

## ЭНДОВЕНТРИКУЛОПЛАСТИКА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ДИЭПОКСИОБРАБОТАННЫМ КСЕНОПЕРИКАРДИАЛЬНЫМ ЛОСКУТОМ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ КАРДИОПАТИИ

Малышенко Е.С., Иванов С.В., Зинец М.Г.

УРАМН НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний. СО РАМН, Кемерово.

**Актуальность исследования.** Одним из частых и грозных осложнений трансмурального инфаркта миокарда является развитие аневризмы левого желудочка (АЛЖ). Формирование ее, по мнению разных авторов, встречается в 10-35% случаев (Jatene A.D. 1985, Dor V.1985, Buckberg G.D. 2004). После установления диагноза АЛЖ, несмотря на значительные успехи современных концепций лечения сердечной недостаточности, 5-ти летняя летальность составляет 60% среди мужчин и 45% среди женщин (Di Donato 2005). Это диктует необходимость совершенствования методов хирургического лечения ишемической кардиопатии и улучшения как непосредственных, так и отдаленных его результатов. Одним из перспективных направлений этой проблемы является внедрение в клиническую практику новых полифункциональных материалов для эндовентрикулопластики.

**Цель.** Оценить эффективность и безопасность применения диэпоксидобработанного ксеноперикардального лоскута при эндовентрикулопластике левого желудочка.

**Материалы и методы.** В исследование включены 36 пациентов (34 мужчины (94.44%) и 2 женщины (5.56%)) с ишемической болезнью сердца (ИБС) и постинфарктной АЛЖ, оперированные в клинике НИИ КПССЗ СО РАМН с января 2006 по декабрь 2009 года, которым была выполнена эндовентрикулопластика по методике *Dor* с использованием в качестве пластического материала для замещения постинфарктного эндокардиального дефекта диэпоксидобработанного ксеноперикардального лоскута "КемПериплас-Нео" толщиной 1.0-1.2 мм. Средний возраст пациентов составил  $52.67 \pm 6.49$  лет. В 100% (n=36) случаев имело место поражение передней нисходящей артерии, из них в 83.3% (n=30) – её окклюзия. В 61.1% (n=22) были поражены и другие коронарные артерии. Фоновая и сопутствующая патология: гипертоническая болезнь 100% (n=36), сахарный диабет 2 типа 16.6% (n=6), острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе 5.55% (n=2), хроническая обструктивная болезнь легких 13.8% (n=5). Исходно, пациенты имели следующие эхокардиографические характеристики: передне-задний размер левого предсердия (ЛП)  $4.33 \pm 0.36$  см, конечно-диастолический размер ЛЖ (КДР)  $6.5 \pm 0.56$  см, конечно-систолический размер ЛЖ (КСР)  $5.14 \pm 0.93$  см, конечно-диастолический объем ЛЖ (КДО)  $244.5 \pm 41.56$  мл, конечно-систолический объем ЛЖ (КСО)  $144 \pm 44.5$  мл, фракция изгнания (ФВ) ЛЖ (глобальная систолическая функция)  $42.8 \pm 6.45$ %.

**Результаты.** На госпитальном этапе лечения смертность в исследуемой группе составила 11,1% (n=4). Во всех случаях основной либо конкурирующей причиной смерти была острая сердечная недостаточность (синдром малого сердечного выброса). Послеоперационных кровотечений из венотомной раны, инфекционных, тромбозомболических неврологических осложнений, желудочковых нарушений ритма не наблюдалось. На 7-8 сутки после оперативного вмешательства отмечено достоверное изменение эхокардиографических характеристик: ЛП  $4.12 \pm 0.39$  см (p=0.042), КДР  $6.13 \pm 0.52$  см (p=0.031), КСР  $4.5 \pm 0.63$  см (p=0.001), КДО  $191.2 \pm 38.97$  мл (p=0.009), КСО  $101 \pm 33.0$  мл (p=0.023), ФВ ЛЖ  $47.4 \pm 9.05$ % (p=0.003).

**Выводы.** Диэпоксидобработанный ксеноперикардальный лоскут обладает нулевой хирургической порозностью, естественной пластичностью, и хорошими имплантационными качествами. Эти свойства позволяют выполнять эффективную геометрическую и функциональную реконструкцию левого желудочка при ишемической кардиопатии и рассматривать имплантацию диэпоксидобработанного ксеноперикарда в эндовентрикулярную позицию, как адекватную альтернативу синтетическим материалам, традиционно применяемым в этой области кардиохирургии.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2009. Т. 11. № 4.
2. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2008. Т. 10. № 4.
3. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2007. Т. 9. № 4.
4. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2006. Т. 8. № 4.
5. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2005. Т. 7. № 4.
6. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2004. Т. 6. № 4.
7. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2003. Т. 5. № 4.
8. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2002. Т. 4. № 4.
9. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2001. Т. 3. № 4.
10. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 1999. Т. 2. № 4.
11. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2009. Т. 11. № 12.
12. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2008. Т. 10. № 12.
13. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2007. Т. 9. № 12.
14. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2006. Т. 8. № 12.
15. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2005. Т. 7. № 12.

16. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2004. Т. 6. № 12.
17. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2003. Т. 5. № 12.
18. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2002. Т. 4. № 12.
19. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2001. Т. 3. № 1.