

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ OZAKI (ПЛАСТИЧЕСКАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА ИЗ АУТОПЕРИКАРДА) В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

**ЯРБЕКОВ Р.Р., МУРАДОВ М.М., ЖАЛИЛОВ А.К., ОМОНОВ С.Х., ИСМАТОВ А.А.,
ВАХИДОВ Т.З., БЕКМЕТОВА Ф.М.**

**Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан**

Введение. Пороки аортального клапана (АК) все чаще встречаются среди индивидуумов молодого, трудоспособного возраста. В настоящее время при стенотическом поражении АК чаще применяют протезирование искусственными механическими и биологическими клапанами сердца. Механический протез требует постоянного контроля реологии крови, приема антикоагулянтов, что в свою очередь снижает качество жизни пациента и сопряжено осложнениями антикоагулянтной терапии. При использовании биологических протезов имеется большая вероятность повторной операции в будущем, которая сопряжена с повышенным риском осложнений и летальности. Альтернативной тактикой является пластическая реконструкция аортального клапана путем неоккупитизации из аутоперикарда по методике Ozaki.

Материал и методы. В 2018 г. в отделении кардиохирургии РСНПМЦК впервые в Узбекистане выполнены 11 пластических реконструктивных операций на аортальном клапане с использованием аутоперикарда пациента по методике Ozaki. Операции выполнялись в условиях искусственного кровообращения и фармако-холодовой кардиopleгии. Все пациенты имели различную патологию аортального клапана (у 2 пациентов – юникуспидальный клапан, у 5 – бикуспидальный, и у 4 – трикуспидальный дегенеративный). Аутоперикард выделяли размером 12×12 см, далее его обрабатывали глутаровым альдегидом, после иссечения створок АК выкраивали новые створки на основе шаблонов Ozaki. Новые створки АК пришивались к

фиброзному кольцу, формировались новые комиссуры. Контроль проводился интраоперационной чреспищеводной эхокардиографией.

Результаты. Среднее время пережатия аорты составило $84,3 \pm 13,2$ минут, среднее время ИК – $114 \pm 14,5$ минут. В 10 случаях нам удалось выполнить пластическую реконструкцию АК (в 4 – бикуспидальный, в 6 случаях – трикуспидальный). В одном случае в связи с узким фиброзным кольцом АК (17 мм) не удалось адекватно выполнить неоккупитизацию, пациенту выполнили протезирование механическим протезом. Случаев осложнений и летальности не было. В ОПИТ пациенты находились в среднем $13,4 \pm 4,4$ часов. Длительность госпитализации после операции составила $6,4 \pm 1,2$ дня. У всех пациентов на контрольной ЭхоКГ – скоростные показатели потока на АК адекватные, градиент давления в среднем 6–8 мм рт.ст., регургитации не было.

Заключение. Современная реконструктивная методика Ozaki с использованием аутоперикарда пациента для неоккупитизации АК позволяет эффективно и безопасно восстановить гемодинамические характеристики АК, дает возможность пациенту не принимать антикоагулянты, увеличивает качество жизни пациента. Учитывая высокую заболеваемость населения стенотическим поражением АК, высокую эффективность и безопасность операции Ozaki, следует ее активно внедрять в кардиохирургическую практику в республике Узбекистан.

РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ТЕХНИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТИНФАРКТНЫХ АНЕВРИЗМ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

**ЯРБЕКОВ Р.Р., ЖАЛИЛОВ А.К., МУРАДОВ М.М., ОМОНОВ С.Х., ШАРИПОВ И.М.,
ИСМАТОВ А.А., ВАХИДОВ Т.З.**

**Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан**

Цель. Анализ непосредственных результатов операций реконструкций левого желудочка на работающем сердце у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), осложненной формированием постинфарктной аневризмы ЛЖ.

Материал и методы. В период 2015–2019 гг. в отделении кардиохирургии РСНПМЦК 53 пациентам с ИБС и аневризмой левого желудочка (АЛЖ) выполнено коронарное шунтирование в сочетании с реконструкцией аневризмы левого желудочка.

Все операции проводились в условиях работающего сердца. Прооперировали 46 мужчин и 7 женщин, средний возраст ($53,3 \pm 6,2$). Фракция выброса ЛЖ варьировала от 23 до 48% (в среднем – $42,3 \pm 7,3$). До оперативного вмешательства по тяжести состояния 83% пациентов находились в III функциональном классе по NYHA, у 89% пациентов стенокардия была на уровне III-IV функционального класса. Из сопутствующих заболеваний у 3 (5,6%) пациентов была дисциркуляторная энцефалопатия, в 15 (28%) случаях – сахарный диабет 2 типа, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – в 12 (22,6%) случаях и у 7 (13%) хроническая болезнь почек. Первым этапом выполняли коронарное шунтирование на работающем сердце без ИК, далее на вспомогательном ИК на бьющемся сердце была выполнена реконструкция ЛЖ.

Результаты. Индекс реваскуляризации составил $3,2 \pm 1,2$. У 29 (55%) пациентов выполнили эндо-

вентрикулопластику полости ЛЖ по Дору с использованием синтетической заплаты, у 18 (34%) пациентов – пластика ЛЖ по Жатанэ, линейная шовная пластика. У 6 (11%) пациентов в виду малых размеров аневризмы выполнили пликацию АЛЖ без ИК. В раннем послеоперационном периоде у 2 (3,7%) пациентов возникла острая сердечная недостаточность, случаев ОИМ, полиорганной недостаточности, ОНМК не отмечено. Время нахождения пациентов в ОРИТ в среднем составило $15,5 \pm 2,5$ часов.

Выводы. Хирургическое лечение постинфарктных аневризм ЛЖ путем применения методики на работающем сердце позволяет значительно уменьшить время операции, отрицательные эффекты ИК, что в свою очередь, улучшает течение послеоперационного периода и позволяет увеличить безопасность вмешательства у пациентов высокого хирургического риска.