

## АНАЛІЗ БЕЗПОСЕРЕДНІХ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ АНЕВРИЗМ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА СЕРЦЯ З РІЗКО ЗНИЖЕНОЮ ФРАКЦІЄЮ ВИКИДУ

Руденко С.А., Гутовський В.В., Руденко М.Л., Гогасєва О.К., Федорова Л.С.

*ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М.М. Амосова НАМН» (Київ)*

У статті розглянуто результати хірургічного лікування аневризм лівого шлуночка (АЛШ) з різко зниженою фракцією викиду. Враховано результати операцій 679 пацієнтів з АЛШ, в тому числі 98 пацієнтів з аневризмою лівого шлуночка та фракцією викиду 30% і менше. Всім хворим, окрім пластики лівого шлуночка, за потребою було виконано повну реваскуляризацію міокарда. Основним показником, за яким визначали методику проведення пластики ЛШ, була локалізація АЛШ. Було використано три методики: лінійну пластику (75,5% випадків), ендовентрикулопластику (21,4% випадків), ендовентрикулопластику з внутрішньою циркулярною латкою (ЕВСРР) (3,1% випадків). Показник ФВ ЛШ у післяопераційному періоді виріс до 35,2%.

**Ключові слова:** *аневризма лівого шлуночка, аортокоронарне шунтування, фракція викиду, ендовентрикулопластика.*

Сучасні методи лікування інфаркту міокарда пройшли довгий шлях удосконалення, що привело до зниження як госпітальної летальності, так і смертності протягом першого року після виписки з лікувального закладу. Диференційний підхід до форм гострого інфаркту міокарда сприяв більш успішному його лікуванню. Завдяки цьому збільшилась кількість хворих, що вижили після декількох навіть великих інфарктів міокарда. У багатьох із цих пацієнтів після виписки зі стаціонару все ж таки залишилися значні порушення функції лівого шлуночка (ЛШ). У зв'язку із цим все частіше стало виникати таке ускладнення, як аневризма лівого шлуночка (АЛШ). Аневризма лівого шлуночка – досить поширене ускладнення при трансмуральних ІМ і зустрічається у 2–38% хворих [1–4].

**Мета роботи** – вивчення результатів хірургічного лікування аневризм лівого шлуночка з різко зниженою фракцією викиду.

**Матеріали та методи.** За останні 5 років у Національному інституті серцево-судинної хірургії ім. М.М. Амосова було прооперовано 679 пацієнтів з АЛШ, в тому числі 98 пацієнтів з аневризмою лівого шлуночка та фракцією викиду 30% і менше. Хворих чоловічої статі було 89 (90,8%), жіночої – 9 (9,2%).

*Таблиця 1*

**Розподіл пацієнтів за NYHA**

NYHA	Кількість хворих	%
1 ф.к.	6	6,1
2 ф.к.	37	37,7
3 ф.к.	44	44,9
4 ф.к.	11	11,3

Більшість досліджуваних хворих віднесено до 3–4 функціонального класу по NYHA (56,2%). Середній вік пацієнтів становив 56,1±9,4 роки. Після першого інфаркту міокарда по хірургічну допомогу звернулося 63,3% (62) хворих, після другого і більше – 29,6% (28). Ще 7 чоловік заперечували наявність інфаркту міокарда в анамнезі.

Таблиця 2

Динаміка даних Ехо-кардіографії

Показник	Середнє значення (М±м)	
	До операції	Після операції
КДО (мл)	266,7±63,2	197,1±45,1
КСО (мл)	191,3±49,0	128,9±36,1
УО (мл)	71,5±17,5	68,8±17,0
ФВ (%)	25,9±2,8	35,2±5,8

Середній показник доопераційної фракції викиду склав 25,9±2,8%. Наявність тромбозу порожнини лівого шлуночка було запідозрено у 35 хворих (35,7%).

На стенокардію напруги скаржилося 72,4% (71) хворих, а 18,4% (18) пацієнтів взагалі не відмічали приступів стенокардії.

**Результати.** Всім хворим окрім пластики лівого шлуночка за потребою було виконано повну реваскуляризацію міокарда.

Основним показником, за яким визначали методику проведення пластики ЛШ, була локалізація АЛШ. Операції проводили за трьома методиками пластики ЛШ. Перша методика – це лінійна пластика, яка проводилася при передньо-боковій, передньо-верхівковій локалізації АЛШ та при аневризмі верхівки ЛШ. За даною методикою було проведено 74 (75,5%) операції. Якщо патологічний процес поширювався на МШП, то в такому випадку неможливо повністю усунути АЛШ і одночасно зберегти правильну форму і адекватний об'єм ЛШ. У такому разі використовувалася ендовентрикулопластика, яка дозволяла виключити уражену МШП з кровообігу. Ендовентрикулопластику виконували при передне-перетинко-верхівкових АЛШ. Дана техніка була використана на 21 (21,4%) операції. За умови ураження ще і задньої стінки ЛШ сама ендовентрикулопластика виявилася неефективною. Тому в 3 (3,1%) випадках виникала потреба доповнювати її внутрішньою циркулярною латкою (EVCPP).

Для захисту міокарда лівого шлуночка протягом штучного кровообігу було використано дві методики захисту. Перша – це класична методика з використанням кардіоплегічного розчину. Але ми доповнили класичний антеградний метод введенням кардіоплегічного розчину в підшиті до серця венозні аутоотрансплантати. Особливістю другої методики є використання замість кардіоплегічного розчину штучної фібриляції шлуночків.

Більше ніж у половини хворих обох груп симптоми серцево-судинної недостатності в післяопераційному періоді були відсутні. Значуща серцево-судинна недостатність II–III ступеня при використанні кардіоплегічного розчину розвинулась у 4 (16,4%) хворих, а у групі, де пластика виконувалась на штучній фібриляції, – у 10 (13,5%).

Згідно з даними табл. 2, показник фракції викиду лівого шлуночка в післяопераційному періоді в середньому виріс до 35,2%. Серед всіх хворих обох груп прооперованих за даний проміжок часу летальність склала 0%.

## Частота виникнення ССН у післяопераційний період залежно від методики ШК

Групи ССН	Класична методика ШК	Фібриляція
Відсутні симптоми ССН	14 58,5%	43 58,1%
I ст.	6 25,1%	21 28,4%
II ст.	2 8,2%	7 9,5%
III ст.	2 8,2%	3 4,0%
Всього	24	74

**Висновки.** Головним чинником при виборі методики пластики лівого шлуночка є локалізація аневризми ЛШ. Відповідно до локалізації вибирається одна з трьох методик. Правильний вибір методики хірургічного лікування є запорукою зниження рівня післяопераційних ускладнень та летальності. Спосіб захисту міокарда не впливає на рівень післяопераційних ускладнень.

**Література**

1. Menicanti L. The Dor procedure: What has changed after fifteen years of clinical practice? / L. Menicanti, M. Di Donati // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. – 2002. – V. 124. – P. 886–890.
2. Edmunds L. H. Cardiac Surgery in the adult / Edmunds L. H., Glower D. D., Lowe J. E. – New York, 2003. – 1542 p.
3. Antunes P. A. Left ventricular aneurysms: early and long-term results of two types of repair / P. A. Antunes, R. Silva, J. Ferrao [et al.] // Eur. J. Cardiothorac. Surg. – 2005. – Vol. 27. – P. 210–215.
4. Солейко О. В. Клінічна еволюція хронічної постінфарктної аневризми серця / О. В. Солейко // Мистецтво лікування. – 2008. – № 5. – С. 60–64.

**АНАЛИЗ НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА С РЕЗКО СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА**

**Руденко С.А., Гувовский В.В., Руденко Н.Л., Гогаева Е.К., Федорова Л.С.**

В статье рассмотрены результаты хирургического лечения аневризм левого желудочка (АЛЖ) с резко сниженной фракцией выброса. Учтены результаты операций 679 пациентов с АЛЖ, в том числе 98 пациентов с аневризмой левого желудочка и фракцией выброса 30% и менее. Всем больным, кроме пластики левого желудочка, по необходимости была выполнена полная реваскуляризация миокарда. Основным показателем, по которому определяли методику проведения пластики ЛЖ, была локализация АЛЖ. Были использованы три методики: линейная пластика (75,5% случаев), эндовентрикулопластика (21,4% случаев), эндовентрикулопластика с внутренней циркулярной заплатой (ЕВСРР) (3,1% случаев). Показатель ФВ ЛЖ в послеоперационном периоде вырос до 35,2%.

**Ключевые слова:** аневризма левого желудочка, аортокоронарное шунтирование, фракция выброса, эндовентрикулопластика.