

ры) Д.м.н., проф. В.А. Ганков, А.В. Маньков. Эндоскопическая хирургия. 2009; 4; 40–45.

3. Старков Ю.Г., Федоров А.В., Шишин К.В. и др. Минимизация доступа в минимально-инвазивной хирургии – тенденция или необходимость. Тезисы XIII Съезда эндохирургов, Москва, февраль 2010.

4. Kagaya T. Laparoscopic Cholecystectomy via two port using the “Twin-port” system. J Hepato-Biliary-Panct Surg 2001;8:76–80.

5. Lee K.W., Poon C.M., Leung K.F. et. al. Two-port needlescopic cholecystectomy: prospective study in 100 cases. Hong Kong Med J 2005;11:30–5.

6. Leung K.F., Lee K.W., Cheung T.Y., et. al. Laparoscopic cholecystectomy: two-port technique. Endoscopy 1996; 28:505–7.

7. Ng W.T., Kong C.K., Wong Y.T. One-wound laparoscopic cholecystectomy. Br J Surg 1997;84:1627.

8. Poon C.M., Chan K.W., Lee D.W.H. et. al. Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques. 2002; 2:259–2.

9. Poon C.M., Chan K.W., Lee D.W.H. et. al. Two-port vs four-port laparoscopic cholecystectomy: A prospective randomized controlled trial. J Endosc 2003;17:1624–7, epub 2003 July 21.

10. Ramachandran CS, Arora V. Two-port laparoscopic cholecystectomy: an innovative new method for gall bladder removal. Laparoendosc Adv Surg Tech A. 1998;8: 303–8.

11. Tagaya N, Fukutomi K, Kogure H. New Two-Port Technique for Laparoscopic Cholecystectomy. A Preliminary Report. Dokkyo J Med Sci 1999;26:419–22.

MINIMAL INVASIVE TECHNOLOGIES IN THE TREATMENT OF GALLSTONE DISEASE AND ITS COMPLICATIONS.

P.G. BRONSHTEIN, TA HUSEYNOV

Department of Surgical Diseases № 1
Medical Institute, Tula State University, Tula
MUZ Tula City Hospital Emergency Medical Care. DY Vanykina, Tula

If in doubt at the time of surgical intervention is always possible imposition of additional trocars and the transition to the traditional technique of laparoscopic cholecystectomy. The medical literature shows the superiority of any technique, so you need more extensive research and wide-ranging discussions to select the more optimal technique of laparoscopic cholecystectomy.

Key words: cholelithiasis, complications and treatment.

УДК 611.12

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПРИОБРЕТЕННЫМ ПОРОКОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

А.Н. КОЛТУНОВ, А.Н. ЛИЩУК, А.Н. КОРНИЕНКО, М.В. КЕЦКАЛО, Л.Е. БРОВКО*

В статье представлен собственный опыт радикального лечения больных с приобретенным пороком митрального клапана и сопутствующей патологией в виде фибрилляции предсердий. Методология лечебного процесса заключается в применении сочетания операции протезирования митрального клапана и одномоментной радиочастотной хирургической аблации. Дано поэтапное описание выполнения оперативного пособия. Данный метод лечения больных с приобретенным пороком митрального клапана отягощенный фибрилляцией предсердий является более эффективным методом по сравнению с изолированной заменой митрального клапана.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, клапанные пороки сердца, новые методы лечения, аблация.

Фибрилляция предсердий является наиболее распространенной и устойчивой аритмией сердца. Распространенность этой аритмии в популяции составляет 2% в возрасте до 60 лет и прогрессивно растет с увеличением возраста, достигая 12% к 70 годам жизни [1,3,7,13].

Приобретенные пороки митрального клапана в 60% случаев осложняются развитием фибрилляции предсердий. Предполагается, что возникновение данного нарушения ритма связано с гемодинамическими перегрузками левого предсердия, его перерастяжением, развитием фиброза миокарда и включением механизма реэнтри [1,2,5,11]. Появление мерцательной аритмии у больных с приобретенными пороками митрального клапана осложняет течение порока, усугубляет сердечную недостаточность, повышает риск тромбоэмболических осложнений и увеличивает смертность [3,4,8,9,10]. Наличие у больного идиопатической

фибрилляции предсердий повышает риск возникновения ишемических инсультов в 5–7 раз, а при пороке митрального клапана и сопутствующей фибрилляции предсердий этот показатель возрастает в 17,5 раз по сравнению с показателями в общей популяции [1,6,12].

Изолированное протезирование клапана у больных с митральным пороком и сопутствующей фибрилляцией предсердий не является радикальным методом лечения порока. Так как у таких пациентов после операции аритмия сохраняется в 80% случаев [1,4]. Возврат или появление ФП после протезирования митрального клапана значительно ухудшает результаты хирургического лечения. Появление этой аритмии в послеоперационном периоде усугубляет сопутствующую пороку недостаточность кровообращения, увеличивает легочную гипертензию и повышает риск тромбоэмболических осложнений.

Цель исследования – сравнить результаты хирургического лечения, изолированное протезирование митрального клапана и протезирование клапана в сочетании с хирургической аблацией у больных с приобретенным митральным пороком осложненным фибрилляцией предсердий.

Материалы и методы исследования. С 2007 по 2009 гг. в Центре кардиохирургии ЦЦВКГ им А.А. Вишневого выполнено 18 сочетанных операций протезирования митрального клапана и хирургическая радиочастотная аблация (модифицированная операция Cox Maize) и 21 операция изолированное протезирование митрального клапана.

При отборе пациентов для исследования основывались на показателях, разработанных в НЦ ССХ им. А.Н.Бакулева РАМН и сотрудниками Центра кардиохирургии ФГУ «ЦЦВКГ им А.А. Вишневого».

Критерии отбора больных для сочетанной операции.

1. Возраст больных не старше 70 лет,
2. Наличие приобретенного порока митрального клапана,
3. Наличие пароксизмальной формы ФП или персистирующей формы ФП с анамнезом не более 1-го года,
4. Размеры левого предсердия не более 6,0 см.

Таблица 1

Характеристика больных

Показатели		I группа (n=18)	II группа (n=21)
Средний возраст больных (лет)		66,3±3,3	63,7±2,5
Мужчины		11	13
Женщины		7	8
Форма фибрилляции предсердий	Пароксизмальная	8	14
	Анамнез аритмии (месяц)	18,6±7,4	16,3±4,7
	Персистирующая	10	7
	Анамнез аритмии (месяц)	6,7±3,2	8,1±3,6
Размеры левого предсердия		4,8±1,3 см	4,9±1,2
Приобретенный сочетанный порок с преобладанием	стеноза	12	11
	недостаточности	6	10
Этиология	Ревматизм	12	9
	Инфекционный эндокардит	4	8
	Миксоматозная дегенерация	2	4
	III ФК	10	14
Недостаточность кровообращения по NYHA	IV ФК	8	7
Используемые протезы клапанов сердца	Биологический	6	8
	Механический	12	13

По вышеперечисленным критериям для исследования было отобрано 2 группы. Первая группа 18 больных, которым выполнена сочетанная операция протезирования митрального клапана и радиочастотная хирургическая аблация с использованием системы «AtriCure» и «Cobra», вторая, контрольная группа, 21 пациент, которым выполнено изолированное протезирование митрального клапана. Распределение пациентов представлено в табл. 1.

Средний возраст больных в первой группе составлял 66,3±3,3 года. В группу входило 7 женщин и 11 мужчин. У 10 больных была персистирующая форма ФП с анамнезом 6,7±3,2 месяца, у 8 – пароксизмальная форма мерцательной аритмии с анамнезом 18,6±7,4 месяца. По данным *трансторакального эхокардиографического исследования* (ЭхоКГ), размеры левого предсердия составляли 4,8±1,3 см. У всех больных был сочетанный митральный порок, с преобладанием стеноза левого атриовентрикулярного отверстия диагностировался у 12 больных, с преобладанием недостаточности митрального клапана у 6 пациентов. Этиология поражения митрального клапана была следующей, ревматизм – 12 больных, инфекционный эндокардит – 4 больных, миксоматозная дегенерация митрального клапана – 2 больных. Все больные имели недостаточ-

ность кровообращения III, IV функциональный класс по классификации NYHA. Для протезирования митрального клапана использовали 6 биологических протезов и 12 механических. Во второй, контрольной, группе средний возраст больных составлял $63,7 \pm 2,5$ года. В группу входило 13 мужчин и 8 женщин. У 7 больных была персистирующая форма ФП с анамнезом $8,1 \pm 3,6$ месяца, у 14 – пароксизмальная форма мерцательной аритмии с анамнезом $16,3 \pm 3,7$ месяца. По данным ЭхоКГ, размеры левого предсердия составляли $4,9 \pm 1,2$ см. У всех больных был сочетанный митральный порок, с преобладанием стеноза левого атриовентрикулярного отверстия диагностировался у 11 больных, с преобладанием недостаточности митрального клапана у 10 пациентов. Этиология поражения митрального клапана была следующей, ревматизм – 9 больных, инфекционный эндокардит – 8 больных, миксоматозная дегенерация митрального клапана – 4 больных. Все пациенты имели недостаточность кровообращения III, IV функциональный класс по классификации NYHA. Для протезирования митрального клапана использовали 8 биологических протезов и 13 механических.

Ход операции. Доступ, срединная стернотомия; искусственное кровообращение с использованием бикавальной канюляции. Искусственное кровообращение проводили в условиях нормотермической перфузии, использовали тепловую кардиоплегию на основе аутокрови. После введения кардиоплегического раствора и остановки сердца осуществляли доступ к митральному клапану через левое предсердие. Разрез выполняли позади межпредсердной перегородки в межatriальной борозде слева. После вскрытия левого предсердия выполняли радиочастотную абляцию изолировали устья правых легочных вен и устья левых легочных вен (рис. 1). Изолированные устья легочных вен вверху и внизу соединяли абляционными линиями, формировали так называемые «крышу» и «дно». От абляционной линии проходящей внизу левого предсердия «дно», до фиброзного кольца митрального клапана, проектируя на середину задней створки клапана, к фиброзному кольцу выполняли абляцию. Затем выполняли абляцию ушка левого предсердия, от абляционной линии изолировавшей устья левых легочных вен до середины полости ушка левого предсердия. В последующем ушко левого предсердия снаружи прошивали, перевязывали и отсекали. Створки митрального клапана иссекали и выполняли протезирование митрального клапана. Протез фиксировали к фиброзному кольцу отдельными П-образными швами на тефлоновых прокладках. Далее ушивали левое предсердие с одномонетной его пластикой. Снимали зажим с аорты, выполняли профилактику воздушной эмболии и восстанавливали сердечную деятельность. При стабильной гемодинамике останавливали искусственное кровообращение, деканюлировали полые вены и аорту. Ушко правого предсердия перевязывали и отсекали диатермокоагулятором. Далее выполняли гемостаз и послойное ушивание послеоперационной раны груди. В контрольной группе ход операции был такой же за исключением отсутствия хирургической абляции.

Результаты и их обсуждение. mВремя наблюдения за больными составляло 1 год. Этот год был разбит на периоды – интраоперационный период, госпитальный период (от момента операции до выписки пациента из госпиталя), ранний послеоперационный период (от момента выписки до 30 дней после операции), период антиаритмической терапии (от 1 до 6 месяцев после операции) и период без антиаритмической терапии (с 6 месяцев послеоперационного периода и до 1 года). Данные интраоперационного периода представлены в табл. 2.

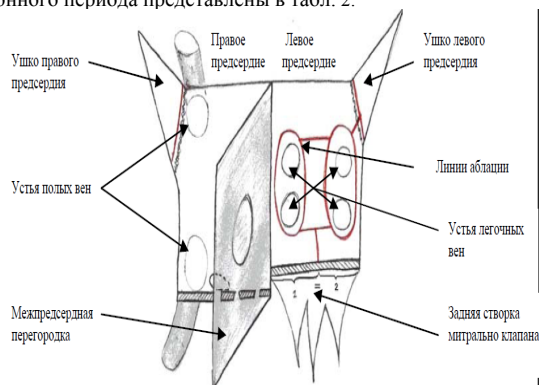


Рис. 1 Линии абляции левого и правого предсердий.

В первой группе время искусственного кровообращения составляло $75 \pm 16,3$ минут, время ишемии миокарда $52 \pm 12,4$ минуты. Восстановление сердечной деятельности после снятия зажима с аорты происходило самостоятельно у 14 (77,8%) больных с помощью дефибрилляции у 4 (22,2%). Синусовый ритм наблюдался у 17 (94,4%) больных, фибрилляция предсердий не было ни у одного больного, атриовентрикулярная блокада развилась у 1 (5,6%) пациента. Во второй группе, время искусственного кровообращения составляло $62 \pm 9,6$ минут, время ишемии миокарда $39,3 \pm 11,2$ минуты. Восстановление сердечной деятельности после снятия зажима с аорты происходило самостоятельно у 14 (66,7%) больных и через фибрилляцию желудочков и кардиоверсию у 7 (33,3%). Синусовый ритм наблюдался у 16 (76,1%) пациентов, фибрилляция предсердий у 3 (14,3%) больных, у 2 (9,5%) – атриовентрикулярная блокада II степени. Данные по послеоперационному периоду представлены в табл. 3.

Таблица 2

Характеристика интраоперационного периода

№ п.п.	Показатели	I группа (n=18)	II группа (n=21)
1	Время искусственного кровообращения	$75 \pm 16,3$	$62 \pm 9,6$
2	Ишемия миокарда	$52 \pm 12,4$	$39,3 \pm 11,2$
3	Восстановление Сердечной деятельности	Самостоятельное 14 (77,8%)	14 (66,7%)
	Через дефибрилляцию	4 (22,2%)	7 (33,3%)
4	Синусовый ритм	17 (94,4%)	16 (76,1%)
5	Фибрилляция предсердий	0 (0%)	3 (14,3%)
6	Атриовентрикулярная блокада	1 (5,6%)	2 (9,5%)

Таблица 3

Характеристика послеоперационного периода

Период/Показатель	Госпитальный		Ранний послеоперационный		Антиаритмическая терапия		Без антиаритмической терапии	
	I группа	II группа	I группа	II группа	I группа	II группа	I группа	II группа
Длительность пребывания больного в госпитале	$9,4 \pm 3,8$	$9,7 \pm 3,6$	-	-	-	-	-	-
Синусовый ритм	17 (94,4%)	5* (23,8%)	16 (88,9%)	4* (19,0%)	16 (88,9%)	6* (28,6%)	16 (88,9%)	6* (28,6%)
Фибрилляция предсердий	1-й (5,5%)	16* (76,2%)	2 (11,1%)	17* (80,9%)	2 (11,1%)	17* (80,9%)	2 (11,1%)	17* (80,9%)
Размеры левого предсердия	$4,8 \pm 1,3$	$4,9 \pm 1,2$	$4,2 \pm 1,1$	$4,8 \pm 1,6$	$3,7 \pm 0,8^{**}$	$4,8 \pm 0,6^{**}$	$3,5 \pm 0,7^{**}$	$3,9 \pm 1,3^{**}$
Тромбоэмболические осложнения	0	0	0	0	0	0	0	1 (4,8%)
Летальный исход	0	0	0	0	0	0	0	1 (4,8%)

Примечание: * – при $p < 0,05$ относительно данных I группы,

** – при $p < 0,05$ относительно данных до операции

Госпитальный период. Первая группа. Средняя длительность пребывания больного в госпитале составила $9,4 \pm 3,8$ дня. Синусовый ритм на этом этапе наблюдался у 16 (88,8%) больных, у 1 (5,5%) больной на 3 сутки послеоперационного периода развилась фибрилляция предсердий, синусовый ритм у нее был восстановлен кардиоверсией и сохранялся весь госпитальный период. Вторая группа. Средняя длительность пребывания больного в госпитале составляла $9,7 \pm 3,6$ дня. На госпитальном этапе синусовый ритм сохранялся лишь у 5 (23,8%) больных, у остальных возобновилась фибрилляция предсердий через $2,6 \pm 0,5$ суток, у всех больных с возобновленной мерцательной аритмией были предприняты попытки медикаментозного восстановления синусового ритма, которые увенчались успехом у 11 (68,7%), однако на момент выписки больных из госпиталя лишь у 5 пациентов сохранялся синусовый ритм. Летальных исходов в госпитальном периоде в обеих группах не было.

Всем больным в обеих группах сразу после операции назначали антиаритмическую терапию амиодароном по схеме насыщающая терапия и далее поддерживающая терапия. Продолжительность антиаритмической терапии составляла 6 месяцев, затем прием амиодарона прекращали. Антикоагулянтная терапия была назначена всем больным непрямыми антикоагулянтами (Варфарин). Эффективность антикоагулянтной терапии определяли по уровню *международного нормализованного отношения* (МНО) и держали значения МНО в интервале 2,5-3,5 ед.

Ранний послеоперационный период. В раннем послеоперационном периоде, в первой группе синусовый ритм сохранялся у 16 (88,9%) больных. У 2 (11,1%) больных развилась мерцательная аритмия через 3 дня у одной больной и через 7 дней у другого

пациента после выписки из госпиталя. Из этих больных в госпитальном периоде уже возникала мерцательная аритмия у одной больной и синусовый ритм был восстановлен кардиоверсией. У обоих пациентов в анамнезе была персистирующая форма ФП с анамнезом более 11 и 7 месяцев. Тромбоэмболических осложнений и осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы в этот период в группе не наблюдалось. По данным трансторакального ЭхоКГ исследования достоверного уменьшения размеров левого предсердия в этом периоде отмечено не было и составляло $4,2 \pm 1,1$ см. Во второй группе, синусовый ритм наблюдался у 4 (19,1%) больных, у остальных сохранялась фибрилляция предсердий. Тромбоэмболических осложнений и осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы не наблюдалось. По данным ЭхоКГ исследования уменьшения размеров левого предсердия на этом этапе не было. Летальных исходов в обеих группах не было.

Период антиаритмической терапии. Первая группа. Синусовый ритм сохранялся у 18 (88,9%) больных. У 2 (11,1%) больных по прежнему сохранялась фибрилляция предсердий. Тромбоэмболических осложнений и осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы не наблюдалось. При транс торакальном ЭхоКГ исследовании у больных с синусовым ритмом отмечалось достоверное уменьшение размеров левого предсердия ($3,7 \pm 0,8$ см) по сравнению с дооперационными данными ($4,8 \pm 1,2$ см). У больных с мерцательной аритмией уменьшения размеров левого предсердия не было и составляло $5,2 \pm 0,7$ см. Во второй группе, синусовый ритм наблюдался у 6 (28,6%) больных, и у 15 (71,4%) сохранялась фибрилляция предсердий. Тромбоэмболических осложнений и осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы зарегистрировано не было. При трансторакальном ЭхоКГ исследовании достоверного уменьшения размеров левого предсердия не наблюдалось и составляло ($4,8 \pm 0,7$ см). Летальных исходов в обеих группах не было.

Период без антиаритмической терапии. В этот период пациенты не получали какую либо антиаритмическую терапию, за исключением пациентов с персистирующей мерцательной аритмией, тахисистолической формой, которым с целью удержания ритма в нормосистолии был назначен сотогексал.

В первой группе синусовый ритм сохранялся у 16 (88,9%) больных, у 2 (11,1%) больных сохранялась фибрилляция предсердий. Тромбоэмболических осложнений и осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы не наблюдалось. Размеры левого предсердия достоверно уменьшились у больных с синусовым ритмом и составляли ($3,5 \pm 0,7$ см) у пациентов с аритмией этого не происходило, в сравнении с дооперационными данными. Во второй группе синусовый ритм сохранялся у 6 (28,6%) больных и ФП была у 15 (71,4%) больных. По данным ЭхоКГ прослеживалась тенденция к уменьшению размеров левого предсердия $3,9 \pm 1,3$ см, однако эти показатели не были достоверными. Среди осложнений, у 1 (4,8%) больного развилось ОНМК по ишемическому типу, однако пациент находился на лечении не в условиях нашего госпиталя, и судить о генезе инсульта не представлялось возможным, в анамнезе у пациента стенозирующего атеросклероза магистральных артерий головы не было, фибрилляция предсердий у больного была персистирующей. Пациент скончался, что явилось единственным случаем летального исхода в этой группе за период наблюдения.

Таким образом отсутствие фибрилляции предсердий через 1 год после сочетанной операции протезирования митрального клапана и одномоментной радиочастотной абляции левого и правого предсердия составила 88,9%, возврат фибрилляции предсердий составил 11,1%.

Протезирование митрального клапана в сочетании с хирургической аблацией у больных с приобретенным пороком митрального клапана осложненным фибрилляцией предсердий в сравнении с изолированным протезированием клапана без выполнения хирургической радиочастотной абляции, несомненно является радикальным методом лечения порока. Однако следует отметить, что и после сочетанной операции, дополненной хирургической аблацией, у 2 больных наблюдался возврат фибрилляции предсердий. Вероятнее всего это связано с неполной аблацией (прерывание абляционной линии) либо не достигнута трансмуральная радиочастотной деструкции миокарда предсердий. Так же считаем необходимым всем больным с любой формой фибрилляции предсердий и не зависимо от анамнеза, выполнять полную операцию Cox Maize III с аблацией правого предсердия и в обязательном порядке, интраоперационно оценивать качество выполненной абляции, путем определения блока импульса через

абляционную линию. В случаи прохождения импульса через абляционную линию необходимо повторять абляцию, до достижения полной изоляции. Так же больные, у которых имплантировали биологический протез и выполнили хирургическую абляцию, с восстановленным устойчивым синусовым ритмом, могут полностью отказаться от антикоагулянтной терапии через 6 месяцев после операции.

Выводы. Сочетанная операция протезирования митрального клапана и одномоментная радиочастотная хирургическая абляция, в сравнении с изолированным протезированием митрального клапана, является радикальным методом лечения больных с приобретенным пороком митрального клапана и сопутствующей фибрилляцией предсердий.

Литература

1. Бокерия Л.А., Ревинишвили А.Ш., Муратов Р.М. и др. Наш опыт хирургического лечения фибрилляции предсердий в сочетании с коррекцией порока митрального клапана. // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 2003; 6: С. 12–18.
2. Бокерия Л.А., Ревинишвили А.Ш., Ольшанский М.С. Хирургическое лечение фибрилляции предсердий: опыт и перспективы развития // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 1998; 1: С. 7–14
3. Бокерия, Л. А., Ревинишвили А. Ш. Современные подходы к нефармакологическому лечению фибрилляции предсердий. // Вестник аритмиологии. 2006; 45: С. 5–16.
4. Brodel G.K., Cosgrove D., Schiavone W. et al. Cardiac rhythm and conduction disturbances in patients undergoing mitral valve surgery // Cleve Clin. J. Med. 1991; 58: P. 397–399.
5. Chen M-C., Quo G.B-F., Chang J-P. et al. Radiofrequency and cryoablation of atrial fibrillation in patients undergoing valvular operations // Ann. Thorac. Surg. 1998; 65: P. 1666–1672.
6. Cox J.L. Current status of the maze procedure for the treatment of atrial fibrillation // Seminars in Thoracic and Cardiovasc. Surg. 2000; 12: P. 15–19.
7. Cox J.L. Cardiac surgery for arrhythmias. // PACE 2004; 27: P. 266–282.
8. Cox J.L., Ad N., Palazzo T. Impact of the maze procedure on the stroke rate in patients with atrial fibrillation. // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1999; 118: 833. (abstr.)
9. Izumoto H., Kawazoe K., Eishi K., Kamata J. Medium-term results after the modified Cox/Maze procedure combined with other cardiac surgery. // Eur. J. Cardiothorac. Surg. 2000; 17: P. 25–29.
10. Jatene M.B., Martini M.B., Tarasoutchi F. et al. Influence of the maze procedure on the treatment of rheumatic atrial fibrillation - evaluation of rhythm control and clinical outcome in a comparative study. // Eur. J. Cardiothorac. Surg. 2000; 17: P. 117–124.
11. Jessurun E.R., van Hemel N.M., Defauw J.A. et al. Results of Maze surgery for lone paroxysmal atrial fibrillation. // Circulation 2000; 101(13): P. 1559–1567.
12. Sie H.T., Beukema W.P., Elvan A., Misier A. New strategies in the surgical treatment of atrial fibrillation cardiovasc // Research 2003; 58: P. 501–509.
13. Wang J., Meng X., Li H., Cui Y., Han J., Xu C. Prospective randomized comparison of left atrial and biatrial radiofrequency ablation in the treatment of atrial fibrillation. // Eur. J. Cardiovasc. Surg. 2009; 35 (1): P. 116–22.

THE COMPARATIVE ESTIMATION OF SURGICAL TREATING PATIENTS WITH ACQUIRED DEFECT OF THE MITRAL VALVE COMBINED WITH AURICLE FIBRILLATION

A.N.KOLTUNOV, A.N.LISHCHUK, A.N.KORNIENKO, M.V. KETSKALO, L.E. BROVKO

Central Military Clinical Hospital after A.A. Vishnevsky, Krasnogorsk

The article presents the authors' experience of radical treating patients with the acquired mitral valve defect combined with a pathology in the form of auricle fibrillation. The methodology of this medical process is a combination of surgical mitral valve prosthetics and one-stage radio-frequency surgical ablation. A stage-by-stage description of the surgical operation performance is given. This method of treating patients with acquired mitral valve defect aggravated by atrial fibrillation is more effective in comparison with the isolated replacement of a mitral valve only.

Key words: atrial fibrillation, valvular heart disease, new treatment mode, ablation.