этапах, исключение внесения необоснованных исправлений, а также регистрация производится в онлайн-режиме, при минимальных затратах времени (5-7 мин), во всех стационарах (I, II и III уровень).

Результаты:

Анализ данных Электронной базы индикаторов ОКС показал возможность оперативного выявления основных причин задержки в экстренном оказании медицинской помощи пациентам с ОКС. Одной из основных причин является позднее обращение больных за медицинской помощью при первых признаках ОИМ. По республике среднее время обращения пациента с момента возникновения болей за грудиной до первого медицинского контакта составило 384,6 минут (6 часов). Имеются недостатки в оказании помощи на этапе скорой медицинской помощи. Так, например, среднее время доставки пациента с момента первого медицинского контакта до двери центра чрезкожного коронарного вмешательства (ЧКВ) составило 197,9 минут (3,2 часа) при целевом уровне до 120 минут (2 часа). При проведении догоспитальной тромболизисной терапии бригадой скорой помощью среднее время оказания помощи по РК составило 35,8 минут (целевой уровень в течении 30 минут). Кроме этого, наблюдается задержка в оказании медицинской помощи на этапе самого центра ЧКВ. С момента доставки в центр ЧКВ до раздутия баллона среднее время составило 234,3 минуты (целевой уровень - 60 минут).

Заключение:

Таким образом, электронная база индикаторов ОКС в рамках внедрения интегрированной модели в оказании медицинской помощи при ОИМ позволит принятие административных решений для повышения качества в оказании медицинской помощи пациентам с ОИМ, что будет способствовать снижению смертности от БСК, в том числе от ИБС и ОИМ.

ПОРОКИ СЕРДЦА

ДИНАМИКА ПРОФИЛЯ ОККЛЮДЕРА AMPLATZER ПОСЛЕ ЗАКРЫТИЯ ВТОРИЧНОГО ДЕФЕКТА МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

Усупбаева Д. А., Дадабаев М.Х., Богданова Е. Ю., Бакеева М. Э.
НЦКиТ

Введение (цели/ задачи):

Целью исследования явилась оценка состояния имплантированного окклюдера Amplatzer в течение 24 месяцев наблюдения после закрытия вторичного ДМПП.

Материал и методы:

Обследовано 66 больных (28 мужчин и 38 женщин) с вторичным ДМПП, подвергшихся транскатетерной коррекции порока. В зависимости от размера имплантированного окклюдера Amplatzer больные были распределены на 2 группы. В I группу Обследовано 66 больных (28 мужчин и 38 женщин) с вторичным ДМПП, подвергшихся транскатетерной коррекции порока. В зависимости от размера имплантированного окклюдера Amplatzer больные были распределены на 2 группы. В I группу вошли 31 пациент (средний возраст 14,8±1,8 лет), у которых размер имплантированного окклюдера был < 20 мм, во Н-ю - 35 пациентов (средний возраст 29±2,5 лет) с размером окклюдера > 20 мм. Всем 66 больным было установлено по одному окклюдеру.

Результаты:

Размер окклюдера в I группе колебался от 10 до 20 мм (в среднем 16,8±0,5мм), во II - от 22 до 40 мм (в среднем 31,3±0.9 мм). С помощью трансторакальной ЭхоКГ оценивали динамику толщины профиля окклюдера Amplatzer спустя 24 часа, 1, 3, 6, 12 и 24 месяцев после транскатетерного закрытия вторичного ДМПП. При сравнительном анализе толщины профиля окклюдера между группами значения ее были достоверно выше во II группе (p< от 0,001 до 0,0001). Сравнение параметров толщины профиля окклюдера у пациентов с полным закрытием дефекта и имеющими резидуальные шунты непосредственно после закрытия ДМПП не выявило различий (p>0,05).

Заключение:

В процессе наблюдения после закрытия ДМПП отмечено существенное уменьшение толщины дисков окклюдера в различных проекциях, причем процент изменений практически не зависит от размера окклюдера. За весь период наблюдения ни в одном случае не отмечалось таких осложнений как эмболизация окклюдера и тромбообразование. Ключевые слова: вторичный дефект межпредсердной перегородки, транскатетерное закрытие, окклюдер Amplatzer, профиль окклюдера.

ЛАБОРАТОРНАЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ВОЗМОЖНОСТИ НЕИНВАЗИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ ИЗМЕНЕНИЙ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Азизов В. А., Султанова М. Д.
Азербайджанский Медицинский Университет

Введение (цели/ задачи):

Оценить характер коронарных кальцификаций у больных сахарным диабетом с помощью цифровой рентгенографии и мультиспиральной компьютерной томографии.

Материал и методы:

Ретроспективно проанализированы результаты рентгенологических и компьютерно томографических методов исследования у 29 больных сахарным диабетом типа 2. Средний возраст пациентов составил 61,5±1,3 года. Продолжительность заболевания: у 5(17,2%) пациентов до 3 года, у 14 (48,2%) пациентов 4-9 лет, у 10 (34,4%) пациентов более 9 лет. Для оценки и тесноты связи качественных признаков в наблюдаемых группах проводили корреляционный анализ методом Пирсона.

Результаты:

При цифровой рентгенографии (ЦР) органов грудной клетки коронарные кальцификации у 11 (37,9±9,0%) больных определены на одной, у 10 (34,5±8,8%) на двух и у 6 (20,7±7,5%) на ?3 коронарных сосудов. У 19 (65,5±8,8%) больных они были визуализированы в передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии (LDA), у 17 (58,6±9,1%) в огибающей ветви левой коронарной артерии (LCx), у 8 (27,6±8,3%) в правой коронарной артерии (RCA) и у 2 (6,9±4,7%) в основном стволе левой коронарной артерии (LMA). У 17 (58,6±9,1%) больных визуализированы кальцификации аортальной дуги, у 1 (3,4±7,0%) больного кальцификация митрального клапана и у 1 (3,4±7,0%) больного перикар-

диальные кальцификации. На мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) коронарные кальцификации у 4 (13,8±6,4%) больных определены на одной, у 10 (34,5±8,8%) на двух и у 15 (51,7±9,3%) больных ?3 коронарных сосудов. У 29 (100%) больных они были визуализированы в LDA, у 24 (82,8±7,0%) в LCx, у 15 (51,7±9,3%) в RCA и у 5 (17,2±7,0%) в LMA. У 25 (86,2±6,4%) больных визуализированы кальцификации аортальной дуги. Визуализация кальцификаций других локализаций (митральный клапан, перикард) была одинаково с рентгенографией.

Заключение:

Результаты исследования показывают, что частота случаев коронарных кальцификаций на прямую зависит от возраста пациентов и продолжительности болезни. Больные СД с подозрением на ишемическую болезнь сердца являются реальными кандидатами проведения ЦР и МСКТ, которые дают ценную информацию о подтверждении наличия или отсутствия коронарных случаев и определяют выбор лечения.

КОРОНАРНЫЕ ФИСТУЛЫ И ШУНТЫ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ЛОКАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И АНАТОМИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ

Цоколов А. В.[1], Лущенков Д. А.[2]
[1]ФГУ МО РФ «1409 Военно-морской клинический госпиталь»,
[2]Hospital Maternoinfantil – Universitat de Barcelona «Sant Joan de Deu», Barcelona, Spain

Введение (цели/ задачи):

Информация о коронарных фистулах (КФ), имеющаяся в доступной литературе, носит несистемный обрывочный характер. При этом нам не встретилось ни одного источника, где бы давались объяснения огромному разбросу значений скорости (Vmax) и градиента давления (Gmax), регистрируемым при подобной патологии.

Материал и методы:

Проанализированы данные 11 собственных исследований пациентов с КФ, и более 20 зарубежных и российских литературных источника, в которых приводились скоростные показатели в проекции основания КФ.

Результаты:

Проанализировав доступные данные по КФ мы пришли к выводу о том, что несоответствие реальной регистрируемой Vmax и Gmax в проекции КФ с расчетными ожидаемыми показателями (с учетом показателей давления в камерах сердца и в коронарных артериях (КА) (60-90 мм рт.ст. на уровне проксимальных участков КА), даже с учетом снижения давления в дистальных сегментах коронарного русла до 18-28 мм рт. ст. за счет деления на ветви 1-2-3 порядка) чаще обусловлено нарушением эмбриогенеза (Бураковский В.И., Guttenberger-de Groot A., Bogers A.) и формированием «синусоидов». Последние рассматриваются как эмбриональный тип кровообращения в сердце, по типу расширенных терминалей венечных артерий, которые непосредственно открываются в камеры сердца. За счет максимального снижения скорости и давления в таких «синусоидах» происходит соответствующее снижение Gmax как в самих синусоидах, так и между КА и камерой сердца до 4-6 мм Рт. ст. Такие КФ, с точки зрения механизма их формирования и гемодинамических характеристик локальных потоков, правильнее было бы описывать как «истинные дистальные КФ». Более высокие Vmax и Gmax, также описываемые в литературе, и достигающие 3,3-3,58 м/с, чаще относятся к послеоперационным КФ, либо к КФ в проксимальных отделах коронарного русла. В отличие от «истинных дистальных КФ», их следовало бы классифицировать скорее как «вторичные/послеоперационные КФ/шунты» и «истинные проксимальные КФ». Целесообразность подобного разделения на «дистальные истинные» и «вторичные/проксимальные» КФ обусловлена как вероятностью наступления осложнений, так и тактикой ведения таких пациентов, главным образом - необходимостью последующего оперативного лечения, а также рекомендациями по безопасному уровню физической активности и, в ряде случаев, допуску к занятиям спортом.

Заключение:

В качестве основных ЭХОКГ-характеристик КФ, с учетом данных доступной литературы и собственных результатов обследования, следует выделить следующие: 1) локализация по ходу основных стволов и ветвей КА; 2) фазность регистрируемого потока – чаще диастолический, но может быть и систолодиастолическим с преобладанием систолической составляющей в случае КФ в правом предсердии; 3) величина максимального градиента давления (Gmax) в зависимости от того, в какую камеру сердца открывается КФ. Поскольку скоростные показатели в проекции КФ оказываются далекими от расчетных максимальных значений (на примере градиентов давлений между различными сегментами КА и отделами сердца), отличаясь в разы, данный признак КФ не может быть использован в процессе ЭХОКГ-диагностики как «первостепенно значимый». Близкие к расчетным значения могут быть получены только в случае наличия шунта в проксимальных участках КА, их устьях, равно как и между аортой и камерами сердца. Наиболее значимыми в таком случае остаются: а) фазность потока; б) локализация шунта. Однако, поскольку фазность потока также имеет определенные различия, совпадая по «преобладающей диастолической составляющей» с такими, часто встречающимися потоками, как - ОАП, трикуспидальная и митральная недостаточность, парапротезная фистула в области аортального клапана или клапана легочной артерии, на итоговое заключение в конечном счете влияют все ТРИ составляющихпризнака. На наш взгляд, в качестве однозначных ЭХОКГ признаков КФ все же следует рассматривать следующие: 1. Появление необычных потоков в камерах сердца после инвазивных эндоваскулярных вмешательств. 2. Наличие «необычного» патологического потока в полости левого желудочка. 3. Диастолические патологические потоки, не связанные с клапанными структурами и не пересекающие МЖП на всем протяжении в режиме цветного допплеровского картирования. 4. Максимальная скорость диастолического потока до 2-3,3 м/с; чаще регистрируются потоки на уровне 1-1,5 м/с. 5. Наличие дополнительных аномалий/пороков сердца, нарушение структуры миокарда, чаще - некомпактный миокард. С учетом имеющихся литературных и собственных данных, может быть сделан вывод о том, что в случае врожденной патологии КА истинные дистальные КФ формируются главным образом в терминальных отделах коронарного русла, в местах формирования синусоидных капилляров, с низкими скоростными показателями, и низким внутрисосудистым давлением. Для приобретенных же фистул характерны высокоскоростные потоки, чаще с локализацией в проксимальных отделах коронарного русла. Перспективным направлением изучения данной проблемы должна стать катетеризация КА и камер сердца у лиц с КФ с оценкой гемодинамических показателей у таких пациентов, с последующим формулированием выводов о возможностях ЭХОКГ-диагностики КФ, в сравнении с ангиографическими данными.