Нарушение сократимости миокарда левого желудочка у больных после коронарного шунтирования и методы ее коррекции. Кардиология , 2007, №2, с. 47-49.

Акчурин Р.С., Ширяев А.А., Бранд Я.Б., Королев С.В., Галяутдинов Д.М., Васильев В.П. Реконструктивная микрохирургия коронарных артерий: опыт первых 2000 операций. Сборник статей по Материалам Всероссийской научно-практической конференции «Современные технологии хирургии ишемической болезни сердца». М., 2001, с.13-15.

Белов Ю.В. Показания и противопоказания к аортокоронарному шунтированию. Грудная и сердечно-сосудистая хирургия, 1992, N. 1-2, с. 8-12.

Князев М.Д., Кириченко А.А., Аслибекян И.С. Динамика нарушений ритма и проводимости при хирургическом лечении ишемической болезни сердца //Кардиология. - 2003. - Т. 21. - N 3. - С. 15-18.

Наумов В.Г., Лупанов В.П. Профилактика рестенозов после ангиопластики, стентирования и коронарного шунтирования. Сердце 2002; 1(5): 138—143.7. Ю. А. Карпов. Результаты клинического этапа национальной программы. Кардиология , 2006, №6, с. 31-32

Глезер М.Г., Асташкин Е. И. Современная концепция патогенеза постинфарктного ремоделирования сердца. Подходы к медикаментозной терапии // Клин. геронтол. - 2000. -№ 1. -С. 33-43.