

#364

СЕПТАЛЬНАЯ МИОЗТОМИЯ, КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ОБСТРУКТИВНОЙ ФОРМЫ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Ибрагимов О. Р., Ковальчук Д. Н., Зинкин И. О., Виссер Я. Ю., Чепик Ю. В., Старовойтова Е. А., Урванцева И. А.

БУ ХМАО-Югры ОКД Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии (Сургут, Россия)

Цель работы: оценить непосредственные результаты хирургического лечения пациентов с гипертрофической кардиомиопатией.

Материал и методы: с 2014 по 2017 гг. в КХО №2 выполнено 20 операций у пациентов с ГКМП и обструкцией базального и среднего сегментов левого желудочка. Средний возраст составил 51,3±13 года. У всех пациентов имелась выраженная обструкция ВЛЖ. По данным Эхо-КГ: градиент систолического давления на ВЛЖ до операции составил 94,5±12 мм рт.ст., скорость кровотока 1,5±0,9 м/с, размер базального сегмента межжелудочковой перегородки 2,8±0,2 см, среднего сегмента левого желудочка 1,8±0,2 см, фракция выброса ЛЖ 62,1±5,2%. Диастолическая дисфункция миокарда ЛЖ 1 типа выявлена у всех оперированных. У 17 пациентов верифицирован SAM-феномен. Регургитация на митральном клапане 1 степени определена у 3 пациентов, 2 степени – у 9, 3 степени – у 5 пациентов, 4 степени у 3. У 3 больных по данным коронарографии выявлено гемодинамически значимое поражение коронарного русла. 15 больных выполнена классическая септальная миозотомия по А. Morrow, четверым пациентам – расширенная септальная миозотомия по В. Messmer, в одном случае выполнена операция Колло-Rastan. В девяти случаях септальная миозотомия выполнялась методикой "needle stick technique". В 7 случаях выполнена транскаортальная пликация передней створки митрального клапана (от 2-ух до 4 матрачных швов). В 5 случаях (при митральной регургитации 3 степени) доступом через левое предсердие выполнена так называемая ретенционная пластика передней створки митрального клапана (R. Hetzer). В трех случаях миозотомия была дополнена миоэктомией из конусной части правого желудочка (при обструкции выводящего тракта правого желудочка). Протезирование митрального клапана проведено у 5 пациентов. У 3 пациентов осуществлены вмешательства на венозных артериях (2 – маммарокоронарное шунтирование ГМЖА; 1 – периферическая микротомия ГМЖА).

Результаты исследования: Продолжительность операции составила 301±25,1 минут, время искусственного кровообращения 156,2±23 минут, аноксия 143,3±37 микрард минут. По данным Эхо-КГ после операции: средний градиент систолического давления на ВЛЖ составил 11,8±3,2 мм рт.ст., скорость кровотока 1,8±0,4 м/с, размер базального сегмента межжелудочковой перегородки 1,5±0,3 см, среднего сегмента 1,2±0,2 см, регургитация на митральном клапане – 1 степени, отсутствие SAM-феномена. После операции зафиксировано 2 летальных исхода (1 – прогрессирующая посткардиотомная сердечная недостаточность, 1 – двусторонняя пневмония с исходом в СЛОП). Все больные после операции были экстубированы в течение 12 часов. В 1 случае в течение 3 суток наблюдалась транзиторная АВ блокада III степени. Все оперированные пациенты выписаны на 10 сутки.

Выводы: Септальная миозотомия, в различных модификациях, является оптимальным методом хирургического лечения пациентов с ГКМП, позволяющая устранить обструкцию в базальном и средних сегментах левого желудочка и улучшить клинический статус пациентов.

#381

КОРРЕКЦИЯ ПЕРЕДНЕГО СИСТОЛИЧЕСКОГО ДВИЖЕНИЯ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Светлов М. А., Пайкин А. А., Юрченко Д. Л., Денисов Д. О., Хван Н. Е., Сичинава Л. Б.

СПб ГБУЗ Городская больница 40 (Санкт-Петербург, Россия)

Цель. Переднее систолическое движение митрального клапана может усугублять обструкцию выводящего тракта левого желудочка и провоцировать развитие митральной недостаточности. В данной работе оцениваются результаты коррекции переднего систолического движения митрального клапана у пациентов с клинически выраженной обструкцией выводящего тракта левого желудочка.

Методы. В период с октября 2013 года по июль 2017 года выполнено 10 операций транскаортальной септальной миозотомии по А. Morrow при обструкции выводящего тракта левого желудочка за счет асимметричной гипертрофии межжелудочковой перегородки (3 мужчины и 7 женщин; их средний возраст составил 63,0±6,1 года). При этом у 4-х пациентов обструкция сопровождалась выраженным передним систолическим движением митрального клапана. Среди указанных 4-х пациентов, у 1 пациентки отмечалась значимая митральная регургитация, вследствие систолического смещения зоны коаптации митрального клапана к межжелудочковой перегородке. Этим пациентам выполнена операция транскаортальной пластики митрального клапана «край-в-край» по методике О. Alfieri. У 2-х пациентов одновременно выполнено КШ (шунтирование 1 и 3-х коронарных артерий). Операции выполнялись в условиях интраторакального искусственного кровообращения (ИК) и холодной кровяной кардиopleгии.

Результаты. Длительность операций, включающих этап реконструкции митрального клапана, составила 210±59 минут. Время ИК и время ишемии миокарда составили 95±26 и 46±21 минут, соответственно. Периперационной летальности, инфарктов миокарда и ОНМК не было. У всех пациентов на контрольной эхокардиографии признаков значимой обструкции выводящего тракта левого желудочка и митральной недостаточности не отмечено. Максимальный градиент при пробе Вальсальвы снизился с 95,0±27,2 мм рт.ст. до 14,4±13,4 мм рт.ст., а проявления хронической сердечной недостаточности значительно уменьшились у всех 4-х пациентов.

Выводы. Коррекция переднего систолического движения митрального клапана наряду с резекцией субаортального гребня межжелудочковой перегородки позволяет максимально устранить проявления обструкции. Пластика митрального клапана «край-в-край» является безопасным методом коррекции переднего систолического движения, при этом вмешательство может быть выполнено через аортотомическое отверстие одновременно с септальной миозотомией.

#395

ВЛИЯНИЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ В СРЕДНЕСРОЧНОМ ПЕРИОДЕ НАБЛЮДЕНИЙ

Андреев С. Л., Шипулин В. М., Александрова Е. А., Гутор С. С., Прихин А. С.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук» «Научно-исследовательский институт кардиологии» (Томск, Россия)

Цель: оценить выживаемость после оперативного лечения с медикаментозной терапией и изолированной медикаментозной терапией у пациентов с ишемической кардиомиопатией в среднесрочном периоде наблюдений.

Методы: Критерии отбора: Многососудистое поражение коронарных артерий, ОИМ в анамнезе, EF LV ≤ 40% и КСИ ≥ 60 мл/м². Первичным результатом была смерть от любой причины. Основные вторичные исходы включали смерть от сердечно-сосудистых причин. Средняя продолжительность наблюдения составила 4,1±0,9 года. Сопоставлялись 5 групп, все по 17 пациентов. 1 группа – с изолированной медикаментозной терапией. 2-с АКШ. 3-АКШ и резекция аневризмы ЛЖ. 4 – АКШ и пластика митрального клапана. 5 – сочетании АКШ с резекцией аневризмы ЛЖ и пластикой митрального клапана. Отбор пациентов в группу изолированного медикаментозного лечения осуществлялся с помощью регистра острого инфаркта миокарда больных, отказавшихся от операции. Для исключения различий между двумя группами и получения достоверных результатов проведена псевдорандомизация пациентов с использованием Propensity score matching. Ковариаты – возраст пациента, пол, наличие сахарного диабета, наличие почечной недостаточности (до СКФ не менее 30 мл/мин), курение, наличие аритмии (фибрилляция предсердий или ЖЭС 3-4 градации по Low), скелетирование, данные ультразвуковой диагностики (КДО, КСО, КДИ, КСИ, ФВ, сердечный индекс, СДПЖ, наличие митральной и трикуспидальной недостаточности, тип ремоделирования). До операции, через 1 и 4 года в группах изучались эхокардиографические данные, проводилась спирометрия, тест шестиминутной ходьбы (ТШХ), оценка уровня натрийуретического пептида.

Результаты: При исследовании выживаемости пациентов в группах методом Калпана-Мейера достоверное отличие выявлено в группе медикаментозной терапии умерло 6 пациентов из 17 (35%) за 4 года наблюдения. Во 2 группе – 4 (23,5%), в 3 и 4 группах – по 3 (17,6%). В 5 группе 4 (23,5%). В группах оперированных пациентов наиболее высокая смертность в раннем послеоперационном периоде и первый год наблюдения. При оценке КДИ через 4 года после начала наблюдения у всех групп объемы сердца уменьшаются, за исключением группы с медикаментозной терапией. В 1 группе КДИ на начало наблюдений 84 мл/м², через год 93, через 4 года 88. Во 2 группе до операции 97 мл/м², через год 81, через 4 года 81,5. В 3 группе до 111, 82 и 75 соответственно. В 4 группе 109, 92 и 99,5 соответственно. В 5 группе 114, 90 и 87,5 соответственно. При оценке КСИ объемы сердца уменьшаются у всех групп, особенно значимо в группах с резекцией аневризмы ЛЖ. ФВ достоверно возрастает во всех группах.

Выводы: У пациентов с ишемической кардиомиопатией высокий риск оперативного лечения в периперационном периоде. Выживаемость оперированных пациентов с ИКМП в среднесрочный период (до 4 лет) выше, чем у пациентов консервативного лечения.

#403

ГЕМОДИНАМИКА МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ЗАСТОЙНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОГО ОБОХДА «АВК-Н»

Иванов М. Г., Хубутия М. Ш., Бранд Я. Б., Шемакин С. Ю., Мазанов М. Х., Вовченко М. В., Балабан В. М.

Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского (Москва, Россия)

Высокая фиксированная легочная гипертензия (ЛГ), выявляемая у 3-7% потенциальных реципиентов на ортотопическую трансплантацию сердца (ТС), является противопоказанием к включению в лист ожидания на операцию из-за высокого риска развития необратимой правожелудочковой недостаточности.

Материалы и методы. За период с 2015 по 2016 год по программе потенциального реципиента на ТС обследовано 45 больных, у которых исследование центральной гемодинамики с оценкой показателей малого круга кровообращения выполнялось с помощью катетера Swan-Ganza. Решение о включении больных в лист ожидания на ортотопическую ТС принималось в соответствии с принятой классификацией ЛГ для потенциальных реципиентов в зависимости от полученных показателей систолического давления в легочной артерии (ДЛАС), транспульмонального градиента (ТПГ) и легочно-сосудистого сопротивления (ЛСС). В нашем исследовании у одного из пациентов была выявлена высокая ЛГ резистентная к фармакологической пробе с NO (до 80 ррт), что явилось противопоказанием к ортотопической ТС. В свою очередь, прогрессивное нарастание клиники застойной сердечной недостаточности, зависимость от возрастающих доз инотропной терапии, стало показанием для имплантации системы левожелудочкового обхода.

Результаты. Параметры центральной гемодинамики по результатам зондирования правых отделов сердца до операции имплантации «АВК-Н»: Без использования пробы с NO: АД 95/55 мм.рт.ст., ЧСС 80 в мин ДЛА 64/42/32 мм.рт.ст., ДЗЛА 24, ЛСС 8,9 ед. Вуда, СВ 2,01 л/мин, СИ 1,08 л/мин/м², ТПГ 18. Параметры с использованием NO 80 ррт: АД 90/60 мм.рт.ст., ЧСС 78 в мин, ДЛА 53/39/29 мм.рт.ст., ДЗЛА 22, ЛСС 100 ед. Вуда, СВ 1,69 л/мин, СИ 0,91 л/мин/м², ТПГ 17. Параметры гемодинамики на 4-е сутки после имплантации левожелудочкового насоса «АВК-Н»: АД 104/65 мм.рт.ст., ЧСС 82 в мин, ДЛА 22 мм.рт.ст., ДЗЛА 12, ЛСС 3,85 ед. Вуда, СВ 5,5 л/мин, СИ 2,8 л/мин/м², ТПГ 10. Как видно из представленных данных, коррекция гемодинамических показателей малого круга кровообращения на фоне работы «АВК-Н» до уровня, позволяющего выполнение ортотопической ТС, отмечалось уже в течение первой недели после операции. В нашем случае ортотопическая трансплантация сердца выполнена через 10 месяцев.

Заключение. Восстановление центральной гемодинамики с помощью имплантации левожелудочкового обхода способствует быстрой коррекции показателей малого круга кровообращения до уровня позволяющего выполнение ортотопической ТС, которых не удавалось достичь при выполнении фармакологических проб.