

УДК 616.126 –002 407–08–097

© Коллектив авторов, 2013.

ЛЕЧЕНИЕ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА, ОСЛОЖНЕННОГО МАССИВНЫМ ТРОМБОЗОМ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ

В.В. Попов, В.И. Мнищенко

Национальный Институт сердечно-сосудистой хирургии имени Н.М.Амосова АМН Украины, г. Киев.

TREATMENT OF MITRAL VALVE DISEASES, COMPLICATED WITH MASSIVE THROMBOSIS OF LEFT ATRIUM

V. V. Popov, G. Knyshev, V. I. Mnischenko

SUMMARY

Peculiarities of surgical treatment of mitral valve disease complicated with massive thrombosis of left atrium with cardiopulmonary bypass was examined. Analyzed group consists of 334 patients operated from 01 January 1984 y. till 01 January 2013 y. Hospital mortality during period from 1999 to 2013 y. was 4.8%. In case of mitral valve replacement (MVR) – 6.1% and in case of open mitral commissurotomy – 0%. Reasons of fatal outcomes were: acute cardiac and vascular failure (n=2), central nervous system injury (thromboembolism) (n=2), bleeding (n=1). Risk-factors on hospital stage were small cavity (малая полость) of left ventricle (end systolic volume index less than 15ml/m²), systolic pressure in pulmonary artery > 90 mm. Hg., tricuspid valve injury, previous closed mitral commissurotomy, huge left atrium, mitral valve calcinosis +3. Surgical correction of mitral valve complicated with massive thrombosis of left atrium is operation of high risk and is associated with high mortality. Remote period is characterized by high frequency of thromboembolic complications and higher efficacy is case of performing of valve-preserving operations.

ЛІКУВАННЯ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА, УСКЛАДНЕНОГО МАССИВНИМ ТРОМБОЗОМ ЛІВОГО ПЕРЕДСЕРДЯ

В.В. Попов, Г.В. Книшов, В.И. Мнищенко

РЕЗЮМЕ

Вивчені особливості хірургічного лікування мітральної вади, ускладненої масивним тромбозом лівого передсердя, в умовах штучного кровообігу. В проаналізовану групу включено 334 пацієнтів, прооперованих з 1 січня 1984 року до 1 січня 2013 року. Госпітальна летальність за період з 1999 по 2012 рік склала 4.8%. Причинами летальних випадків були: гостра серцева недостатність (n=2), ураження ЦНС (тромбоемболія) (n=2), кровотеча (n=1). Факторами ризику на госпітальному етапі були: мала порожнина ЛШ КСО/S<15мл/м², систолічний тиск в легеневій артерії >90 мм. рт.ст., ураження трикуспідального клапану, попередня ЗМК, велетенське ЛП, кальциноз МК +3. Хірургічна корекція МВ, ускладненої МТЛП, є операцією підвищеного ризику та супроводжується високою летальністю. Для віддаленого періоду характерна підвищена частота тромбоемболічних ускладнень при більшій ефективності корекції у випадку виконання клапанозберігаючих операцій.

Ключевые слова: митральный стеноз, массивный тромбоз левого предсердия, хирургическая коррекция, тромбэмболические осложнения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В анализируемую группу включены 334 с пациентов с МП, осложненный МТЛП, находившийся в Институте сердечно-сосудистой хирургии АМН Украины с 01 января 1984 года до 01 января 2013 года. Массивным тромбоз признавался тогда, когда тромботические массы занимали не менее одной трети объема ЛП, не считая его ушка. Генез поражения МП в большинстве случаев был ревматическим. Митральный стеноз был отмечен во всех случаях, и все пациенты находились в IV классе NYHA. Мужчин было 133 (39,8%), а женщин 201 (60,2%). Возраст оперируемых составил 57,2 ± 5,2 (19 – 70 гг.). Кальциноз митрального клапана (МК) отмечен у 291 (87,1%) пациентов. Предшествующая закрытая митральная комиссуротомия (ЗМК) отмечена в 93 (27,8%) случаях, а у 6 из которых она имела место 2 раза (рекомиссуротомия). Доопера-

ционные эпизоды тромбоемболии наблюдались у 85 (25,4%) пациентов. Следующие процедуры были выполнены: протезирование МК (ПМК) (n = 255), ПМК + пластика трикуспидального клапана (Тк) по Амосову-de Vega (n = 47), открытая митральная комиссуротомия (ОМК) (n = 28), ОМК + пластика Тк по Амосову-de Vega (n = 4). Использовались только механические протезы: МКЧ-25, МКЧ-27 (n = 29), монодиск (n = 116), двухстворчатые (n = 157). Операции выполнены в условиях ИК, умеренной гипотермии (27–32 С), в условиях кристаллоидной кардиopleгии.

В оптимальном варианте при наличии массивного ТЛП тромботические массы удалялись вместе с основанием-выстилкой. Этой процедуре мы придаем принципиальное значение, поскольку остающаяся шероховатость на стенке левого предсердия приводит в раннем послеоперационном периоде, а затем и в отдаленном периоде к рецидивам тромбо-

за и тромбэмболическим осложнениям. При радикальности удаления тромботических масс разрыва стенки ЛП имели место у 6 (1,7%) пациентов, что не явилось причиной летального исхода

Лигирование ушка ЛП является важным элементом операции. Для снижения риска тромбообразования в послеоперационном периоде ушко левого предсердия прошивалось изнутри, либо перевязывалось снаружи после удаления из него тромбов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Госпитальная летальность (ГМ) за период (1999 – 2012 гг.) составила 4,7%. Причинами летальных исходов явились: острая сердечно-сосудистая недостаточность (n=4), поражение ЦНС (тромбоэмболия) (n=6), кровотечение (n=1), полиорганная недостаточность [1]. При ПМК (в том числе в сочетании с коррекцией Тк) – 6,1% и 0% при ОМК.

К факторам риска также следует отнести следующие показатели, представленные в таблице 1.

Таблица 1
Зависимость ГЛ от ряда факторов риска у больных с МТЛП

Фактор риска	Кол-во оперирован.	Кол-во умерших	Госпитал. летальн. (%)	p
СДЛА 90 мм.рт.ст. и более	31	5	16,1	
СДЛА 90 мм.рт.ст. и менее	77	7	9,1	<0,05
КСО/S < 15 мл/м.кв.	21	5	23,8	
КСО/S более 15 мл/м.кв.	167	7	4,2	<0,05
предшествующая ЗМК	73	8	11,0	
Первичная операция	187	4	2,1	<0,05
Кальциноз Мк +3	59	8	13,6	
Отсутствие кальциноза	203	4	1,9	<0,05
Диаметр ЛП 60 мм и более	21	5	23,8	
Диаметр ЛП менее 60 мм	87	7	8,9	<0,05

Таким образом, суммируя факторы риска, влияющие существенно на результат при коррекции СМАП следует выделить следующие:

Факторами риска на госпитальном этапе явились малая полость ЛЖ - КСО/S < 15 мл/м.кв., систолическое давление в легочной артерии > 90 мм.рт.ст., предшествующая ЗМК, гигантское ЛП, кальциноз

Мк + 3. Комбинация данных факторов риска увеличивает госпитальной летальности. В отдаленном периоде (средний 17,1 ± 3,3 гг) летальность составила при ПМК (245 пациент) 24,5%, а при ОМК (27 пациентов) 4,7%, а тромбэмболические смертельные события при ПМК имели место в 15,8% случаев, а при ОМК отмечены в 2,1% (p < 0.05).

ВЫВОДЫ

Массивный тромбоз левого предсердия представляет собой один из сложных разделов хирургии приобретенных пороков сердца [1, 2, 4]. Не взирая на имеющийся клинический опыт, госпитальная летальность при МТЛП все еще превышает уровень при неосложненной коррекции МП [3–5].

Хирургическая коррекция МП, осложненного массивным ТЛП является операцией высокого риска и сопровождается повышенной госпитальной летальностью. Важным элементом коррекции является удаление основания-выстилки и перевязка ушка ЛП, что существенно снижает риск госпитальной летальности, тромбэмболических осложнений на госпитальном этапе.

Для отдаленного периода характерна повышенная частота тромбэмболических осложнений. В отдаленный период низкий уровень тромбэмболических осложнений характерен для пациентов с ОМК, чем при ПМК, что свидетельствует о большей целесообразности выполнения клапаносохраняющих процедур.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ситар Л. Л., Попов В. В. Хирургическая коррекция митрального стеноза, осложненного массивным тромбозом левого предсердия. // Грудная хирургия – 1984 – № 3 – С. 16–18.
2. Кнышов Г. В., Бендет Я. А. Приобретенные пороки сердца // 1998. – Киев. – С. 312.
3. Иванов В. А. Реконструктивные операции при приобретенных пороках митрального и аортального клапанов сердца. // 1989. – Автор. Дисс. докт. – М. – С. 21.
4. Попов В. В. Протезирование митрального клапана при осложненных I формах митрального стеноза (кальциноз, грубый фиброз клапана, массивный тромбоз левого предсердия) // – Канд. Дисс. – Киев. – 1988. – С. 21.
5. Попов В. В. Массивный тромбоз левого предсердия при митральном стенозе (особенности клиники и профилактики тромбэмболических осложнений при операциях с искусственным кровообращением). // Профилактика, диспансеризация, диагностика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний (тезисы выступлений). – Рига. – 1985. – С. 244–245.