

©Коллектив авторов, 2017

УДК 616-089

DOI 10.21886/2219-8075-2018-9-1-109-112

## Случай большой аневризмы левого желудочка у молодого больного

А.В. Сумин<sup>1</sup>, Е.А. Деветьярова<sup>2</sup>, А.В. Поддубный<sup>2</sup>, И.А. Удовенко<sup>1</sup>, А.А. Дюжиков<sup>2</sup><sup>1</sup>Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия<sup>2</sup>Ростовская областная клиническая больница, Ростов-на-Дону, Россия

Представлено клиническое наблюдение аневризмы левого желудочка у пациента (39 лет). Особенностью данного случая является возраст больного и большой размер аневризмы левого желудочка. В настоящее время лечение этого заболевания должно включать как терапевтические, так и хирургические методы лечения. Предпочтительным хирургическим методом лечения является пластика ЛЖ по Дору. В данном наблюдении отмечено клиническое улучшение состояния пациента после оперативного лечения.

**Ключевые слова:** ишемическая болезнь сердца, сердечная недостаточность, пластика левого желудочка по Дору, аневризма, аневризма левого желудочка.

**Для цитирования:** Сумин А.В., Деветьярова Е.А., Поддубный А.В., Удовенко И.А., Дюжиков А.А. Лечение новорожденных с родовыми переломами смешанных и длинных костей. Медицинский вестник Юга России. 2018;9(1):109-112. DOI 10.21886/2219-8075-2018-9-1-109-112

**Контактное лицо:** Сумин Александр Владимирович, aksaysumin@mail.ru

## THE CASE OF A LARGE LEFT VENTRICULAR ANEURYSM IN A YOUNG PATIENT

A.V. Sumin<sup>1</sup>, E.A. Devetiyrova<sup>2</sup>, A.V. Poddubniy<sup>2</sup>, I.A. Udovenko<sup>1</sup>, Duzhikov A.A.<sup>2</sup><sup>1</sup>Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia<sup>2</sup>Rostov Regional Clinical Hospital, Rostov-on-Don, Russia

Clinical observation of an aneurysm of the left ventricle in a patient of 39 years is presented. A feature of this case is the young age of the patient and the large size of the aneurysm of the left ventricle. Currently, treatment of this disease should include both therapeutic and surgical methods of treatment. The preferred surgical method of treatment is the LV plasty according to Dora. In this observation, clinical improvement of the patient's condition after surgical treatment was noted.

**Key words:** ischemic heart disease, heart failure, left ventricular plastic by Dor's method, aneurysm, aneurysm of the left ventricle.

**For citation:** Sumin A.V., Devetiyrova E.A., Poddubniy A.V., Udovenko I.A., Duzhikov A.A. The case of a large left ventricular aneurysm in a young patient. Medical Herald of the South of Russia. 2018;9(1):109-112. (In Russ.) DOI 10.21886/2219-8075-2018-9-1-109-112

**Corresponding author:** Sumin Aleksandr Vladimirovich, aksaysumin@mail.ru

Исследования по поводу изучения ИБС (ишемической болезни сердца) у пациентов в молодом возрасте проводились еще в 60-е гг. XX в. во время войны в Корее. Они показали, что развитие атеросклероза коронарных артерий возможно у молодых мужчин. Было выявлено, что инфаркт миокарда у таких больных осложняется аневризмой левого желудочка в 40% случаев [1]. В последние годы увеличивает-

ся частота встречаемости ИБС у лиц молодого возраста (до 45 лет, по данным Всемирной организации здравоохранения). Это особая категория больных, характеризующаяся довольно тяжелым течением заболевания и спектром факторов риска, отличным от пациентов в старших возрастных группах, доминированием таких факторов риска, как курение, семейный анамнез, избыточная масса тела, высокая частота развития инфаркта

с подъемом сегмента ST, превалирующее поражение 1-2 коронарных артерий, частые ургентные вмешательства, ориентация реваскуляризации миокарда с учетом большей продолжительности жизни и последующих высоких функционально-социальных запросов [2].

На современном этапе изучения проведен ряд работ, в которых наряду с изучением частоты, причин и особенностей течения ИБС у лиц молодого возраста был выявлен факт внезапного, без предшествующих приступов стенокардии возникновения трансмурального инфаркта миокарда, в 30 % осложняющегося формированием аневризмы левого желудочка [3-4]. Отдаленный прогноз для жизни при естественном течении заболевания у молодых больных с постинфарктной аневризмой сердца неблагоприятный: 7-летняя выживаемость составляет 43%, а основной причиной смерти является хроническая сердечная недостаточность и ее осложнения [5]. Оперативное лечение аневризм левого желудочка по методу Дора является одним из самых эффективных методов лечения аневризм левого желудочка. Восстановление правильной эллиптической формы с помощью пластики левого желудочка позволяет увеличить фракцию выброса, в среднем, на 12,5% и продолжительность жизни — на 4-10 лет. Отдаленная 6-летняя выживаемость у молодых больных после пластики левого желудочка по Дору составляет 95% [6-7].

#### Данные клинического наблюдения

Больной З., 39 лет, поступил в кардиохирургическое отделение №2 кардиохирургического центра Ростовской областной клинической больницы с жалобами на боли за грудиной и одышку, возникающие при минимальной физической нагрузке. За пять месяцев до поступления впервые возникли острые боли за грудиной с иррадиацией в левую руку, профузный липкий пот, чувство страха после стрессовой ситуации, которая, по видимому, стала триггером к развитию инфаркта миокарда. За медицинской помощью сразу не обратился. На следующий день отметил резкое снижение толерантности к физической нагрузке, по поводу чего обратился за помощью в поликлинику по месту жительства, где после проведения ЭКГ (электрокардиографии) был выставлен диагноз ИБС. Острый трансмуральный инфаркт миокарда (Q-инфаркт) передней стенки левого желудочка с распространением на перегородку и верхушку. Больной был госпитализирован в терапевтическое отделение, где была назначена дезагрегантная, антикоагулянтная, антиаритмическая терапия, статины. По данным ЭхоКС (эхокардиоскопии) выявлена аневризма левого желудочка левого желудочка, конечный диастолический объем — 200 мл, фракция выброса 42 % (по Симпсону). Была рекомендована и проведена коронарография, левая вентрикулография, по данным которой было определено поражение коронарных артерий — окклюзия передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) в проксимально-средней трети, стеноз огибающей ветви (ОВ) в средней трети до 40 %, стеноз задне-боковой ветви оги-

бающей ветви (ЗБВ ОВ) в средней трети до 30-40 %, стеноз правой коронарной артерии (ПКА) в средней трети до 30 %, мешотчатая аневризма левого желудочка (ЛЖ) с признаками истончения стенки аневризмы.

После консультации кардиохирурга больному была рекомендована госпитализация в кардиохирургическое отделение для дообследования и выбора тактики лечения.

Проведенное обследование выявило следующие результаты: ОАК, ОАМ, биохимия крови без патологии.

Липидограмма: холестерин общий — 5,1 ммоль/л, липопротеиды низкой плотности — 3,52 ммоль/л, липопротеиды очень низкой плотности — 0,58 ммоль/л, липопротеиды высокой плотности — 1,0 ммоль/л, триглицериды — 1,09 ммоль/л.

Коагулограмма: АЧТВ (активированное частичное тромбопластиновое время) — 26,6 с, протромбиновое время 1 — 1,1 с, протромбиновый индекс — 102,1%, МНО (международное нормализованное отношение) — 0,95, фибриноген — 540 мг/дл.

Фиброгастроэноскопия: недостаточность кардии, поверхностный гастрит, дуоденит.

Ультразвуковое триплексное сканирование брахиоцефальных артерий: гемодинамически значимых стенозов брахиоцефальных артерий не выявлено.

Ультразвуковое триплексное сканирование вен нижних конечностей: глубокие и поверхностные вены проходимы с обеих сторон на всех уровнях.

Ультразвуковое триплексное сканирование артерий нижних конечностей: гемодинамически значимых стенозов артерий нижних конечностей не выявлено.

Функция внешнего дыхания: вентиляционная функция легких в пределах нормы.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек: гепатомегалия, умеренные диффузные изменения в поджелудочной железе.

На ЭКГ синусовый ритм с ЧСС 50 ударов в минуту, брадикардия. Блокада передней ветви левой ножки пучка Гисса. Гипертрофия левых отделов сердца с перегрузкой (не исключается инфаркт миокарда передней, передне-перегородочной стенок, вероятно с признаками аневризмы.)

На ЭхоКГ дилатация полости левого желудочка (ЛЖ) со снижением сократимости миокарда ЛЖ. Гипокинез передней, передне-перегородочной стенок ЛЖ в средних верхушечных сегментах. Аневризматическое расширение верхушки ЛЖ. В области верхушки ЛЖ дополнительные эхосигналы трабекулярность, нельзя исключить мелкие тромботические наслоения. Диастолическая дисфункция ЛЖ 1 типа. Гипертрофия миокарда ЛЖ. Недостаточность митрального клапана 1,5+, трикуспидального клапана 1+. Параметры ЛЖ: конечный диастолический объем — 240 мл, конечный диастолический размер — 68 мм. Межелудочковая перегородка — 12 мм, задняя стенка левого желудочка — 10 мм, фракция выброса — 42%.

После дообследования больному был выставлен диагноз ИБС, стенокардия напряжения ФК III, постин-

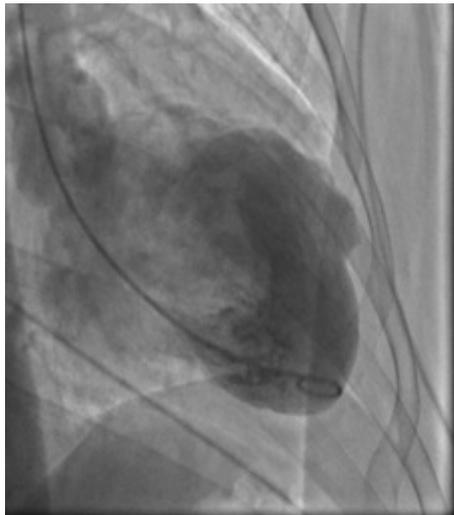


Рис. 1. Аневризма ЛЖ до операции  
Fig. 1. *left ventricular aneurysm before operation*

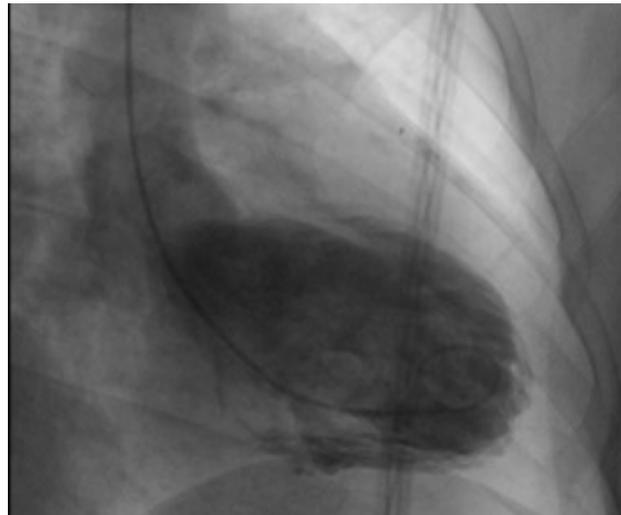


Рис. 2. Левый желудочек после пластики по Дору  
Fig. 2. *Left ventricle after Dor*

фарктный кардиосклероз, мешотчатая аневризма левого желудочка

Было рекомендовано проведение хирургического лечения в объеме маммарно-коронарного шунтирования с пластикой левого желудочка по Дору в связи с наличием окклюзии ПМЖВ и мешотчатой аневризмы левого желудочка.

Во время операции на гистологическое исследование был взят участок аневризматического мешка ЛЖ. При гистологическом исследовании определена соединительная ткань.

Послеоперационный период протекал без осложнений, больной переведен на самостоятельное дыхание на следующий день после операции, переведен в кардиохирургическое отделение из отделения реанимации на третьи сутки. Раны заживали первичным натяжением.

На Эхо-КГ через 3 дня после операции ФВ — 48 %. Гипокинез верхушки (состояние после пластики). Выпота в плевральные полости, средостение нет.

На Эхо-КГ на 7-е сутки после операции КДО — 130 мл, ФВ — 54%.

На 14-е сутки после оперативного лечения больной выписался из отделения в удовлетворительном состоянии. Пациент отмечает исчезновение болей при ходьбе и подъеме на третий этаж, уменьшение одышки, увеличение толерантности к физическим нагрузкам.

Больному было рекомендовано:

1. И-АПФ: Престариум 2,5 мг 1 раз в сутки вечером длительно под контролем АД.
2.  $\beta$ -блокаторы: Бисопролол 5 мг 1 раз в сутки утром длительно под контролем АД, ЧСС.
3. Дезагреганты: Тромбо АСС (Кардиомагнил) 100 мг 1 раз в сутки длительно.
4. Непрямые антикоагулянты: Дарфарин 2,5 мг под контролем ПТИ (40-60%), МНО 2-3.
5. Петлевые диуретики: Спиринолактон (Верошпирон) 50 мг — 1 раз в день утром длительно.

6. Ингибитор И<sup>2</sup>каналов: Ивабрадин (Кораксан) 5 мг — 2 раза в день утром и вечером.

7. Гастропротекторы (Омес, Ультоп) — 20 мг 2 раза в день 2 недели.

8. Статины: Аторвастатин (Тулип, Аторис) 20 мг вечером под контролем липидограммы, биохимии крови.

9. Повторный осмотр в диспансерном отделении кардиоцентра через 1 месяц.

Результаты планового осмотра через месяц показали стабильность состояния пациента на фоне проводимой терапии, улучшение состояния пациента по сравнению с дооперационным периодом.

Через год больной планово поступил в отделение кардиохирургии для контрольной коронарографии, левой вентрикулографии.

По данным исследования, состояние после МКШ к ПМЖВ, пластики ЛЖ по Дору. Окклюзия ПМЖВ в проксимально-средней трети. Функционирующий МКШ к ПМЖВ без гемодинамически значимых стенозов. Гипокинез верхушки ЛЖ.

На Эхо-КГ через год после операции: КДО — 135 мл, ФВ — 53%.

Особенностью данного случая являлся молодой возраст пациента и наличие большой мешотчатой аневризмы левого желудочка, пластика которой совместно с МКШ ПМЖВ привела к значительному увеличению фракции выброса (на 12 %), уменьшению конечного диастолического объема на 45 % и значительному улучшению состояния больного.

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Enos W.F., Holmes R.H., Beyer J. Coronary disease among united states soldiers killed in action in Korea. // J. Am. Med. Ass. – 1953. – V.152 (11). – P.1090–3.
2. Мусаев К.К., Абдулаев Ф.З., Алиев Р.А., Шихиева Л.С., Мусаев О.Г. Госпитальные и отдаленные результаты коронарного шунтирования у молодых пациентов с острым коронарным синдромом. // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. – 2014. – Т.7, №1. – С. 29–32.
3. Лемкина С.М. Патогенез инфаркта миокарда у лиц молодого возраста. // Врачебное дело. – 2005. - №1–2. – С.6–12.
4. Christus T, Shukkur A.M., Rashdan I., Koshy T., Alanbaei M., Zubaid M. et al. Coronary artery disease in patients aged 35 or less – a different beast? // Heart View. – 2011. – V.12(1). – P.7–11. doi: 10.4103/1995-705X.81550
5. Бокерия Л.А., Федоров Г.Г. Опыт хирургического лечения постинфарктных аневризм и сопутствующих желудочковых тахикардий (1981–1999 годы). // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 1999. - №6. – С.38–45.
6. Maxey T.S., Reece T.B., Ellman P.I., Butler P.D., Kern J.A., Tribble C.G., et al. Coronary artery bypass with ventricular restoration is superior to coronary artery bypass alone in patients with ischemic cardiomyopathy. // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. – 2004. – V.127(2). – P.428–34. doi: 10.1016/j.jtcvs.2003.09.024
7. Hurlé A., Bernabeu E., Gómez-Vicente R., Ventura J. Coronary bypass surgery in young adults. A long-term survey. // Interact. Cardiovasc. Thorac. Surg. – 2008. – V.7(1). – P.126–9. doi: 10.1510/icvts.2007.160192

Информация об авторе

**Сумин Александр Владимирович**, врач, сердечно-сосудистый хирург отделения Кардиохирургии №2, Ростовская областная клиническая больница, Ростов-на-Дону, Россия. E-mail: aksaysumin@mail.ru.

**Деветьярова Елена Алмазовна**, врач-кардиолог кардиологического отделения №2, Ростовская областная клиническая больница, Ростов-на-Дону, Россия. E-mail: helendiamond@yandex.ru.

**Поддубный Андрей Викторович**, к.м.н., заведующий отделением Кардиохирургии №2, Ростовская областная клиническая больница, Ростов-на-Дону, Россия.

**Удовенко Иван Андреевич**, врач-ординатор кафедры хирургических болезней №4, Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия. E-mail: udovenkoivan@gmail.com.

**Дюзиков Александр Акимович**, проф., директор кардиологического центра, Ростовская областная клиническая больница, Ростов-на-Дону, Россия.

REFERENCES

1. Enos WF, Holmes RH, Beyer J. Coronary disease among United States soldiers killed in action in Korea. J. Am. Med. Ass. 1953;152(11):1090–3.
2. Musaev KK, Abdulaev FZ, Aliev RA, Shihieva LS, Musaev OG. Hospital and long-term coronary artery bypass grafting in young patients with acute coronary syndrome. Kardiologija i serdechno-sosudistaja hirurgija. 2014;7(1):29–32. (in Russ)
3. Lemkina S.M, The pathogenesis of myocardial infarction in young people.. Vrachebnoe delo. 2005; 1–2: 6–12. (in Russ)
4. Christus T, Shukkur AM, Rashdan I, Koshy T, Alanbaei M, Zubaid M, et al. Coronary artery disease in patients aged 35 or less – a different beast? Heart View. 2011;12 (1):7–11. doi: 10.4103/1995-705X.81550
5. Bokerija LA, Fedorov GG. The experience of surgical treatment of postinfarction aneurysms and concomitant ventricular tachyarrhythmias (1981–1999 gody). Grudnaja i serdechno- sosudistaja hirurgija. 1999;(6):38–45. (in Russ)
6. Maxey TS, Reece TB, Ellman PI, Butler PD, Kern JA, Tribble CG, et al. Coronary artery bypass with ventricular restoration is superior to coronary artery bypass alone in patients with ischemic cardiomyopathy. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 2004;127(2):428–34. doi: 10.1016/j.jtcvs.2003.09.024
7. Hurlé A, Bernabeu E, Gómez-Vicente R, Ventura J. Coronary bypass surgery in young adults. A long-term survey. Interact. Cardiovasc. Thorac. Surg. 2008;7(1):126–9. doi: 10.1510/icvts.2007.160192

Information about the author

**Aleksandr V. Sumin**, Doctor of cardiosurgery department of Rostov Regional Clinical Hospital, Rostov-on-Don, Russia. E-mail: aksaysumin@mail.ru.

**Elena A. Devetiyrova**, Doctor of cardiology department of Rostov Regional Clinical Hospital, Rostov-on-Don, Russia. E-mail: helendiamond@yandex.ru.

**Andrey V. Poddubnyy**, PhD, Head cardiosurgery department of Rostov Regional Clinical Hospital. Rostov-on-Don, Russia.

**Ivan A. Udovenko**, resident of the Department of Surgical Diseases №4 Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia. E-mail: udovenkoivan@gmail.com.

**Alexandr A. Duzhikov**, prof., director of cardiosurgery department of Rostov Regional Clinical Hospital, Rostov-on-Don, Russia.

Получено / Received: 07.11.2017

Принято к печати / Accepted: 18.12.2017