

Алейникова В.В., Гаранков В.Б.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ АННУЛОПЛАСТИКИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА С ПРИМЕНЕНИЕМ КОЛЬЦА-КОРРЕКТОРА «ПЛАНКОР-А» И ДРУГИХ ТИПОВ ПЛАСТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Научный руководитель: д-р. мед. наук, доц. Шумовец В.В.

Кафедра кардиохирургии БелМАПО, г. Минск

РНПЦ «Кардиология», г. Минск

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Наряду с уменьшением числа ревматических пороков сердца выросла частота неревматических (в т.ч. ишемических) поражений клапанного аппарата. Стратегия терапии ишемической митральной недостаточности (ИМН) включает хирургическую реконструкцию и восстановление геометрии ЛЖ. Отмечается общемировая тенденция к клапанно-сохраняющей хирургии ИМН в связи с лучшими показателями отдалённой выживаемости, смертности, меньшим количеством послеоперационных осложнений: тромбоэмболических, эндокардита, рецидивов митральной регургитации (МР) и повторных операций. Кумулятивный риск развития осложнений напрямую зависит от вида коррекции недостаточности и типа имплантированного протеза (жесткие, полужесткие или гибкие кольца).

Цель: сравнить эффективность применения кольца-корректора «Планкор-А» и других типов пластики при лечении ИМН.

Материалы и методы. Статистические данные хирургического лечения митральной недостаточности кольцом-корректором «Планкор-А» у 137 пациентов и другими типами аннулопластики у пациентов с ИМН в РНПЦ «Кардиология» за период с 2011-2020 гг.

Результаты и их обсуждение. Сравнение результатов пластики митрального клапана показало, что частота встречаемости рецидива МР составляет к 12 месяцам при кольцевых методиках в целом 28,6 %, а при шовно-кисетной пластике – 30,4 % ($p = 0,564$).

Частота рецидива выраженной МР в отдаленном периоде наблюдения кольца-корректора «Планкор-А» по сравнению с «Планкор-М» значительно снизилась («Планкор-А»: к 1-му году составила $94 \pm 0,3$ %, к 5 годам сохранилась на низком уровне – $92 \pm 0,5$ %; «Планкор-М»: данный показатель составил $76 \pm 0,4$ и $44 \pm 0,5$ % соответственно ($\log\text{-rank } p = 0,001$)). Во всех временных точках наблюдения средняя степень МР при имплантации кольца-корректора «Планкор-А» была меньше по сравнению с пациентами при имплантации «Планкор-М» или шовно-кисетной пластикой (при сравнении категорий МР $\chi^2 = 21,34$, $p = 0,002$). При анализе диастолического потока через митральное клапанное кольцо после имплантации кольца-корректора «Планкор-А» признаков значимого стеноза не выявлено. Также достоверного отличия по максимальному трансклапанному градиенту не выявлено (на госпитальном этапе $4,46 \pm 1,52$ мм рт. ст., через 12 месяцев и 5 лет – $4,17 \pm 1,78$ и $3,72 \pm 1,13$ мм рт. ст. соответственно ($p = 0,086$)). В сравнении кольца-корректора «Планкор-А» с «Планкор-М» в динамике не выявлено достоверных отличий по среднему и максимальному диастолическому градиенту ($p > 0,05$). Но оба кольца уступают по диастолическому трансмитральному потоку показателям после шовно-кисетной пластики ($p < 0,05$). Что подчеркивает большую аннулоредукцию при выполнении пластики с применением жестких опорных колец-корректоров и отсутствие стенозирующего потока на «Планкор-А».

Выводы. Выявлена достоверная и клинически значимая разница в эффективности применяемых методик коррекции умеренной и выраженной ИМН. Частота остаточной МР при различных имплантационных методиках варьирует, что диктует необходимость разработки индивидуализированного подхода к выбору применяемой техники оперативного пособия. При имплантации разработанного кольца-корректора «Планкор-А» регистрируется малая частота рецидива МР в отдаленном периоде, а также отсутствуют признаки стенозирующего трансмитрального потока.