

## ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

# Хирургическая тактика при небольших аневризмах левого желудочка заднебазальной локализации



**В. И. Урсуленко, Е. К. Гогаева, Л. В. Якоб**

ГУ «Национальный институт сердечно-сосудистой хирургии имени Н. М. Амосова НАМН Украины», Киев

**Цель работы** — изучить частоту выявления заднебазальных аневризм левого желудочка (ЗБАЛЖ) и особенности клинической картины у пациентов с этой патологией; на основе оценки отдаленных результатов разработать тактику лечения пациентов с ЗБАЛЖ, определить показания для резекции аневризм небольших размеров.

**Материалы и методы.** В НИССХ им. Н. М. Амосова НАМН Украины за период с 2000 по 2015 г. у 1856 пациентов шунтирование сочеталось с резекцией аневризмы левого желудочка передней и задней локализации. ЗБАЛЖ выявлены у 136 (7,3%) пациентов, резекция ЗБАЛЖ выполнена у 85 (59,8%) больных этой группы. У 51 (37,5%) пациента резекцию ЗБАЛЖ не проводили по причине ее малых размеров и наличия мышечной стенки в области аневризматического мешка.

**Результаты и обсуждение.** Клиническая картина пациентов с ишемической болезнью сердца, осложненной ЗБАЛЖ, проявляется по мере прогрессирования сердечной недостаточности. Диагностика ЗБАЛЖ наиболее информативна при вентрикулографии. Для определения размеров ЗБАЛЖ мы условно разделяем ЛЖ на три части — верхушечную, среднюю и базальную. Если тень аневризмы соответствует по объему верхушечной части ЛЖ, ее расценивают как небольшую.

**Выводы.** ЗБАЛЖ небольших размеров требуют хирургической коррекции у пациентов с соединительнотканым аневризматическим мешком, в остальных случаях резекция аневризмы ЗБАЛЖ не показана, но необходимо динамическое наблюдение за размерами аневризмы и степенью выраженности митральной недостаточности.

**Ключевые слова:** постинфарктная аневризма, заднебазальная аневризма, митральная недостаточность, резекция аневризмы.

По данным литературы, постинфарктные заднебазальные аневризмы левого желудочка (ЗБАЛЖ) в структуре всех аневризм левого желудочка (ЛЖ) встречаются в 5–8% случаев [1–5]. ЗБАЛЖ развиваются в результате перенесенного трансмурального инфаркта миокарда (ИМ) задней стенки ЛЖ, в основном при окклюзии правой коронарной артерии (ПКА). Во многих случаях ИМ задней локализации протекают не типично, и пациенты их переносят на ногах.

Размеры мешка аневризмы и морфологические изменения его стенки могут варьировать от небольших до гигантских, которые опускаются в левый

плевральный синус. Из-за редкой встречаемости ЗБАЛЖ досконально не изучены особенности их клинического течения и наиболее эффективные методы их диагностики. Если при наличии средних и больших ЗБАЛЖ проводят их резекцию, то тактика в отношении аневризм малых размеров, с мышечной стенкой, не изучена.

**Цель работы** — изучить частоту выявления заднебазальных аневризм левого желудочка и особенности клинической картины у пациентов с этой патологией; на основе оценки отдаленных результатов разработать тактику лечения пациентов с заднебазальными аневризмами левого желудочка, определить показания для резекции аневризм небольших размеров.

## Материалы и методы

В НИССХ им. Н. М. Амосова НАМН Украины за период с 2000 по 2015 г. включительно выполне-

Статья надійшла до редакції 22 лютого 2017 р.

Урсуленко Василь Іванович, д. мед. н., проф., гол. наук. співр. 03680, м. Київ, вул. Миколи Амосова, 6. Тел. (44) 275-50-29

© В. І. Урсуленко, О. К. Гогаєва, Л. В. Якоб, 2017

но 11 тыс. операций шунтирования коронарных артерий (ШКА) по поводу ишемической болезни сердца (ИБС). Из них у 1856 (16,9%) пациентов шунтирование сочеталось с резекцией аневризмы ЛЖ передней и задней локализации (табл. 1). Аневризмы заднебазальной локализации выявлены в 136 (7,3%) случаях, резекция ЗБАЛЖ выполнена у 85 (62,5%) пациентов этой группы.

У 51 (37,5%) пациента резекцию ЗБАЛЖ не проводили по причине ее малых размеров и мышечной стенки в области аневризматического мешка.

## Результаты и обсуждение

В группе оперированных пациентов с ЗБАЛЖ преобладали мужчины, средний возраст которых составил 58 лет. С момента диагностированного ИМ до обращения в Институт в среднем прошло ( $2,2 \pm 0,5$ ) года. Клиническая картина была характерна для ИБС и проявлялась, помимо приступов стенокардии, одышкой, повышенной утомляемостью, снижением физической активности, что обусловлено снижением систолической функции ЛЖ, увеличением его объема, в некоторых случаях выраженным спаечным процессом с фиксацией задней стенки, что препятствует нормальной механике ЛЖ. Среди этих пациентов относительные признаки аневризмы ЛЖ по ЭКГ выявлены только у 3 (5,8%) больных, в 75,5% случаев отмечали кардиосклеротические изменения задней стенки миокарда ЛЖ.

Т а б л и ц а 1  
Структура операций у пациентов с ИБС в НИССХ им. Н. М. Амосова НАМН Украины с 2000 по 2015 г.

Показатель	Количество
ШКА при неосложненных формах ИБС	9144 (83,12%)
ШКА и резекция АЛЖ	1856 (20,3%)
Из них резекция ЗБАЛЖ	85 (4,57%)
Всего	11 000

Особенности клинической картины у пациентов с небольшими ЗБАЛЖ представлены в табл. 2.

При регистрации ЭКГ в стандартных двенадцати отведениях мы не обнаружили четких признаков небольших ЗБАЛЖ, однако отмечали признаки кардиосклеротических изменений задней стенки ЛЖ (рис. 1).

При эхокардиографическом исследовании (ЭхоКГ) признаки ЗБАЛЖ не определяли, отмечали гипокинезию задней стенки ЛЖ. Исходные показатели кардиогемодинамики при ЭхоКГ больше сопоставимы с показателями для пациентов с ИБС при многососудистом поражении коронарных артерий (КА) с начальными признаками сердечной недостаточности. Данные ЭхоКГ при разных размерах ЗБАЛЖ представлены в табл. 3.

Достоверные признаки наличия ЗБАЛЖ разных размеров можно получить на основании данных вентрикулографии. Для определения разме-

Т а б л и ц а 2

## Клиническая характеристика пациентов с ЗБАЛЖ

Показатель	Пациенты со ЗБАЛЖ (n = 136)	С небольшими ЗБАЛЖ (n = 51)
Мужчины	131 (96,3%)	48 (94,2%)
Женщины	5 (3,7%)	3 (5,8%)
Средний возраст, годы	$58,4 \pm 5,3$	$58,5 \pm 5,2$
ИМ в анамнезе	77 (56,6%)	34 (66,6%)
Давность ИМ, годы	$3,3 \pm 0,25$	$2,2 \pm 0,5$
Сердечная недостаточность		
III ФК по NYHA	77 (56,7%)	34 (66,7%)
IV ФК по NYHA	59 (43,3%)	17 (33,3%)
Стенокардия		
III ФК	58 (42,6%)	20 (39,2%)
IV ФК	78 (57,4%)	31 (60,8%)
ЭКГ-признаки		
Кардиосклероз задней стенки	59 (43,3%)	38 (74,5%)
Признаки аневризмы ЛЖ	77 (56,7%)	3 (5,8%)
Атриовентрикулярная блокада III степени	4 (2,9%)	0
Фибрилляция предсердий/ пароксизмы	13 (9,5%)	0
Гидроторакс	27 (19,8%)	0
Острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе	3 (2,2%)	0

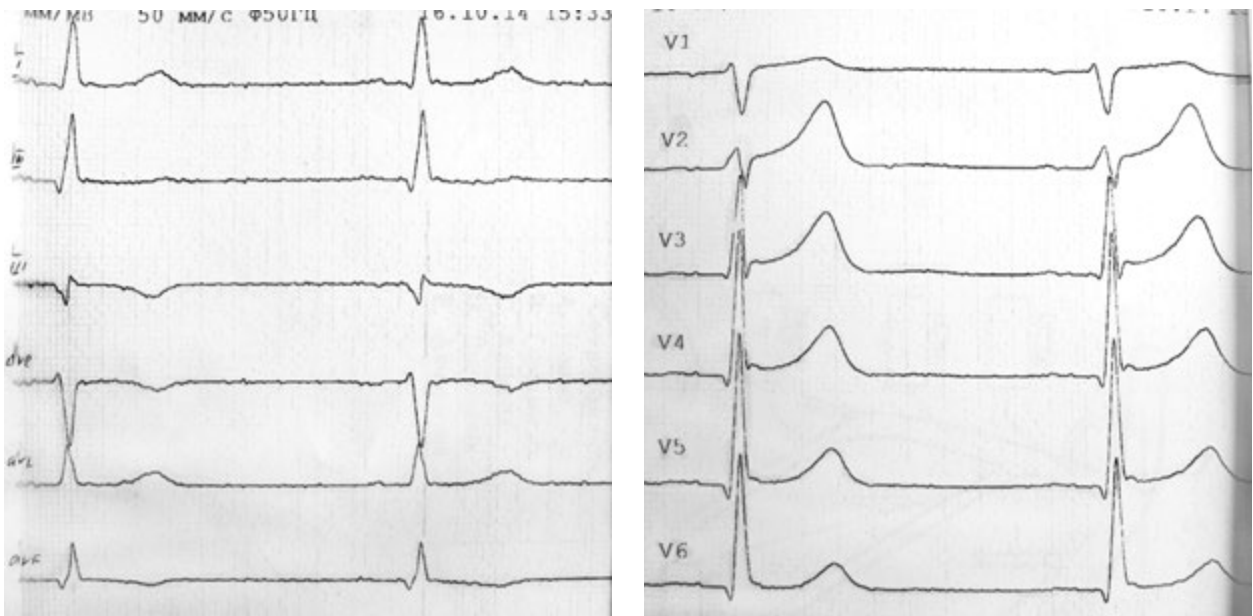


Рис. 1. ЭКГ пациента с кардиосклерозом задней стенки на фоне небольшой ЗБАЛЖ

Т а б л и ц а 3

Исходные показатели кардиогемодинамики у больных с ЗБАЛЖ

Показатель	Малые ЗБАЛЖ	Средние и большие ЗБАЛЖ
КДО, мл	148,6 ± 6,5	174,3 ± 29,3
КСО, мл	83,2 ± 3,7	90,0 ± 16,3
УО, мл	92,8 ± 18,5	86,0 ± 11,5
ФВ, %	51,5 ± 4,5	49,3 ± 7,7
КДД ЛЖ, мм рт. ст.	3,9 ± 9,3	5,5 ± 0,7
СДЛА, мм рт. ст.	39,3 ± 3,8	61,6 ± 10,5
МН 1–1,5	17,0 %	94,4 %
≥ 2	0 %	6,6 %

КДО – конечнодиастолический объем;  
 КСО – конечносистолический объем;  
 УО – ударный объем; ФВ – фракция выброса;  
 КДД – конечнодиастолический диаметр;  
 СДЛА – систолическое давление в легочной артерии;  
 МН – митральная недостаточность.

ров ЗБАЛЖ мы создали рабочую методику, суть которой состоит в следующем. Условно камера ЛЖ делится на три части: верхушечную, среднюю и базальную. Если тень аневризмы соответствовала по объему верхушечной части ЛЖ, ее расценивали как аневризму малых размеров (рис. 2). Если тень аневризмы соответствовала верхушечной и средней части камеры ЛЖ, ЗБАЛЖ считали средней или большой. Если тень аневризмы сравнима или больше объема ЛЖ, ее размеры расценивали как гигантские (рис. 3А, Б).

Как правило, ЗБАЛЖ имеют мешковидную форму, их конфигурация хорошо видна при вентрикулографии и легко диагностируется по изменению формы ЛЖ в систолу и диастолу (см. рис. 3А, Б).

Развитие постинфарктной аневризмы ЛЖ любой локализации у больных с ИБС редко сочетается с окклюзией одной КА. Как правило, имеется поражение и других КА разной степени выраженности. Причиной развития ЗБАЛЖ является окклюзия просвета функционально значимой

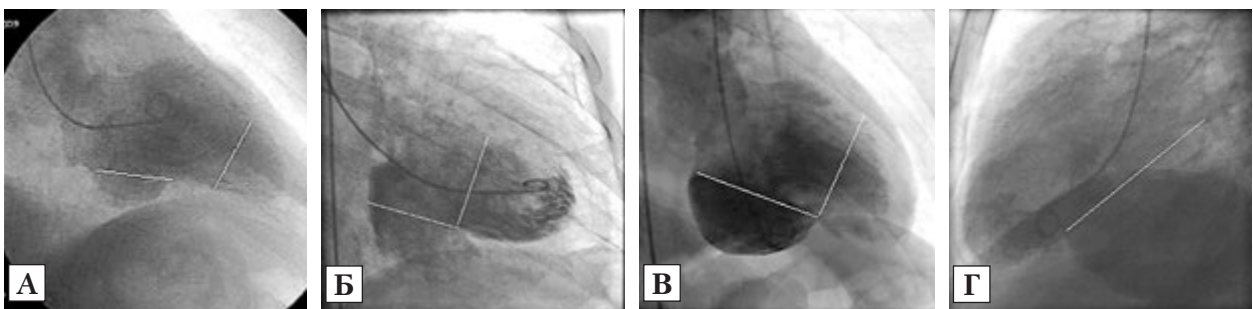


Рис. 2. Методика определения размеров ЗБАЛЖ при вентрикулографии. Малая (А, Б), средняя (В), гигантская (Г) ЗБАЛЖ

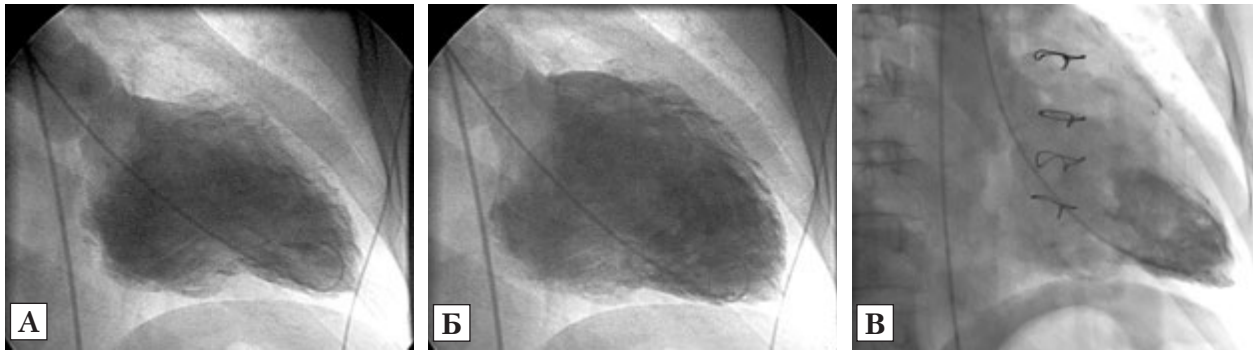


Рис. 3. Вентрикулографія з малою ЗБАЛЖ в систолу (А) і діастолу (Б) до операції і через 9 лет після операції (В)

Т а б л и ц а 4  
Варианти поражения КА у пациентов с ЗБАЛЖ (n = 40)

Поражения, требующие ШКА	Количество	При небольших ЗБАЛЖ, %
Окклюзия просвета ствола ПКА	40 (100%)	50
Стеноз ЗМЖВ ПКА	33 (82,5%)	90
Стеноз АОК ПКА	21 (52,5%)	30
Стенозы просвета ПМЖВ ЛКА	17 (42,5%)	50
Стеноз просвета ДВ	9 (22,5%)	30
Стеноз просвета <i>a. intermedia</i>	10 (25%)	25
Стеноз просвета ОВ ЛКА	21 (52,5%)	50
Поражение главного ствола ЛКА	5 (12,5%)	7
Коллатеральная связь с ЛКА	90%	90%

ЗМЖВ – задняя межжелудочковая ветвь;  
АОК – артерия острого края;  
ПМЖВ – передняя межжелудочковая ветвь;  
ДВ – диагональная ветвь; ОВ – огибающая ветвь.

ПКА. Наличие или отсутствие коллатеральной связи ее с левой коронарной артерией (ЛКА) на момент развития ИМ оказывают влияние на его характер и вероятность развития аневризмы.

Варианты поражения КА среди обследованных нами пациентов с развитием больших и малых ЗБАЛЖ представлены в табл. 4.

Среди оперированных нами пациентов окклюзия ПКА выявлена в 100% случаев (см. табл. 4). В половине случаев окклюзия ПКА сочеталась с поражением ОВ ЛКА, но ни в одном случае мы не наблюдали развития ЗБАЛЖ, вызванного только окклюзией ОВ ЛКА. В половине случаев окклюзия ПКА сочеталась с поражением ПМЖВ. У пациентов с малыми аневризмами в большинстве случаев имела место субокклюзия просвета ПКА, возможно, вследствие реканализации также отмечались выраженные коллатерали ПКА с ЛКА; вышеуказанные факторы значимо влияли на раз-

меры мешка аневризмы. В среднем количество шунтированных КА при малых ЗБАЛЖ составило  $2,8 \pm 0,8$ , а при резекции больших аневризм с выраженным спаечным процессом и облитерацией просвета КА на задней стенке ЛЖ возможности для их шунтирования отсутствовали.

При поражении только ПКА и гемодинамически незначимых бляшках других КА и малых размерах аневризмы резонно открыть просвет этой артерии эндоваскулярно со стентом с лекарственным покрытием.

При поражении нескольких КА лечение также может ограничиться эндопротезированием или только ШКА. Если малая аневризма сочетается с МН, выбор метода лечения зависит от характера изменения стенки мешка аневризмы и выраженности МН.

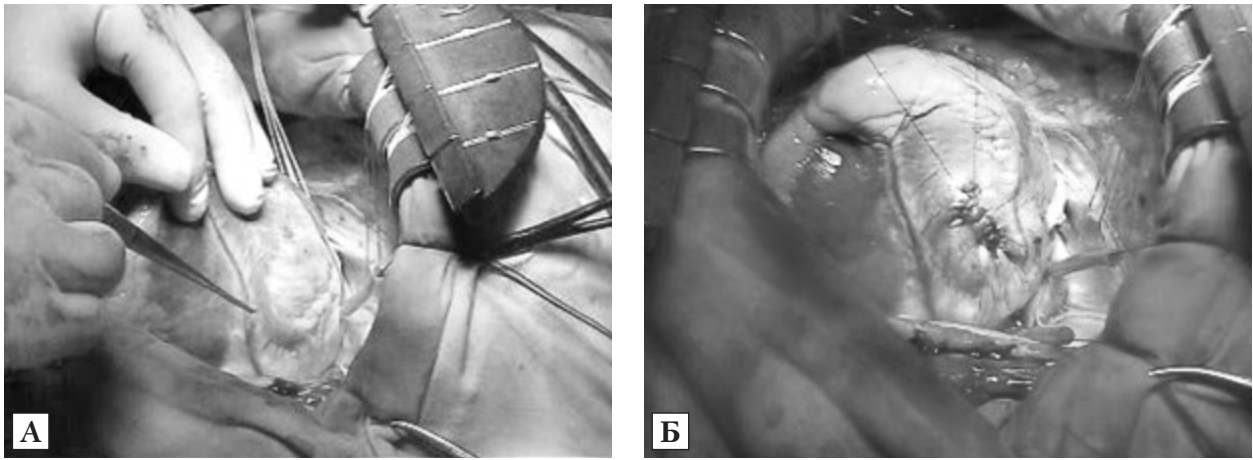
#### Хирургическая тактика при небольших заднебазальных аневризмах левого желудочка, не спянных с перикардом

Малые ЗБАЛЖ без тромбов, купол которых представлен тонкой соединительной тканью, не представляют трудностей для их устранения (рис. 4). Резекцию таких аневризм проводят при искусственной фибрилляции сердца после ШКА на работающем сердце или путем наружной пликация на работающем сердце.

Важно визуально оценивать структуры митрального клапана (МК) после рассечения мешка аневризмы, ее резекции и при пластике ЛЖ, чтобы уменьшить риск конфликта со структурами МК. Аневризмы необходимо устранять в связи с их тенденцией к увеличению размеров, особенно при сочетании ЗБАЛЖ с небольшой МН, при которой рост мешка аневризмы и степень митральной регургитации также увеличиваются.

При анализе данных обследования в отдаленный послеоперационный период пациентов с малыми ЗБАЛЖ, которым выполняли лишь реваскуляризацию миокарда, мы выявили, что такие пациенты должны состоять на учете и проходить обследования каждые 2–3 года, особенно



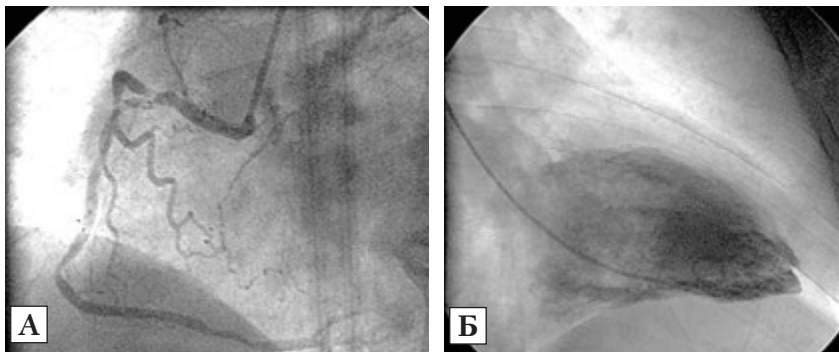


**Рис. 4.** Резекция малой ЗБАЛЖ при искусственной фибрилляции сердца (А), наружная пликация малой ЗБАЛЖ на работающем сердце (Б)

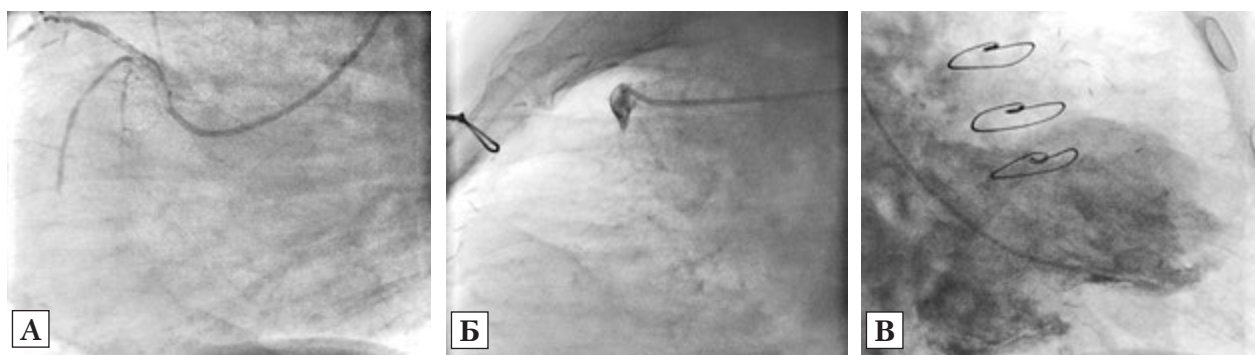
при сопутствующей МН. Заранее спрогнозировать прогрессирование заболевания сложно, так как на это влияет ряд факторов. Установлено, что в отдаленный послеоперационный период при хорошем функционировании шунтов к ПКА аневризма значительно не увеличивается (рис. 3В).

В случаях, когда интраоперационно ПКА была не шунтирована или в отдаленный период после операции шунт не функционирует, аневризма и степень митральной регургитации могут увеличиваться. Примером могут служить данные пациента А.

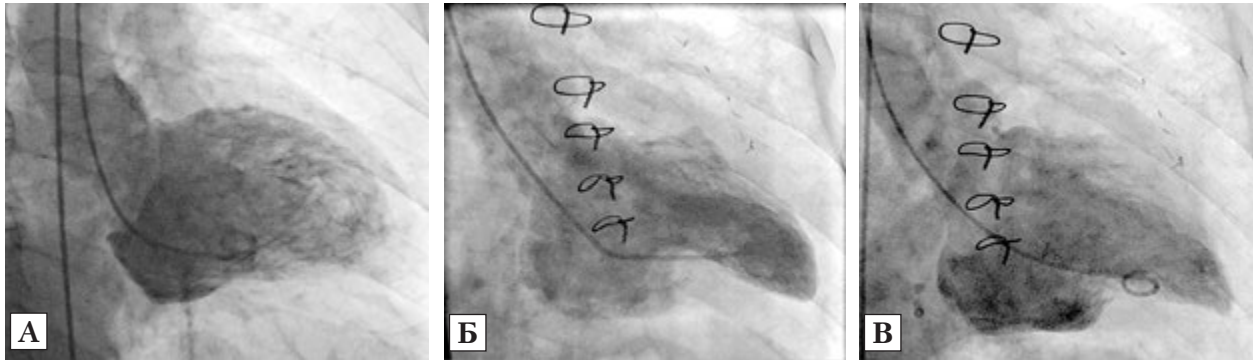
(рис. 5), у которого в результате окклюзии просвета ПКА развилась небольшая ЗБАЛЖ. Пациенту было выполнено шунтирование ПКА и АОК. Через 11 лет после операции из-за ухудшения состояния пациенту проведена коронарошунтовентрикулография, при которой выявлена дисфункция анастомоза к ПКА (рис. 6). В результате нарушения кровоснабжения заднебазальной области ЛЖ произошло истончение стенки ЛЖ и ее фибрирование, что способствовало увеличению аневризмы без значимого изменения величины МН.



**Рис. 5.** Коронаровентрикулография у пациента А. до операции. Стеноз проксимальной трети ПКА (А), небольшая ЗБАЛЖ (Б)



**Рис. 6.** Коронарошунтовентрикулография у пациента А. через 11 лет после операции ШКА. Окклюзия ПКА (А), культя шунта к ПКА (Б), большая ЗБАЛЖ с умеренной МН (В)

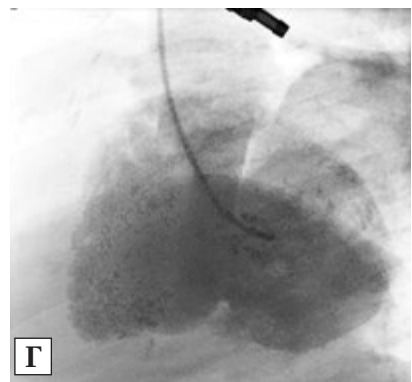
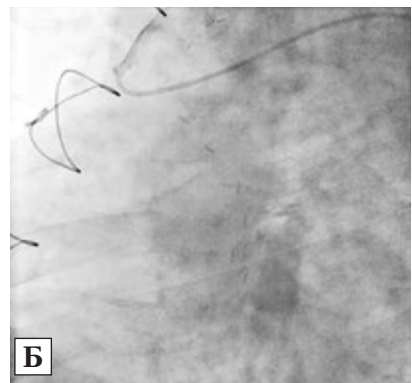
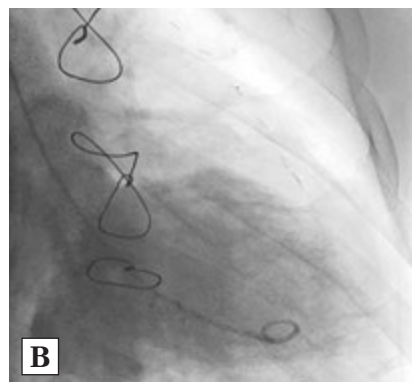
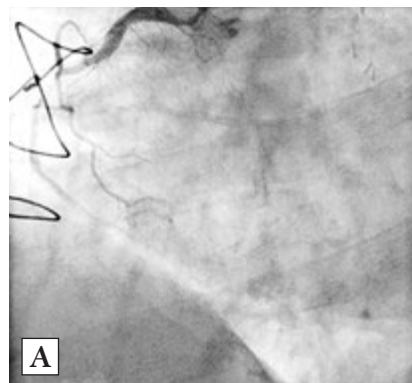
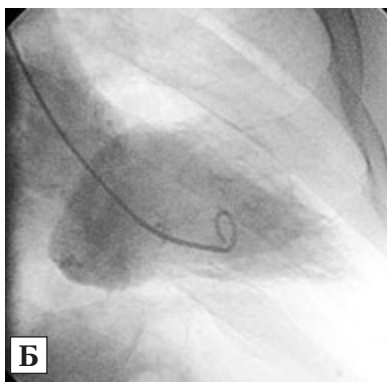
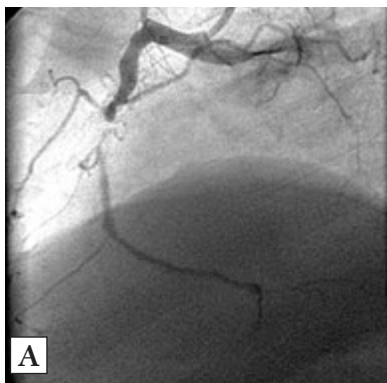


**Рис. 7.** Вентрикулографія у пацієнта Г. до операції (А), через 2 года после операції (Б), через 7 лет после ШКА (Б')

Т а б л и ц а 5

Динамика данных ЭхоКГ пациента Г.

Год	КДО, мл	КСО, мл	УО, мл	ФВ, %	СДЛА, мм рт. ст.	МН	Левое предсердие, см
2008	158	85	73	49	27	–	3,5
2010	158	88	70	45	30	(+)	3,8
2015	168	91	77	45	37	+	4,3



**Рис. 8.** Коронаровентрикулографія у пацієнта Б. до операції. Окклюзія середньої треті ПККА (А), ЗБАЛЖ (Б)

**Рис. 9.** Коронарошунтовентрикулографія у пацієнта Б. через 5 лет после ШКА. Окклюзія ПККА (А), окклюзія шунта к ПККА (Б), виражена МН и ЗБАЛЖ (В, Г)

Т а б л и ц а 6

## Динамика данных ЭхоКГ пациента Б.

Год	КДО, мл	КСО, мл	УО, мл	ФВ, %	СДЛА, мм рт. ст.	МН	Левое предсердие, см
2004	136	67	69	51	37	+	5,2
2009	228	178	50	22	70	+++	5,1

Увеличение аневризматического мешка может произойти и при сохранении функции шунта к ПКА, на фоне выраженных деструктивных изменений стенки мешка ЗБАЛЖ. На рис. 7 представлены исходные данные пациента Г. с небольшой ЗБАЛЖ, а также вентрикулография через 2 года и затем через 7 лет с дальнейшим увеличением аневризмы и появлением МН. Данные ЭхоКГ в динамике представлены в табл. 5.

В некоторых случаях параллельно с увеличением мешка аневризмы в большей степени увеличивается обратный ток на МК. Пациенту Б. с окклюзией ПКА, стенозами ПМЖВ ЛКА, ОВ ЛКА выполнено шунтирование трех КА (рис. 8).

Через 5 лет после операции ШКА пациент был госпитализирован в НИССХ им. Н. М. Амосова НАМН Украины из-за ухудшения состояния. При коронарошунтовентрикулографии выявлено хорошее функционирование маммарокоронарного шунта к ПМЖВ, шунт к ОВ ЛКА был с признаками умеренного стенозирования, окклюзия шунта к ПКА, увеличение степени МН (рис. 9).

Изменения данных ЭхоКГ пациента Б. представлены в табл. 6.

Пациенту предложили выполнить повторное шунтирование с протезированием МК, однако большой настаивал на выполнении реваскуляризации миокарда (шунтирование ПКА, стентирование ОВ ЛКА). Учитывая пожилой возраст пациента, частые приступы стенокардии, решено было выполнить только реваскуляризацию миокарда. На работающем сердце последовательно выполнено шунтирование АОК и ЗМЖВ ПКА. Послеоперационный период протекал без осложнений, пациент выписан в удовлетворительном состоянии. Через 7 месяцев после рещунтирования КА

на фоне простудного заболевания начала прогрессировать сердечная недостаточность, что привело к летальному исходу, в большей мере по причине некорригированной выраженной МН.

Данные обследования лиц со ЗБАЛЖ малых размеров в случаях сохранения аневризмы показали, что такие пациенты должны состоять на постоянном учете и повторно, каждые 2—3 года, проходить обследование на предмет изменения размеров аневризмы и степени МН.

### Выводы

В структуре всех постинфарктных аневризм левого желудочка аневризмы заднебазальной локализации составляют 7,3%. Показания к резекции заднебазальной аневризмы левого желудочка обоснованы только в 4,2% случаев.

Диагностика заднебазальной аневризмы левого желудочка базируется на анализе результатов неинвазивных и инвазивных исследований, среди которых наиболее достоверными являются данные вентрикулографии.

Клиническая картина пациентов с ишемической болезнью сердца, осложненной аневризмой заднебазальной локализации, проявляется по мере прогрессирования сердечной недостаточности.

Заднебазальные аневризмы левого желудочка небольших размеров требуют хирургической коррекции у пациентов с соединительнотканым аневризматическим мешком, в остальных случаях резекция аневризмы заднебазальной локализации левого желудочка не показана, но необходимо динамическое наблюдение за размерами аневризмы и степенью выраженности митральной недостаточности.

*Конфликта интересов нет.*

*Участие авторов: концепция и дизайн исследования, сбор и обработка материала – В. У., Е. Г., Л. Я.; статистическая обработка данных – Л. Я.; написание текста – В. У., Е. Г.; редактирование – Л. Я.*

### Литература

1. Акчурин Р.С., Шириев А.А., Галяутдинов Д.М. и др. Непосредственные результаты аневризмэктомии с эндовентрикулопластикой в лечении больных с постинфарктной аневризмой левого желудочка // Бюл. НИССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, сердечно-сосудистые заболевания, 12 Всероссийский съезд сердечно-сосудистых хирургов. – Москва, 28–31 октября 2006 г. – М., 2006.

2. Урсуленко В. И. Аневризмэктомия и пластика левого желудочка у пациентов с гигантскими заднебазальными аневризмами сердца // Серце і судини. – 2009. – № 1. – С. 86–91.
3. Урсуленко В.И., Якоб Л.В., Дзахоева Л.С. и др. Особенности клинического течения и диагностики пациентов с ИБС, осложненной аневризмой левого желудочка заднебазальной локализации // Вісник серцево-судинної хірургії. – 2016. – № 3 (26). – С. 11–16

4. Kron I.L., Kern J.A., Theodore P. et al. Does a posterior aneurysm increase the risk of endocardial resection? // *Ann. Thorac. Surg.* – 1992. – 54 (4). – P. 617–620.
5. Toker M. E., Onk O. A., Alsalehi S. et al. Posterobasal left ventricular aneurysms: surgical treatment and long-term outcomes // *Texas Heart Institute Journal.* – 2013. – 40 (4). – P. 424–427.

## Хірургічна тактика при невеликих аневризмах лівого шлуночка задньобазальної локалізації

**В. І. Урсуленко, О. К. Гогаєва, Л. В. Якоб**

ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М. М. Амосова НАМН України», Київ

**Мета роботи** — вивчити частоту виникнення задньобазальних аневризм лівого шлуночка (ЗБАЛШ) та особливості клінічної картини в пацієнтів із цією патологією; на підставі оцінки віддалених результатів розробити тактику лікування пацієнтів, визначити показання до резекції аневризм невеликих розмірів.

**Матеріали і методи.** В НІССХ ім. М. М. Амосова НАМН України з 2000 до 2015 р. коронарне шунтування з резекцією аневризми ЛШ передньої і задньої локалізації виконано 1856 пацієнтам. ЗБАЛШ виявлено у 136 (7,3%) пацієнтів, резекцію ЗБАЛШ виконано у 85 (62,5%) хворих цієї групи. У 51 (37,5%) пацієнта резекцію ЗБАЛШ не проводили через її малі розміри та наявність м'язової стінки в ділянці аневризматичного мішка.

**Результати та обговорення.** Клінічна картина в пацієнтів з ішемічною хворобою серця, ускладненою ЗБАЛШ, виявляється в міру прогресування серцевої недостатності. Діагностика ЗБАЛШ найбільш інформативна при вентрикулографії. Для визначення розмірів ЗБАЛШ ми умовно ділимо ЛШ на три частини — верхівкову, середню та базальну. Якщо тінь аневризми відповідає об'єму верхівки ЛШ, її вважають невеликою. ЗБАЛШ невеликих розмірів потребує хірургічної корекції в пацієнтів зі сполучнотканинним аневризматичним мішком, в інших випадках резекція ЗБАЛШ не показана, але необхідне динамічне спостереження за розмірами аневризми та ступенем вираження мітральної недостатності.

**Висновки.** ЗБАЛШ невеликих розмірів потребують хірургічної корекції у пацієнтів із сполучнотканинним аневризматичним мішком, в інших випадках резекція ЗБАЛШ не показана, але потрібне динамічне спостереження за розмірами аневризми і ступенем вираження мітральної недостатності.

**Ключові слова:** післяінфарктна аневризма, задньобазальна аневризма, мітральна недостатність, резекція аневризми.

## Surgical tactics in small posterior-basal aneurysms of left ventricle

**V. I. Ursulenko, O. K. Gogayeva, L. V. Jacob**

SI «M. M. Amosov National Institute of Cardiovascular Surgery of NAMS of Ukraine», Kyiv

**The aim** — to study occurrence and features of clinical picture of patients with posterior-basal aneurysms of the left ventricle (PBALV); based on the evaluation of long-term results to develop tactics for treating patients, to determine indications for resection of small aneurysms.

**Materials and methods.** M. M. In Amosov National Institute of Cardiovascular Surgery of NAMS of Ukraine for the period from 2000 till 2015, coronary artery bypass grafting (CABG) with resection of left ventricle aneurysm of anterior and posterior localization was performed for 1856 patients. PBALV were diagnosed in 136 (7.3%) patients, resection of PBALV was performed in 85 (62.5%) patients of this group. In 51 (37.5%) patients, resection of PBALV was not performed because of its small size and muscular wall in the area of the aneurysmal sac.

**Results and discussion.** The clinical picture of patients with IHD complicated by posterior basal aneurysm manifests itself as the progression of heart failure. Diagnosis of PBALV is most informative in ventriculography. To determine the size of PBALV, we conventionally divide the left ventricle into three parts: apical, medial and basal. If the shadow of an aneurysm corresponds to the volume of the apex of the LV, it is regarded as a small one. PBALV of small size requires surgical correction in patients with connective tissue aneurysmal sac, in other cases, resection of PBALV is not indicated, but dynamic monitoring of aneurysm size and the degree of severity of mitral insufficiency is necessary.

**Conclusions.** PBALV of small size need surgical correction in patients with connective tissue aneurysmal sac, in other cases resection of PBALV is not indicated, but requires dynamic monitoring of the size of the aneurysm and the degree of expression of mitral insufficiency.

**Key words:** post-infarction aneurysm, posterior-basal aneurysm, mitral insufficiency, aneurysm resection.