

IVRT $82,5 \pm 2,7$ мс; Max V ВТЛЖ – $2,3 \pm 0,5$ м/с; Max PG ВТЛЖ – $19,5 \pm 4,1$ мм рт.ст.

Заключение. Из приведенных данных можно сделать вывод, что у больных ГКМП имеет место нарушение диастолической функции ЛЖ. У большинства больных отмечалась диастолическая дисфункция по I типу. У ряда больных ГКМП диа-

столическая дисфункция левого желудочка сочеталась с нарушением его систолической функции. Полученные показатели систолической и диастолической функции левого желудочка дают возможность оптимизировать лечение больных с гипертрофической кардиомиопатией на ранних стадиях заболевания.

СПОСОБ КОНТРОЛЯ РЕЗУЛЬТАТОВ СЕПТАЛЬНОЙ МИОЭКТОМИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОБСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

САДОВОЙ В.И.¹, ПОВОРОЗНЫЙ А.О.¹, ЗАХАРЬЯН Е.А.²

¹ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А.Семашко»; ФГАОУ ВО «Крымский Федеральный университет им. В.И. Вернадского»;

²Медицинская академия им. С.И. Георгиевского, г. Симферополь. Россия

ГКМП с обструкцией выходного отдела левого желудочка является одной из причин внезапной смерти, особенно среди больных молодого, трудоспособного возраста. С целью уменьшения симптомов и улучшения качества жизни, а также для предотвращения риска развития внезапной смерти необходимы своевременная диагностика и выбор правильного метода лечения данного вида кардиомиопатии. Золотым стандартом в хирургическом лечении ГКМП с обструкцией ВОЛЖ считается септальная миозектомия, однако до сих пор остается нерешенным вопрос точного определения объема иссечения миокарда. Большинство хирургов предпочитают эмпирический путь, другие используют технические средства. В данной работе предлагается методика предварительного расчета глубины и толщины резекций по данным чреспищеводной эхокардиографии (ЧПЭхоКГ).

Цель. Разработка метода интраоперационного контроля при выполнении септальной миозектомии.

Материал и методы. Для исследования были отобраны 50 пациентов в возрасте от 18 до 70 лет (включительно) с наличием показаний к хирургическому лечению, согласно национальному руководству по ведению пациентов с обструктивной формой ГКМП. Всем проводилась расширенная септальная миозектомия на базе ФГБУ «СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова» МЗ. Способ контроля результатов септальной миозектомии при хирургическом лечении ГКМП заключался в предварительном расчете объема удаляемого миокарда. Взяв за основу методику операции, предложенную A.Morrow (1960), была создана модель расчета массы миокарда. С помощью данных ЧПЭхоКГ для расчета объема удаляемого миокарда используется усред-

ненная модель прямоугольного параллелепипеда, длина которого соответствует протяженности зоны иссечения миокарда МЖП, ширина соответствует ширине зоны резекции, высота соответствует усредненной глубине зоны иссечения. Имея эти данные, рассчитывается объем получившегося прямоугольного параллелепипеда. Рассчитав объем, мы умножали его на плотность миокарда, взяв ее за константу – $\rho = 1,1$ г/см³, и получали расчетную массу удаляемого миокарда. Во время операции определяли массу фактически удаленного миокарда и сравнивали ее с расчетной массой миокарда; достаточная степень септальной миозектомии констатировалась тогда, когда разница между фактической и расчетной массами удаляемого миокарда составляла не более 30% от расчетной массы; недостаточная степень септальной миозектомии – если масса фактически удаленного миокарда меньше расчетной более чем на 30%; избыточная степень – когда масса фактически удаленного миокарда больше расчетной на 30 и более процентов.

Результаты. В группе пациентов, у которых разница между фактической и расчетной массами удаленного миокарда составляла не более 30% от расчетной массы, средний градиент давления в ВОЛЖ составлял $15,4 \pm 6,8$ мм рт.ст. ($p < 0,005$). В другой группе, где разница составляла более 30% от массы фактически удаленного миокарда, средний градиент давления в ВОЛЖ был равен $28,8 \pm 6,4$ мм рт.ст. ($p < 0,005$).

Заключение. Описанный метод может быть предложен в качестве способа объективного контроля результатов септальной миозектомии на остановленном и разгруженном сердце.