

УДК 616.12–008.313.2–089.168:616.12-007-053.1

Клинический случай

СЛУЧАЙ УСПЕШНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ СОЧЕТАННОГО МИТРАЛЬНОГО ПОРОКА И ПОСТОЯННОЙ ФОРМЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПОЖИЛОЙ ПАЦИЕНТКИ

Л. А. Бокерия — директор ФГБУ «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева» РАМН, академик РАН и РАМН, доктор медицинских наук; **О. Л. Бокерия** — ФГБУ «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева РАМН», главный научный сотрудник, профессор, доктор медицинских наук; **С. А. Донаконян** — ФГБУ «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева РАМН», сердечно-сосудистый хирург, кандидат медицинских наук; **В. С. Сивцев** — ФГБУ «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева РАМН», аспирант.

CASE OF SUCCESSFUL SURGICAL CORRECTION OF COMBINED MITRAL DEFECT AND CHRONIC ATRIAL FIBRILLATION AT THE ELDERLY PATIENT

L. A. Bokeria — Bakoulev Scientific Center of Cardiovascular Surgery, Head of Department of Surgical Treatment of Interactive Pathology, RAMS Academician, Doctor of Medical Science; **O. L. Bokeria** — Bakoulev Scientific Center of Cardiovascular Surgery, Department of Surgical Treatment of Interactive Pathology, Professor, Doctor of Medical Science; **S. A. Donakonyan** — Bakoulev Scientific Center of Cardiovascular Surgery, Department of Surgical Treatment of Interactive Pathology, Junior Research Assistant, Candidate of Medical Science; **V. S. Sivtsev** — Bakoulev Scientific Center of Cardiovascular Surgery, Department of Surgical Treatment of Interactive Pathology, Post-graduate.

Дата поступления — 11.11.2013 г.

Дата принятия в печать — 3.03.2014 г.

Бокерия Л. А., Бокерия О. Л., Донаконян С. А., Сивцев В. С. Случай успешной хирургической коррекции сочетанного митрального порока и постоянной формы фибрилляции предсердий у пожилой пациентки. Саратовский научно-медицинский журнал 2014; 10(1): 129–132.

Описан успешный случай криомодификации операции «лабиринт» в сочетании с протезированием митрального клапана и пластикой трикуспидального клапана у пожилой пациентки (71 год). Из особенностей клинического случая стоит отметить постоянную форму фибрилляции предсердий в течение 20 лет, гигантское левое предсердие объемом 348 мл, из анамнеза известно о закрытой митральной комиссуротомии 39-летней давности. Представленный клинический случай показывает возможность успешной коррекции сложных сочетанных патологий сердца даже в пожилом возрасте; а также то, что тактика хирургической коррекции митральных пороков, сочетающихся с фибрилляцией предсердий, должна предусматривать обязательное устранение аритмии. Точная диагностика заболевания пациента и оптимально выбранная тактика хирургического лечения комбинированного порока сердца позволяют достичь положительного результата, несмотря на пожилой возраст пациента.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, криомодификация операции «лабиринт», митральный порок, пожилой пациент.

Bokeria LA, Bokeria OL, Donakonyan SA, Sivtsev VS. Case of successful surgical correction of combined mitral defect and chronic atrial fibrillation at the elderly patient. *Saratov Journal of Medical Scientific Research* 2014; 10(1): 129–132.

The article presents the description of the successful case of cryomaze procedure in combination with mitral valve replacement and tricuspid annuloplasty at the elderly patient of 71 years. The following features of a clinical case should be noted: a chronic atrial fibrillation within 20 years, a huge left atrium of 348 ml. It is known from the anamnesis that closed mitral commissurotomy was done 39 years ago. This clinical case demonstrates the possibility of successful correction of difficult combined pathologies of heart even at advanced age. Furthermore the technique of surgical correction of the mitral valve dysfunction combined with atrial fibrillation provides obligatory elimination of arrhythmia. A thorough diagnostics and selection of optimal surgical procedure of the combined heart disease allows to reach good results even in elderly patients.

Key words: atrial fibrillation, cryomaze procedure, defect of mitral valve, elderly patient.

Введение. Хирургическое лечение фибрилляции предсердий (ФП) является и остается одной из актуальнейших проблем в кардиохирургии. С 80-х годов

XX в. разрабатывались различные хирургические варианты лечения ФП [1–3]. В 1991 г. J. Сох разработал и сообщил об операции «лабиринт», которая после модификаций остается наиболее физиологичным и эффективным методом хирургического лечения ФП [4, 5].

Ответственный автор — Сивцев Василий Степанович
Тел.: 89163960103
E-mail: vesalius1981@gmail.com

В нашей стране первую операцию «лабиринт» провел академик Л. А. Бокерия в 1992 г. До эры «лабиринта» ФП, часто ассоциированная с пороком митрального клапана, сохранялась у многих пациентов после операций на митральном клапане, что значительно ухудшало непосредственные и отдаленные результаты [6, 7]. Постоянная форма ФП повышает риск инсульта, смертность, снижает гемодинамические функции сердца и качество жизни пациентов [8–10]. Учитывая осложнения, вызываемые ФП, сформулированы пять «золотых стандартов» хирургического лечения ФП:

- 1) исчезновение клинических проявлений;
- 2) восстановление сердечного ритма;
- 3) сохранение АВ-синхронизации;
- 4) сохранение транспортной функции предсердий; и при сочетании первых четырех пунктов самое основное —
- 5) исчезновение риска тромбоэмболических осложнений [11].

Процедура «лабиринт» общепринято является в определенном смысле вершиной этого стандарта. В настоящее время данная операция в сочетании с коррекцией порока митрального клапана является единственным радикальным методом хирургического лечения ФП, позволяющая сохранить синусовый ритм после операции у 80% больных [12, 13].

Представляем клинический случай успешной коррекции рестеноза митрального клапана после закрытой митральной комиссуротомии у пациентки 71 года с постоянной формой фибрилляции предсердий.

Обзор клинического случая. Пациентка 3. (71 год) поступила в отделение с жалобами на боли колющего, ноющего, сжимающего характера в области сердца с иррадиацией под левую лопатку, возникающие без видимой причины и купирующиеся приемом нитроглицерина; одышку при умеренной физической нагрузке и учащенное неправильное сердцебиение, повышение АД до 160/100 мм рт. ст., сопровождающееся головокружением.

Из анамнеза известно, что в детстве часто болела ОРЗ; в 1964 г. выставлен диагноз: «Ревматизм, митральный порок». Большой проводилась бициллинпрофилактика. В возрасте 33 лет (1974 г.) была выполнена закрытая комиссуротомия по поводу стеноза митрального клапана, с положительным результатом. В 1993 г. впервые диагностирована постоянная форма фибрилляции предсердий. Наблюдалась по месту жительства у кардиолога, регулярно получала консервативную терапию. Ухудшение самочувствия пациентка отметила с 2010 г., когда появились и стали прогрессировать указанные жалобы. По месту жительства было рекомендовано оперативное лечение.

При осмотре общее состояние средней тяжести, что обусловлено наличием митрального порока, нарушением ритма сердца. Конституционные особенности: без особенностей.

По данным ЭхоКГ, конечно-систолический размер левого желудочка (КСР) 2,7 см, конечно-диастолический размер (КДР) 4,4 см, конечно-диастолический объем (КДО) 85 мл, конечно-систолический объем (КСО) 26 мл, ударный объем (УО) 59 мл, фракция выброса по Teicholtz (ФВ) 67%. Левое предсердие расширено, размером 5,7 см, апикально 6,0 см на 8,5 см, объем 207 мл. Митральный клапан после закрытой комиссуротомии. Створки митрального клапана утолщены, подтянуты укороченными хордами в левый желудочек, спаяны по комиссурам. Диаметр фиброзного кольца 3,9 см. Регургитация на митральном

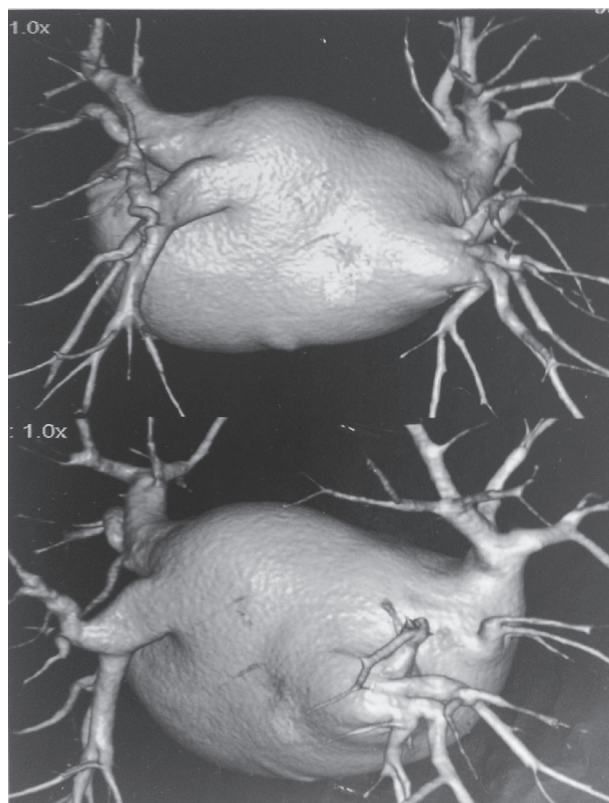


Рис. 1. Снимок компьютерной томографии увеличенного левого предсердия пациентки 3. (71 год)

клапане 2-й степени. Пиковый градиент 17 мм рт. ст., средний 5 мм рт. ст. Аортальный клапан (АК) трехстворчатый, с краевым фиброзом створок. Отмечалось нарушение центральной коаптации с регургитацией 1-й степени. Градиент давления пиковый 12 мм рт. ст. Правое предсердие оттеснено расширенным левым предсердием. Расчетное давление в правом желудочке (ПЖ) 45 мм рт. ст. Створки трикуспидального клапана тонкие, фиброзное кольцо 3,5 см, регургитация 2-й степени.

По результатам компьютерной томографии объем левого предсердия составил 348 мл (рис. 1).

Данные лабораторных исследований без особенностей, в пределах нормы.

После проведенных исследований выставлен клинический диагноз: «Ревматическая болезнь сердца, неактивная фаза; состояние после закрытой митральной комиссуротомии в 1974 г., сочетанный митральный порок сердца с преобладанием стеноза и недостаточностью 2-й степени; относительная недостаточность трикуспидального клапана 2-й степени; постоянная форма фибрилляции предсердий, тахисистолический вариант; артериальная гипертензия 2-й степени, риск 3; ХСН 2А стадии; ФК 3 по NYHA».

В условиях гипотермического (28°C) искусственного кровообращения длительностью 197 мин и фармакоологической кардиоopleгии раствором «Кустодиол» длительностью 88 мин проведена операция протезирования митрального клапана механическим протезом St. Jude № 27 с сохранением подклапанной структуры задней митральной створки; криомодификация операции «лабиринт III» с перевязкой ушка левого предсердия; шовная пластика трикуспидального клапана (хирург — академик Л. А. Бокерия).

Из особенностей оперативного вмешательства следует отметить: слипчивый перикардит; доступ к

митральному клапану осуществлялся расширенным двухпредсердным путем — через правое предсердие, межпредсердную перегородку и купол левого предсердия (рис. 2). Такой доступ позволяет полностью визуализировать митральный клапан и полость левого предсердия с выполнением в нем процедуры «лабиринт». Процедура «лабиринт» выполнялась эндокардиально в левом предсердии криоаблацией в режиме $-60\text{ }^{\circ}\text{C}$ в течение 60 секунд на каждую криолинию.

Проведены: 1) циркулярная изоляция основания ушка левого предсердия; 2) циркулярная изоляция правых верхней и нижней легочных вен единым коллектором; 3) циркулярная изоляция левых верхней и нижней легочных вен единым коллектором; а также: 4) линейная эндокардиальная криоаблация по проекции коронарного синуса. С целью уменьшения риска тромбообразования и ремоделирования значительно расширенного левого предсердия провели перевязку ушка левого предсердия. По восстановлению сердечной деятельности для бифокальной стимуляции к миокарду были подшиты временные электроды к левому и правому предсердиям, а также два к правому желудочку. Осложнений во время операции не было.

На вторые сутки пациентка переведена из реанимации в отделение, на 13-е сутки после операции выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение кардиолога по месту жительства. Из особенностей послеоперационного периода следует отметить срыв ритма в ФП с самостоятельным восстановлением на фоне насыщения амиодароном. По данным эхокардиографии, размеры левого желудочка КДО 111 мл, КСО 53 мл, УО 64 мл, ФВ 53%, функция протеза митрального клапана удовлетворительная, пиковый градиент 19 мм рт. ст., средний 8 мм рт. ст.; объем левого предсердия 170 мл, недостаточность на трикуспидальном клапане 1-й степени. При контрольном суточном мониторинге ЭКГ по Холтеру регистрировался регулярный предсердный ритм со средней частотой сердечных сокращений 70 ударов в минуту (рис. 3).

Обсуждение. В настоящее время на основании анализа более 300 операций, выполненных в НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН у больных с митральными пороками сердца, определены четкие показания для одномоментной коррекции хронической ФП и порока:

- а) хроническая ФП длительностью от 6 месяцев до 10 лет;
- б) эпизоды тромбоэмболий в анамнезе, возраст пациента моложе 70 лет;
- в) линейные размеры левого предсердия меньше 60–65 мм по данным ЭхоКГ, объем левого предсердия меньше 200 мл по данным СКТ и МРТ;
- г) фракция выброса левого желудочка более 35%, амплитуда f-волн в VI более 0,1 мВ [14].

В описанном клиническом случае: в анамнезе ФП длительностью более 20 лет; возраст пациента старше 70 лет; отмечается значительное расширение левого предсердия (объем по СКТ 348 мл). Но, несмотря на расхождение параметров от стандартных показаний, достигнут положительный результат в лечении сложной комплексной патологии сердца, что подтверждает правильный выбор тактики терапии в данном конкретном случае.

В литературе обнаружено два сообщения комбинированного лечения ФП и порока у пожилых пациентов. S. Ganeshpуре [13] с соавторами описали случай коррекции митрального клапана при стенозе ревма-

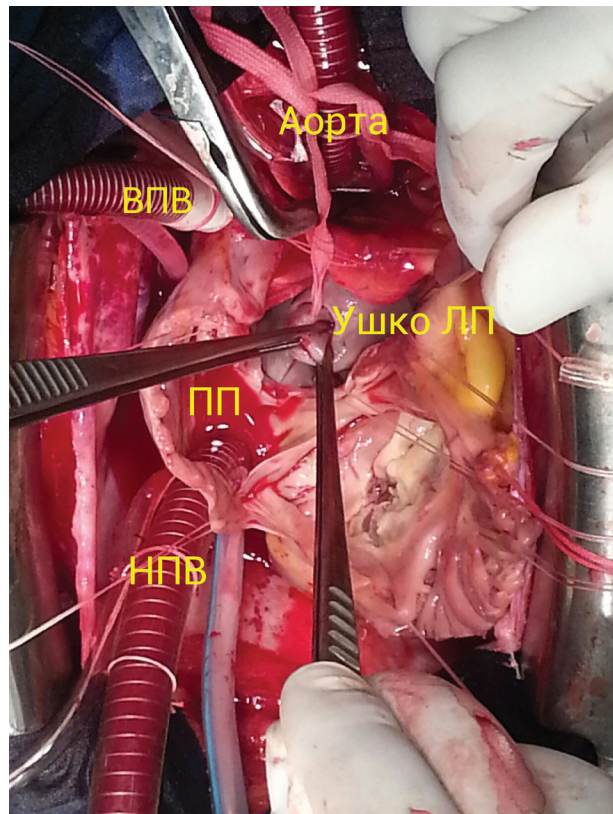


Рис. 2. Момент операции «лабиринт» пациентки 3. (71 год). Расширенный доступ к левому предсердию через правое предсердие, межпредсердную перегородку и частично купол левого предсердия. ВЛВ — канюлированная верхняя полая вена; НЛВ — канюлированная нижняя полая вена; Аорта — канюлированная аорта; ПП — полость правого предсердия; ЛП — полость левого предсердия с вывернутым ушком

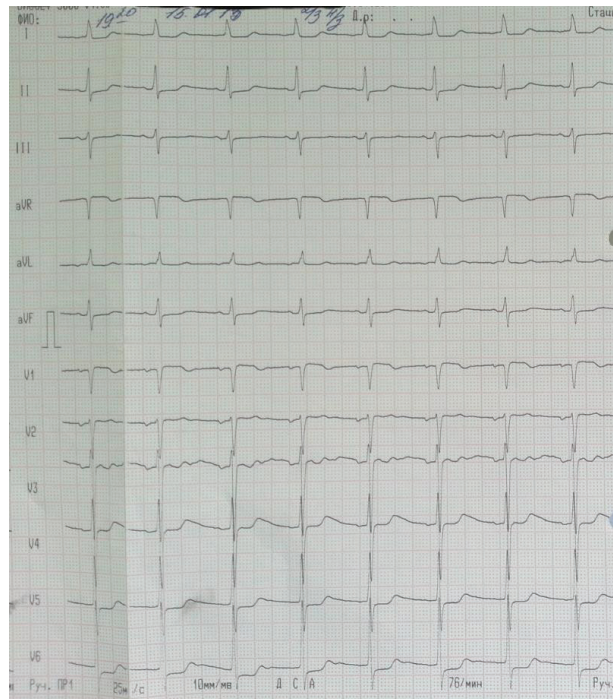


Рис. 3. ЭКГ пациентки 3. (71 год) после операции. Регулярный предсердный ритм с ЧСС 76 ударов в минуту

тической этиологии у пациентки 76 лет, страдающей также ФП. Авторы выбрали тактику изолированного протезирования митрального клапана механическим протезом с последующей консервативной терапией ФП. К. Okada [15] описывает случай протезирования аортального клапана в сочетании с изоляцией левого предсердия у пациента 82 лет. Изоляцию левого предсердия выбрали с целью сокращения времени пережатия аорты и операции в целом, а также уменьшения объема операции.

Заключение. Представленный нами клинический случай показывает возможность успешной коррекции сложных сочетанных патологий даже в пожилом возрасте, а также то, что тактика хирургической коррекции митральных пороков, сочетающихся с ФП, должна предусматривать обязательное устранение аритмии. Только такой подход позволяет получить стойкий длительный положительный эффект от операции, значительно увеличивая продолжительность и качество жизни пациентов.

References (Литература)

1. Bockeria LA, Bockeria OL, Melikulov AH, et al. Surgical treatment for atrial fibrillation: state of the art. *Annaly aritmologii* 2009; 6 (2): 5–11. Russian (Бокерия Л. А., Бокерия О. Л., Меликулов А. Х. и др. Хирургическое лечение фибрилляции предсердий: современное состояние проблемы. *Анналы аритмологии* 2009; 6 (2): 5–11.)
2. Bockeria LA, Revishvili ASh, Shmul' AV, et al. The results of surgical treatment of atrial fibrillation in patients with heart disease. *Annaly aritmologii* 2012; 9 (4): 14–22. Russian (Бокерия Л. А., Ревешвили А. Ш., Шмуль А. В. и др. Результаты хирургического лечения фибрилляции предсердий у пациентов с пороками сердца. *Анналы аритмологии* 2012; 9 (4): 14–22.)
3. Guiraudon GM, Campbell CS, Jones DL, et al. Combined sinoatrial node and atrioventricular node isolation. A surgical alternative to His bundle ablation in patients with atrial fibrillation. *Circulation* 1985; 72 (Suppl. 3): 220.
4. Cox JL, Schuessler RB, D'Agostino HJ, et al. The surgical treatment of atrial fibrillation. III. Development of a definitive surgical procedure. *Circulation* 1991; 101: 569–583.
5. Cox JL. The surgical treatment of atrial fibrillation. IV. Surgical technique. *Circulation* 1991; 101: 584–592.
6. Jovin A, Oprea DA, Jovin IS, et al. Atrial fibrillation and mitral valve repair. *Pacing Clin Electrophysiol* 2008; 31 (8): 1057–1063.
7. Chua LY, Schaff HV, Orszulak TA, Morris JJ. Outcome of mitral valve repair in patients with preoperative atrial fibrillation. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1994; 107: 408–415.
8. Prasad SM, Maniar HS, Camillo CJ, et al. The Cox maze III procedure for atrial fibrillation: long-term efficacy in patients undergoing lone versus concomitant procedures. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2003; 126: 1822–1828.
9. Baek MJ, Nab CY, Oh SS, et al. Surgical treatment of chronic atrial fibrillation combined with rheumatic mitral valve disease: effects of the cryo-maze procedure and predictors for late recurrence. *Eur J Cardiothorac Surg* 2006; 30 (5): 728–736.
10. Hughes M, Lip GY. Stroke and thromboembolism in atrial fibrillation: a systematic review of risk factors stratification schema and cost effectiveness data. *Thromb Haemost* 2008; 99: 295–304.
11. Heart rhythm disorders: session 2.17 "Surgical treatment of atrial fibrillation in the correction of comorbidity of heart". *Annaly aritmologii* 2009; (3): 54–80. Russian (Нарушения ритма сердца: секционное заседание 2.17 «Хирургическое лечение фибрилляции предсердий при коррекции сочетанной патологии сердца». *Анналы аритмологии* 2009; (3): 54–80.)
12. Rychin SV. Operation "labyrinth" in the surgical treatment of atrial fibrillation in patients with mitral valve defect: the evolution of the method and results. PhD dissertation. Moscow, 2004; 130 p. Russian (Рычин С. В. Операция «лабиринт» при хирургическом лечении фибрилляции предсердий у больных с пороком митрального клапана: эволюция метода и результаты: дис. ... канд. мед. наук. М., 2004; 130 с.)
13. Ganeshpure S, Vaidya GN, Gattani V. Complicated rheumatic mitral stenosis presenting in an elderly patient and the challenges in its management. *BMJ Case Reports* 2012. doi: 10.1136/bcr-2012-007404.
14. Bockeria LA, Revishvili ASh. Non-pharmacological treatment of atrial fibrillation — modern approaches. *Annaly aritmologii* 2005; 2 (2): 49–67. Russian (Бокерия Л. А., Ревешвили А. Ш. Современные подходы к нефармакологическому лечению фибрилляции предсердий. *Анналы аритмологии* 2005; 2 (2): 49–67.)
15. Okada K, Sueda T, Shikata H, et al. Left atrial isolation for chronic atrial fibrillation associated with valvular disease and coronary artery disease in an 82-year-old man. *Nihon Kyobu Geka Gakkai Zasshi* 1997; 45 (2): 191–194.

УДК 616.33–005.1

Обзор

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ (ОБЗОР)

С. Н. Потахин — ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, кафедра общей хирургии, доцент, кандидат медицинских наук; **Ю. Г. Шапкин** — ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, заведующий кафедрой общей хирургии, профессор, доктор медицинских наук; **В. Ю. Климашевич** — ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, кафедра общей хирургии, доцент, кандидат медицинских наук; **А. В. Беликов** — ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, кафедра общей хирургии, ассистент; **В. А. Зевякина** — ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, кафедра общей хирургии, аспирант.

MODERN ISSUES ON THE TREATMENT OF PEPTIC ULCER BLEEDINGS (REVIEW)

S. N. Potakhin — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of General Surgery, Assistant Professor, Candidate of Medical Science; **Y. G. Shapkin** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Head of Department of General Surgery, Professor, Doctor of Medical Science; **V. Y. Klimashevich** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of General Surgery, Assistant Professor, Candidate of Medical Science; **A. V. Belikov** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of General Surgery, Assistant; **V. A. Zevyakina** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of General Surgery, Post-graduate.

Дата поступления — 3.02.2014 г.

Дата принятия в печать — 3.03.2014 г.

Потахин С. Н., Шапкин Ю. Г., Климашевич В. Ю., Беликов А. В., Зевякина В. А. Современное состояние проблемы лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений (обзор). *Саратовский научно-медицинский журнал* 2014; 10(1): 132–138.