

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИЗОЛИРОВАННОГО СТЕНОЗА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА, ОСЛОЖНЕННОГО МАССИВНЫМ ТРОМБОЗОМ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ

В. В. Попов, В. И. Мнищенко

Национальный институт сердечно—сосудистой хирургии им. Н. М. Амосова НАМН Украины, г. Киев

SURGICAL TREATMENT OF ISOLATED MITRAL VALVE STENOSIS, COMPLICATED BY MASSIVE THROMBOSIS OF LEFT ATRIUM

V. V. Popov, V. I. Mnishenko

Массивный тромбоз ЛП представляет один из сложных разделов хирургии приобретенных пороков сердца [1 — 3]. Госпитальная летальность при хирургической коррекции массивного тромбоза ЛП превышает таковую при неосложненной коррекции порока МК [3 — 5].

Хирургическое вмешательство по поводу стеноза МК в сочетании с массивным тромбозом ЛП является операцией повышенного риска, сопровождается более высокой госпитальной летальностью, поскольку обусловлено значительной частотой тромбоэмболических осложнений на госпитальном этапе и в отдаленном периоде.

Цель работы: изучение особенностей хирургического лечения порока МК в условиях искусственного кровообращения, осложненного массивным тромбозом ЛП.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование включены 334 пациента, у которых выявлен стеноз МК, осложненный массивным тромбозом ЛП, и которых лечили в клинике в период с 1984 по 2013 г. Массивный тромбоз ЛП диагностировали, если тромботические массы занимали не менее 1/3 его объема, не считая ушка. Генез стеноза МК, как правило, ревматический. У всех пациентов отмечены "чистый" либо преобладающий стеноз МК, сердечная недостаточность IV класса (по классификации NYHA). Мужчин бы-

Реферат

Проанализированы результаты лечения в клинике 334 пациентов по поводу стеноза митрального клапана (МК), осложненного массивным тромбозом левого предсердия (ЛП), в период с 1984 по 2013 г. Госпитальная летальность при протезировании МК (в том числе в сочетании с коррекцией трехстворчатого клапана) составила 6,1%, после открытой митральной комиссуротомии все пациенты живы. Факторами риска на госпитальном этапе были малая полость левого желудочка, систолическое давление в легочной артерии выше 90 мм рт. ст., ранее выполненная закрытая митральная комиссуротомия, левая атриомегалия, кальциноз митрального клапана +3. Важным элементом коррекции является удаление основания—выстилки и перевязка ушка ЛП, что существенно снижает риск госпитальной летальности, частоту тромбоэмболических осложнений на госпитальном этапе.

Ключевые слова: стеноз митрального клапана, массивный тромбоз левого предсердия; хирургическая коррекция; тромбоэмболические осложнения.

Abstract

The results of treatment of 334 patients in the clinic in 1984 — 2013 yrs period were analyzed, who suffered mitral valve stenosis, complicated by massive thrombosis of left atrium (LA). Hospital lethality while the mitral valve prosthesis (including those in combination with correction of a three—cuspid valve) have constituted 6.1%, after open mitral commissurotomy all the patients are alive. Small cavity of a left ventricle, systolic pressure in pulmonary artery over 90 mm Hg, previously performed closed mitral commissurotomy, left atriomagalay, calcinosis of a mitral valve +3 have constituted factors of risk on a hospital stage. Important element to correct is excision of a base—lining and ligation of a LA eyelet, what essentially lowers the hospital lethality risk, rate of thromboembolic complications on a hospital stage.

Key words: stenosis of mitral valve, massive thrombosis of left atrium; surgical correction; thromboembolic complications.

ло 133 (39,8%), женщин — 201 (60,2%). Возраст больных от 19 до 70 лет, в среднем (57,2 ± 5,2) года. Длительность существования мерцательной аритмии в среднем (4,1 ± 0,8) года.

Кальциноз МК выявлен у 291 (87,1%) пациента. Ранее закрытая митральная комиссуротомия выполнена у 93 (27,8%) больных, у 6 из них — дважды (рекомиссуротомия). До операции эпизоды тромбоэмболии наблюдали у 85 (25,4%) пациентов.

Во время операции выполнены следующие процедуры: изолированное протезирование МК (у 255 больных), протезирование МК и пластика трехстворчатого клапана по Амосову—de Vega (у 47), изолированная открытая митральная комиссуротомия (у 28), открытая митральная комиссуротомия и пластика трехстворчатого клапана по Амосову — de Vega (у 4). Использовали только механические протезы: МКЧ—25, МКЧ—27 (у 29 больных), монодиск (у 116), двухстворчатые (у 157). Опе-

рации выполнены в условиях искусственного кровообращения (ИК), умеренной гипотермии (температура тела $27 - 32^{\circ}\text{C}$), в условиях кристаллоидной анте—ретроградной кардиоopleгии. Длительность пережатия аорты в среднем ($73,2 \pm 9,2$) мин, применения ИК — ($103,2 \pm 11,5$) мин.

В оптимальном варианте при наличии массивного тромбоза ЛП тромботические массы удаляли вместе с его основанием—выстилкой. Эта процедура имеет принципиальное значение, поскольку остающиеся шероховатости на стенке ЛП в раннем послеоперационном периоде, а затем и в отдаленном периоде обуславливают повторное отложение тромботических масс и тромбоэмболические осложнения. При радикальном удалении тромботических масс разрыв стенки ЛП возник у 6 (1,7%) больных, все они живы.

Лигирование ушка ЛП также является важным и обязательным элементом операции. Для уменьшения риска тромбообразования в послеоперационном периоде ушко ЛП прошивали изнутри либо перевязывали снаружи, после удаления из него тромбов, поскольку при наличии мерцательной аритмии риск возникновения тромбоэмболических эпизодов из этой зоны особенно высок. Применение методики Лаби-

ринт—3 для восстановления ритма у 4 пациентов оказалось неэффективным.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Госпитальная летальность за период 1999 — 2012 гг. составила 4,7%. Причиной летального исхода были: острая сердечно—сосудистая недостаточность — у 4 больных, поражение центральной нервной системы (тромбоэмболия) — у 3, кровотечение — у 4, полиорганная недостаточность — у 1. Госпитальная летальность при протезировании МК (в том числе в сочетании с коррекцией трехстворчатого клапана) составила 6,1%, при выполнении открытой митральной комиссуротомии все пациенты живы.

Таким образом, суммируя факторы риска, существенно влияющие на результат коррекции, выделяем следующие: малая полость левого желудочка — конечно—систолический объем менее 15 мл/м^2 , систолическое давление в легочной артерии выше 90 мм рт. ст., ранее выполненная закрытая митральная комиссуротомия, левая атриомегалия, кальциноз МК +3. При сочетании этих факторов риск госпитальной летальности повышается.

В отдаленном периоде, в среднем через ($18,2 \pm 3,1$) года леталь-

ность составила после протезирования МК 28,2% (умерли 245 пациентов), после открытой митральной комиссуротомии — 5,8% (умерли 27). Частота тромбоэмболических событий после протезирования МК составила 28,2%, после открытой митральной комиссуротомии — 5,2% ($p < 0,05$). Тромбоэмболические события после протезирования МК и удаления тромботической выстилки в сочетании с лигированием ушка ЛП отмечены в 5,2% наблюдений, без такой процедуры — в 29,8% ($p < 0,05$).

Таким образом, при хирургической коррекции по поводу массивного тромбоза ЛП важным элементом операции является удаление основания—выстилки и перевязка ушка ЛП, что существенно снижает риск госпитальной летальности, возникновения тромбоэмболических осложнений на госпитальном этапе и в отдаленном периоде.

В отдаленном периоде характерна высокая частота тромбоэмболических осложнений. После открытой митральной комиссуротомии она меньше, чем после протезирования МК, что свидетельствует о целесообразности выполнения клапаносохраняющих процедур на МК.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ситар Л. Л. Хирургическая коррекция митрального стеноза, осложненного массивным тромбозом левого предсердия / Л. Л. Ситар, В. В. Попов // Грудная хирургия. — 1984. — № 3. — С. 16 — 18.
2. Кнышов Г. В. Приобретенные пороки сердца / Г. В. Кнышов, Я. А. Бендет. — К., 1998. — 312 с.
3. Попов В. В. Протезирование митрального клапана при осложненных формах митрального стеноза (кальциноз, грубый фиброз клапана, массивный тромбоз левого предсердия): автореф. дис. ... канд. мед. наук / В. В. Попов. — К., 1988. — 21 с.
4. Иванов В. А. Реконструктивные операции при приобретенных пороках митрального и аортального клапанов сердца: автореф. дис. ... д—ра мед. наук / В. А. Иванов. — М., 1989. — 21 с.
5. Попов В. В. Массивный тромбоз левого предсердия при митральном стенозе (особенности клиники и профилактики тромбоэмболических осложнений при операциях с искусственным кровообращением) / В. В. Попов // Профилактика, диспансеризация, диагностика и лечение сердечно—сосудистых заболеваний: тез. выст. — Рига, 1985. — С. 244 — 245.

