

УДК 612-022

**СЛУЧАЙ УСПЕШНОЙ ТРОМБОЛИЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТА
С ТРОМБОЗОМ ПРОТЕЗА АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА**

Ю.А. Шнейдер, И.С. Курапеев, Е.Е. Худеньких, Е.В. Слепенко, П.Г. Святогор, А.М. Нитишевский
Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава. Россия

**CLINICAL CASE OF SUCCESSFUL THROMBOLYSIS THERAPY THE PATIENT
WITH A THROMBOSIS OF THE AORTIC PROSTHESIS**

J.A. Shnejder, I.S. Kurapeev, E.E. Khudenskikh, E.V. Slepёnok, P. G., Svjatogor, A.M. Nitishevskij
St. Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

У пациента после протезирования корня и восходящей аорты клапаносодержащим кондуитом в послеоперационном периоде появились признаки острого тромбоза протеза. Проведен тромболизис с отчетливым положительным эффектом.

Ключевые слова: аортальный стеноз; аневризма восходящего отдела аорты; тромбоз аортального протеза; тромболизисная терапия

The clinical case of patient F. who was undergone operation of Bental de Bono (aortic root and ascending aorta replacement with valve conduit) is presented. In the postoperative period there were signs of a acute thrombosis of the aortic prosthesis. Thrombolysis was performed with a distinct positive effect.

Key words: aortal stenosis; aneurysm of ascending department of an aorta; thrombosis of the aortic prosthesis; thrombolytic therapy

Пациент Ф., 71 г. поступил в клинику сердечно-сосудистой хирургии СПбМАПО 24 мая 2010 года с диагнозом:

Основной: Хроническая ревматическая болезнь сердца. Порок аортального клапана. Критический аортальный стеноз. Аортальная недостаточность III степени. Аневризма восходящего отдела аорты.

Осложнение основного заболевания: Относительная трикуспидальная недостаточность II степени. Легочная гипертензия 1 степени. Гипертрофия левого желудочка. Стенокардия напряжения I ФК. Очаговый кардиосклероз в области нижней стенки левого желудочка. Хроническая сердечная недостаточность II Б стадии, III ФК (NYHA).

Сопутствующие заболевания: Цереброваскулярная болезнь. Дисциркуляторная энцефалопатия II ст. Кисты левой почки. Мочекаменная болезнь. Камень левой почки. Варикозное расширение вен нижних конечностей. ХВН 0–1 ст.

Из анамнеза известно: с детства педиатром выявляли шум в сердце. На учете у кардиолога не состоял, прицельно не обследовался. Переносимость нагрузок оставалась высокой, активно занимался спортом. В 25 лет после переохлаждения дважды за 3 месяца перенес тонзиллит. Лечился в стационаре. Выполнена тонзиллэктомия. Ревматологом не осматривался, на учете не состоял. В 2006 году во время профилактического осмотра выявлен грубый систолический шум над аортой, по этому поводу не обследовался. Ухудшение состояния с начала декабря 2009 года: перенес ОРВИ, лечился амбулаторно. В январе появилась одышка с постепенным снижением толерантности к физичес-

кой нагрузке до минимальной и появлением отеков нижних конечностей до уровня верхней трети голеней ближе к вечеру, за 2 месяца похудел на 12 кг. 06.03.10 г. в связи с прогрессированием перечисленных жалоб госпитализирован в городскую больницу с диагнозом: Ревматизм, активность 2 ст. Порок аортального клапана. На фоне проводимой терапии состояние пациента улучшилось: уменьшились проявления одышки, исчезли отеки на голенях. Поступил в клинику сердечно-сосудистой хирургии СПбМАПО для обследования и оперативного лечения. На ЭхоКГ: критический аортальный стеноз с максимальным градиентом 101 мм рт. ст, регургитация 3 ст с *vena contracta* 8 мм. Аневризма восходящего отдела аорты до 57 мм. При коронарографии гемодинамически значимых стенозов не выявлено. Пациенту было показано оперативное лечение протезирование аортального клапана и восходящего отдела аорты. Операция выполнена 27.05.2010 года. Интраоперационно выявлено: сердце значительно увеличено в размерах, преимущественно за счет левого желудочка, аорта расширена в восходящем отделе до 6,0 см, дуга аорты — 3,0–3,5 см в диаметре на уровне брахицефального ствола. Подключен АИК (аорта в области дуги — правое предсердие, дренаж левого желудочка). Пережата аорта. Антероретроградная кардиоплегия раствором кустодиола объемом 2 л в коронарный синус и в корень аорты, а после вскрытия аорты — в устья коронарных артерий. Наружное охлаждение сердца тающим льдом. Аорта поперечно пересечена выше синотубулярного сочленения. Аортальный клапан трехстворчатый, створки значительно кальцинированы, утолщены, деформированы,

с переходом кальциноза на фиброзное кольцо. В центре правой коронарной створки имеется несквозной дефект овальной формы размерами 0,9х0,4 см (рис. 1).



Рис. 1. Несквозной дефект правой коронарной створки

Створки аортального клапана иссечены. В аортальную позицию тринадцатую П-образными швами с прокладками имплантирован конduit — протез аортального клапана Мединж № 23 с закрепленным сосудистым протезом № 26. (рис. 2). В основание протеза поочередно вшиты устья левой, правой и огибаю-

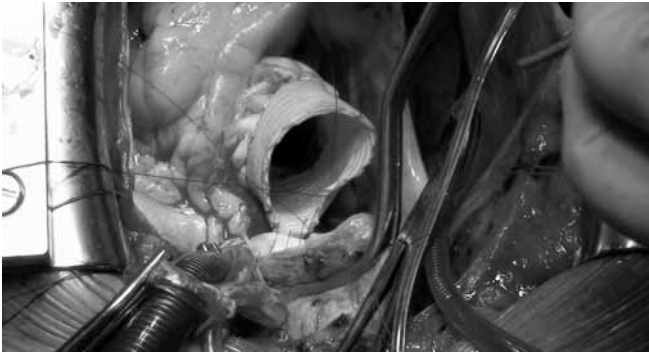


Рис. 2. В аортальную позицию имплантирован протез аортального клапана

щей (отходящей отдельным устьем от правого коронарного синуса) коронарных артерий. Свободный край аорты непрерывным швом нитью пролена 4/0 сшит со стенкой сосудистого протеза по типу манжетки. Дистальный участок аневризмы отсечен на уровне устья брахицефального ствола. Сформирован анастомоз конец-в-конец дистальной части протеза с дугой аорты. (рис. 3). Снят зажим с аорты. Сердечная деятельность восстановлена разрядами дефибрилятора.

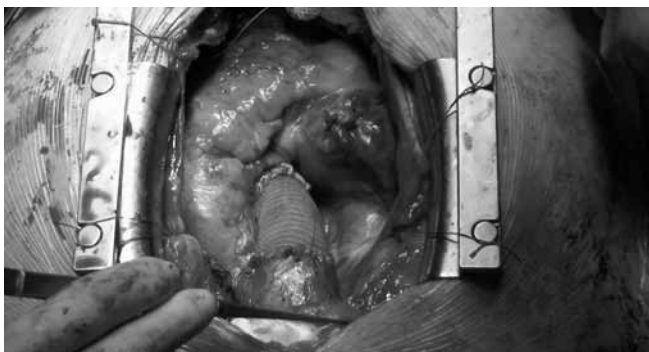


Рис. 3. Анастомоз «конец-в-конец» дистальной части протеза с дугой аорты

Длительность искусственного кровообращения — 143 мин., пережатие аорты — 93 мин.

Экстубирован на следующие сутки и переведен в отделение.

В послеоперационном периоде наблюдался двусторонний гидроторакс (уровень жидкости слева 7 см, справа 10 см). Были проведены повторные пункции правой плевральной полости, с получением 300,0; 900,0 и 1300,0 содержимого серозно-геморрагического характера. На всем протяжении послеоперационного периода пациент не лихорадил, получал адекватные дозы антикоагулянтов (варфарин), в течение 3 недель отчетливо выслушивалась работа протеза аортального клапана, слабый систолический шум на протезе. Однако 18.06.10. появился интенсивный систолический шум на протезе аортального клапана, на фоне которого работа клапана стала менее отчетливой. 21.06.10. выросла интенсивность систолического шума во всех точках, максимально выраженный во 2 точке над аортой, иррадиирующий на верхушку сердца и сосуды шеи. При этом жалоб пациент не предъявлял, общее соматическое состояние оставалось удовлетворительным. На момент выявления систолического шума МНО было равно 3,37. Выполнена флюороскопия клапана, выявлено ограничение движения створок протеза. На ЭхоКГ: в аортальной позиции протез с максимальным градиентом 122–132 мм рт. ст, средним — 64 мм рт. ст. Регургитация 1–2 ст. Нельзя исключить тромбоз протеза. К терапии добавлен клексан (по 0,4 мг 2 раза в сутки п/к). На следующий день отрицательная динамика: максимальный градиент 145–155 мм рт. ст, средний градиент 74 мм рт. ст., регургитация 2 ст. Самочувствие пациента не изменилось. Учитывая высокий риск повторной операции у данного больного, принято решение выполнить тромболизис, для чего пациент был переведен в отделение реанимации. В качестве тромболитика использован активатор тканевого плазминогена (альтеплаза) в суммарной дозе 100 мг в течение 2 ч (10 мг внутривенно болюсно в течение 1–2 мин., затем 90 мг в течение последующих 2 ч), по окончании тромболизиса пациенту введен гепарин под контролем АЧТВ (в 1,5 раза выше нормы). Через 20 минут от начала тромболизисной терапии при аускультации отмечена отчетливая мелодия работы протеза клапана, значительное уменьшение интенсивности систолического шума над аортальным клапаном. Пациент на следующий день переведен в палату кардиохирургического отделения. Продолжена антикоагулянтная терапия (варфарин) с поддержанием МНО на уровне 3,0–3,5; к терапии подключены антиагреганты (тромбо АСС). На контрольной ЭхоКГ положительная динамика: в аортальной позиции протез с максимальным градиентом 46 мм рт. ст, средним 21 мм рт. ст, регургитация 1 ст. По данным чреспищеводной ЭхоКГ, протез без признаков дисфункции, дополнительных образований на протезе не выявлено. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии через 1 месяц после операции и неделю после выполнения тромболизиса. В настоящее время продолжает работать по месту жительства врачом скорой медицинской помощи, самочувствие удовлетворительное.