

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 Кожухова Дмитрия Алексеевича по теме: «Недостаточность
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 второго 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:

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 «**Недостаточность аортального клапана**».

Выполнил: врач-ординатор сердечно-сосудистый хирург 2 года Кожухов Д.А.

Красноярск 2020г

Тема: «Недостаточность 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.

Недостаточность аортального клапана

- **Недостаточность аортального клапана:** порок сердца, характеризующийся неполным смыканием створок аортального клапана в диастолу, что создает возможность диастолической регургитации крови из восходящей аорты в левый желудочек.

Этиология недостаточности аортального клапана

Ревматический вальвулит – до 50% случаев;

Инфекционный эндокардит (*разрушение створок АК*) – до 27% случаев;

Врожденные патологии (*синдром Марфана, идеопатическая аортоаннулярная эктазия*) – до 5% случаев;
Специфические и неспецифические аортиты, аневризмы корня аорты (*дилатация аорты и фиброзного кольца АК*) – до 5% случаев;
Травмы и ранения клапана – 1% случаев.

По глубине регургитации крови в ЛЖ различают 4 степени АН:

- I степень – непосредственно под створки АК;
- II степень – до передней створки МК;
- III степень – до головок папиллярных мышц МК;
- IV степень (*тотальная недостаточность*) – до верхушки ЛЖ.

Клиника недостаточности АК

Одышка и утомляемость при физических нагрузках;
Боли в области сердца, чаще ишемического генеза (*связаны с относительной коронарной недостаточностью*);
Головокружения, обмороки (*ишемического генеза*);
При развитии левожелудочковой недостаточности – застойные явления в легких;
Клиника нарушений сердечного ритма (*перебои в работе сердца, сердцебиение, чувство «замирания» сердца и др.*).

Диагностика недостаточности АК

Характерные жалобы;
Положительный симптом Мюссе и пляска каротид;
Капиллярный пульс;
Усиленный и разлитой верхушечный толчок, смещенный влево и вниз;
Низкое (*до 0 мм рт. ст.*) диастолическое давление при нормальных цифрах систолического давления;
Смещение левой границы сердечной тупости кнаружи.
Аускультативно – Ослабление II тона за счет выпадения аортального компонента;
Диастолический «шум регургитации» различной интенсивности во II м/р справа от грудины, по левому краю грудины с эпицентром в III - IV м/р и на верхушке сердца.
ЭКГ – гипертрофия и дилатация ЛЖ, относительная коронарная недостаточность
Rh – характерная «аортальная» конфигурация сердечной тени, расширение границы сердца влево; Наличие выраженной талии сердца;

Отсутствие постстенотического расширения аорты; Выбухание IV дуги по левому контуру (ЛЖ), тупой левый кардиодиафрагмальный угол.

В левой косой проекции отклонение пищевода по дуге большого радиуса.

ЭхоКГ: изучение анатомических особенностей клапана, объема и характера движения створок;

Измерение диаметра фиброзного кольца клапана и площади отверстия;

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

Допплерография - измерение глубины регургитации крови в ЛЖ и других показателей гемодинамики;

Оценка КДД и КДО ЛЖ как показателей декомпенсации сократительной функции миокарда ЛЖ.

АКГ (аортография): оценка степени регургитации контрастированной крови из аорты в ЛЖ;

Оценка размеров полостей сердца и их сократимости.

Катетеризация ЛЖ и Ао: Измерение давления в полостях сердца и аорте;

Показания к операции при недостаточности АК Недостаточность кровообращения 2А – 2Б стадии;

III – IV ФК NYHA;

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

Недостаточность АК III – IV степени;

Повышение конечно-диастолического давления в ЛЖ более 15 мм рт. ст.

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

Методы хирургической коррекции недостаточности АК Только операции в условиях ИК, гипотермии и ФХКП

Реконструктивные операции на АК:

Аннулопластика АК (операции суживания фиброзного кольца АК);

Вальвулопластика АК (реконструкция створок АК);

Протезирование АК механическим или биологическим протезом.

Особенности ведения больных после протезирования клапанов сердца:

Антитромботическая терапия по АНА (American Heart Association) и ACC (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).