

СЛУЧАЙ РАННЕГО ТРОМБОЗА КОРОНАРНЫХ СТЕНТОВ У ПАЦИЕНТА С ДИНАМИЧЕСКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

УДК 616.13–005.6–089.84+616.34–007.272

Поступила 18.04.2011 г.



О.В. Хилькевич, врач отделения реанимации и интенсивной терапии;
А.В. Филатов, к.м.н., начальник патологоанатомического отделения;
А.В. Клеменов, д.м.н., доцент

Военный госпиталь, Москва

Описан случай раннего тромбоза коронарных стентов у пациента с динамической кишечной непроходимостью. Высказано предположение о том, что патогенетическая связь тромбоза стентов и кишечной непроходимости реализуется через нарушение всасывания перорально принимаемых антиагрегантов.

Ключевые слова: тромбоз коронарных стентов, кишечная непроходимость.

English

A case of early thrombosis of coronary stents in a patient with dynamic bowel obstruction

O.V. Khilkevich, Physician, the Intensive Care Unit;
A.V. Filatov, PhD, Head of the Department of Morbid Anatomy;
A.V. Klemenov, D.Med.Sc., Associated Professor

Military Hospital, Moscow

There has been described the case of early thrombosis of coronary stents in the patient with dynamic bowel obstruction. The pathogenetic relation of stent thrombosis and bowel obstruction has been suggested to be realized through malabsorption of peroral antiaggregants taken.

Key words: coronary stent thrombosis, bowel obstruction.

В последние годы в практике инвазивного лечения коронарных больных доминирует имплантация стентов с лекарственным покрытием. Основным осложнением при их использовании является тромбоз, профилактика которого требует антитромбоцитарной терапии, включающей комбинацию ацетилсалициловой кислоты и клопидогреля. Главной причиной развития тромбоза остается преждевременная отмена антиагрегантов в связи с низкой приверженностью больных к лечению; клинически значимыми могут быть прерывание антитромбоцитарной терапии в связи с предстоящей хирургической операцией, неадекватная дозировка и лекарственная несовместимость (например, клопидогреля и ингибиторов протонной помпы или липофильных статинов) [1, 2]. Меньшее внимание уделяется расстройствам кишечного всасывания как потенциальной причине снижения биодоступности антиагрегантов.

Пациент Ш., 60 лет, был госпитализирован в отделение реанимации Военного госпиталя 12.05.2008 г. после ус-

пешно проведенных на догоспитальном этапе реанимационных мероприятий по поводу фибрилляции желудочков и внезапной сердечной смерти. В анамнезе — артериальная гипертензия и недавно перенесенный нижний инфаркт миокарда. Незадолго до описанных событий больному была выполнена коронароангиография, установившая окклюзию правой коронарной артерии, стеноз ствола левой коронарной артерии на 30%, проксимальный критический стеноз передней межжелудочковой ветви на 90%, стеноз огибающей ветви на 50%. По полученным результатам было рекомендовано аортокоронарное шунтирование.

При поступлении состояние больного оценивалось как крайне тяжелое, кома. Отмечены цианоз губ, одышка — 20 в минуту. АД — 100/60 мм рт. ст. Хрипов в легких и отеков не зафиксировано. Сатурация кислорода — 70%. На ЭКГ отмечен подъем сегмента ST в отведениях III, aVF, депрессия сегмента ST в грудных отведениях. При эхоКГ выявлены нарушения глобальной фракции выброса — 35% — и локальной сократимости миокарда, акинезия заднеперегородочной и заднебоковой стенок на уров-

Для контактов: Клеменов Алексей Викторович, тел. моб. +7 910-389-96-11; e-mail: klemenov_av@list.ru



Тромбы в стентах из передней межжелудочковой ветви (а) и правой коронарной артерии (б)

не нижней и средней трети, дискинезия задней стенки на уровне верхней трети за счет аневризмы, гипокинезия передней стенки левого желудочка на всем протяжении. В крови отмечалось повышение уровня тропонина Т до 0,4 нг/мл (норма — 0–0,1 нг/мл).

Установлен диагноз: «ИБС. Острый повторный нижний инфаркт миокарда от 12.05, осложненный фибрилляцией желудочков, постинфарктный кардиосклероз (инфаркт миокарда от 23.03), хроническая аневризма левого желудочка. Состояние после клинической смерти, реанимационных мероприятий (непрямой массаж сердца, ИВЛ) от 12.05. Гипертоническая болезнь III стадии».

В связи с тяжестью состояния больного и высоким риском внезапной смерти принято решение об экстренном оперативном вмешательстве, и 13.05 выполнена ангиопластика со стентированием правой и передней межжелудочковой коронарных артерий стентами Cypher Select Plus (Cordis, США). Операция прошла успешно, гемодинамика стабилизировалась, но на 3-и сутки состояние больного ухудшилось: появились схваткообразные боли в животе и повторная рвота, отсутствовал стул, не отходили газы. При осмотре отмечались вздутие живота, умеренная болезненность при пальпации во всех отделах, отсутствие кишечных шумов. Обзорная рентгенография брюшной полости документировала раздутые петли тонкой и толстой кишки. Состояние было расценено как динамическая кишечная непроходимость, и проводимое лечение (Аспирин, Плавикс, Клексан, Аторис, Ренитек, Эгилек) было дополнено назначением Прозерина, Мотилиума, Эспумизана, Кваматела. Выполняли сифонные клизмы, через назогастральный зонд аспирировали желудочное содержимое, осуществляли парентеральное питание и внутривенную регидратацию. На фоне лечения клиника пареза кишечника уменьшилась: ослабла выраженность болей в животе, появилась вялая перистальтика. Однако 22.05, на 9-е сутки после операции, состояние пациента вновь резко ухудшилось: внезапно возникли боли в груди, развились явления шока, появилась полная атриовентрикулярная блокада. Проводили инотропную поддержку Допамином и Добутамином, выполняли электрокардиостимуляцию, однако состояние больного ухудшалось и при прогрессирующих явлениях кардиогенного шока наступил летальный исход.

При патологоанатомическом исследовании был подтвержден повторный инфаркт миокарда задней стенки левого желудочка давностью около десяти дней, выявлены крупноочаговый кардиосклероз передней и задней стенок левого желудочка, хроническая аневризма задней стенки левого желудочка, стенозирующий атеросклероз

коронарных сосудов. Просвет обоих стентов был заполнен тромботическими массами темно-красного цвета: в правой коронарной артерии — на протяжении 2 см, в передней межжелудочковой ветви — на протяжении 1 см (см. рисунок).

При осмотре органов брюшной полости обнаружено расширение петель кишечника; в просвете кишок — газ, обильное жидкое желтовато-зеленое содержимое, отмечены отечность и серовато-розовый оттенок слизистой оболочки тонкой кишки. Гистологическое исследование документировало лейкоцитарную инфильтрацию стенок тонкой и толстой кишки.

Развитие раннего тромбоза стентов, доказанное при аутопсии, у больного с кишечной непроходимостью представляется неслучайным явлением. Нарушение продвижения кишечного содержимого неизбежно сопряжено с расстройством процессов всасывания, в том числе и перорально принимаемых лекарственных препаратов, включая антиагреганты. Дополнительным фактором тромбоза может выступать сгущение крови на фоне дегидратации, усугубляемой повторной рвотой. По имеющимся наблюдениям, при прекращении антитромбоцитарной терапии критическим является именно 10-дневный период, на который приходится большинство (79%) случаев тромбоза стента [2].

Приведенный случай служит ярким примером наличия такой потенциальной причины раннего тромбоза стентов, как нарушение биодоступности антиагрегантов на фоне кишечной непроходимости. К развитию последней у пациента, перенесшего чрескожное коронарное вмешательство, могут предрасполагать введение опиатов, электролитный дисбаланс, автономная диабетическая энтеропатия, нарушение кровотока в стенке кишки при сопутствующих мезентериальном тромбозе или сердечной недостаточности.

Литература

1. Линчак Р.М., Карташева Е.Д. Роль клопидогрела в лечении и профилактике острого коронарного синдрома и повторных атеротромботических событий. Кардиология 2010; 3: 91–96.
2. Преображенский Д.В. Безопасность кратковременного прекращения антитромбоцитарной терапии у больных со стентами, высвобождающими лекарство. Кардиология 2010; 1: 67.

References

1. Linchak R.M., Kartasheva E.D. *Kardiologia* 2010; 3: 91–96.
2. Preobrazhenskiy D.V. *Kardiologia* 2010; 1: 67.