



© Р.В.СИДОРОВ, О.Л.ЕРОШЕНКО, 2009
УДК 616.127-089-07:616.124.2-092

Р.В.Сидоров, О.Л.Ерошенко — Динамика основных морфофункциональных показателей левого желудочка у больных ишемической болезнью сердца до и после коронарного шунтирования.

Коронарное шунтирование — один из наиболее эффективных методов лечения *ишемической болезни сердца* (ИБС), позволяющий увеличить продолжительность жизни пациента и ее качество. Несмотря на очевидный прогресс и позитивные результаты хирургического лечения больных ИБС, в целом ряде случаев оно оказывается недостаточно эффективным. Целью исследования явилась оценка динамики основных морфофункциональных показателей левого желудочка сердца у больных ИБС до и после коронарного шунтирования. Основу исследования составили 80 клинических наблюдений больных ИБС, которым с февраля 2006 г. по апрель 2007 г. была выполнена первичная операция прямой реваскуляризации миокарда в различном объеме.

Все пациенты были представлены мужчинами в возрасте от 31 года до 72 лет. Большинство из них (73%) перенесли от 1 до 3 инфарктов миокарда, длительно страдали ИБС и артериальной гипертензией. Пациенты были разделены на две группы. В первую группу вошли больные, которым впоследствии было выполнено коронарное шунтирование в полном объеме, их число составило 38 (47,5%), вторую группу составили больные, перенесшие коронарное шунтирование в адекватном объеме, — 42 (52,5%). Шунтировались как минимум две коронарные артерии. Операции выполнялись через продольную стернотомию с применением искусственного кровообращения (59 операций) и на работающем сердце — 21 вмешательство.

Анализ отдаленных результатов прямой реваскуляризации миокарда был проведен у 36 пациентов (94,7%) первой группы и 38 (90,5%) — второй. В качестве критериев эффективности операции в отдаленный послеоперационный период учитывались выжива-

емость, летальность и ее причины, частота рецидива стенокардии и частота инфаркта миокарда в отдаленные сроки после операции.

Подавляющее число больных обеих групп — 68 (85%) в послеоперационный период отметили отчетливый эффект операции. Из их числа 39 (57,4%) пациентов не испытывали стенокардии, 29 (42,6%) — отмечали более редкие и менее интенсивные, чем до операции, приступы загрудинных болей, возросшую толерантность к физическим нагрузкам, что позволило им отказаться от приема лекарств или принимать их нерегулярно и в более низких дозировках.

При оценке фракции выброса левого желудочка сердца в послеоперационный период отмечался ее прирост в среднем на 12,4% в обеих группах пациентов. Результаты влияния коронарного шунтирования на регионарную сократимость заключались в увеличении количества нормокинетичных сегментов на 48% за счет ишемизированных сегментов с исходной гипокинезией в покое или на максимальной дозе фармакологической нагрузки. О нормализации регионарной систолической и диастолической функций сегментов с восстановленным кровотоком свидетельствовала и динамика показателей тканевой доплерографии.

Таким образом, анализ непосредственных результатов различных вариантов реваскуляризирующих операций у больных с многососудистым поражением коронарных артерий указывает на ряд преимуществ выполнения полной реваскуляризации миокарда, предусматривающей реконструкцию всех пораженных коронарных артерий и их ветвей, кровоснабжающих жизнеспособный миокард, в сравнении с адекватным объемом реваскуляризации.

© А.Ф.ШЕПЕЛЕНКО, В.В.МЕШКОВ, 2009
УДК 616.24-002-06:616.1

А.Ф.Шепеленко, В.В.Мешков — Внебольничная пневмония и сочетанная сердечно-сосудистая патология.

Нами изучены частота, структура, клинико-патогенетическая группировка патологии органов кровообращения у больных *внебольничными пневмониями* (ВП); особенности клинического течения, диагностики и лечения ВП, сочетанных с патологией *сердечно-сосудистой системы* (ССС); оптимизация

на этой основе диагностической и терапевтической тактики их ведения в условиях пульмонологического стационара крупного многопрофильного учреждения.

В пульмонологических отделениях ГВКГ им. Н.Н.Бурденко в течение 2007–2008 гг. методом сплошной выборки отобраны 158 боль-



ных ВП в сочетании с патологическими изменениями со стороны ССС — основная группа. Возраст пациентов колебался в интервале от 17 до 89 лет (в среднем $56,4 \pm 5,9$ года).

Сравнительная группа — 148 больных ВП без патологии органов кровообращения в возрасте от 17 до 79 лет (средний возраст — $36,1 \pm 4,5$ года), отобранных аналогичным путем.

Изменения ССС, патогенетически связанные с ВП, верифицировались у 29,1% обследованных основной группы; не имеющие патогенетической связи — у 87,3%, в т. ч. с обострением на фоне ВП — у 27,8%, вне обострения — у 59,5%. Наиболее частыми формами патологии ССС были гипертоническая болезнь (63,9%), стенокардия напряжения (27,8%), острый инфекционно-токсический миокардит (13,3%). У 36,1% пациентов диагностирована хроническая сердечная недостаточность различных ФК.

В сочетанном варианте ВП протекала более тяжело. Так, при поступлении общее состояние больных определялось как тяжелое в 8,2% наблюдений (сравнительная группа — 2,7%), пневмония тяжелого течения диагностирована в 13,3% (сравнительная группа —

10,1%). В ранний период ВП неотложные клинические состояния отмечались у 28,2% больных основной выборки, в сравнительной группе — в 10,1% случаев, $p < 0,001$.

Радикальной особенностью лечения больных ВП, сочетанными с заболеваниями органов кровообращения, было подавляющее превосходство в частоте использования и спектре применяемых сердечно-сосудистых средств — 81% по сравнению с 22,3% ($p < 0,001$).

Полное клинко-рентгенологическое разрешение ВП отмечалось в основной группе лишь у 54,4% больных, в сравнительной — у 89,9% ($p < 0,001$). Средние сроки лечения пациентов составили соответственно $19,1 \pm 2,2$ и $15,5 \pm 1,9$ дня ($p < 0,05$).

Оптимизация обследования больных ВП в начальный период их пребывания в пульмонологическом стационаре повышает выявление сочетанной кардиальной патологии, позволяет провести раннюю обоснованную коррекцию комплексной терапии, сократить сроки стационарного лечения без ущерба для качества помощи и повысить экономическую эффективность лечения данной категории пациентов.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009

УДК 616.33/.342-002.44-005.1-08:616-072.1

М.Д.Ханевич, М.А.Шашолин, В.А.Куква, Д.Б.Ларин, Н.А.Карасева, М.А.Гипарович — Выбор способа эндоскопической остановки кровотечения из острых гастродуоденальных язв и эрозий у онкологических больных.

Проблема лечения гастродуоденальных кровотечений из острых язв и эрозий продолжает оставаться актуальной. Особенно остро стоит вопрос выбора эндоскопического пособия для выполнения гемостаза у онкологических больных. Это касается пациентов, которые находятся в пожилом и старческом возрасте и имеют сопутствующую патологию со стороны сердечно-сосудистой системы, а также других жизненно важных органов и систем организма. Поэтому при возникновении кровотечения из острых язв и эрозий наиболее оптимальным способом является воздействие на источник геморагии через эндоскоп.

В дооперационный период у больных с локализацией опухоли в легких, поджелудочной железе, толстой кишке, забрюшинном пространстве, печени и желчевыводящих протоках эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки встречаются у 20–25% больных. В послеоперационный период вероятность возникновения кровотечения из острых язв и эрозий у этой категории пациентов возрастает в 2–2,5 раза. Поэтому обязательным услови-

ем является включение в программу предоперационной подготовки онкологических больных выполнение фиброгастродуоденоскопии с последующим медикаментозным противоязвенным лечением.

Основными методами остановки гастродуоденальных кровотечений из острых язв и эрозий являются аргонплазменная коагуляция, обработка язв раствором гемостатика капрофера, введение в подслизистый слой сосудосуживающих средств, клипирование сосуда, находящегося в дне язвы. Для выбора оптимального метода эндоскопического гемостаза необходимо точно выявить источник кровотечения, определить его локализацию, оценить активность кровотечения по Forrest.

Под нашим наблюдением находились 66 пациентов, лечившихся по поводу онкологических заболеваний гортани, органов груди и живота, у которых до операции выполнялась диагностическая фиброгастродуоденоскопия, а после операции лечебная эндоскопия в связи с возникшим кровотечением.