

К.Г. Кожокарь, В.С. Нестеров*, И.А. Урванцева*, А.И. Горьков*, В.В. Ромашкин*

Первые результаты транскатетерной имплантации аортального клапана Core Valve

ГБОУ ВПО МИ «СурГУ
ХМАО-Югры»

* БУ ХМАО-Югры «ОКД «ЦД
и ССХ», 628400, Тюменская
область, Ханты-Мансийский
автономный округ – Югра,
Сургут, просп. Ленина, 69/1,
krisamber8@gmail.com

УДК 616.126.52-089.819.843
ВАК 14.01.26

Поступила в редколлегию
28 марта 2013 г.

© К.Г. Кожокарь,
В.С. Нестеров,
И.А. Урванцева,
А.И. Горьков,
В.В. Ромашкин, 2013

Представлен клинический случай успешной транскатетерной имплантации аортального клапана у пациентки с дегенеративным стенозом, проанализированы первые результаты в ближайшем послеоперационном периоде.

Ключевые слова: аортальный стеноз; протезирование клапана; транскатетерная имплантация аортального клапана.

Аортальный стеноз в настоящее время рассматривают как важную социально-экономическую проблему, поскольку это самый частый порок сердца у взрослых (70–85% случаев среди всех пороков) [1, 2]. Его распространенность повышается вследствие общего увеличения возраста популяции. Частота обнаружения аортального стеноза среди лиц в возрасте 65 лет составляет около 25%, а после достижения возраста 75 лет увеличивается до 48% [4].

Общеизвестно, что оперативное вмешательство по имплантации искусственного аортального клапана (АК) позволяет значительно улучшить прогноз, однако около 30% больных имеют серьезные противопоказания к открытой операции, самые частые из которых выражены снижением сократимости левого желудочка и тяжелые сопутствующие заболевания. Единственный способ повысить выживаемость таких больных состоит в разработке миниинвазивных процедур по замене клапанов. В связи с этим появился интерес к транскатетерной имплантации аортального клапана (TAVI). Подобное вмешательство позволяет избежать использования аппарата искусственного кровообращения и требует меньшего объема анестезиологического пособия. Первая имплантация была описана в 2002 г. [5], и количество этих операций постоянно растет. В исследовании ADVANCE изучалась эффективность TAVI у пациентов с тяжелым аортальным стенозом и очень высоким риском хирургического вмешательства (EuroSCORE 20%). Всего в исследование было включено 1 015 пациентов с хроничес-

кой сердечной недостаточностью III и IV ФК по NYHA. В ближайшем послеоперационном периоде у большинства больных было отмечено существенное клиническое улучшение. Общая частота сердечно-сосудистых осложнений (смерть, инсульт, инфаркт миокарда) составила 8,1% в течение 30 дней после операции. Таким образом, процедура TAVI может быть относительно безопасно выполнена у пациентов, которым отказано в открытой операции на аортальном клапане [3].

В Российской Федерации пока выполняется не более 20 операций в год. На базе БУ ХМАО-Югры Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии» г. Сургута в декабре 2012 г. успешно выполнены две таких операции пациенткам 72 и 66 лет. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентки были выписаны на 7-е и 6-е сутки после операции. Ниже приведен один из случаев.

Пациентка Ш., 72 лет, впервые госпитализирована в клинику в плановом порядке в конце мая 2012 г. с жалобами на боли в области сердца с иррадиацией в нижнюю челюсть, правую руку, одышку при физической нагрузке при прохождении менее 50 м, перебои в работе сердца, головокружение. Жалобы появились с осени 2011 г. При обследовании установлен диагноз: Порок аортального клапана с преобладанием стеноза. Умеренная недостаточность митрального клапана, НК-2а. Пароксизмальная форма ФП вне пароксизма. Гипертоническая болезнь II стадии, меди-

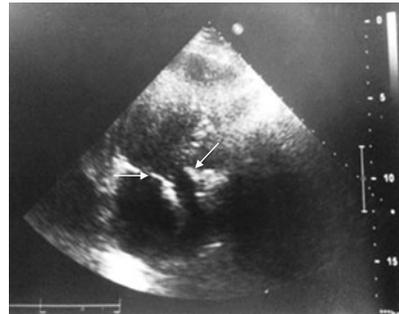
Рис. 1.

Протез аортального клапана Core Valve в открытом виде.



Рис. 2.

ЭхоКГ после операции, стрелками обозначен имплантированный клапан.



каментозная нормотензия, риск 4. По данным ЭхоКГ, выявлен стеноз АК (фиброкальциноз створок с переходом на ФК) с пиковым градиентом 75 мм рт. ст., узкое фиброзное кольцо АК (1,8 см), умеренная гипертрофия ЛЖ (МЖП 1,2 см, ТЗСЛЖ 1,2 см). По коронарографии гемодинамически значимых стенозов не было выявлено. С учетом высокого риска возможных осложнений при открытой операции, возраста пациентки, риска по шкале EuroSCORE 18% было принято решение о проведении эндоваскулярного протезирования АК.

19.12.2012 г. выполнена операция TAVI под общей анестезией в условиях ИВЛ. Осуществлен трансфеморальный доступ, через бедренную вену слева установлен интродьюсер 6F, через него проведен электрод для временной ЭКС и позиционирован в ПЖ. Пунктирована бедренная артерия справа, установлен интродьюсер 6F. Через АК в полость ЛЖ проведен проводник Amplatz Super Shift. По проводнику проведен баллон-катетер 20 × 45 мм, позиционирован на уровне фиброзного кольца АК. На фоне сверхчастой стимуляции ПЖ ЧСС 180 уд/мин выполнена вальвулопластика АК. По системе доставки проведен протез АК CoreValve 26 мм, имплантированный в позицию клапана. Длительность операции составила 2 ч 45 мин. По завершении выполнен Эхо-контроль, дисфункция протеза не выявлена. Пациентка переведена в отделение анестезиологии и реанимации. Через сутки после операции на ЭКГ отмечено ухудшение внутрижелудочковой проводимости, а затем – развитие блокады ЛНПГ. Длительность пребывания в отделении анестезиологии и реанимации составила одни сутки. По данным ЭхоКГ, через 7 суток после операции – положительная динамика показателей: пиковый градиент потока на АК снизился до 10 мм рт. ст., а скорость кровотока до 1,5 м/с; в проекции аортального клапана визуализируется протез (рис. 1 и 2). Пациентка отмечала субъективное улучшение самочувствия, на 7-е сутки после операции она была выписана из ста-

ционара с рекомендациями по дальнейшей медикаментозной терапии и расширению физической нагрузки.

После выписки из стационара пациентка находилась под динамическим наблюдением кардиолога. Через неделю после выписки ЭКГ-контроль: ритм синусовый с ЧСС 63 в минуту; полная блокада ЛНПГ. Через месяц после операции пациентка отмечает отсутствие одышки, имевшейся до операции, повышение толерантности к физической нагрузке, субъективное улучшение самочувствия. По результатам ХМ ЭКГ, данных о нарушении внутрижелудочковой проводимости нет. На ЭхоКГ пиковый градиент АК снижен до 7,2 мм рт. ст., скорость кровотока – 1,35 м/с; наряду с этим отмечается снижение системного давления в ЛА с 43 (до операции) до 28 мм рт. ст. и уменьшение размеров МЖП и ТЗСЛЖ до 0,9 см.

Таким образом, клинический случай подтверждает высокую эффективность транскатетерной имплантации аортального клапана, которая является хорошей альтернативой в лечении приобретенных пороков АК у лиц старших возрастных групп с высоким риском оперативного вмешательства. Кроме того, ранняя активизация пациентов и уменьшение сроков пребывания в стационаре приводят в итоге к значительному экономическому эффекту.

Список литературы

1. Национальное руководство по кардиологии. М., 2007.
2. Руководство по кардиологии. Киев, 2008.
3. Транскатетерная имплантация аортального клапана [Электронный ресурс] // Internist.ru: Всероссийская Образовательная Интернет-сессия. М., 2008–2012. URL: http://www.internist.ru/articles/hirurgiya/EuroPCR-2012/EuroPCR-2012_356.html (дата обращения: 25.01.2013).
4. Camm J., Luscher T.F., Serruys P.W. ESC Textbook Cardiovascular Medicine, 2009. P. 1272–1285.
5. Vahanian A., Alferi O., Al-Attar N. et al. // Eur. Heart J. 2008. V. 29. P. 1463–1470.