

2,75x15 мм, у 6 пациентов – 3,0x18-25 мм, у одного 3,5x18 мм, у одного 4,0x16 мм. Данные о размерах стенов у 2 пациентов не найдены. КТ ангиография (КТА) выполнена на 64-срезовом спиральном компьютерном томографе Siemens Somatom Force. Проведен анализ состояния КА, проходимости стентов. Применялся стандартный протокол с ЭКГ синхронизацией. Непосредственно перед исследованием через кубитальную вену вводилось 50 мл омнипака. С помощью программного обеспечения последовательно выполнили оценку состояния стенки КА, установили наличие стеноза, его степень, извитость артерий, анатомическое расположение, возможную интрамиокардиальную локализацию сосуда проходимость стентов. Обнаруженные субинтимальные атеросклеротические бляшки оценивали, как начальные признаки атеросклероза. Клинически значимыми стенозами считали сужение КА >50%.

Результаты:

Стенокардия напряжения имела место у 12 (86%) пациентов, у 11 (92%) из них она соответствовала II функциональному классу (ФК), еще у 1 имел место III ФК стенокардии. У 14 пациентов проанализированы данные инвазивной коронароангиографии (КАГ) и КТА в 154 сегментах КА. При сопоставлении данных КАГ и КТА ложноположительные результаты в виде стеноза по данным КТА при его отсутствии при КАГ не выявлены ни в одном случае, т.е. специфичность метода КТА в выявлении стенозов нативных КА по сосудам составила 100%. Имевшие место по данным КАГ гемодинамически значимые стенозы КА не были визуализированы при КТА в 7 (5%) из 154 проанализированных сегментов КА, т.е. чувствительность метода КТА в выявлении стенозов КА по сосудам составила 95%. Все установленные 18 стенов при КТА хорошо визуализировались, в 2 стентах выявлен рестеноз до 50% просвета. При сопоставлении результатов КТА по пациентам установлено, что данные КТА и КАГ совпадали у 10 (71%) из 14 пациентов. У 4 пациентов (29%) при КТА не были выявлены описанные при КАГ стенозы КА, т.е. при КТА получен ложноотрицательный результат.

Заключение:

Метод КТА с внутривенным введением рентгенконтрастного препарата обладает удовлетворительной информативностью в оценке коронарного кровотока и проходимости стентов размером $\geq 2,75$ мм в отдаленные сроки после проведения реваскуляризации миокарда методом ЧКВ, что позволяет использовать КТА у пациентов, имеющих симптомы стенокардии после ЧКВ для решения вопроса о необходимости повторной реваскуляризации, выбора ее метода, решения экспертных вопросов, подбора оптимальной медикаментозной терапии.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СПИНАЛЬНО-ЭПИДУРАЛЬНОЙ БЛОКАДЫ В ОСОБЫХ СЛУЧАЯХ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА УДАЛЕННЫХ ЛОКАЦИЯХ

Барташевич Б. И.¹, Маринчев В. Н.²

¹БУЗ ВО "ВГКБСМП №1", Воронеж, Российская Федерация,

²ГБОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей» Минздрава России

Введение (цели/ задачи):

В настоящее время лечение больных с инфарктом миокарда (ИМ) осуществляется по утвержденным протоколам, что позволяет с высокой эффективностью оказывать медицинскую помощь этой категории пациентов. В основе проводимых мероприятий находятся высокотехнологичные методы достижения реперфузии миокарда и коронарной реваскуляризации. Но тромболитическая терапия (ТЛТ) можно проводить далеко не всем пациентам с ИМ. Эндovasкулярные мининвазивные методы реваскуляризации, стентирование, транслюминальная баллонная ангиопластика и аорто-коронарное шунтирование проводятся еще меньшему количеству больных по техническим и экономическим причинам. Особенно это касается случаев, когда медицинская помощь оказывается вдали от крупных городов во время проведения работ на удаленных локациях в труднодоступных районах. Целью работы является оценка лечебных и превентивных возможностей спинально-эпидуральной блокады (СЭБ) в случае невозможности использования любых методов достижения реперфузии миокарда и наличия у пациента ИМ некупирующегося другими средствами ангинозного статуса.

Материал и методы:

Проведена СЭБ у 10 пациентов с осложненным течением ИМ, имеющим противопоказания для проведения ТЛТ, невозможностью использования других методов достижения реперфузии миокарда и наличием некупирующегося ангинозного статуса. Пункция субарахноидального пространства и катетеризация эпидурального пространства осуществлялись на уровне L2-3 с использованием стандартной техники. Интратекально вводилось 0,1-0,25 мг морфина гидрохлорида. Дальнейшее поддержание обезболивания достигалось длительной люмбальной эпидуральной блокадой. Для поддержания адекватного обезболивания использовались морфина гидрохлорид (2-5 мг) и промедол (5-10 мг).

Результаты:

Осуществлена оценка эффективности использования СЭБ у больных ИМ. Для достижения хорошего обезболивания у больных ИМ не требовалось развития тотального спинномозгового блока с полным блокированием проведения всех импульсов в вегетативных, чувствительных и двигательных волокнах. Во всех случаях было достаточно обеспечить выборочное снижение передачи ноцицептивной импульсации по С-немиелинизированным волокнам за счет субарахноидального введения наркотических анальгетиков (НА). Введение НА практически не оказывало воздействия на другие виды чувствительности, не вызывало возникновения клинически значимых нарушений центральной гемодинамики и не нарушало деятельность дыхательной мускулатуры. Интратекальное введение НА использовалось однократно для достижения первоначального полного обезболивающего эффекта. Эпи-

дуральное введение НА осуществлялось превентивно - т.е. до возобновления болевых ощущений у пациента. Критериями для эпидурального введения поддерживающих доз НА служили изменения вегетативного статуса в сторону повышения симпатической активности. Как правило, введение первой поддерживающей эпидуральной дозы НА осуществлялось через 10-20 часов после субарахноидального введения морфина. Достаточный обезболивающий эффект при люмбальном эпидуральном введении препарата для поддержания адекватной анальгезии у больных ИМ обусловлен реализацией обезболивающего действия НА как на сегментарном, так и на супрасегментарном уровнях. В среднем длительность анальгезии после поддерживающего эпидурального введения НА составляла 12-24 часа (один-два раза в сутки).

Заключение:

Использование СЭБ в особых случаях позволяет улучшить качество оказываемой помощи у больных осложненным ИМ, когда нет возможности использовать методы достижения реперфузии миокарда и коронарной реваскуляризации. Показаниями к ее проведению является наличие у пациентов угрозы развития затяжного, рецидивирующего течения ИМ, надрыва или разрыва сердца, наличие выраженного болевого синдрома, резистентного к обычной медикаментозной терапии, а также когда медицинская помощь оказывается вдали от крупных городов во время проведения работ на удаленных локациях в труднодоступных районах.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПЛАЗМЕННОЙ АКТИВНОСТИ МАРКЕРОВ СОСУДИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ЛИЦ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ И АТЕРОСКЛЕРОЗОМ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Воробьев А. С.¹, Сулейманов Р. Р.², Садыков Р. Ч.²

¹Окружной кардиологический диспансер, г. Сургут, ²БУ "ОКД "Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии", г. Сургут

Введение (цели/ задачи):

Прогнозирование отдаленных осложнений у больных после перенесенного острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST (ОКСбпST) и наличием атеросклероза в каротидном артериальном бассейне с использованием современных биомаркеров является актуальной и недостаточно изученной проблемой в кардиологии.

Материал и методы:

В исследование были последовательно включены 46 лиц, находящихся на госпитальном лечении в Сургутском центре диагностики и сердечно-сосудистой хирургии (ЦДиССХ). В группу 1 вошли 26 пациентов (14 женщин и 12 мужчин, средний возраст $63,2 \pm 4,4$ года), госпитализированных в ЦДиССХ по поводу ОКСбпST (с одно-, двух- и трехсосудистыми коронарными поражениями) в сочетании с атеросклерозом брахиоцефальных артерий (БЦА); оба заболевания были представлены критическими стенозами (более 70%) в различных участках указанных артерий, что требовало проведения поэтапной хирургической реваскуляризации - ургентной транслюминальной баллонной ангиопластики (ТБКА) и стентирования коронарных артерий сердца и последующей

плановой ТБКА со стентированием БЦА. В группу 2 вошли 20 больных ОКСбпST с одно-, двух- и трехсосудистыми поражениями артерий сердца без гемодинамически значимых стенозов БЦА (11 женщин и 19 мужчин, средний возраст $61,2 \pm 5,6$ лет), госпитализированных в ЦДиССХ и получивших ургентное коронарное стентирование. В рамках подготовки к оперативному лечению всем больным группы 1 в рамках общеклинического обследования было выполнено заполнение Фремингемского опросника по оценке возраста сосудов; инструментальное обследование (эхокардиография, коронароангиография с подсчетом индекса SYNTAX, ультразвуковое доплер-исследование БЦА); парное лабораторное обследование (оценка показателей липидограммы, а также сывороточных уровней hs-CRP и предшественника BNP - NT-proBNP в начале наблюдения и через 12 месяцев. В соответствии с отечественными Рекомендациями, всем больным группы 1 перед оперативным лечением, была проведена комплексная медикаментозная подготовка. Все пациенты продолжали получать лекарственную терапию в послеоперационном периоде на протяжении 12 месяцев. Лицам группы 2 также, наряду со стандартным объемом обследования, было проведено исходное инструментальное исследование (эхокардиография, коронарография), а также парное лабораторное определение сывороточных уровней hs-CRP, NT-proBNP и показателей холестеринотграммы (в начале и через 12 месяцев). Эта группа больных после коронарного стентирования на протяжении всего периода исследования получала подобную группе 1 медикаментозную терапию. По завершению динамического наблюдения были проанализированы лабораторные значения hs-CRP между выделенными группами больных в зависимости от числа коронарных / брахиоцефальных поражений; наличие и выраженность связи между уровнями hs-CRP и общеклиническими, лабораторными и инструментальными показателями. Полученные данные в случае нормального закона распределения представили как среднее (M) $\pm$ стандартное отклонение (SD); средние значения парных групп сравнивали с помощью t-теста Student. Для выявления наличия и тесноты связи между признаками мы использовали метод корреляционного анализа Pearson. Уровни значимости (p) $< 0,05$ считали статистически достоверными.

Результаты:

При исследовании исходных сывороточных концентраций hs-CRP у пациентов обеих групп установлены достоверно более высокие уровни этого маркера в группе 1 в сравнении с лицами группы 2, все $p < 0,01$. При проведении анализа линейной корреляции Pearson у всех исследуемых больных обнаружена статистически значимая прямая сильная связь сывороточных уровней hs-CRP с общим числом пораженных артерий (коронарных и брахиоцефальных), $r=0,71$, достоверная прямая средняя связь этого биомаркера со степенью выраженности стенозов ($r=0,66$) и толщиной комплекса интима/медиа ($r=0,49$) артерий по данным ультразвукового доплер-исследования БЦА и контрастной ангиографии; достоверная прямая выраженная корреляция с числом баллов по коронарографической шкале SYNTAX, $r=0,73$; достоверная прямая корреляция средней силы с количеством баллов по Фремингемскому клиническому опроснику, соответственно $r=0,52$ и $r=0,49$; значимая прямая связь средней силы с сывороточными уровнями proBNP, $r=0,68$, связь аналогичных характеристик со значениями липопротеидов низкой и очень