



связанные с бедренным доступом, техникой выполнения и продолжительностью окклюзии аорты. К наиболее грозным осложнениям относят тромбоэмболию, разрыв сосудистой стенки, критическую ишемию нижних конечностей.

Выводы: Реанимационная эндоваскулярная баллонная окклюзия аорты является эффективным методом контроля кровопотери. Однако наличие осложнений, сопряженных с проведением данного метода девааскуляризации, требуют усовершенствования.

АНАЛИЗ ДАННЫХ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ФЛОУМЕТРИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ Логинов Н.А.

Научный руководитель – к.м.н., асс. Варламов А.Г.
Казанский государственный медицинский университет

Введение: На сегодняшний день аортокоронарное шунтирование (АКШ) является эффективной операцией для пациентов с высоким уровнем стеноза в коронарных артериях (КА). Для определения скорости кровотока по шунту используют метод ультразвуковой флоуметрии. Наиболее достоверным показателем флоуметрии является пульсовой индекс (PI), желательные значения которого должны составлять от 1 до 3.

Цель: Оценить показатели средней скорости объемного кровотока (Pmean) и PI в зависимости от шунтируемого бассейна КА и типа шунтирования. Материалы и методы: Проведена работа с историями болезней (100 пациентов), изучены показатели Pmean и PI, выполнен расчёт медианы с максимальными и минимальными значениями признака, определен показатель p по критерию Манна-Уитни. Результаты: Средний возраст пациентов составил 55,5 (37;79) лет. До операции 90 человек перенесли инфаркт миокарда (18 пациентов имели 2 и более инфарктов миокарда). Основная часть группы была с III функциональным классом стенокардии (79 человек). Большинство пациентов (94%) прооперировано с искусственным кровообращением. Pmean по шунтам к передней межжелудочковой артерии (ПМЖА) достигала 38,1 (4,4; 125,6) мл/мин, по шунтам к бассейну правой коронарной артерии (ПКА) – 28,6 (0,4;108,4) мл/мин (p=0,021); PI в этих бассейнах – 1,7 и 1,5 соответственно (p=0,107). Pmean в бассейне диагональной артерии (ДА) составила 28,05 (6,2; 128) мл/мин и оказалась на 10,05 мл/мин меньше Pmean в бассейне ПМЖА (p=0,025). Значимых различий в PI не наблюдалось (p=0,823). Также проведено сравнение кровотоков в бассейнах ПМЖА и огибающей артерии (ОА): Pmean ПМЖА = 38,1 (4,4; 125,6) мл/мин и Pmean ОА = 37 (3,8;108) мл/мин, p=0,081; PI равнялись соответственно 1,7 (0,5;22) и 1,5 (0,8;10,2) [p=0,056]. Кровоток по секвенциальным и композитным шунтам (Pmean 43,5 (2,6;82,6) мл/мин) оказался интенсивнее, чем по линейным шунтам 30,4 (0,4;128) мл/мин (p=0,03). PI в обеих группах имел значение 1,6 (p=0,944).

Выводы:

1. Средняя скорость кровотока по шунтам к ПМЖА оказалась значимо выше, чем по шунтам к ПКА и ДА. Также наблюдалась статистическая тенденция к увеличению кровотока по шунтам к ПМЖА при сравнении с бассейном ОА.
2. Композитные и секвенциальные шунты имели более высокую скорость объемного кровотока.

ТАМПОНАДА СЕРДЦА НА ФОНЕ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПЕРИКАРДИТА

Переведенцева С.А.

Научный руководитель – к.м.н., асс. Варламов А.Г.
Казанский государственный медицинский университет

Актуальность. Любая внесердечная злокачественная опухоль может поражать перикард, вызывая метастатический перикардит. Наиболее частыми его источниками становятся аденокарцинома легкого, злокачественные гематологические заболевания, рак молочной железы, меланома, карцинома яичников [1].

Цель. На примере клинического случая изучить клинические проявления и результаты лечения пациентки с тампонадой сердца, вызванной метастатическим поражением перикарда.

Методы исследования. Анализ клинических, лабораторных и инструментальных данных на основе медицинской документации. Результаты. У онкологической пациентки – Б., 53 лет перед очередным сеансом метродомной химиотерапии была проведена эхокардиография, выявившая избыточный выпот в перикардиальной полости. Ранее пациентке по поводу аденокарциномы яичников (T3NxM1) выполнена комбинированная расширенная экстирпация матки с придатками, проведены 2 курса полихимиотерапии (оказались малоэффективными) и 6 курсов метродомной терапии. Клинические проявления: общая слабость, одышка в покое, вынужденное положение – ортопное. При физикальном обследовании отмечалась тахикардия, низкое пульсовое давление, приглушенные тоны сердца. Лабораторно выявлялись лейкоцитоз (за счет нейтрофилов и моноцитов), тромбоцитоз, гипергликемия, гипертрансферазия (АЛТ и АСТ) и гиперазотемия; По данным МСКТ, толщина выпота в полости перикарда достигала 5,8 см, имелись признаки асцита и двухстороннего гидроторакса. Для декомпрессии перикарда было выбрано пункционное дренирование как наименее инвазивный способ лечения. Послеоперационная грыжа белой линии с подпаянной тонкой кишкой около мечевидного отростка затрудняла техническое исполнение процедуры. Поэтому пункция перикарда по Ларрею выполнялась под УЗИ-навигацией. По методике Сельдингера в полость перикарда установлен активный дренаж. Удалено 1300 мл лизированной геморрагической жидкости. Эхокардиография сразу после перикардиоцентеза показала значительное сокращение количества жидкости в перикарде, уменьшение толщины выпота в области верхушки сердца до 1,5 см, увеличение объемов всех сердечных камер и исчезновение коллабирования их стенок. Также выполнены плевральные пункции справа и слева с эвакуацией серозно-геморрагической жидкости общим объемом 2200 мл. Метастатическое происхождение перикардита и плеврита подтверждены цитологически. Дренаж удален на 3 сутки после отхождения остатков перикардиального выпота. К моменту выписки расхождение листков перикарда уменьшилось до 0,8 см. Лабораторно не наблюдалось исчезновение признаков застоя в печени. У пациентки исчезла одышка, восстановилась физическая активность. Выписка состоялась на 4 сутки после дренирования перикарда.

Выводы:

1. Метастазирование аденокарциномы яичников может сопровождаться развитием метастатического полисерозита и развитием жизнеугрожающего осложнения – тампонады сердца.
2. Клинические симптомы тампонады сердца у онкологических пациентов являются неспецифичными, развиваются подостро и могут расцениваться как проявление интоксикационного синдрома на фоне химиотерапии. Поэтому для своевременной диагностики тампонады сердца необходим регулярный эхокардиографический контроль.
3. Пункционное, а не открытое субкостальное дренирование перикарда при метастатическом перикардите позволяет эффективно устранить тампонаду сердца, уменьшить операционную травму и сократить время лечения.

Список литературы:

1. Buzaid A.C., Garewal H.S., Greenberg B.R. Managing malignant pericardial effusion // West J. Med. 1989. № 150. – С. 174–179.

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

XI МЕЖДУНАРОДНЫЙ МОЛОДЁЖНЫЙ НАУЧНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ФОРУМ

БЕЛЫЕ ЦВЕТЫ ПОСВЯЩЕННЫЙ 150-ЛЕТИЮ Н.А. СЕМАШКО



Казань, 11-13 апреля 2024