

на правах рукописи

Амирбеков Магомедсалам Магомедхабибович

Отдаленные результаты хирургического лечения больных ИБС с
постинфарктным разрывом межжелудочковой перегородки

(14.01.26 – сердечно-сосудистая хирургия)

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва-2017

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном
учреждении "Национальный научно-практический центр сердечно-
сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель:

д.м.н., профессор

Алшибая Михаил Михайлович

Официальные оппоненты:

Жбанов Игорь Викторович - д.м.н., профессор, руководитель
отделения хирургии ишемической болезни сердца Федерального
государственного бюджетного научного учреждения «Российского
научного центра хирургии имени академика Б.В. Петровского»
(специальность сердечно-сосудистая хирургия -14.01.26).

Молочков Анатолий Владимирович - д.м.н., заведующий
кардиохирургическим отделением Федерального государственного
бюджетного учреждения «Центральная клиническая больница с
поликлиникой» Управления делами президента Российской Федерации»
(специальность сердечно-сосудистая хирургия -14.01.26).

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное
учреждение «Федеральный научный центр трансплантологии и
искусственных органов имени академика В.И. Шумакова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита диссертации состоится "24" марта 2017 года в часов на
заседании диссертационного Совета Д001.015.01 при ФГБУ
"Национальный научно-практический центр сердечно-сосудистой
хирургии им. А.Н. Бакулева» МЗ РФ, по адресу: 121552, г. Москва,
Рублевское шоссе, 135.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ
"Национальный научно-практический центр сердечно-сосудистой
хирургии им. А.Н. Бакулева» МЗ РФ и на сайте www.bakulev.ru.

Автореферат разослан « »

2017 г.

Ученый секретарь Диссертационного Совета:

доктор медицинских наук

Д.Ш. Газизова

Актуальность проблемы.

Разрыв межжелудочковой перегородки (МЖП) является одним из наиболее тяжелых осложнений острого инфаркта миокарда. Возникновение разрыва МЖП вызывает быстрое развитие у больного симптомов тяжелой сердечной недостаточности с 30-дневной госпитальной летальностью в 94% при проведении медикаментозной терапии.

Высокая летальность в этой группе больных при проведении медикаментозной терапии выводит на первый план хирургический метод коррекции постинфарктного разрыва межжелудочковой перегородки (ПИРМЖП), при этом за последние годы удалось значительно снизить риск операции с 40% до 11-16%. Этому способствовало проведение ряда исследований по изучению анатомо-физиологических особенностей, тактики хирургического лечения и техники операции и в частности, внедрение в практику принципа оптимальной коррекции всех пораженных структур сердца у больных с ПИРМЖП. Возросшее количество выживших после операции больных позволило начать проведение исследований по оценке отдаленных результатов хирургического лечения постинфарктного разрыва МЖП.

Необходимо отметить, что особенностью проведенных исследований является малое количество наблюдений (12-42 пациента), а также противоречивый характер полученных результатов. Так, отдаленная 5-ти летняя выживаемость у оперированных больных с постинфарктным разрывом МЖП колеблется от 52% до 75%. При этом, нет единого мнения относительно роли и влияния таких факторов как характер исходной тяжести поражения миокарда, вид хирургического вмешательства и особенности течения раннего послеоперационного периода, на отдаленные результаты. Практически нет исследований,

посвященных стабильности клинических результатов у больных ИБС с постинфарктным разрывом межжелудочковой перегородки.

Отсутствует единое мнение о влиянии на выживаемость в разные сроки после операции таких факторов как экстренный характер операции, тип реконструкции, время с момента формирования разрыва до операции, наличие полиорганной недостаточности.

Это требует проведения дальнейших исследований для объективной оценки эффективности и целесообразности выполнения реконструктивной операции у больных ИБС с постинфарктным разрывом межжелудочковой перегородки.

Цель исследования: оценка отдаленных результатов хирургического лечения больных ИБС с постинфарктным разрывом межжелудочковой перегородки для решения вопроса об эффективности и целесообразности оперативного лечения.

Задачи:

1. Дать сравнительную оценку тяжести клинических проявлений ИБС у больных с постинфарктным разрывом межжелудочковой перегородки до и после реконструктивной операции.
2. Изучить отдаленную выживаемость и стабильность клинических результатов у больных с ПИРМЖП с выявлением основных причин рецидива заболевания в отдаленные сроки.
3. Оценить основные факторы операционного риска у больных с ПИРМЖП и их роль в снижении эффективности хирургического лечения.

Научная новизна

Впервые в нашей стране дана объективная оценка 10-ти летней отдаленной выживаемости и стабильности клинических результатов хирургического лечения у больных ИБС с постинфарктным разрывом

межжелудочковой перегородки. Выявлены основные факторы операционного риска, существенно влияющие на отдаленные результаты хирургического лечения. Исходя из полученных данных, сделан вывод о высокой эффективности хирургического лечения у большинства больных с ПИРМЖП, у которых консервативная терапия не имеет реальных положительных перспектив и сопряжена с 96% летальностью на первом году после возникновения разрыва межжелудочковой перегородки.

Практическая значимость работы.

Проведенное исследование показало, что несмотря на высокий операционный риск, у большинства выживших больных после ПИРМЖП наблюдается значительное улучшение клинического состояния. При этом отдаленная выживаемость за 5-ти и 10-летний период наблюдения достаточно высокая и составляет 85% и 77% соответственно. Это подтверждает высокую эффективность хирургического метода лечения больных с ПИРМЖП, имеющих крайне плохой прогноз при естественном течении заболевания.

Показано, что снижение стабильности клинических результатов с 60% (5-ти летний период наблюдения) до 23% (10-ти летний период) обусловлено прогрессированием атеросклеротического процесса и снижением контрактильной способности миокарда левого и правого желудочков в силу осложнений основного заболевания (ИБС).

Положения, выносимые на защиту:

1. Исходная тяжесть клинических проявлений ИБС у больных с постинфарктным разрывом межжелудочковой перегородки и её динамика в результате хирургического лечения.
2. Отдаленная выживаемость и стабильность клинических результатов у больных с ПИРМЖП.

3. Основные факторы риска осложнений в отдаленные сроки после операции и их влияние на частоту осложнений

Апробация материалов диссертации.

Результаты диссертации доложены на 19 Ежегодной сессии Научного Центра Сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева (2015 г.). Научные положения и практические рекомендации, сформулированные в диссертации, внедрены в клиническую практику ФГБНУ «НЦССХ им.А.Н.Бакулева».

Структура диссертации.

Материалы диссертационной работы размещены на 108 страницах машинописного текста, иллюстрированы 20 таблицами и 20 рисунками. Она подразделяется на следующие разделы: введение, обзор литературы, материал и методы исследования, результаты собственных исследований, обсуждение, выводы, практические рекомендации. Список литературы включает 145 (35 российских и 110 зарубежных) источников.

Клиническая характеристика больных.

В настоящем исследовании обобщен опыт хирургического лечения 46 больных ишемической болезнью сердца с постинфарктным разрывом межжелудочковой перегородки, оперированных в ФГБНУ НЦССХ им. А.Н. Бакулева в период с 2001 по 2014 годы.

Большинство больных - мужчины— 31 (67,4%), 13 (32,6%) – женщины. Средний возраст группы составил $57,4 \pm 2,1$ года. Колебания возраста в интервале от 37 до 82 лет.

Распределение больных по классу стенокардии (CCS) и недостаточности кровообращения (NYHA) представлены в таблице 1.

Таблица 1. Распределение больных по классам CCS и NYHA

Показатели	n	%
I – II ФК по CCS	19	41,3
III ФК по CCS	10	21,7
IV ФК по CCS	17	37,0
II класс по NYHA	28	60,9
III класс по NYHA	15	32,6
IV класс по NYHA	3	6,5

Важной особенностью больных с ПИРМЖП нашей группы была высокая частота и разнообразие сопутствующих заболеваний. Так, отягощенная наследственность по ИБС была выявлена у 54,6% больных, артериальная гипертензия – у 74,0%, сахарный диабет II типа – у 20,7%, ожирение с индексом массы тела более 32 – у 40,7%, а дислипидемия – у 44,6% пациентов. Кроме этого, 34,2% курили, а 57,8% имели в анамнезе перенесенный инфаркт миокарда.

В нашей группе больных постинфарктный разрыв возникал в сроки от 3 до 21 дня с момента развития инфаркта миокарда, в среднем – $6,7 \pm 3,8$ дня.

Большинство постинфарктных разрывов межжелудочковой перегородки у больных нашей группы произошло на первой неделе с момента инфаркта миокарда, что составило 64,0%. На второй неделе после развития инфаркта миокарда ПИРМЖП возник у 29,0% пациентов и лишь у 7,0% - ПИРМЖП диагностирован на третьей неделе.

В основе хирургического лечения больных с ПИРМЖП в НЦССХ им. А.Н. Бакулева с 2001 года был положен принцип оптимальной коррекции всех пораженных анатомических структур сердца: закрытие самого дефекта, геометрическая реконструкция левого желудочка и, при необходимости, выполнение прямой реваскуляризации миокарда,

коррекции митрального и трикуспидального клапанов. При этом, как правило, использовался доступ через ЛЖ с применением у 32,6% больных техники «двухлепестковой» заплата, разработанный профессором М.М. Алшибая. Все операции выполнялись в условиях ИК и фармако-холодовой кардиopleгии раствором кустодиола. Виды пластики ПИРМЖП и сопутствующие операции представлены в таб. 2.

Таблица 2. Виды пластики ПИРМЖП

Вид пластики ПИРМЖП	n	%
Одна заплата (классическая)	28	60,8
Двухлепестковая заплата	15	32,6
Ушивание разрыва	3	6,6
Итого	46	100,0

При наличии у больного с постинфарктным разрывом межжелудочковой перегородки поражения коронарных артерий, мы выполняли аортокоронарное шунтирование.

Основными видами сопутствующего коронарного шунтирования у больных с постинфарктным разрывом межжелудочковой перегородки было шунтирование 1-2 коронарных артерий (78,3% операций).

Стоит также отметить, что у 14 больных пластика ПИРМЖП произведена без сочетания с коронарным шунтированием, так как интактные коронарные артерии диагностированы у 8 пациентов, а еще у 6 – выявлены неоперабельные коронарные артерии.

Вследствие частого поражения трикуспидального и митрального клапанов сердца, существенно влияющих на гемодинамику, операцию дополняли вмешательствами на клапанном аппарате сердца. Так, 15 (32,6%) больным произведена пластика трикуспидального клапана по Де Вега. Одному пациенту выполнено протезирование трикуспидального клапана. Пластике митрального клапана по Алфиери подверглись 5

больных, также одному пациенту выполнено протезирование митрального клапана (таблица 3).

Таблица 3. Виды операций на клапанах сердца у больных с ПИРМЖП

Вид операции	n	%
Протезирование трикуспидального клапана	1	2,6
Пластика трикуспидального клапана по Де Вега	15	39,5
Протезирование митрального клапана	1	2,6
Пластика митрального клапана по Алфиери	5	13,2

Необходимо отметить, что за последние 7 лет (период с 2009 по 2014 годы) количество операций у больных с постинфарктным разрывом межжелудочковой перегородки выросло в 2,3 раза по сравнению с числом операций, выполненных в период с 2001 по 2008 годы.

Методы исследования.

Методы исследования включали в себя следующий перечень: электрокардиографию (ЭКГ), холтеровское мониторирование ЭКГ, эхокардиографию, рентгеноконтрастные методики (селективную коронарографию, шунтографию, левую вентрикулографию), а также ультразвуковую доплерографию артериальных сосудов (УЗДГ), биохимическое исследование крови и мочи, общий анализ крови, общий анализ мочи.

Обработка материала путем статистических методов производилась лицензионным программным обеспечением «Statistica 8.0». Для расчета пользовались методами описательной статистики, а для определения статистически достоверного различия - критерием Стьюдента. Многовариантный логистический регрессионный анализ был выбран

нами для оценки факторов риска, которые существенно влияют на результаты хирургического лечения больных с постинфарктным разрывом МЖП. В результатах отражены: ОШ (отношение шансов), ДИ (95% доверительный интервал). Данные оценивались как статистически достоверными при значении $p < 0,05$.

Результаты исследования.

Исходная тяжесть клинических проявлений у больных с постинфарктным разрывом межжелудочковой перегородки и ее динамика после операции.

В НЦССХ им. А.Н. Бакулева в период с 1979 по 2014 годы выполнено 54 операции у больных ишемической болезнью сердца, осложнившейся постинфарктным разрывом межжелудочковой перегородки с госпитальной летальностью 24,1% (умерло 13 больных).

В наше исследование вошли 46 больных с ПИРМЖП, оперированных с 2001 года, т.е. с момента внедрения в клиническую практику принципа оптимальной коррекции всех пораженных анатомических структур сердца.

Непосредственные результаты хирургического лечения изучены у 46 больных, а отдаленные – в сроки от 6 месяцев до 12 лет у 38 выживших больных с ПИРМЖП.

Необходимо отметить значительную тяжесть клинических проявлений ИБС у нашей группы больных.

У 41,4% больных инфаркт миокарда с развитием ПИРМЖП возникал практически на фоне «полного благополучия», в то время как средняя величина ФК стенокардии по CCS у больных с III-IV классами была достаточно высокой и составила $3,16 \pm 0,12$.

У большинства пациентов (88,4%) ПИРМЖП возникал в сроки до 10 дней с момента развития инфаркта миокарда, при этом многие больные

(84,2%) поступали в хирургическое отделение в течение месяца с момента формирования постинфарктного разрыва межжелудочковой перегородки.

Желудочковые аритмии были частым осложнением у больных с ПИРМЖП. Так, 26 (57,6%) пациентов имели желудочковую экстрасистолию высоких градаций по классификации Laun-Wolf.

Тяжелые нарушения гемодинамики явились причиной полиорганной недостаточности у 16 (34,8%) больных, при этом серьезные нарушения функции почек были у 12 (26,0%) пациентов, из которых 4 (8,7%) потребовалось проведение гемодиализа. У 36 (78,4%) больных по данным ЭхоКГ отмечены признаки формирования аневризмы левого желудочка.

В 67,8% (31 больной) причиной ПИРМЖП стал инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка, а в 32,2% - задней стенки ЛЖ.

Одиночные простые разрывы диагностированы у 35 (76,2%) больных. Одиночные сложные разрывы имели место у 6 (12,4%) пациентов, а множественные разрывы – у 5 (11,6%) больных.

81,5% больных имели ПИРМЖП, диаметр которого составил 1,0 – 2,9 см. Лишь 18,1% (7 человек) пациентов не имели признаков недостаточности митрального клапана.

Важной особенностью больных с ПИРМЖП стали значительные нарушения функции правых отделов сердца, обусловленные сбросом крови из полости левого желудочка в правый, с последующей перегрузкой последнего.

Полученные результаты показали, что вследствие тяжелых гемодинамических условий, у 100% пациентов с ПИРМЖП диагностировались признаки недостаточности трикуспидального клапана, при этом у 8 больных (17,3%) – III степени.

Всем больным с постинфарктным разрывом межжелудочковой перегородки была выполнена коронарография, которая выявила тяжелое поражение коронарных артерий у большинства пациентов (таблица 4).

Таблица 4. Поражение коронарного русла по данным Syntax Score

Характер поражения	Процент
Среднее число пораженных коронарных артерий	2,34±0,21
Незначительное поражение (от 0 до 22 баллов)	15,2%
Поражение средней тяжести (от 23 до 32 баллов)	34,7%
Тяжелое поражение (от 33 баллов)	50,1%

Количество операций за последние 7 лет достоверно выросло. Что же касается госпитальной летальности, то за период с 2001 по 2008 годы она была 21,4% (умерло 3 больных из 14 оперированных). Госпитальная летальность же за период с 2009 по 2014 годы снизилась до 15,6% (умерло 5 больных из 32 оперированных). Тем не менее, статистически достоверных различий в госпитальной летальности по данным периодам не выявлено ($p=0,63$). Общая госпитальная летальность за 14 лет наблюдения составила 17,4% (умерло 8 пациентов из 46), в то время как за последние 5 лет она снизилась до 8,7% (умерло 2 больных из 23 оперированных).

Причины летальных исходов у больных с ПИРМЖП

6 больных умерло от полиорганной недостаточности, обусловленной исходной тяжестью клинических проявлений заболевания и травматичностью самой операции.

Один больной скончался от отека головного мозга, вследствие фибрилляции желудочков на этапе вводного наркоза.

Также один пациент умер от критической дыхательной недостаточности, причиной которой явилась двухсторонняя сливная пневмония, осложнившаяся трахео-пищеводным свищем.

Сравнительная характеристика умерших и выживших больных с ПИРМЖП после проведения оперативного лечения по ряду операционных показателей приведена в таблице 5.

Таблица 5. Сравнительная характеристика умерших и выживших больных

Показатель	Умершие больные (n-8)	Выжившие (n-38)	P
Среднее время с момента возникновения ПИРМЖП до операции (в мес.)	1,53±0,47	3,12±0,24	0,0002
Среднее время ИК (в мин.)	246±159,3	141±92,3	0,0001
Среднее время пережатия аорты (в мин.)	116±55,6	82±42,4	0,0001
Технические трудности при наложении заплаты (в процентах)	87,5%	10,5%	0,0001

Необходимо отметить, что группа выживших больных имела статистически достоверно различные показатели по сравнению с группой умерших по всем пунктам.

О высокой эффективности хирургического лечения больных с ПИРМЖП свидетельствует сравнительный анализ клинических проявлений ИБС, выполненный у 38 больных до и после операции.

Практически по всем показателям, за исключением частоты митральной и трикуспидальной недостаточности III степени, а также КСО ЛЖ, мы получили статистически достоверное улучшение у больных после операции. Это касалось как клинических параметров, таких как средний класс стенокардии по CCS, средний класс НК по NYHA, дисфункция правого желудочка, нестабильная стенокардия, так и гемодинамических: средняя ФВ ЛЖ, среднее давление в легочной артерии, процент больных со сбросом крови слева направо, размеры правого желудочка и правого предсердия.

Таким образом, 38 оперированных больных с постинфарктным разрывом межжелудочковой перегородки успешно перенесли операцию. У этой группы пациентов мы изучили отдаленные результаты хирургического лечения.

Отдаленные результаты хирургического лечения у больных с постинфарктной аневризмой левого желудочка.

Отдаленная выживаемость и стабильность клинических результатов.

Отдаленные результаты хирургического лечения у больных с постинфарктным разрывом межжелудочковой перегородки изучены у 38 больных в сроки от 6 месяцев до 12 лет. За период наблюдения умерло 5 пациентов.

1 больной умер в течение первого года наблюдения от прогрессирующей сердечной недостаточности, вследствие реканализации дефекта в области заплаты.

Второй больной умер на 3 году наблюдения от несердечной причины, а именно, от перитонита, возникшего по поводу острого хирургического заболевания брюшной полости.

Двое больных умерли на 5 году после операции от прогрессирующей сердечной недостаточности, причиной которой у одного пациента явилась реканализация заплаты в области ПИРМЖП, а у второго больного прогрессирующая сердечная недостаточность, из-за невозможности ушивания всех дефектов МЖП во время операции.

На 8-м году наблюдения умер один больной от тяжелой сердечной недостаточности, причиной которой стала прогрессирующая митральная недостаточность.

На момент операции степень митральной недостаточности у этого пациента была I-II, однако к восьмому году она достигла IV.

Таким образом, отдаленная летальность за 10-летний период наблюдения составила 28,2% (с учетом госпитальной летальности – умерло 13 больных) и 13,2% - без учета госпитальной летальности (умерло 5 пациентов).

Данные отдаленной выживаемости у больных с ПИРМЖП представлены на рисунках 1, 2 и 3.

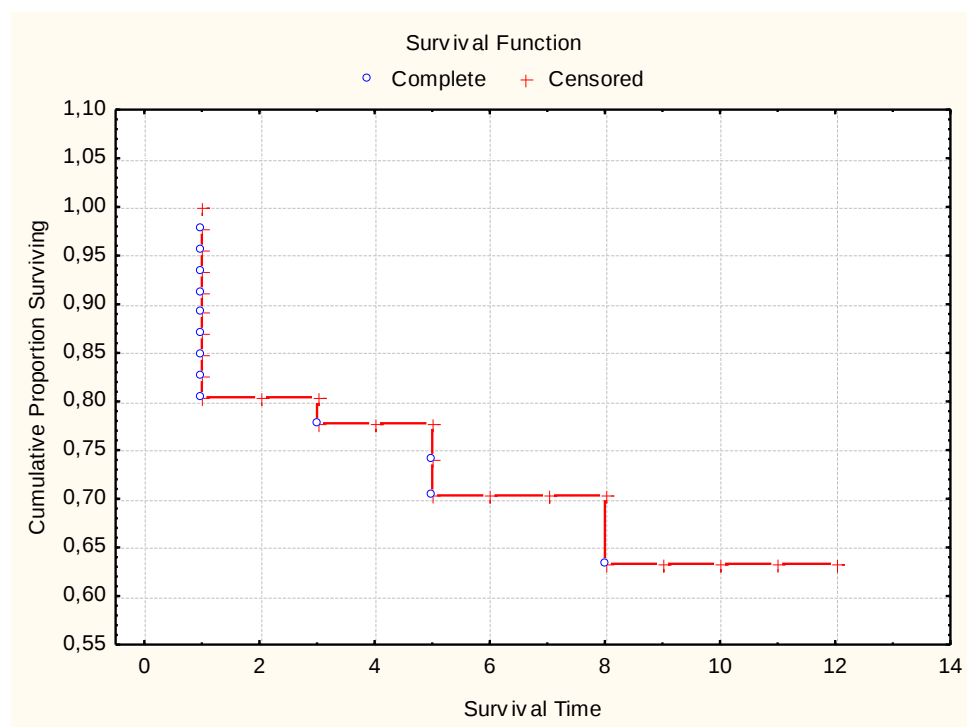


Рис. 1. Отдаленная выживаемость у больных с ПИРМЖП с учетом госпитальной летальности

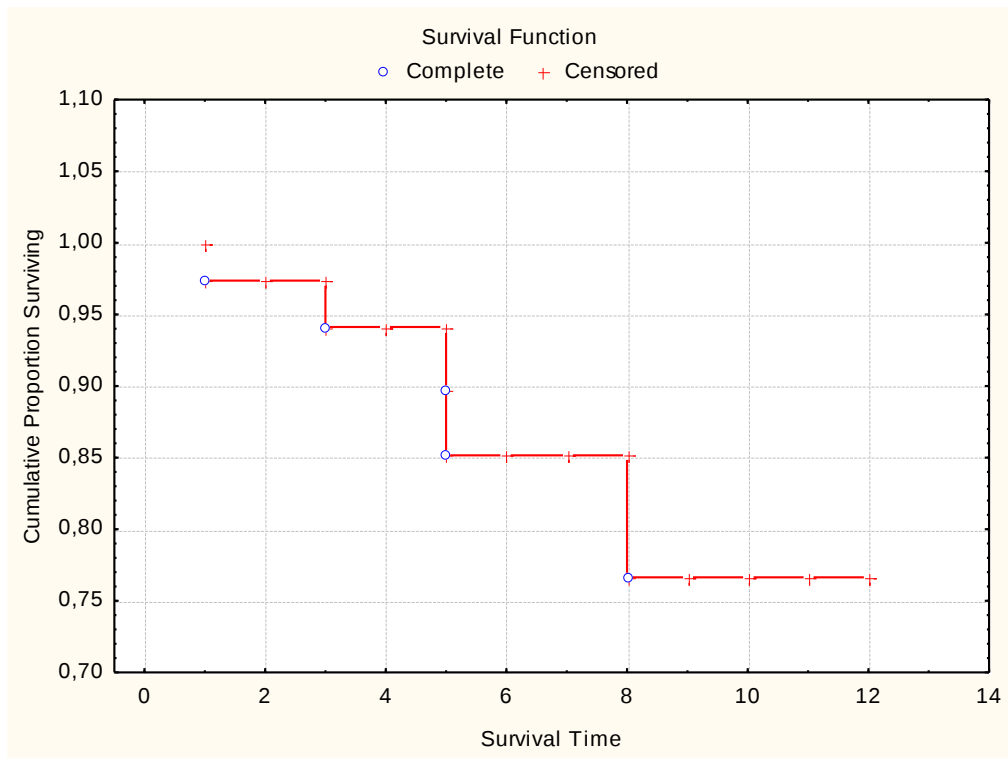


Рис. 2. Отдаленная выживаемость у больных с ПИРМЖП без учета госпитальной летальности

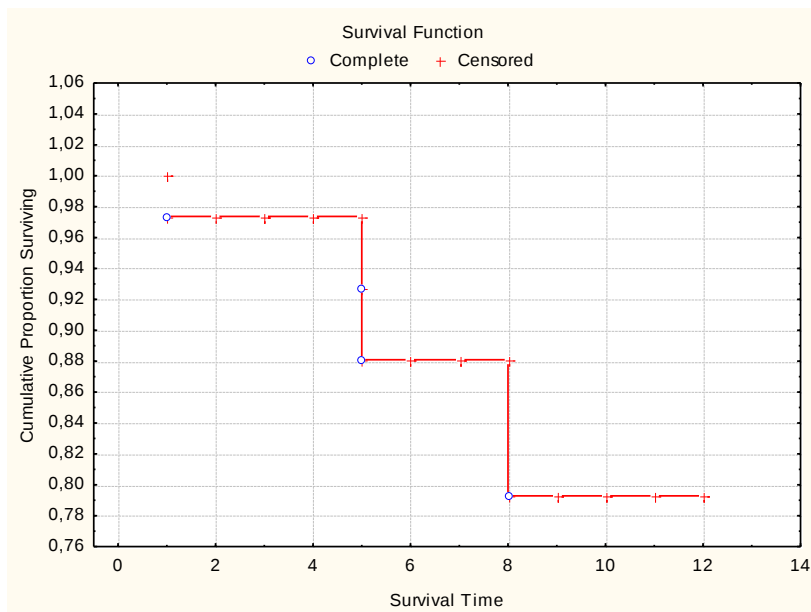


Рис. 3. Отдаленная выживаемость у больных с ПИРМЖП с учетом сердечных причин летальности и без учета госпитальной смертности

Исходя из полученных данных, можно констатировать, что выживаемость без учета госпитальной летальности к первому году наблюдения равнялась 97,5%, к пятому году – 85,0%, к десятому – двенадцатому годам – 77,0%.

Отдаленная выживаемость с учетом госпитальной летальности: к первому году наблюдения – 80,0%, к пятому году – 70,0%, а к десятому – двенадцатому годам – 63,0%.

Данные выживаемости с учетом только сердечных причин смерти и без показателей госпитальной смертности: 1-й год наблюдения – 97,0%, 5-й год – 88,0%, 10 – 12-е годы после операции – 79,0%.

Оценивая отдаленные результаты наблюдения в общей группе больных с постинфарктным разрывом межжелудочковой перегородки, необходимо отметить, что все пациенты отмечали улучшение своего клинического состояния после операции, особенно, принимая во внимание тяжесть исходной сердечной недостаточности.

Если до операции 93,2% больных с ПИРМЖП имели III-IV класс по NYHA, при средней величине класса $3,14 \pm 0,14$, то после оперативного лечения III-IV класс сердечной недостаточности по NYHA был диагностирован лишь у 6,8% и 3,7% больных соответственно.

Кроме того, у 41,5% пациентов не было признаков недостаточности кровообращения, при этом средняя величина класса по NYHA весь отдаленный период наблюдения равнялась $2,42 \pm 0,26$ и была статистически достоверно ниже, чем дооперационный показатель ($p=0,0001$).

В отдаленном периоде наблюдения наличие приступов стенокардии у ряда больных мы связываем с прогрессированием течения атеросклероза

в разных анатомических бассейнах (коронарные артерии, сонные артерии, артерии нижних конечностей). Так, у 8 больных (21,0%) в отдаленные сроки после операции манифестировали признаки мозговой сосудистой недостаточности, при этом свобода от этих симптомов (ТИА) составила через 10 лет наблюдения в нашей группе больных всего 49,0% (рис.4).

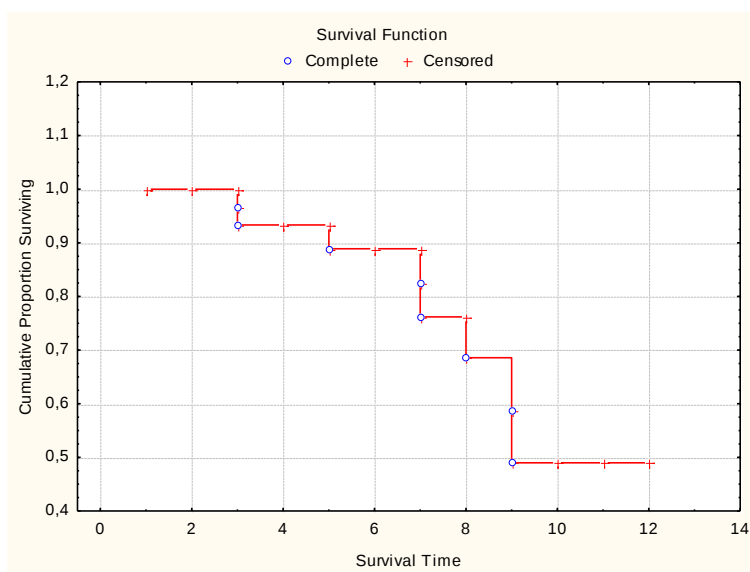


Рис.4. Свобода от мозговой сосудистой недостаточности у больных с ПИРМЖП в отдаленные сроки после хирургического лечения

Отметим, что свобода от мозговой сосудистой недостаточности к первому году наблюдения равнялась 100,0%, к пятому – 89,0%, к десятому и двенадцатому годам – 49,0%.

Стабильность клинических результатов у больных с ПИРМЖП.

Под этим термином мы понимали отсутствие у пациентов в послеоперационном периоде таких клинических проявлений ишемической болезни сердца как стенокардия, сердечная недостаточность, повторный или возникший инфаркт миокарда, перенесение ангиопластики, либо стентирования коронарных и магистральных артерий, аортокоронарного шунтирования и других операций на сердце, а также летальный исход.

Показатель стабильности клинических результатов к первому году наблюдения составил 91,0%, к третьему году – 80,0%. На пятый год наблюдения – 59,0%, к восьмому году – 32%, к десятому году – 23% (рис.5). Итак, к 10-му году наблюдения после операции лишь 23% пациентов не имели рецидива ИБС. Ухудшение клинического состояния к данному временному отрезку было выявлено у 23 человек (60,5%).

За 10 летний период наблюдения у 8 больных (21,0%) были выявлены признаки мозговой сосудистой недостаточности в виде ТИА, что потребовало проведение у трех пациентов КЭАЭ. У 12 человек (31,5%) манифестировали признаки сосудистой недостаточности в сосудистом бассейне нижних конечностей, что проявлялось симптомами «перемежающейся хромоты» и потребовало проведение консервативной медикаментозной терапии. Интересно отметить, что восьми пациентам этой группы в предоперационном периоде применяли внутриаортальную баллонную контрпульсацию. Сахарный диабет II типа диагностирован у 10 (26,3%) пациентов, в том числе у 6 из них – инсулинзависимый. Восемь человек (21,0%) страдали хронической почечной недостаточностью с повышением концентрации креатинина более 200 мм/л. Трое пациентов из этой группы находились на гемодиализе.

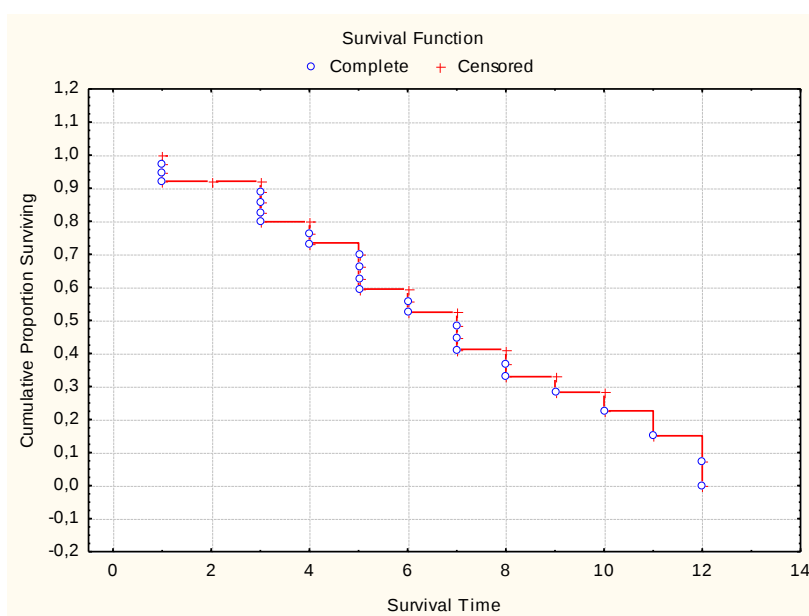


Рис.5. Стабильность клинических результатов в отдаленном периоде наблюдения

Изменения центральной гемодинамики, состояния митрального и трикуспидального клапанов сердца изучены у 31 больного по данным ЭхоКГ в сроки от 1 до 10 лет после операции.

У 5 (13,2%) пациентов выявлены признаки реканализации заплаты в области ПИРМЖП. В то же время, улучшение структурных и функциональных показателей сердца выявлено у большинства больных после хирургического лечения постинфарктного разрыва межжелудочковой перегородки.

Несмотря на то, что общая фракция выброса левого желудочка в отдаленные сроки после операции достоверно не изменилась, у оперированных больных с ПИРМЖП отмечено достоверное уменьшение КДО ЛЖ, а также, что особенно важно, уменьшение размеров правых отделов сердца с нормализацией давления в легочной артерии.

Важным показателем эффективности реконструктивной операции у больных с ПИРМЖП стала положительная динамика после коррекции недостаточности митрального и трикуспидального клапанов сердца. Стоит отметить, что если у 100% больных с ПИРМЖП до операции диагностирована недостаточность митрального клапана, то в отдаленные сроки после операции нами отмечено увеличение числа пациентов с отсутствием трикуспидальной недостаточности до 44,1%.

Факторы, влияющие на отдаленную выживаемость и стабильность клинических результатов.

Мы провели изучение факторов, влияющих на отдаленную выживаемость и стабильность клинических результатов 38 больных, используя многовариантный логистический регрессионный анализ.

Многовариантный логистический регрессионный анализ семи факторов риска, влияющих на отдаленные результаты у больных с постинфарктным разрывом межжелудочковой перегородки, с высокой долей вероятности ($p=0,01$) выявил из них четыре существенных статистически достоверных фактора.

Так, возникновение у больного в послеоперационном периоде реканализации заплаты в области ПИРМЖП увеличивало число осложнений в 2,64 раза, снижение сократительной способности миокарда левого желудочка менее 40% - в 2,53 раза, наличие у больного до операции полиорганной недостаточности – в 1,86 раза, в то время как применение у пациента внутриаортальной баллонной контрпульсации снижало риск осложнений в 0,87 раза.

Необходимо отметить, что локализация ПИРМЖП, возраст больного и характер реваскуляризации миокарда не оказывали существенного влияния на отдаленные результаты хирургического лечения больных с постинфарктным разрывом межжелудочковой перегородки.

С целью оценки влияния исходной (дооперационной) контрактильной способности миокарда левого желудочка на отдаленные результаты операции, проведен сравнительный анализ результатов 2-х групп больных – с ФВ ЛЖ менее 40% (16 пациентов) и с ФВ ЛЖ более 40% (22 человека).

В результате анализа выявлено статистически достоверно ($p=0,003$) большее число осложнений в отдаленные сроки после операции у больных с ФВ ЛЖ менее 40%. Так, у 14 (87,5%) возникли осложнения в отдаленные сроки после операции, в том числе 4 реканализации заплаты в области ПИРМЖП, 3 инфаркта миокарда и 8 случаев рецидива стенокардии, а также сердечной недостаточности. В то время, как в группе больных с ФВ ЛЖ более 40% число осложнений было достоверно

меньшим – 8 случаев на 22 человека (одна реканализация заплаты в области ПИРМЖП, один инфаркт миокарда, четыре рецидива сердечной недостаточности и стенокардии).

ВЫВОДЫ

1. Больные ИБС с постинфарктным разрывом межжелудочковой перегородки относятся к категории наиболее тяжелых пациентов, клиническое состояние которых обусловлено серьезными проявлениями ИБС и остро возникшими гемодинамическими нарушениями. Высокий показатель Euroscore 2 ($15,2 \pm 3,9$) отражает тяжесть клинических проявлений и высокую степень операционного риска.
2. Несмотря на повышенную госпитальную летальность (17,4%), хирургическое лечение позволяет получить клиническое улучшение у всех выживших после операции больных, что подтверждает эффективность хирургического лечения.
3. Хорошая отдаленная 5-ти и 10-ти летняя выживаемость (85% и 77%) свидетельствует о высокой эффективности реконструктивной операции в комплексе лечения больных ИБС с постинфарктным разрывом межжелудочковой перегородки.
4. Неудовлетворительная стабильность клинических результатов за 10-летний период наблюдения (23%) обусловлена прогрессированием основного заболевания (ИБС) и его осложнениями, что не уменьшает целесообразность и эффективность хирургического лечения больных с ПИРМЖП.
5. Основными факторами риска осложнений в отдаленные сроки после операции у больных с постинфарктным разрывом межжелудочковой перегородки являются: реканализация заплаты в области постинфарктного разрыва, сократительная способность миокарда левого желудочка, а также исходная полиорганная недостаточность.

6. В то же время, такие факторы как локализация постинфарктного разрыва межжелудочковой перегородки, возраст больного и характер реваскуляризации миокарда не оказывают существенного влияния на отдаленные результаты хирургического лечения больных с постинфарктным разрывом межжелудочковой перегородки

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Хирургическое лечение постинфарктного разрыва межжелудочковой перегородки является основным, наиболее эффективным методом, позволяющим получить у большинства больных значительное улучшение клинического состояния на фоне хорошей отдаленной 5-ти и 10-ти летней выживаемости.
2. Наиболее серьезным осложнением в отдаленные сроки после операции у больных с постинфарктным разрывом межжелудочковой перегородки является реканализация заплаты в области постинфарктного дефекта перегородки. Использование методики закрытия дефекта с помощью «двухлепестковой» синтетической заплаты позволяет значительно снизить частоту этого осложнения и улучшить результаты хирургического лечения.
3. Высокая частота рецидива заболевания у больных с постинфарктным разрывом межжелудочковой перегородки, особенно к 10-му году наблюдения, обусловлена прогрессированием ИБС и не может уменьшить роль хирургического лечения больных с постинфарктным разрывом межжелудочковой перегородки.

Список опубликованных работ по теме диссертации.

1. Бокерия Л. А., Алшибая М.М., Вищипанов С.А., Вищипанов А.С., Мусин Д.Е., Крымов К.В., Орлов И.Н., Амирбеков М.М. Сравнительная оценка результатов хирургического лечения

ишемической болезни сердца у больных молодого (до 45 лет) возраста и у больных в возрасте 70 лет и старше. Анналы хирургии. 2013; 5:36 – 41.

2. Бокерия Л. А., Алшибая М.М., Сокольская Н.О., Вищипанов С.А., Вищипанов А.С., Амирбеков М.М., Жалилов А.К. Результаты хирургического лечения ишемической болезни сердца у больных молодого возраста (до 45 лет). Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 2014; 1: 27 - 32.

3. Амирбеков М.М. Результаты хирургического лечения постинфарктного разрыва межжелудочковой перегородки. (обзор литературы). Бюллетень НЦССХ им. А.Н.Бакулева РАМН. 2015. 16 (3): 13-18.

4. Алшибая М.М., Коваленко О.А., Чеишвили З.М., Мусин Д.Е., Крымов К.В., Атрощенко Е.В., Амирбеков М.М., Шамаев А.А. Хирургическое лечение постинфарктного дефекта межжелудочковой перегородки. Опыт более 40 операций. Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. 2015. 16(6): 78.

5. Алшибая М.М., Чеишвили З.М., Крымов К.В., Атрощенко Е.В., Амирбеков М.М., Шамаев А.А., Персианинов Д.Г. Отдаленные результаты хирургического лечения постинфарктного разрыва межжелудочковой перегородки. Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. 2015. 16(6): 78.