

Дашиева Баирма Антоновна – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник ФГБУ НИИПЗ СО РАМН. E-mail: bairma2009@mail.ru

Лубсанова Светлана Викторовна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры инфекционных болезней Бурятского государственного университета. E-mail: lsv1972@mail.ru

Гнеушева Мария Александровна – студентка 6-го курса Медицинского института Бурятского государственного университета. E-mail: gneuscheva@mail.ru

Dashieva Bairma Antonovna – candidate of medical sciences, senior researcher, SB RAMS. E-mail: bairma2009@mail.ru

Lubsanova Svetlana Viktorovna – candidate of medical sciences, associate professor, department of infectious diseases, Buryat State University. E-mail: lsv1972@mail.ru

Gneusheva Mariya Alexandrovna – student of the 6 year, Medical Institute, Buryat State University. E-mail: gneuscheva@mail.ru

УДК 616.13-089

© Б.А. Дониров, Л.Г. Липатникова

ОПЫТ УСПЕШНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

В статье представлен собственный опыт успешного хирургического лечения субмассивной тромбоза легочной артерии (ТЭЛА) у пациентки 55 лет. Показаны диагностические возможности и динамика результатов инструментального исследования, представлены данные об успешном хирургическом лечении ТЭЛА.

Ключевые слова: тромбоз легочной артерии, тромбэктомия, хирургическое лечение.

B.A. Donirov, L.G. Lipatnikova

THE EXPERIENCE OF SUCCESSFUL SURGICAL TREATMENT OF PULMONARY ARTERY THROMBOEMBOLISM

In the article our own experience of successful surgical treatment of submassive pulmonary artery thromboembolism is presented in a patient of the age of 55. The diagnostic opportunities and dynamics of the results of instrumental studies are shown, the data on the successful surgical treatment of pulmonary embolism are presented.

Keywords: pulmonary artery thromboembolism, thrombectomy, surgical treatment.

Актуальность

Тромбоз легочных артерий (ТЭЛА) считается одним из тяжелых острых сосудистых заболеваний, сопровождающихся высокой летальностью от 6 до 11% [7]. Ежегодная частота ТЭЛА, по данным эпидемиологических исследований, составляет около 1,5 на 1000 населения [9]. Частота выявления новых случаев ТЭЛА среди госпитализированных пациентов в США превышает 600 000 случаев в год, распространенность по Англии и Шотландии – 65 000 случаев, во Франции регистрируется 100 000 случаев ТЭЛА в год [3, 8].

Профилактика тромбоза (использование антикоагулянтов, ранняя активизация больных), особенно в периоперационный и послеоперационный периоды, значительно снизила частоту тромботических осложнений [3]. Однако, несмотря на это, в ранний послеоперационный период ТЭЛА остается одной из основных причин летальности, а также инвалидизации больных вследствие развития хронической легочной гипертензии. В настоящее время у большинства пациентов с массивной ТЭЛА в

качестве терапии выбора широко применяют тромболитики, однако наличие противопоказаний снижает значимость этого метода [1, 4]. Кроме того, у трети больных с массивной ТЭЛА ее развитию предшествуют эмболии ветвей легочной артерии, что, вероятно, является причиной неэффективности тромболитической терапии (в 15–20% случаев) и формирования хронической легочной гипертензии [5, 6].

При неэффективности тромболитической терапии и наличии противопоказаний одним из методов лечения больных с массивной ТЭЛА является хирургическая эмболектомия. В основном эмболектомия проводится в условиях искусственного кровообращения, с использованием чресстернального доступа. Искусственное кровообращение в значительной степени позволяет обезопасить проведение эмболектомии у больных с тяжелейшими гемодинамическими расстройствами, однако летальность после подобных вмешательств достигает от 20 до 50% [2]. Относительная редкость выполнения подобных операций ввиду несвоевременной диагностики и быстрого развития фатального исхода

при ТЭЛА поддерживает интерес к случаям успешного хирургического лечения этой патологии. В связи с этим представляется возможным привести клиническое наблюдение успешного хирургического лечения субмассивной ТЭЛА у больной 55-ти лет.

Клиническое наблюдение

Больная Д., 55 лет, 11 июня 2012 г. при падении с высоты собственного роста получила травму левого коленного сустава. При магниторезонансной терапии (МРТ) коленного сустава 19 июня 2012 г. выявлено повреждение латерального мениска, по этому поводу назначена фиксация левого коленного сустава жестким ортезом. Через два месяца после травмы выполнена операция артропластики левого коленного сустава, артропластической резекции латерального мениска и экзостозов, аутопластика из сухожилий нежной и полусухожильных мышц с фиксацией ENDOBUTTONCL и винтом

ВІОРСНІНА. В послеоперационном периоде больной с целью профилактики венозных тромбозомболических осложнений в течение 10 дней был назначен фраксипарин 0,3 мл подкожно. Выписана с улучшением.

В последующем 04 октября 2012 г. появились жалобы на внезапно возникшие давящие боли в грудной клетке, одышку смешанного характера при умеренной физической нагрузке, выраженную слабость, холодный пот. 05 октября на фоне усиления одышки и болей в грудной клетке пациентка вызвала бригаду скорой медицинской помощи. Бригадой «03» больная доставлена в Городскую клиническую больницу скорой медицинской помощи г. Улан-Удэ с подозрением на острый инфаркт миокарда, госпитализирована в отделение кардиологии. Электрокардиограмма больной от 08 октября представлена на рис. 1.

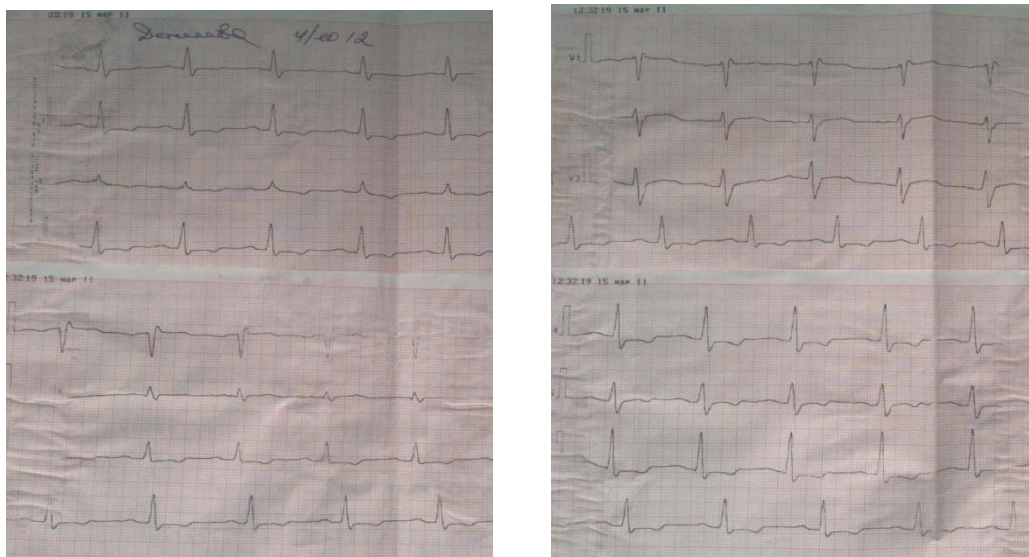


Рис. 1. Электрокардиограмма больной Д. от 08.10.12. Зарегистрированы синусовый ритм, неполная блокада правой ножки пучка Гиса, диффузные изменения миокарда ЛЖ

По данным эхокардиографии (ЭхоКГ), в правой легочной артерии ближе к бифуркации было выявлено объемное образование (флоти-

рующий тромб), признаки легочной гипертензии (СДЛА 41 мм рт. ст.) (рис. 2).

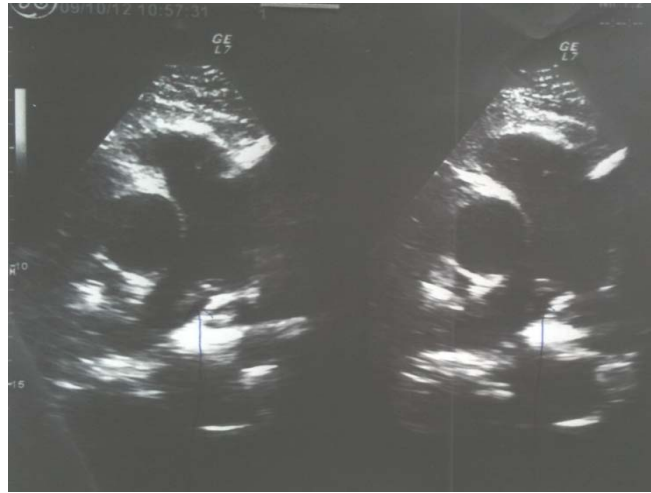


Рис. 2. Флотирующий тромб в легочной артерии

По данным ультразвукового дуплексного сканирования вен нижних конечностей выявлен тромбоз бедренно-подколенно-берцового сегментов слева без признаков флотации. Диагноз

ТЭЛА был подтвержден данными мультиспиральной компьютерной томографии грудной клетки от 08 октября 2012 г. (рис. 3).

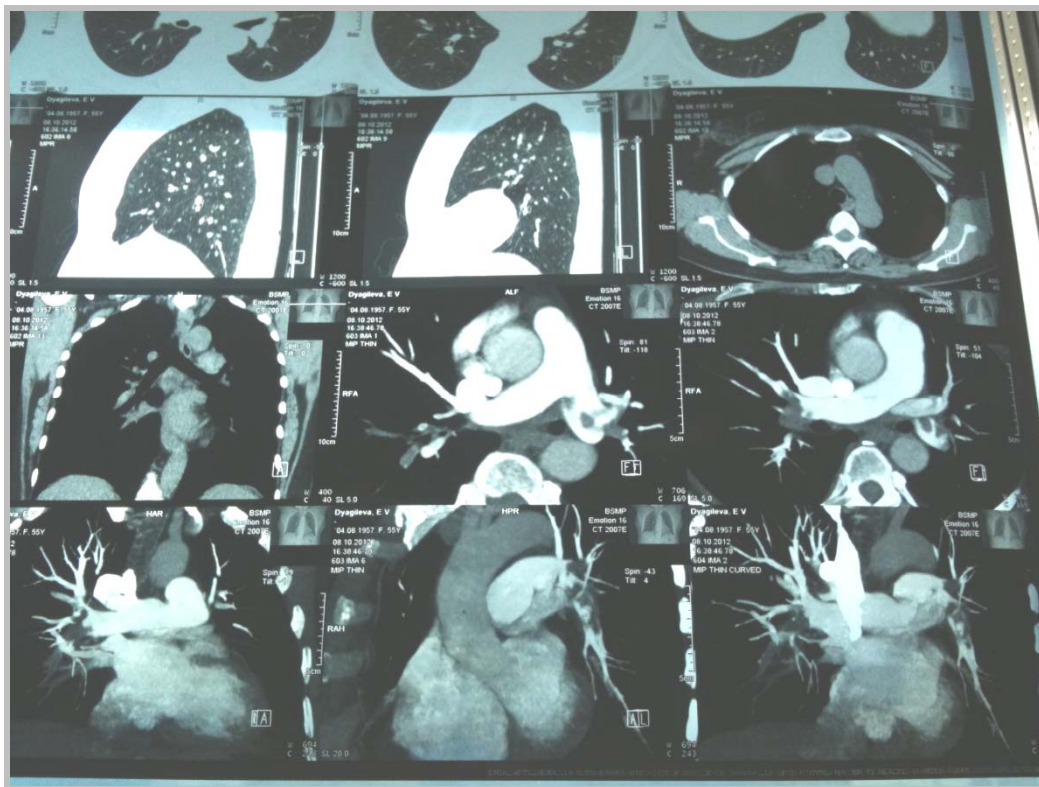


Рис. 3. КТ-скан грудной клетки

Учитывая наличие субмассивной ТЭЛА, для дальнейшего обследования и определения лечебной тактики по согласованию с кардиохирургами 10 октября 2012 г. больная переведена в Республиканскую клиническую больницу им. Н.А. Семашко (г. Улан-Удэ). При поступлении состояние пациентки тяжелое, в сознании, адекватно

ватна. Кожные покровы бледные, цианоз губ, усиливающийся при разговоре. Дыхание везикулярное, ослабленное в нижних отделах с обеих сторон, хрипы не выслушиваются, ЧДД 18 в минуту, SpO₂ 94% на фоне кислородотерапии. Границы сердца расширены вправо на 1,5 см. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II

тона на легочной артерии, ЧСС 62 в минуту, пульс 62 в минуту, АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Периферических отеков нет.

10 октября 2012 г. больной выполнена установка кава-фильтра в нижнюю полую вену (рис. 4).

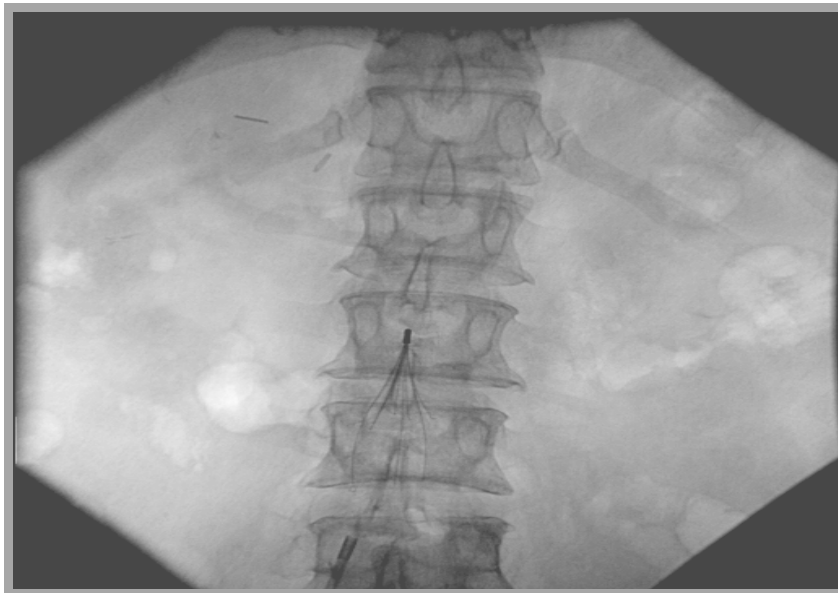


Рис. 4. Установленный кава-фильтр в системе нижней полой вены

11 октября 2012 г. больной предложено оперативное лечение. После получения согласия пациентки 11 октября 2012 г. под эндотрахеальным наркозом проведена операция – тромбэктомия из легочной артерии в условиях искусственного кровообращения. Время начала и окончания операции – 11:35-14:55. Время искус-

ственного кровообращения составило 76 минут, время окклюзии аорты – 61 мин. Пациентка охлаждалась до 28 °С, величина систолического давления в легочной артерии при прямом измерении – 70/40 мм рт.ст. В ходе операции проведено извлечение тромбов из ветвей легочной артерии (рис. 5, 6).

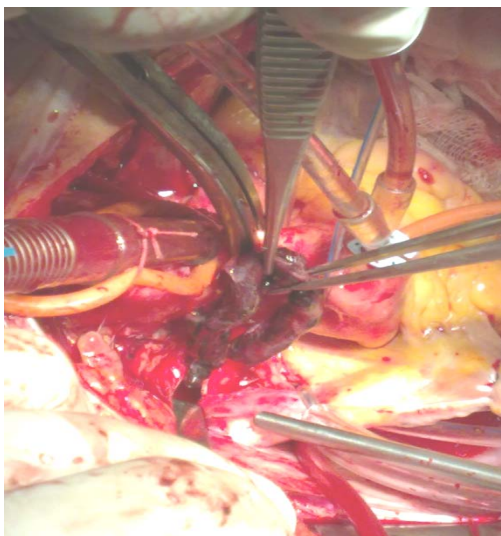


Рис. 5. Удаление тромбоземболов из правой легочной артерии



Рис. 6. Извлеченные тромбозы из легочной артерии

После отключения аппарата искусственного кровообращения сердечная деятельность восстановилась самостоятельно. При контрольном интраоперационном измерении давления в стволе легочной артерии средний показатель составил 35/18 мм рт.ст. В первые сутки после операции потребовалась кардиотоническая поддержка в минимальных дозах, однако в дальнейшем гемодинамика стабилизировалась и послеоперационный период протекал без осложнений. Рана зажила первичным натяжением, швы сняты на 9-е сутки. При контрольном исследовании ЭхоКГ конечно-диастолический размер составил 4,5 см, фракция выброса – 62%, правый желудочек – 2,9 см, правое предсердие – 5,1 × 4,0 см, левое предсердие – 3,8 см, СДЛА – 25 мм рт.ст., ствол легочной артерии – 2,4 см, правая легочная артерия – 1,6 см, левая легочная артерия не визуализируется, незначительный левосторонний гидроторакс. Пациентка в удовлетворительном состоянии на 15-е сутки выписалась домой, в настоящее время чувствует себя хорошо.

Таким образом, хирургическое лечение является эффективным методом лечения массивной и субмассивной ТЭЛА.

Литература

1. Becattini C., Agnelli G., Salvi A., Grifoni S., Pancaldi L.G., Enea I., Balsemin F., Campanini M., Ghirarduzzi A., Casazza F. TAPES Study Group. Bolus tenecteplase for right ventricle dysfunction in hemodynamically stable patients with pulmonary embolism // *Thromb. Res.* – 2010. – 125 (3). – P. 82-86.
2. Core Writing Group: A. Torbicki (Chairman), E.J.R. van Beek (Editor), B. Charbonnier, G. Meyer, M. Morpurgo, A. Palla and A. Perrier Members: N. Galie, G. Gorge, C. Herold, S. Husted, V. Jezek, W. Kasper, M. Kneussl, A.H. Morice, D. Musset, M.M. Samama, G. Simonneau, H. Sors, M. de Swiet and M. Turina Internal reviewers: G. Kronik, J. Widimsky. Task Force on Pulmonary Embolism, European Society of Cardiology // *European Heart Journal.* – 2000. – 21. – P. 1301-1336.
3. Geerts W., Claget G.P., Anderson F.A. et al. Prevention of venous thromboembolism // *Chest.* – 2001. – Vol 1. – P. 132-175.
4. Jack Hirsh, Gordon Guyatt, Gregory W. Albers, MD; Robert Harrington, and Holger J. Schunemann. Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition) // *Chest.* – 2008. – 133. – P. 110-112.
5. Kucher N., Rossi E., De Rosa M., Goldhaber S.Z. Massive Pulmonary Embolism // *Circulation.* – Jan. 31 2006. – 113. – P. 577-582.
6. Lesser B.A., Leeper K.V., Stein P.D. et al. The diagnosis of acute pulmonary embolism in patients with chronic obstructive pulmonary disease // *Chest.* – 1992. – 102. – P. 17-22 (COPD).
7. Righini M., LeGal G., Aujesky D. et al. Diagnosis of pulmonary embolism by multidetector CT alone or combined with venous ultrasonography of the leg: a randomised non-inferiority trial. *Lancet.* – 2008. – 371 (9621). – P. 1343-1352.
8. Task Force Report. Guidelines on diagnosis and management of acute pulmonary embolism. European Society of Cardiology // *Europ. Heart J.* – 2000. – Vol. 21. – P. 1301-1336.
9. Tsai A.W., Cushman M., Rosamond W. et al. Cardiovascular risk factors and venous thromboembolism incidence: the longitudinal investigation of thromboembolism etiology. *Arch Intern Med.* – 2002. – 162. – P. 1182-1189.

Дониров Батор Аюржанаевич – заведующий отделением сердечно-сосудистой хирургии Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко, кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской хирургии Бурятского государственного университета. Тел. 8-914-835-29-60; 8(3012)41-66-70. E-mail: DonirovBA@yandex.ru

Липатникова Людмила Геннадьевна – врач сердечно-сосудистый хирург отделения сердечно-сосудистой хирургии Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко. Тел. 8-902-536-00-30. E-mail: milalip@mail.ru

Donirov Bator Ayurzhanovich – head of the department of cardiovascular surgery, Republican Clinical Hospital named after N.A.Semashko, candidate of medical sciences, associate professor, department of faculty surgery, Buryat State University. Tel. 8-914-835-29-60; 8 (3012) 41-66-70. E-mail: DonirovBA@yandex.ru

Lipatnikova Lyudmila Gennadevna – cardiovascular surgeon, department of cardiovascular surgery, Republican Clinical Hospital named after N.A. Semashko. Tel. 8-902-536-00-30. E-mail: milalip@mail.ru

УДК 616-089.811

© Б.А. Дониров, Б.Р. Дугаров, О.С. Донирова

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ У ЛИЦ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

В статье приведен сравнительный анализ гендерных особенностей клинического статуса у больных с ИБС, перенесших операцию коронарного шунтирования. Показано, что среди женщин с ишемической болезнью сердца в сравнении с мужчинами чаще встречались избыточная масса тела, ожирение, сахарный диабет и гипертрофия ЛЖ. Также особенностями коронарного атеросклероза у женщин было наличие трехсосудистого поражения коронарных артерий со степенью стеноза до 50%.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, коронарное шунтирование, женщины.

B.A. Donirov, B.R. Dugarov, O.S. Donirova

GENDER DIFFERENCES IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE AFTER CORONARY BYPASS SURGERY

The comparative analysis of gender differences in clinical status in patients with ischemic heart disease after coronary bypass surgery has been submitted. It was identified that women with ischemic heart disease compared to men had more often overweight, obesity, diabetes mellitus, and left ventricular hypertrophy. The presence of three-vessel coronary disease with stenosis degree up to 50% was also as the feature of coronary atherosclerosis in women.

Keywords: ischemic heart disease, coronary artery bypass, women.

Введение

Коронарное шунтирование (КШ) – метод хирургического лечения ишемической болезни сердца (ИБС), улучшающий качество жизни пациентов и увеличивающий ее продолжительность. Аортокоронарное шунтирование (АКШ) является наиболее часто выполняемой хирургической операцией во многих клиниках России и за рубежом [6]. Однако течение ИБС и результаты АКШ у мужчин и женщин могут иметь некоторые различия в зависимости от половой принадлежности. [1]. Есть мнение, что у женщин по сравнению с мужчинами более выражена симптоматика заболевания при аналогичных изменениях в коронарных артериях [7]. Для женщин характерен худший по сравнению с мужчинами прогноз сердечно-сосудистых заболеваний – больше женщин умирает от первого инфаркта миокарда, а также в течение первого года после него. По данным Американской ассоциации кардиологов, в течение года после подтвержденного инфаркта миокарда умирает 25%

мужчин и 38% женщин [10]. В исследовании GUSTO-I было обнаружено, что у женщин смертность после инфаркта миокарда в любом возрасте выше, чем у мужчин. Это различие достигает максимума в более молодом возрасте [11]. Кроме того, ранее проведенные исследования показали, что принадлежность к женскому полу является независимым фактором риска более высокой госпитальной летальности и частых осложнений после коронарного шунтирования [8]. Так, по данным Национального института сердца, легких и крови, женщины в три раза чаще умирают после ангиопластики, риск смертности после аорто-коронарного шунтирования у женщин более чем в два раза выше, чем у мужчин [10]. Тем не менее в последние годы отмечается рост количества женщин, перенесших операцию коронарного шунтирования. Известно, что в разных лечебных учреждениях существуют значительные различия в подходе к хирургическому лечению женщин, страдающих ИБС [1]. Однако при всем многообразии вопросов, воз-