

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра и клиника сердечно-сосудистой хирургии ИПО

Рецензия профессора, ДМН кафедры и клиники сердечно-сосудистой хирургии ИПО Дробота Дмитрия Борисовича на реферат ординатора первого года обучения специальности сердечно-сосудистая хирургия Вагнера Владимира Викторовича по теме: «Стеноз аортального клапана».

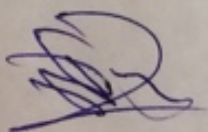
Рецензия на реферат – это критический отзыв о проведенной самостоятельной работе ординатора с литературой по выбранной специальности обучения, включающий анализ степени раскрытия выбранной тематики, перечисление возможных недочетов и рекомендации по оценке. Ознакомившись с рефератом, преподаватель убеждается в том, что ординатор владеет описанным материалом, умеет его анализировать и способен аргументированно защищать свою точку зрения. Написание реферата производится в произвольной форме, однако, автор должен придерживаться определенных негласных требований по содержанию. Для большего удобства, экономии времени и повышения наглядности качества работ, нами были введены стандартизированные критерии оценки рефератов.

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора первого года обучения специальности сердечно-сосудистая хирургия.

Оценочный критерий	Положительный/ отрицательный
1. Структурированность	+
2. Наличие орфографических ошибок	+
3. Соответствие текста реферата его теме	+
4. Владение терминологией	+
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6. Логичность доказательной базы	+
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8. Круг использования известных научных источников	+
9. Умение сделать общий вывод	+

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

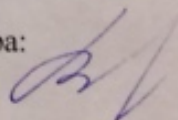
Комментарии рецензента:



Дата: 5.04.19

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра и клиника сердечно-сосудистой хирургии ИПО

Заведующий кафедрой: Д.М.Н. Профессор Сакович В.А.
Проверил: Д.М.Н. Профессор Дробот Д.Б.

Реферат «Стеноз аортального клапана»

Выполнил: врач-ординатор сердечно-сосудистый хирург 1 года Вагнер В.В.

Красноярск 2018г

Тема: «Стеноз аортального клапана».

Аортальный клапан сердца

- Состоит из фиброзного кольца и полулунных створок;
- Трехстворчатый
 - *Правая коронарная створка;*
 - *Левая коронарная створка;*
 - *Некоронарная створка.*
- Створки разделены между собой тремя комиссурами;
- Отсутствует подклапанный хордопапиллярный аппарат.
- Створки АК и корень аорты образуют синусы Вальсальвы, в которых расположены устья коронарных артерий.

С гемодинамической точки зрения различают:

Стеноз АК– до 2% случаев всех ППС;

Недостаточность АК– до 3.8% случаев;

Комбинированный аортальный порок– до 22.5% случаев всех ППС.

Механизм коронарной недостаточности при патологии АК:

Абсолютная коронарная недостаточность – развивается при наличии морфологических изменения коронарных артерий (*атеросклероз, окклюзия, перегиб артерии*);

При пороках аортального клапана имеет место относительная коронарная недостаточность, связанная с обеднением коронарного кровотока при интактных коронарных артериях:

При стенозе АК – недостаточное поступление крови в аорту из-за высокого градиента давления и большая масса миокарда ЛЖ;

При недостаточности АК – диастолический «провал» крови из Ао в ЛЖ через некомпетентный АК.

Стеноз аортального клапана.

Стеноз аортального клапана: порок сердца, характеризующийся уменьшением проходного диаметра аортального клапана, что создает разницу (градиент) давления проксимальнее и дистальнее клапана.

Этиология стеноза аортального клапана:

Ревматический вальвулит – до 50% случаев;

Инфекционный эндокардит с кальцификацией вегетаций – до 27% случаев;

Врожденные патологии (*Синдром Вильямса, гипоплазия фиброзного кольца АК, двухстворчатый АК*) – до 5% случаев;

Атеросклероз с кальцинозом АК – до 2% случаев;

Патофизиология стеноза АК

Площадь отверстия АК в норме - 2.5 – 3.5 см².

При сужении отверстия АК до 0.8 – 1 см² систолический градиент между ЛЖ и Ао достигает 50 мм рт. ст. (**т.н. хирургический градиент**);

«**Критический аортальный стеноз**» развивается, когда площадь аортального отверстия достигает 0.5 – 0.7 см² и систолический градиент между ЛЖ и Ао достигает 150 мм рт. ст.

По градиенту давления на АК различают

4 степени стеноза:

Умеренный стеноз АК - систолический градиент давления между ЛЖ восходящей аортой менее 50 мм рт. ст.

Выраженный стеноз АК – градиент давления между ЛЖ и аортой 50 – 80 мм рт. ст.

Резкий стеноз АК - градиент давления между ЛЖ и аортой 80 - 150 мм рт. ст.

Критический стеноз АК – градиент давления между ЛЖ и аортой более 150 мм рт. ст.

Клиника стеноза АК

Слабость, повышенная утомляемость;

Одышка при физических нагрузках, затем в покое;

В начальных стадиях одышка рефлекторная, связанная с нарушением мозгового кровообращения. В последующем одышка связана с декомпенсацией и застоем в легких (*сердечная астма*).

Боли в области сердца, чаще ишемического генеза (связаны с относительной коронарной недостаточностью);

Обморочные состояния и потеря сознания (связаны с ишемией головного мозга);

Клиника нарушений сердечного ритма (перебои в работе сердца, сердцебиение, чувство «замирания» сердца и др.).

Диагностика стеноза АК

Характерные жалобы;

Резко усиленный верхушечный толчок, смещенный влево и вниз;

Несоответствие между усиленным верхушечным толчком и относительно «малым» пульсом;

Систолическое дрожание в области грудины, в яремной и надключичных ямках, по ходу сонных артерий;

Смещение левой границы сердечной тупости кнаружи.

Аускультативно – систолический «шум изгнания» грубого тембра различной интенсивности во II м/р справа от грудины и в V точке, а также по ходу подключичных и сонных артерий.

ЭКГ – выраженная гипертрофия ЛЖ, блокада левой ножки пучка Гисса

Rh – характерная «аортальная» конфигурация сердечной тени, расширение границы сердца влево и закругление дуги ЛЖ; Наличие выраженной талии сердца; Выбухание I дуги по левому контуру (*постстенотическое расширение Ао*) и IV дуги по левому контуру (*ЛЖ*).

В левой косой проекции отклонение пищевода по дуге большого радиуса.

ЭхоКГ - изучение анатомических особенностей клапана;

Измерение диаметра фиброзного кольца клапана и площади его отверстия;

Измерение размеров полостей сердца (*КДР, КСР*), объемов крови (*КСО, КДО*), показателей сократимости ЛЖ (*ФВ, УО*).

Допплерография – увеличение скорости кровотока, измерение систолического градиента на АК и других показателей гемодинамики; АКГ (*левая вентрикулография*) – визуализация стеноза и определение морфологических особенностей клапана;

Оценка размеров полостей сердца и их сократимости.

Катетеризация ЛЖ и Ао: Инвазивное измерение давления в полостях сердца и градиента на АК;

Показания к операции при стенозе АК

Недостаточность кровообращения 2А – 2Б стадии;

III – IV ФК NYHA;

Наличие «триады симптомов» - обмороков, сердечной астмы, ангинозных болей;

Признаки гипертрофии миокарда ЛЖ;

Систолический градиент на АК более 50 мм рт. ст.

Противопоказание к операции: НК 3 стадии (*необратимые изменения в органах и тканях, полиорганная недостаточность*)

Методы хирургического лечения стеноза АК

Эндоваскулярные операции Баллонные вальвулопластики стеноза АК;

Операции в условиях ИК, гипотермии и ФХКП

Реконструктивные операции на АК:

Открытая аортальная комиссуротомия.

Протезирование АК механическим или биологическим протезом.

Особенности ведения больных после протезирования клапанов сердца:

Антитромботическая терапия по АНА (*American Heart Association*) и АСС (*American College of Cardiology*).

Ранний послеоперационный период – прямые антикоагулянты (*гепарин в дозировке 180 – 240 ЕД/кг с четырёхчасовыми интервалами между инъекциями*).

С 3 – 5 суток после операции - пероральный приём антикоагулянтов непрямого действия (*фенилин или варфарин*).

Контроль адекватности антикоагулянтной терапии:

Индекс протромбина (*по Квику*) - 45 - 50% от нормы;
МНО (INR) - для аортальных протезов 2.0 - 2.5 ЕД

Антикоагулянтная терапия

**Для механических протезов независимо от позиции имплантации –
ПОЖИЗНЕННО !!!**

Для биологических протезов независимо от позиции имплантации – первые 6
месяцев после операции (до эндотелизации манжетки протеза).