

Результаты 10-летнего сравнения перикардиальных биологических клапанов и механических клапанов в аортальной позиции у пациентов младше 60 лет

J Thorac Cardiovasc Surg 2012; pii: 144:1075-83

Alberto Weber, MD, Hassan Nouredine, MS, Lars Englberger, MD, Florian Dick, MD, Brigitta Gahl, MS, Thierry Aymard, MD, Martin Czerny, MD, Hendrik Tevaearai, MD, Mario Stalder, MD, Thierry Pierre Carrel, MD.

Цель: У пациентов младше 60 лет использование биологических клапанов в аортальной позиции все еще остается спорным вопросом. В определенной степени это объясняется отсутствием четких указаний на ожидаемую продолжительность жизни, возможную частоту осложнений, в частности связанную с имплантированным клапаном. В настоящем исследовании мы сравнили общую выживаемость пациентов младше 60 лет, которым был имплантирован аортальный биологический протез, с общей выживаемостью пациентов, которым имплантировали механический двустворчатый клапан.

Методы: В период с января 2000 г. по декабрь 2009 г. оценивали общую выживаемость, осложнения, связанные с клапаном, и эхокардиографические показатели у пациентов младше 60 лет, которым был имплантирован аортальный биологический протез (n=103), в сравнении с подобранной группой из 103 пациентов, которым имплантировали механический двустворчатый клапан. Средняя продолжительность наблюдения составила 33 ± 24 мес. (разброс от 2 до 120 мес.), средний возраст на момент имплантации составил $50,6 \pm 8,8$ лет (в группе биологического клапана $55 \pm 8,9$ лет, в группе механического клапана $50 \pm 8,6$ лет, $p=0,03$).

Результаты: В группе биологического клапана отмечали достоверное уменьшение выживаемости в сравнении с группой механического клапана (90,3% против 98%; $p=0,038$). Свобода от всех осложнений, связанных с клапаном (биологический клапан 54,5%, механический клапан 51,6%, p незначит.), и свобода от повторных операций (биологический клапан 100%, механический клапан 98%, p незначит.) были сравнимы для обеих групп. Средний градиент ($11,2 \pm 4,2$ мм рт.ст. против $10,5 \pm 6,0$ мм рт.ст., $p=0,05$) и пиковый градиент ($19,9 \pm 6,7$ мм рт.ст. против $16,7 \pm 8,0$ мм рт.ст., $p=0,03$) были выше в группе биологического клапана. Уменьшение индекса массы левого желудочка было более выражено после имплантации механического клапана ($118,5 \pm 24,9$ г/м² против $126,5 \pm 38,5$ г/м², p незначит.). Несоответствие размеров протеза параметрам пациента на этапе наблюдения было более выражено в группе биологического клапана ($0,876 \pm 0,2$ см²/м² против $1,11 \pm 0,4$ см²/м², $p=0,01$). Прием пероральных антикоагулянтов обладал протективным действием в отношении выживаемости после имплантации биологических клапанов ($p=0,024$).

Выводы: В настоящем исследовании на небольшой выборке пациентов младше 60 лет имплантация биологических клапанов в аортальную позицию сопровождалась меньшей среднесрочной выживаемостью в сравнении с механическими клапанами в аортальной позиции. Частота осложнений, связанных с клапаном, была одинакова в обеих группах, однако гемодинамические показатели свидетельствовали в пользу механических протезов. Протективное действие антикоагулянтной терапии способствовало улучшению исхода операции. Транскатетерную имплантацию клапан-в-клапан не следует расценивать как резервный метод лечения при дегенерации биологического протеза у молодых пациентов, поскольку нет доказательных данных о том, что такая процедура улучшает исход лечения.