

## ЛИТЕРАТУРА

1. Снежицкий, В.А. Особенности вегетативного тонуса у пациентов с пароксизмами фибрилляции предсердий в условиях свободной двигательной активности / В.А. Снежицкий, Е.С. Пелеса // Медицинская панорама. – 2009. - №6. – С. 66-69.

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ**

*Петрашевич И.С., Кудош М.И., Парфенова А.Ф.*

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

**Актуальность:** В структуре общей смертности населения Республики Беларусь лидирующую позицию занимают болезни сердечно-сосудистой системы (53,8%), новообразования (13,4%) и внешние причины (10,3%).

Практически для всех нозологических форм заболеваний сердца финишной прямой является хроническая сердечная недостаточность (ХСН), проблема которой носит глобальный социально-экономический характер. До 9% всех случаев ХСН составляет ДКМП [1]. В РБ количество выявленных больных ДКМП составляет 1,34 на 100 тыс. чел. Прогноз данного заболевания весьма серьезен. Как правило, наступает прогрессирующее ухудшение желудочковых функций и, как следствие этого, смерть от недостаточности насосной функции или нарушений ритма. В первые пять лет заболевания умирает до 70% больных. В терминальной стадии ДКМП оптимальным способом лечения является хирургическое лечение. Но выбор применяемой методики (пластика/протезирование митрального клапана, кардиоресинхронизирующая терапия либо их сочетание) не имеет определенных клинико-лабораторных критериев [2].

**Цель:** провести сравнительный анализ используемых методик хирургического лечения (сочетанное либо изолированное применение коррекций функциональной недостаточности митрального клапана и кардиоресинхронизирующей терапии) у пациентов с ДКМП.

**Задачи:** 1) клинико-гемодинамическая оценка непосредственных результатов коррекции митральной недостаточности

(пластика МК, протезирование МК); 2) проанализировать эффективность кардиоресинхронизирующей терапии в раннем послеоперационном периоде; 3) оценить результаты применяемых методик в позднем послеоперационном периоде; 4) провести сравнительный анализ используемых способов хирургического лечения.

**Материалы и методы:** В исследование включено 170 пациентов, прооперированных в РНПЦ «Кардиология» с 2002 по 2011 г. Методом исследования является проспективный анализ базы данных, спектра выполненных операций с учетом проведенных исследований (ЭКГ, эхокардиография и т.д.), статистическая обработка данных посредством SPSS Statistics 15.0.

**Результаты:** Средний возраст пациентов составил 44,5 года, соотношение мужчин и женщин – 9:1. Было выполнено 170 операций по коррекции ДКМП, из них: изолированная коррекция недостаточности митрального клапана (94; 55,3%); кардиоресинхронизирующая терапия (КРТ) (28; 16,5%); коррекция недостаточности МК в сочетании с КРТ (24; 14,1%); другие вмешательства (24; 14,1%).

Таблица 1. Исходные УЗИ-показатели левого желудочка (ЛЖ)

| Показатель | МК+КРТ | КРТ | МК  | P    |
|------------|--------|-----|-----|------|
| КДР, мм    | 76     | 74  | 71  | 0,17 |
| КСР, мм    | 66     | 66  | 63  | 0,5  |
| ФВ, %      | 28     | 25  | 29  | 0,22 |
| КДО, мл    | 317    | 311 | 271 | 0,02 |
| КСО, мл    | 244    | 239 | 204 | 0,03 |

Таким образом, наблюдается статистически достоверная разница между исходными показателями КДО и КСО.

В послеоперационном периоде наблюдается достоверное улучшение насосной функции сердца, что подтверждается снижением КДО, КСО и увеличением ФВ. Одногодичная выживаемость  $85 \pm 0,04\%$ , 4-летняя  $39 \pm 0,08\%$ .

#### Выводы

1. В настоящее время отсутствуют однозначные критерии для выбора тактики хирургического лечения ДКМП.

2. Наличие электрической диссинхронии (БЛНПГ) является необходимым, но не достаточным предиктором тактики хирургического ведения пациентов с ДКМП.

3. Наблюдается статистически достоверное ( $p < 0,001$ ) снижение уровня митральной регургитации при изолированной коррекции митральной недостаточности, а также при сочетании с КРТ.

4. Госпитальная летальность составила 2,7% (4 пациента): статистически значимой разницы в уровнях госпитальной летальности между видами вмешательства при коррекции митральной недостаточности не отмечается. Госпитальная летальность при изолированной КРТ равна 0.

5. Годичная выживаемость после хирургического лечения составила 85%, в то время как при медикаментозной терапии не превышает 45%.

6. Вид коррекции митральной недостаточности (пластика/протезирование) достоверно не влияет ( $p = 0,145$ ) на выживаемость в отдаленном периоде.

7. Тяжесть ХСН по ФК NYHA статистически однозначно (long-rank test  $p = 0,001$ ) является неблагоприятным прогностическим фактором в отношении выживаемости в отдаленном периоде, что обуславливает необходимость своевременного хирургического вмешательства.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Герцен, М.А. Хроническая сердечная недостаточность: эпидемиологические аспекты / М.А. Герцен, И.Д. Козлов // Медицина. – 2004. – № 4. – с. 107–109
2. The EuroHeart Failure survey programme a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe. Part 1: patient characteristics and diagnosis / J.G. Cleland [et al.] // Eur Heart J. – 2003. – № 24(5). – p. 442–463.