

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования
Иркутское городское общество кардиологов
Кардиоаритмологический центр ИГМАПО
Министерство здравоохранения Иркутской области
Департамент здравоохранения и социальной помощи населению администрации Иркутска

Новое в диагностике и лечении болезней сердца



Иркутск
25 октября 2012 года

УДК 616–036.1
ББК 54.101
Б43

Новое в диагностике и лечении болезней сердца: сб. трудов IV науч.-практ. конференции «Кардиология 2012». – Иркутск, 2012. 37 с.

В сборнике материалов ежегодной межрегиональной конференции «Кардиология 2012» представлены научные и практические статьи, посвященные актуальным проблемам кардиологии.

УДК 616–036.1
ББК 54.101

© ИГМАПО, 2012

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|--|----|
| Белялов Ф.И. Случай внезапной смерти молодого человека с врожденной каналопатией..... | 4 |
| Батогова Т.В., Кузнецова О.В., Какутенко С.В., Распутина И.В., Усова А.А., Убодоева И.А., Щедреева Е.А. Анализ оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом в городской больнице..... | 7 |
| Викторова И.А., Соколова В.А., Коншу Н.В., Киселева Д.С. Аномалии брахиоцефальных сосудов у пациентов с гипермобильностью суставов и деформациями позвоночника как факторы, усугубляющие течение артериальной гипертонии..... | 10 |
| Кабаков Р.А., Коротов А.М., Щедреева Е.А., Самбурова Н.Э., Поневежская Е.Б., Никонова, Тумак В.Н., Усова А.А. Клинический случай первичной диагностики болезни Такаясу при развитии острого нарушения мозгового кровообращения | 16 |
| Левина Т.В., Краснова Ю.Н. Дозозависимые эффекты курения табака по данным холтеровского мониторирования ЭКГ..... | 19 |
| Сенькин Ю.Г. Экстракардиальные находки при эхокардиографии в онкологической клинике..... | 20 |
| Штегман О.А., Вырва П.В., Мосина В.А., Штегман А.Г. Прогнозирование изменения толерантности к физическим нагрузкам у больных хронической сердечной недостаточностью, находящихся на амбулаторном лечении..... | 23 |
| Приказ Департамента здравоохранения и социальной помощи населению администрации г. Иркутска №219-08-167/2 от 01.03.2012 «Об оказании медицинской помощи больным кардиологического профиля в г.Иркутске»..... | 28 |

Белялов Ф.И. Случай внезапной смерти молодого человека с врожденной каналопатией

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск

В данной работе представлен случай внезапной смерти молодого человека 24 лет, который 31.05.2012 бригадой скорой медицинской помощи был доставлен в городскую больницу в связи с сердцебиением и дискомфортом в груди (направительный диагноз «нейроциркуляторная дистония, экстрасистолия»), однако в приемном отделении больницы проблемы не выявили и с диагнозом «соматформная дисфункция вегетативной нервной системы, кардиалгия» отправлен домой. Через месяц 30.06.2012 была зафиксированная внезапная смерть на дому, реанимационные мероприятия бригады скорой медицинской помощи были неэффективными.

На аутопсии, проведенной 2.09.2012, существенных изменений в сердце выявлено не было, отмечены признаки острого панкреатита, который однако не был подтвержден при гистохимическом исследовании.

В связи с предположением родственников об отравлении молодого человека и заявлением в судебные органы данный случай был направлен для экспертизы в Иркутское областное бюро судебно-медицинской экспертизы и Иркутский департамент здравоохранения и социальной помощи населению администрации Иркутска.



Рис. 1. Желудочковая экстрасистолия при холтеровском мониторировании электрокардиограммы от 07.06.2012.

Во время холтеровского мониторирования электрокардиограммы выявлены желудочковые экстрасистолы, включая спаренные, без уточнения частоты в течение суток (рис. 1).

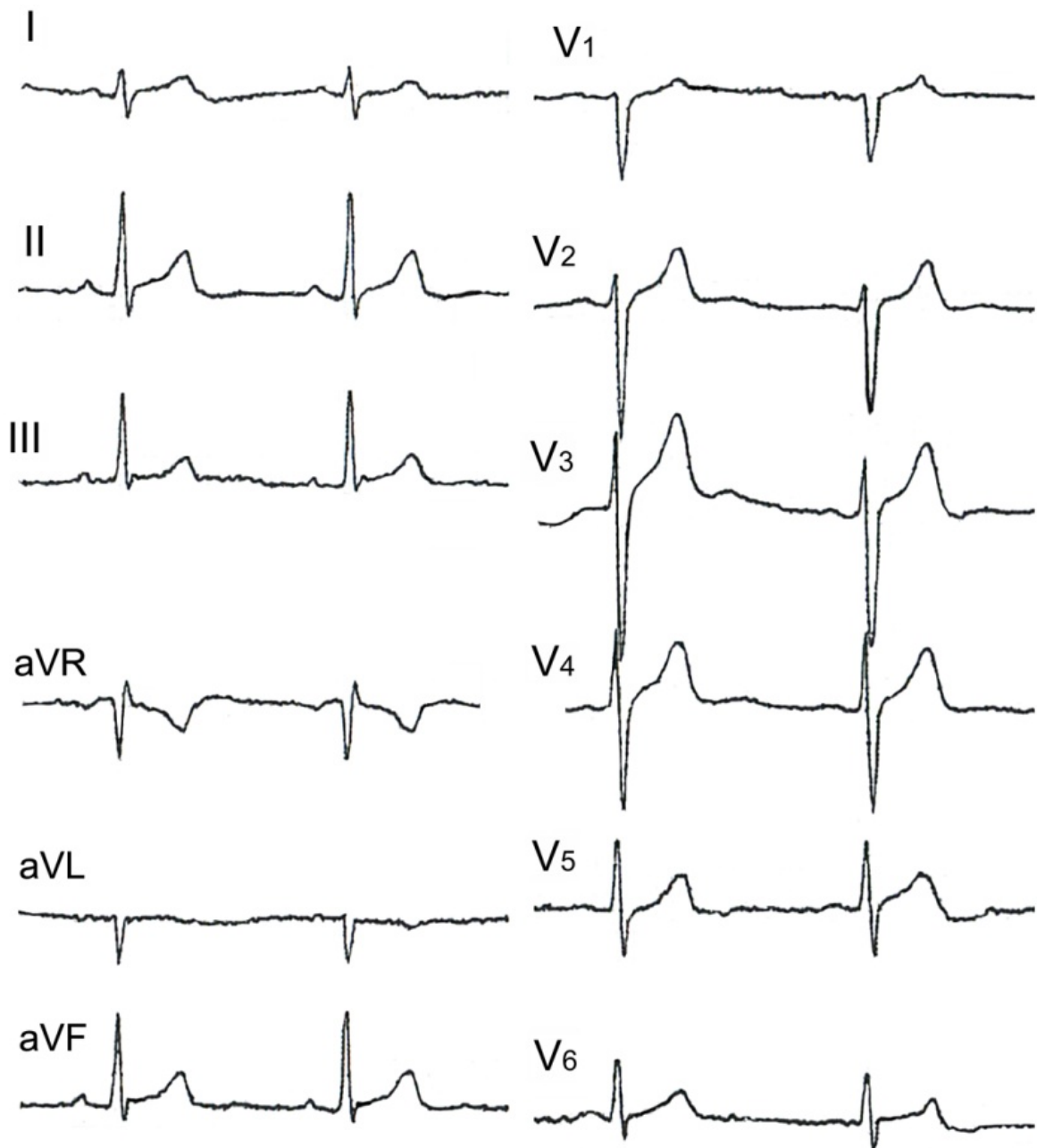


Рис. 2. Электрокардиограмма пациента К. от 31.05.2012.

Анализ представленных электрокардиограмм умершего (рис. 2) выявил укорочение скорректированного интервала QT до 313 мсек, что позволило предположить, что причиной внезапной смерти молодого человека без заболеваний внутренних органов в анамнезе и при аутопсии был врожденный синдром удлиненного интервала QT.

Предложены критерии, которые квалифицируют синдром укороченного интервала QT как высоко вероятный при наличии 4 баллов и более, средней вероятности – 3 баллов и низко вероятный – 2 баллов и меньше (табл.).

Критерии синдрома укороченного интервала QT
(Gollob M.H., et al., 2011)

| Показатель | Баллы |
|---|-------|
| QTc <370 мсек | 1 |
| QTc <350 мсек | 2 |
| QTc <330 мсек | 3 |
| Точка J–пик зубца T <120 мсек | 1 |
| Анамнез: внезапная остановка сердца | 2 |
| Анамнез: полиморфная ЖТ или ФЖ | 2 |
| Анамнез: необъяснимые синкопе | 1 |
| Анамнез: фибрилляция предсердий | 1 |
| Семейный анамнез: родственники 1–2 линии с высоко вероятным синдромом укороченного интервала QT | 2 |
| Семейный анамнез: родственники 1–2 линии с внезапной смертью и отсутствием причины на аутопсии | 1 |
| Внезапная смерть ребенка | 1 |
| Позитивный генотип | 2 |
| Мутации виновного гена неопределенной значимости | 1 |

Синдром укороченного интервала QT обусловлен генетическими дефектами (KCNH2, KCNQ1, KCNJ2), влияющими на ионные каналы проводящей системы сердца. Обычно выявляется до 30–летнего возраста и в три раза чаще у мужчин. Проявляется синдром чаще остановками сердечной деятельности, обмороками, сердцебиениями, ФП.

Для профилактики внезапной смерти применяют ИКД, а при невозможности или недостаточной эффективности устройства – хинидин.

Таким образом, в случаях неясной желудочковой аритмии у молодых людей необходимо тщательно анализировать электрокардиограммы с оценкой скорректированного интервала QT и рассматривать возможность генетически-детерминированных канналопатий, которые способны вызвать фатальные аритмии. В данном случае назначение хинидина, увеличивающего интервал QT, могло снизить риск внезапной смерти.

**Батогова Т.В., Кузнецова О.В., Какутенко С.В., Распутина И.В.,
Усова А.А., Убодоева И.А., Щедреева Е.А. Анализ оказания
медицинской помощи пациентам с острым коронарным
синдромом в городской больнице**

Городская клиническая больница N10, Иркутск

Согласно приказа Министерства здравоохранения Иркутской области № 219–08–167/2 от 01.03.2012 «Об оказании медицинской помощи больным кардиологического профиля в г. Иркутске» пациенты с приступом ангинозных болей продолжительностью менее 12 часов и изменениями на электрокардиограмме (ЭКГ) направляются в областную клиническую больницу, а при длительности приступа более 12 часов – в первичные сосудистые центры (городская больница N1, Медицинская санитарная часть Иркутского авиационного производственного объединения (МСЧ ИАПО)). Экстренная госпитализация больных с нестабильной стенокардией без изменений на ЭКГ, проживающих на территории Свердловского района, осуществляется в муниципальные кардиологические отделения, в большинстве своем – в городскую больницу N10.

Цель работы заключается в анализе особенностей госпитализации и ведения пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) в городской больнице.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезней пациентов с ОКС и инфарктами миокарда, поступивших в городскую клиническую больницу N10, с 01.01.2012 по 01.09.2012. Анализ включал оценку диагноза, данных анамнеза, лабораторных тестов, ЭКГ, лечения, перевода пациентов в другие лечебные учреждения. Для анализа произвольно выбраны истории болезни и листы наблюдения в приемном отделении больных с острым коронарным синдромом. Из 465 случаев мужчин было 182 (39.1%), а женщин – 283 (60.9%) человека.

Результаты исследования. За исследуемый период в кардиологическое отделение и палату интенсивной терапии городской больницы N10 поступило 1643 пациентов, из них – с нестабильной стенокардией 1019 (62%) пациентов, с инфарктом миокарда – 50 (3,04%) пациентов. Тромболизис был выполнен в 3 случаях пациентам с ОКС с подъемом сегмента ST на ЭКГ. В первичные сосудистые отделения переведено 53 больных (по историям болезни). Умерло 8 больных с инфарктом миокарда, что соответствует летальности 13,7%.

Таблица 1

Характеристика госпитализированных пациентов с ОКС

| Критерии | Количество | % |
|---|------------|------|
| С изменениями на ЭКГ | 380 | 81.7 |
| Без изменений на ЭКГ | 85 | 18.3 |
| Пациенты, госпитализированные в отделение интенсивной терапии | 83 | 17.8 |

| | | |
|-----------------------------------|-----|------|
| инфаркт миокарда | 51 | 10.9 |
| нестабильная стенокардия | 414 | 89.1 |
| Троп тест на догоспитальном этапе | 30 | 6.4 |
| Троп тест на госпитальном этапе | 227 | 48.8 |

Как видно из таблицы 1 только 17,8% больных с ОКС госпитализированы в отделение интенсивной терапии, что обусловлено отсутствием изолированного блока интенсивной терапии для кардиологических больных, отсутствием экстренного отделения для лечения больных с ОКС. Отмечается низкий процент выполнения тропониновой диагностики на госпитальном этапе, что связано с перебоями в поставках реактива.

Таблица 2

Распределение пациентов с ОКС по времени госпитализации

| Временной промежуток | Количество | % |
|--------------------------------|------------|------|
| До 3х часов от начала приступа | 14 | 3,1 |
| От 3х до 6 часов | 32 | 6,8 |
| От 6 до 12 часов | 34 | 7,4 |
| Свыше 24 часов | 385 | 82.7 |

Большинство пациентов (82,7%) госпитализированы позже 24 часов от начала ухудшения состояния (таблица 2).

Таблица 3

Пути госпитализации пациентов с ОКС

| Пути госпитализации | Количество | % |
|---|------------|-------|
| Доставлены скорой медицинской помощью по первичному обращению и из первичных сосудистых отделений | 172 | 36,9% |
| Доставлены СМП по направлениям из поликлиник | 85 | 18,2% |
| По направлениям из поликлиник | 208 | 44,7% |

Всего больных с ОКС доставлено скорой помощью 257 больных (55,5%).

Таблица 4

Частота переводов пациентов из городской больницы N10 в сосудистые центры

| | Количество | % |
|--|------------|------|
| Госпитализировано в больницу N10 | 364 | 78,2 |
| Доставлено СМП в больницу N10 | 257 | 55,5 |
| Перевод в первичный и региональный сосудистый центры | 101 | 21,7 |
| Повторный перевод в первичный сосудистый центр | 26 | 5,5% |

Сто один пациент из 257 (21,7%) переведен из городской больницы N 10 в сосудистые центры. Из них 26 пациентов исходно были доставлены СМП в первичные сосудистые центры, где после обследования от нескольких минут до часа (троп тест, повторная запись ЭКГ) был исключен диагноз острого коронарного синдрома, осуществлен перевод в городскую больницу N10. В связи с отсроченной отрицательной динамикой по ЭКГ и появлением положительных результатов тропонинового теста (в течение нескольких часов) эти больные повторно переведены службой СМП в первичные сосудистые отделения. Тридцать три пациента из 208 (15,6 %), направленных из поликлиник, после обследования в приемном отделении переведены в первичные сосудистые центры (не все врачи поликлиник ознакомлены с приказом от 1.03.12).

Таблица 5

Перевод пациентов из городской больницы N10 в первичные сосудистые отделения

| | Количество | % от доставленных СМП |
|--|------------|-----------------------|
| Повторный перевод в первичные сосудистые отделения службой СМП | 26 | 10,1 |
| Перевод в первичные сосудистые отделения после первой регистрации ЭКГ в приемном отделении | 42 | 16,3 |

Сорок два пациента из 257(16,3 %) переведены в первичные сосудистые центры после записи ЭКГ в приемном отделении, что было связано с отсутствием электрокардиографов у ряда бригад СМП.

Кроме того, имели место два случая четырехэтапного перевода больных по учреждениям с трансформацией ОКС в инфаркт миокарда (СМП – областная больница – городская больница №1 – городская больница №10 – городская больница №1 или областная больница).

Таким образом, 68 из 257 (26,4%) пациентов с ОКС доставлены СМП в городскую больницу N10 необоснованно, а несвоевременная диагностика отсрочила полный объем лечебных мероприятий и могла повлиять на неблагоприятную статистику смертности в Иркутске. Следует учесть также и неоправданные расходы службы СМП.

Выводы:

1. Для исключения «пропущенных» случаев острого инфаркта миокарда необходимо динамическое наблюдение пациентов с ОКС в первичных и региональном сосудистых центрах в течение суток.
2. Необходимо полностью оснастить бригады СМП электрокардиографами.
3. В кардиологических отделениях должны быть экстренные кардиологические койки (приказ № 599) для госпитализации больных с ОКС.

4. При нестабильной стенокардии целесообразно всем пациентам определение троп–теста в динамике.
5. Необходимо своевременно информировать врачей поликлиник об изменениях маршрутов госпитализации больных с ОКС.

Викторова И.А., Соколова В.А., Коншу Н.В., Киселева Д.С.
Аномалии брахиоцефальных сосудов у пациентов с гипермобильностью суставов и деформациями позвоночника как факторы, усугубляющие течение артериальной гипертонии

Омская государственная медицинская академия, Западно–Сибирский медицинский центр Федерального медико–биологического агентства, Омск

Артериальная гипертония (АГ) является широко распространённым синдромом, разнородным по своим причинам. Поскольку АГ определяет структуру сердечно–сосудистой заболеваемости и смертности не только в России, но и во всём мире, то на сегодняшний день проблема АГ представляет собой одну из самых актуальных проблем медицины. В последние годы все большее внимание привлекает высокая распространенность артериальной гипертонии в трудоспособном возрасте (Kearney P., et al. 2004).

Существует большая группа состояний, которые не диагностируются или редко диагностируются – это патология шейного отдела позвоночника и магистральных артерий головы (МАГ), особенно в сочетании, которые могут приводить к тяжелым инвалидизирующим последствиям у молодых людей. В литературе неоднократно обсуждалась взаимосвязь аномалий строения магистральных артерий головы с патологией шейного отдела позвоночника, обусловленной гипермобильностью позвонков, их ранними дегенеративными изменениями, которые в российской литературе относят к проявлениям дисплазии соединительной ткани (ДСТ) (Верещагин Н.В. 2003; Арсентьев В.Г., и др. 2011). Патологическая подвижность (нестабильность, гипермобильность) позвоночно–двигательного сегмента, с возрастом усугубляющаяся дегенеративно – дистрофическими процессами шейного отдела позвоночного столба, способствует нарушению кровотока в позвоночных артериях и приводит к нарушениям мозгового кровообращения (Dubenco A.Ye., et al. 2005). Этому также способствуют анатомические особенности строения шеи и аномалии магистральных артерий головы. Все перечисленные состояния при несвоевременной диагностике с возрастом могут манифестировать синдромом АГ с транзиторными ишемическими атаками или инсультом головного мозга. По данным патологоанатомических исследований выраженная извитость сонных артерий обнаружена у 30% больных, умерших от ишемического инсульта (Евтушенко С.К., и др. 2002).

Извитость сонной артерии с нарушением тока крови и симптомами острого или хронического нарушения мозгового кровообращения в соответствующем сосудистом бассейне считается патологической. По данным Rancera P., et al. 1998 у 16–26 % взрослого населения выявляются различные варианты удлине-

ния МАГ (кинкинг, перегиб, койлинг, скручивание) (Pancera P. 1998). Встречаемость патологической извитости внутренней сонной артерии (ВСА) составляет, по различным данным, от 5 до 7% взрослого населения и занимает второе место среди причин, обуславливающих развитие хронической сосудисто–мозговой недостаточности. По секционным данным патологическая извитость ВСА встречается в 30% случаев в зоне предшествующего ишемического инсульта (P-luminati G., et al. 2003).

Изменение хода артерии приводит к заметным гидродинамическим и гемодинамическим нарушениям. Патологическая физиология кровообращения при патологической извитости в области изгибов характеризуется ускорением частиц, движущихся по наружному краю сосуда. Значимое нарушение гемодинамики наблюдается в месте перегиба, где образуется острый угол. В этом участке появляется градиент скорости между приводящим и отводящим коленами, при этом линейная скорость кровотока увеличивается, а объёмная уменьшается за счёт уменьшения диаметра просвета в месте изгиба, появляется турбулентный кровоток и нарушения кровоснабжения в зоне извитой артерии (Куликов В.П., и др. 2011).

Патология сосудов описана при таких моногенных наследственных нарушениях соединительной ткани (Coucke P.J., et al. 2006; Поплавская Н.М., и др. 2010; Суворова А.В., и др. 2010; Callewaert B.L., et al. 2011) как синдром извитости артерий, синдром Луиса–Дитца, сосудистый тип синдрома Элерса–Данло и др. Синдром извитости артерий представляет собой редкое аутосомно – рецессивное заболевание соединительной ткани, характеризующееся генерализованной извитостью, удлинением, стенозом и аневризмами магистральных артерий и аорты (Суворова А.В., и др. 2010; Callewaert B.L., et al. 2011). Сердечно–сосудистые проявления могут включать аномалии отхождения артерий от аорты, аортальный стеноз, стеноз легочной артерии и клапана, добавочные артерии и вазомоторные нарушения. Внешний вид пациентов характеризуется вовлечением в патологический процесс костной системы и кожи: генерализованная гипермобильность суставов, деформация грудной клетки, арахнодактилия, сколиоз, контрактуры суставов, паховые и/или диафрагмальные грыжи, кожа тонкая, бархатистая, гиперрастяжимая. Кроме того, характерные лицевые дизморфии делают запоминающимся лиц с этим синдромом: удлиненное лицо, клювовидный нос, короткие скошенные вниз глазные щели, гипоплазия скуловых костей, большие уши, готическое небо, микрогнатия, провисающие щеки, старческий внешний вид, гипертелоризм. Патологическая извитость артерий у таких пациентов является причиной артериальной гипертензии, а также приводит к острой и хронической недостаточности кровообращения головного мозга. Извитость коронарных артерий может быть причиной инфаркта миокарда в молодом возрасте при отсутствии или незначительно выраженном атеросклерозе (Поплавская Н.М., и др. 2010; Суворова А.В., и др. 2010).

Цель работы: оценить особенности брахиоцефальных сосудов у пациентов с гипермобильностью суставов и деформациями позвоночника.

Материалы и методы. Проведено одномоментное исследование пациентов с гипермобильностью суставов (ГМС), которое состояло из двух этапов. На первом этапе было выполнено ультразвуковое исследование магистральных артерий головы на экстракраниальном уровне – триплексное сканирование (УЗТС) у 74 пациентов с гипермобильностью суставов (ГМС) (мужчин – 32, женщин – 42); $24,5 \pm 6,4$ лет и в группе контроля у лиц с обычной подвижностью суставов и без патологии позвоночника ($n=34$, 19 мужчин, 15 женщин, возраст $25,7 \pm 6,6$). На втором этапе, с целью оценки сочетания анатомических аномалий брахиоцефальных артерий с изменениями позвоночника, пациенты с гипермобильностью суставов ($n=74$) были распределены на две группы. В первую группу было выбрано 48 человек, имеющих изменения формы позвоночника во вторую группу – 26 пациентов с гипермобильностью суставов без патологии позвоночника. Участники исследования были ознакомлены с целями и основными положениями исследования, после чего подписали письменно оформленное согласие на участие. Этический комитет одобрил протокол исследования. Для оценки подвижности суставов был применен способ диагностики гипермобильности суставов в амбулаторной практике на основе критериев Бейтона (модификация Викторовой И.А., Киселевой Д.С.) (Викторова И.А., и др. 2010). Диагностика синдромных форм ДСТ проводилась с использованием ревизованных Гентских критериев (Loeys B.L., et al. 2010) и расписания наследственных болезней человека «On–Line Mendelin Inheritance In Man» (OMIM), созданного В. Мак Кьюсином (Database On–Line Mendelin Inheritance In Man» (OMIM)). При сравнении рассчитывались критерий χ^2 , точный критерий Фишера φ , по методу углового преобразования φ .

Результаты и обсуждение. Из 74 пациентов с генерализованной ГМС был выставлен синдром Элерса–Данло III типа (гипермобильный тип) у 34 человек, синдром Марфана – у пяти; у 28 пациентов преобладала ГМС с одним – двумя из признаков ДСТ (плоскостопие, «прямая спина», сколиоз позвоночника, миопия), у 7 исследуемых – ГМС без других признаков ДСТ.

В основной группе у 9 пациентов с ГМС было выявлено высокое вхождение позвоночных артерий в костный канал поперечных отростков шейных позвонков, у 17 пациентов – S – образный изгиб внутренней сонной артерии (у 1 пациента с изменениями гемодинамики), у 3 пациентов – C – образный изгиб внутренней сонной артерии без гемодинамических изменений, у девяти – S – образный изгиб позвоночной артерии в костном канале (у 1 пациента с изменениями гемодинамики), у 17 человек – C – образный изгиб позвоночной артерии в костном канале (4 пациента с гемодинамическими изменениями), по одному (S–образному и C–образному) изгибам общей сонной артерии, гемодинамически незначимым. Гипоплазия позвоночной артерии выявлена у 12 пациентов, гипоплазия внутренней сонной артерии (ВСА) – у 1 пациента. Признаки патологической извитости ВСА (кинкинг, койлинг) зарегистрированы у 2 пациентов. Таким образом, у 53 пациентов с ГМС были выявлены анатомические аномалии брахиоцефальных артерий (БЦА), при этом нарушения гемодинамики установлены в 7 случаях. При обследовании группы контроля ($n=34$) у 16 человек был выявлен

непрямолинейный ход позвоночных артерий, в 1 случае – С-образный изгиб внутренней сонной артерии без гемодинамических изменений. Сравнение двух групп показало преобладание анатомических аномалий БЦА у пациентов с ГМС ($p=0,005$, $\chi^2=7,8$).

Анатомические аномалии БЦА у 40 пациентов с ГМС сопровождались жалобами, у 13 пациентов – были бессимптомными. Из жалоб в группе пациентов с ГМС при анатомических аномалиях БЦА и прямолинейном ходе позвоночных артерий в 39 случаях встречались головные боли, у 40 пациентов – головокружения, у 10 – шум в голове, 8 пациентов отмечали эпизоды потери сознания, 6 – временные нарушения равновесия. В группе контроля пациент с С-образный изгиб внутренней сонной артерии периодически предъявлял жалобы на головную боль.

Потери сознания в 4 случаях возникали у пациентов основной группы без аномалий развития БЦА и единственным проявлением был прямолинейный ход позвоночных артерий в костном канале поперечных отростков шейных позвонков без нарушений гемодинамики. В данном случае возможной причиной указанной симптоматики является сдавление позвоночных артерий в костном канале поперечных отростков при некорректных движениях в шейном отделе позвоночника. Были отмечены особенности стереотипа движений у пациентов со сколиозом позвоночника. При длительном статическом положении усиливался лордоз шейного отдела позвоночника, что и способствовало усилению перегиба позвоночной артерии и нарушениям гемодинамики с потерей сознания (синдром вертебральных артерий). Потери сознания отмечались также у 2 пациентов основной группы с гипоплазией позвоночных артерий.

Временные нарушения равновесия возникали у трех пациентов, имеющих С – и S – образные изгибы позвоночных артерий. У одного пациента с жалобами на нарушение координации выявлена аномалия вхождения в канал левой позвоночной артерии. Во всех случаях нарушения координации движений был выявлен прямолинейный ход позвоночных артерий.

Для оценки сочетания анатомических аномалий брахиоцефальных артерий с изменениями формы позвоночника было проведено сравнение двух групп пациентов. Первая группа состояла из 48 пациентов с гипермобильностью суставов, у которых были изменения формы позвоночника в виде сколиоза ($n=35$), гиперкифоза грудного отдела позвоночника ($n=6$), сочетания кифоза грудного отдела позвоночника со сколиозом поясничного отдела ($n=1$), сглаженного шейного лордоза ($n=3$), прямой спины ($n=3$). Во вторую группу были включены пациенты с гипермобильностью суставов без патологии позвоночника ($n=26$). Было выявлено, что анатомические аномалии брахиоцефальных артерий чаще встречались в первой группе, чем в группе сравнения (44 против 9, $p=0,002$, $\chi^2=9,2$). Кроме того, клинически значимые (то есть сопровождающиеся жалобами) анатомические аномалии брахиоцефальных артерий в ста процентах случаев выявлялись в группе с сочетанием ГМС и изменениями формы (деформации) позвоночника. Вместе с тем в двух группах не было получено различий по частоте встречаемости более сложных аномалий магистральных артерий головы,

как например гемодинамически значимый коилинг внутренней сонной артерии, диагностированный у двух пациентов в первой группе, и ни у одного исследуемого группы сравнения ($p=0,742$, $U_p =0,11$).

Клиническое наблюдение демонстрирует взаимосвязь между диспластическим фенотипом и прогнозом артериальной гипертензии. Пациентка Я., 48 лет (с патологической извитостью внутренней сонной артерии и генерализованной гипермобильностью суставов). При обращении предъявляла жалобы на внезапно появившуюся шаткость при ходьбе, онемение и неловкость в левой руке. Из анамнеза болезни известно, что в течение трёх лет стала отмечать головную боль, головокружение, боль в шейном отделе позвоночника. При рентгенографии шейного отдела позвоночника с функциональными пробами выявлены признаки межпозвонкового остеохондроза, спондилоартроза, нестабильности в сегментах С2–С6. Ухудшение самочувствия 24.01.2011 года (после психоэмоционального стресса с подъемом артериального давления до 170/110 мм рт.ст. накануне): утром, встав с постели, почувствовала сильную головную боль, головокружение, упала, потеряв равновесие, несколько минут чувствовала онемение левой руки. В неврологическом статусе обращал внимание парез левой руки в течение нескольких часов, болезненность при пальпации шейного отдела позвоночника на уровне С2–3, пошатывание в позе Ромберга. Пациентке было назначено лечение по поводу дисциркуляторной энцефалопатии, преимущественно в вертебро–базиллярном бассейне.

Анамнез жизни: росла и развивалась соответственно возрасту, образование высшее, медицинское. В анамнезе хронический правосторонний средний отит, двусторонняя нейросенсорная тугоухость. В последний год зарегистрирована артериальная гипертензия 1 степени, что связывает с начавшимся климактерическим периодом. Статус на момент обращения: состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Нормостеник. Ожирение 1 степени (ИМТ – 31,3). Короткая шея и конечности, брахидактилия. Кожный покров чистый, со следами экхимозов от незначительных травм, кожа тонкая, просвечивающаяся, на боковой поверхности бедер ретикулярный варикоз. Склеры голубые. Хрящи ушей настолько мягкие, что легко сворачиваются в трубочку. При оценке подвижности суставов выявляется 6 баллов по Бейтону (модификация Викторовой И.А., Киселевой Д.С. (Викторова И.А., и др. 2010)). Продольное и поперечное плоскостопие. Периферические лимфоузлы, щитовидная железа не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца в пределах нормы. АД – 120/80 мм.рт.ст. Пульс 78 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Периферических отеков нет.

Лабораторно–инструментальные исследования. Липидный спектр крови: ОХС – 5,4 ммоль/л, ЛПВП – 2,07 ммоль/л, ЛПОНП – 0,61 ммоль/л, ЛПНП – 2,41 ммоль/л. Индекс атерогенности 1,6. УЗИ абдоминальное: избыточная подвижность правой почки, в положении стоя смещается на 7 см. ЭХОКГ: аномальная хорда левого желудочка, недостаточность аортального клапана I степени. Ультразвуковое триплексное сканирование УЗТС БЦА 27.01.11 г. (острейший период заболевания): гипоплазия правой внутренней сонной артерии, диаметр 2,3 –

2,9 мм. С-образный изгиб левой ВСА в проксимальном сегменте. Коллатеральный тип кровотока по правой средней мозговой артерии (СМА). Ускоренный кровоток по левой СМА. При измерении комплекса интима – медиа в типичных местах увеличения не отмечено. МРТ головного мозга 29.01.11 г.: признаки острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) по ишемическому типу в бассейне поверхностных ветвей правой СМА (зона ишемии 42 x 22 мм), умеренно выраженная гидроцефалия.

При контрольном УЗТС БЦА и в феврале 2011 года признаков нарушения кровотока в сосудистой системе мозга не выявлено, диаметр правой ВСА 2.9 мм.

МРТ шейного отдела позвоночника и спинного мозга, МР-ангиография, 4.10.2011 г: дегенеративно – дистрофические изменения шейных сегментов в виде остеохондроза и спондилоартроза с преимущественным изменением в сегменте С6–7. Патологическая извитость правой внутренней сонной артерии. МСКТ брахиоцефальных артерий с внутривенным болюсным усилением, октябрь 2011 г.: выявлена врожденная патологическая S – образная извитость правой ВСА и наличие септального стеноза в дистальном колене извитой артерии. Отсутствие обеих задних соединительных артерий, то есть наличие разомкнутого виллизиева круга. После лечения самочувствие улучшилось, но сохранялась неловкость в левой руке, периодические головные боли после нагрузок, головокружение при перемене положения тела. В течение года находилась под наблюдением невролога с диагнозом: дисциркуляторная энцефалопатия в резидуальном периоде ОНМК на фоне артериальной гипертонии 1 ст. Получала терапию престариумом 2,5 мг в день, симвастатином 10 мг в день, кардиомагнилом 75 мг в день. При контрольном проведении УЗТС БЦА в феврале 2011 года признаков нарушения кровотока в сосудистой системе мозга не выявлено, диаметр ВСА 2.7 мм.

Интерес к представленному клиническому случаю вызван тем, что вероятность последующих осложнений у пациентки с клиническими проявлениями ДСТ достаточно велика при тенденции к закреплению артериальной гипертонии (климактерический период) и нестабильного психо–эмоционального фона. Отсутствие признаков атеросклеротического поражения БЦА при УЗТС, неизменный липидный профиль крови, динамичность гемодинамических параметров в зоне интереса свидетельствуют в пользу ишемического инсульта в бассейне ВСА на фоне извитости последней, пусковым механизмом к развитию которого послужил системный ангиоспазм при кризовом течении артериальной гипертонии и нестабильности шейного отдела позвоночника. Прогноз у этой пациентки неблагоприятный вследствие возможности повторения событий с инвалидизирующим исходом. В таких случаях должна проводиться не только медикаментозная терапия, но и оперативное лечение извитости внутренней сонной артерии или незамкнутого виллизиевого круга, а также реабилитационные мероприятия (формирование правильной модели движения в шейном отделе позвоночника и др.) для предупреждения неврологических осложнений.

Выводы:

У пациентов с гипермобильностью суставов чаще, чем в группе контроля встречались изменения структуры брахиоцефальных сосудов.

Патология шейного отдела позвоночника (сглаженность шейного лордоза, гиперлордоз, нестабильность шейных позвонков) у пациентов с гипермобильностью суставов, по-видимому, может являться маркёром изменений структуры сосудов.

Симптомы со стороны нервной системы, обусловленные анатомическими аномалиями МАГ, у пациентов с гипермобильностью суставов, встречались при наличии искривлений позвоночника.

Деформации позвоночника в сочетании с избыточной подвижностью суставов можно считать маркёром анатомических изменений магистральных артерий головы. Это сочетание может рассматриваться как фактор, усугубляющий течение артериальной гипертонии.

Кабаков Р.А., Коротов А.М., Щедреева Е.А., Самбунова Н.Э., Поневежская Е.Б., Никонова, Тумак В.Н., Усова А.А. Клинический случай первичной диагностики болезни Такааясу при развитии острого нарушения мозгового кровообращения

Городская клиническая больница N10, Иркутск

Больная М. 23 лет заболела остро 19.05.12 на работе без очевидных провоцирующих факторов. Сначала внезапно появилась слабость в правых конечностях, нарушилась речь, была доставлена сначала в ЦРБ города Шелехова, затем в РСЦ, где обнаружилась слабость уже в левых конечностях при регрессе таковой справа. После выполнения МСКТ и исключения ОНМК больная переведена из ОКБ в ОИКБ. С исключением острой нейроинфекции из ОИКБ переведена в неврологическое отделение МАУЗ ГКБ № 10.

Из анамнеза выяснено, что с 2010г. быстрая (за 6 месяцев 17 кг) потеря веса, персистирующее ускорение СОЭ до 40–50 мм/ч, лейкоцитоз до $10\text{--}12 \cdot 10^9$, легко выраженная железодефицитная анемия (гемоглобин 106–116 г/л), длительный субфебрилитет $37,3\text{--}37,5^{\circ}\text{C}$, синкопальные состояния. Информации о наличии асимметрии АД и пульса на руках нет. В марте 2010 года консультирована гематологом, ревматологом, окулистом, аллергологом – иммунологом, эндокринологом, гинекологом, неврологом, инфекционистом. Проведено обследование, в результате маркеров системных заболеваний соединительной ткани, крови, ВИЧ не обнаружено; выявлен хронический вирусный гепатит «С» без ферментативной активности; инфекционный манифестный лямблиоз; повышенный титр иммуноглобулинов *Toxoplasma gondii* (13,2); хронический эндометрит; дисфункция яичников; недостаточность привратника, дуодено–гастральный рефлюкс; геморрой; гипоплазия щитовидной железы, эутиреоз; дистопия миндалин мозжечка, гиперостоз свода черепа. Проведено лечение лямблиоза нима-

золом. В динамике ускоренное СОЭ и лейкоцитоз сохранялись, пациентка в течение года в поликлинику не обращалась.

В объективном статусе состояние средней тяжести. Заторможена. Распространенно – пустулезные высыпания по типу *acne vulgaris*. Легкое ограничение зрения влево, хуже жмурит левый глаз, сглажена левая носогубная складка, малоподвижен левый угол рта. Болезненность тригеминальных точек. Нечеткая гемианестезия на лице слева. Легкая дизартрия. Язык чуть влево. Малоподвижны левые конечности, объем движений справа – полный. Сила в кистях 5:2 – в пользу правой, левую руку под опорой поднять не может. Левую ногу поднимает, удержать не может. Тонус справа значительно не изменен, слева – снижен. Сухожильные рефлексы D>S, слева снижен. Рефлекс Бабинского слева. Гемипарез слева. Отмечает задержку мочеиспускания – «хочу, а не могу». Кожные покровы бледные, умеренно влажные, теплые на ощупь. Тургор и эластичность сохранены. Пульс на сонных артериях и левой лучевой отсутствует, справа на лучевой артерии – хорошего наполнения. Дыхание самостоятельное, везикулярное, ЧДД 16 в мин, SaO₂ 99%. Тоны сердца ритмичные, шумов нет, ЧСС 70, АД 120/80 мм рт. ст. справа, слева не определяется. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Задержка стула, мочеотделение по катетеру. Интермиттирующая субфебрильная температура.

Лабораторно – инструментальные данные:

ОАК: лейкоциты $10,6 \cdot 10^9$, эритроциты $3,9 \cdot 10^{12}$, гемоглобин 111 г/л, тромбоциты $332 \cdot 10^9$, СОЭ 42 мм/ч, п/я–7%, с/я–60%, э–1%, м–12%, л–20%.

Биохимический анализ крови: АЛТ 225,7 ед/л, АСТ 64,9 ед/л, холестерин 4,46, креатинин 66,1 мкмоль/л, триглицериды 1, калий 3,9 ммоль/л, натрий 136 ммоль/л, билирубин 5,8 ммоль/л, глюкоза 5,4 ммоль/л.

HBs антиген положителен, антитела к HVC не обнаружены. Антитела к модифицированному цитруллинированному виментину (Anti-MCV) 45,11 ед/мл (положителен).

Общий анализ ликвора: бесцветный, прозрачный, сахар 2,5 ммоль/л, белок 0,27/л, цитоз 2 в 1 мкл, 2 лимф.

LE клетки не обнаружены трижды.

Антитела к двуспиральной ДНК 1,70 МЕ/мл (норма), суммарные антитела к двуспиральной ДНК – IgG, IgM, IgA, антиядерные антитела – скрининг отрицательны. ДНК вируса Эпштейн–Барра (Ликвор), ДНК цитомегаловируса, ДНК вируса герпеса простого, ДНК токсоплазмы (Ликвор), ДНК вируса герпеса человека 6 типа (Ликвор) – не обнаружены. ВИЧ–экспресс отрицательный. ТропонинТ отрицательный.

С–реактивный белок 0,30 мг/дл (норма), антистрептолизин–О 91,10 МЕ/мл (норма), ревматоидный фактор 6,58 (норма), антинейтрофильные цитоплазматические а/т 0,80 отрицательны, антитела к фосфолипидам – норма. ДНК *Mycobacteria tuberculosis complex* (Ликвор) не обнаружена.

Рентенография органов грудной клетки: умеренный венозный застой в МКК.

При электрокардиографии, эхокардиографии, фиброгастродуоденоскопии, ультразвуковом исследовании внутренних органов существенных изменений не выявлено.

УЗДГ экстракраниальных и магистральных сосудов: окклюзионное поражение подключично–плечевого сегмента слева, окклюзионный тромбоз ПОСА, усиление ЛСК в ВББ, возможно компенсаторного характера. УЗ картина аорто–артериита.

МСКТ ангиография сосудов головного мозга и сосудов шеи с в/в болюсным усилением: КТ–признаки ОНМК по ишемическому типу в бассейне правой средней мозговой артерии на фоне основного заболевания. Смещение срединных структур мозга влево. Полный тромбоз общей правой сонной артерии. Неполный тромбоз левой общей сонной артерии (просвет до 0,4 мм). Викарная гипертрофия позвоночных артерий с обеих сторон. Викарная гипертрофия тиреоидной артерии. Замкнутый Вилизьев круг. Тромбоз общих сонных артерий вероятней всего как проявление болезни Такаясу.

Больную консультировали кардиолог, ревматолог.

Выставлен основной ДЗ: Болезнь Такаясу (аорто – артериит), окклюзия правой общей сонной артерии, критический стеноз левой общей сонной артерии, окклюзия подключично – плечевого сегмента слева.

Осложнения:

Ишемический инсульт в правом каротидном бассейне от 19.05.12. Левосторонний гемипарез: легко выраженный в ноге, умеренно выраженный в руке. Левосторонняя гемидизестезия, гемианопсия. Умеренные когнитивные нарушения правополушарного типа.

Проводилось лечение 11 дней в условиях ОИТ, 15 дней в неврологическом отделении: кислородотерапия, клексан 0,8 м/сут, церебро 1000мг, цефтриаксон 4 г/сут, цераксон 2/сут, дексаметазон 24 м/сут в/в, цитофлавин 10 мл в/в, ацекардол 100м, дюфолак 30 мл, глицин 6 др./сут, омепразол 20 мг, глицерин 100мл 10% № 1, манит 10% 100мл №4, леволет 500м в/в , флуканозол 150 мг, преднизолон 40 м/сут, ПК–Мерц 500 в/в, мексидол 5 мл в/в, массаж, ЛФК.

ОАК после лечения: лейкоциты $18,5 - 10^9$, эритроциты $4,22 - 10^{12}$, гемоглобин 114 /л, СОЭ 5 мм/ч, п/я 3,с–65, м–3, л–29.

ОАМ: у.в.1010, лейкоциты единичные.

На фоне лечения достигнут значительный регресс двигательных нарушений, больная самостоятельно передвигается в пределах палаты. Нормализовалась температура. Переведена в отделение реабилитации, рекомендовано продолжить прием 40 мг преднизолона/сутки, церебро 1200мг/сут 3–4 месяца, профилактически кальций Д3 форте, перевод на варфарин, консультация ангиохирурга, плановая госпитализация в отделение ревматологии.

Левина Т.В., Краснова Ю.Н. Дозозависимые эффекты курения табака по данным холтеровского мониторирования ЭКГ

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск

Цель: изучить влияние табакокурения на функциональные параметры сердечно-сосудистой системы у медицинских работников по данным холтеровского мониторирования ЭКГ при выкуривании одной и двух сигарет.

Методы исследования: Было обследовано 100 курящих медицинских работников (индекс курения ≥ 5 пачка/лет). Средний возраст составил $42,7 \pm 7,57$ лет. Средний медицинский стаж $-18,3 \pm 7,9$ лет. Мужчин было 18%, женщин – 82%. Каждому медицинскому работнику на фоне холтеровского мониторирования ЭКГ (Astrocard, Россия) было проведено по 2 теста с выкуриванием сигарет: первый тест – выкуривание одной сигареты и через 24 часа второй тест – выкуривание двух сигарет. До проведения проб в течение двух часов медицинские работники воздерживались от курения. По холтеровскому мониторированию ЭКГ за 1 час до выкуривания и в течение часа после выкуривания сигарет регистрировали ЧСС, оценивали возможные нарушения сердечного ритма и проводимости, оценивали динамика сегмента ST. Оценка дозозависимого влияния курения табака на вариабельность ритма сердца проводилась с помощью показателей временного и спектрального анализа сердечного ритма по 5-минутным интервалам: за 5 мин до курения и через 5, 10, 15, 20, 25, 30 минут после выкуривания одной и двух сигарет. Анализировались следующие показатели: MEAN NN мс, SDNN мс, TINN мс, Total Power (мс²), LF (мс²), HF (мс²), LF/HF.

Результаты: Среди нарушений ритма и проводимости по данным холтеровского мониторирования ЭКГ после выкуривания сигарет преобладали одиночные желудочковые ($p > 0,05$), суправентрикулярные экстрасистолы ($p < 0,05$), эпизоды суправентрикулярной бигимении ($p > 0,05$) и короткие пароксизмы фибрилляции предсердий ($p > 0,05$). Выявлено достоверно большее количество суправентрикулярных экстрасистол после выкуривания двух сигарет по сравнению с исходным состоянием ($p = 0,04$) и при выкуривании одной сигареты ($p = 0,015$). По данным холтеровского мониторирования ЭКГ у одного человека за 1 час до курения сигарет и в течение часа после регистрировались эпизоды горизонтального смещения сегмента ST-T более 1 мм и длительностью более 1 минуты. Всего в течение часа после выкуривания 1 сигареты зарегистрирован эпизод горизонтального смещения сегмента ST-T более 1 мм и длительностью более 1 минуты у 3 человек и в течение часа после выкуривания 2 сигарет у 4 человек. У всех пациентов данные изменения по ЭКГ были выявлены впервые. Из них у двух обследуемых медработников смещение сегмента ST было зарегистрировано после выкуривания как одной, так и двух сигарет. При изучении вариабельности сердечного ритма получены следующие результаты. Mean NN значительно снижался в течение первого 5- и 10-минутного периодов по сравнению с исходным, а затем mean NN увеличился к 15- и 20-минутному периоду, а после выкуривания двух сигарет и к 25- и 30-минутному периоду ($p < 0,05$). SDNN достоверно снижалось на всех 5-минутных интервалах после выкурива-

ния одной и двух сигарет ($p < 0,05$). Соотношение LF/HF достоверно уменьшалось к 10– и 15–минутным интервалам после выкуривания двух сигарет и к 15– и 20–минутам после выкуривания одной сигареты ($p < 0,05$). По низкочастотному спектру (VLF, LF) отмечалось снижение данных показателей по сравнению с исходными показателями. Высокочастотный компонент спектра (HF) достоверно изменялся на 5 и 10–минутном интервале в сторону снижения после выкуривания одной сигареты ($p < 0,05$).

Заключение: Отмечаются дозозависимые эффекты курения табака: повышение частоты сердечных сокращений, развитие ишемии миокарда и нарушений ритма сердца в виде эпизодов пароксизмальной фибрилляции предсердий и суправентрикулярной экстрасистолии, а также превалирование симпатического компонента вегетативной нервной системы при выкуривании сигарет.

Сенькин Ю.Г. Экстракардиальные находки при эхокардиографии в онкологической клинике

Иркутский областной онкологический диспансер, Иркутск

Эхокардиография является методом ультразвуковой диагностики, который исследует анатомию сердца и его функциональное состояние. Основными показаниями для проведения этого исследования является оценка насосной функции и диагностика клапанной патологии. Наиболее часто используется трасторакальная эхокардиография (ТТЭ). Для получения более детальной информации, преимущественно о состоянии клапанов, используется транспищеводная (трансэзофагеальная) эхокардиография (ТЭЭ). Однако, кроме исследования собственно сердечных структур и их функции при ЭхоКГ доступны обзор зоны, лежащие дорзальнее сердца. Здесь находятся прежде всего нисходящий отдел аорты, пищевод, а также окружающие их ткани. В практике врача УЗИ неспециализированных лечебных учреждений находки при эхокардиографии в этой зоне крайне редки. Об этом свидетельствуют малочисленные сообщения о единичных случайных находках, описывающие образования, расположенные в ретрокардиальном пространстве и вызывающие различной степени сдавление левого предсердия (Eun-Joo I.M., et al., 2009). Большинство описанных находок не связано с онкологией. Чаще описывают состояния, связанные с патологией ЖКТ и конкретно пищевода. Это грыжи, ахалазии, гематомы пищевода (Johan M., 2005; Im E., et al., 2007; Sedarat A., et al., 2006). Реже - патология нисходящей аорты - аневризмы (Johan M., 2005; Walpot J., et al., 2007). Совсем редко описаны новообразования средостения и легких, вызывающие компрессию левого предсердия (Johan M., 2005). Лишь в одном сообщении причиной была указана карцинома пищевода (Shah A., et al., 2001). Возможно в практике врача УЗИ неонкологического профиля эта статистика верна. Однако как показало наше наблюдение, в онкологической клинике подобные состояния нередкость. И природой сдавления левого предсердия тут является исключительно онкологическая патология.

Материалы и методы. В областном онкологическом диспансере пациентам, госпитализированным для проведения хирургического этапа лечения различной онкопатологии на органах грудной клетки в предоперационном периоде проводится традиционная эхокардиография. Нами проанализировано 10 случаев компрессии левого предсердия образованием ретрокардиального пространства, выявленных при плановом исследовании в 2012 году, в течении месяца. Все пациенты были из отделения торакальной хирургии. Из 10 случаев в 9-ти была патология пищевода.

При сдавлении левого предсердия были выявлены следующие заболевания: рак пищевода – 6 случаев, рак кардиального отдела желудка с переходом на пищевод – 2, лейомиосаркома пищевода – 1, рак легкого с поражением л.узлов контрлатерального легкого – 1 случай. Всем выполнялась эхокардиография трансторакальным способом – из парастернального доступа по длинной и короткой оси сердца, а также из апикального и субксифоидального доступов. Использовался ультразвуковой аппарат Vivid 4 GE, фазово-матричный датчик секторного сканирования 1,7-3,5 МГц.

Результаты и обсуждение

На сдавление левого предсердия было обращено внимание случайно. У пациентки Ч. с диагнозом “Рак нижней доли правого легкого с метастазами в контрлатеральное легкое” при ТТЭ из парастернального доступа по длинной оси сердца по заднему контуру левого предсердия визуализировалось объемное образование, вызывающее деформацию контура предсердия, сдавление было достаточно выраженным, а причина сдавления была настолько очевидной, что трудно было её не заметить. Крупное объемное образование солидной тканевой неоднородной структуры средней эхогенности округлой формы “наслаивалось” на левое предсердие, значительно уменьшая его объем (рис.).

Два последующих случая - уже с диагнозом “рак нижней трети пищевода” - заставили обратить на это явление более пристальное внимание и каждый последующий пациент с диагнозом “рак пищевода” не только нижней, но и средней трети осматривался под этим “углом зрения”. Обычная ТТЭ расширялась за счет оценки состояния дорзальных структур - пищевода, нисходящей аорты. Из субксифоидального доступа осматривался диафрагмальный переход желудка в пищевод на предмет утолщения стенок. За исключением первого случая, когда сдавление предсердия было вызвано крупным объемным образованием солидной структуры, во всех последующих из парастернального доступа по длинной оси сердца визуализировался пораженный полый орган с неравномерно утолщенными стенками в поперечном срезе от 8-9 до 13мм толщиной, общий диаметр пораженного пищевода в поперечном сечении составлял около 30-33 мм. Протяженность поражения достигала 9 см.

Таким образом, во всех описываемых случаях причиной сдавления предсердия была опухоль (100%), преобладала опухоль с поражением пищевода (80%). Во всех случаях была морфологическая верификация диагноза (в т.ч. один случай - при аутопсии). При попытке оперативного лечения в 8 из 9-ти случаев рака пищевода опухоль прорастала в окружающие ткани и была при-

знана неоперабельной, было выполнено стентирование пищевода, в одном случае опухоль пищевода удалось удалить.

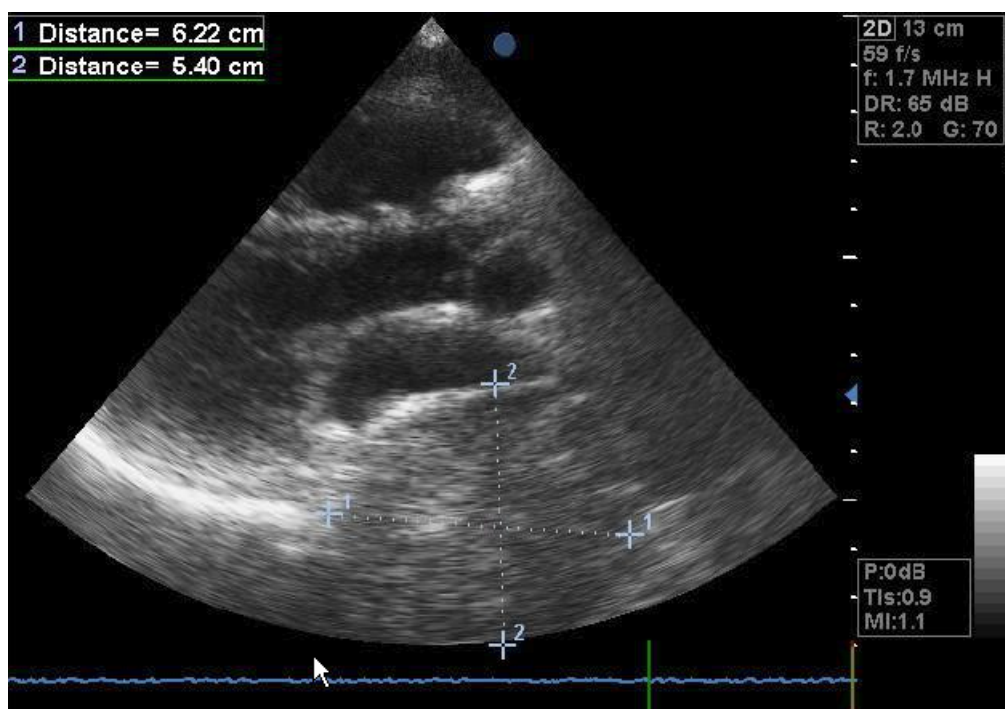


Рис. Объемное образование больших размеров вызывает выраженное сдавление левого предсердия. В данном случае причиной сдавления стало метастатическое поражение лимфатических узлов (Диагноз - рак нижней доли правого легкого T4N3M1a mts в л/у контрлатерального легкого).

Следует отметить, что во всех наших наблюдениях опухоль пищевода вызывала стеноз, который затруднял выполнение эндоскопического исследования, в том числе и транспищеводное эндоУЗИ. Поэтому оценить распространенность опухолевого процесса эндоскопически не представлялось возможным. Получаемое при эхокардиографическом доступе изображение позволяло оценить распространенность опухолевого процесса. Что делало результаты исследования еще более ценными.

Заключение:

- 1) в онкологической клинике при ТТЭ выявление образований в ретрокардиальном пространстве встречается гораздо чаще, нежели описано в литературе;
- 2) опухоль пищевода является наиболее частой причиной компрессии левого предсердия;
- 3) для выявления такого рода патологии не требуется специальное оборудование, патология ретрокардиального пространства, оказывающая давление на левое предсердие доступна визуализации на любом серошкальном ультразвуковом сканнере;
- 4) При отклонении формы левого предсердия от обычной необходимо лишь расширить зону осмотра прибором (смасштабировать изображение таким образом, чтобы было доступно пространство позади левого предсердия, должна быть

видна нисходящая аорта). А также обратить свое внимание на лежащие рядом с сердцем - например, из апикального доступа.

Штегман О.А., Вырва П.В., Мосина В.А., Штегман А.Г. Прогнозирование изменения толерантности к физическим нагрузкам у больных хронической сердечной недостаточностью, находящихся на амбулаторном лечении

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно–Ясенецкого,
Красноярск

Умение прогнозировать течение заболевания является профессиональным навыком, который формируется под воздействием опыта и знаний о факторах риска прогрессирования или неблагоприятного исхода болезни. Прогнозирование в медицине необходимо для установления характера утраты трудоспособности (временная или стойкая), оценки перспективности реабилитационных мероприятий, а также определения метода и интенсивности лечения.

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является частым осложнением сердечно–сосудистых заболеваний. Не смотря на прогресс в лечении больных с патологией сердца, доля больных ХСН остаётся высокой (Roger V.L., et al., 2004). Общепринятыми ориентирами в прогнозировании течения сердечной недостаточности являются такие показатели как возраст, наличие сопутствующей патологии, состояние функции других органов, характер лечения и др. (Fernandez–Berges D., et al., 2012). Однако точность прогнозов во многом определяется учетом максимального количества факторов определяющих прогноз.

Прогнозирование в узком значении – специальное научное исследование конкретных перспектив развития какого–либо процесса. К основным методам прогнозирования относятся статистические методы, экспертные оценки и моделирование. Научной базой статистических методов прогнозирования является прикладная статистика и теория принятия решений. Однако для практического врача представляется важным наличие простого и доступного инструмента оценки прогноза. Кроме того, у конкретного пациента, как правило, имеется сочетание различных факторов, по–разному влияющих на прогноз. Между этими факторами происходит взаимодействие, приводящее к усилению или ослаблению влияния на прогноз. Для учёта взаимодействия различных факторов при прогнозировании используется многомерная регрессия.

Целью исследования явилось создание инструмента прогнозирования толерантности к физическим нагрузкам у амбулаторных больных ХСН.

Задачи:

1. Изучить клинические, психологические, социальные, функциональные и лабораторные показатели амбулаторных больных ХСН.
2. Оценить годичную динамику теста с 6–минутной ходьбой у амбулаторных больных ХСН.

3. Выявить предикторы ухудшения толерантности к физической нагрузке у больных ХСН.
4. Вывести формулу расчёта прогноза годового прироста дистанции 6-минутной ходьбы у больных ХСН на фоне амбулаторного лечения с использованием множественной регрессии.

Материал и методы исследования. В исследование было включено 219 больных хронической сердечной недостаточностью, находящихся на амбулаторном лечении в городской поликлинике №14 г. Красноярска, которые дали информированное согласие на включение в исследование. По разным причинам через год повторно были обследованы 84 человека. Медиана возраста больных составила 67,5 года (95% ДИ 65,3 – 68,4 года), 26% составили мужчины.

Диагноз сердечной недостаточности устанавливался на основании наличия одышки, данных теста 6-минутной ходьбы и эхокардиографии (признаки нарушений диастолической и/или систолической функции).

У всех включенных в исследование пациентов проводился сбор анамнеза, клинический осмотр, выполнялась проба с 6-минутной ходьбой, электрокардиография в 12 общепринятых отведениях, эхокардиография с тканевой доплерометрией и доплероскопия с цветным доплеровским картированием сосудов шеи, клинический анализ крови, биохимический анализ (общий холестерин, холестерин липопротеидов низкой плотности, холестерин липопротеидов высокой плотности, триглицериды) определялись стандартизованными и унифицированными методами на автоанализаторе «Vitalab Eclipse Plus», анализ медикаментозной терапии. Определялись параметры: индекс массы тела (ИМТ), отношение окружности талии (ОТ) к окружности бедер (ОБ). Определение ожирения проводилось с помощью взвешивания на напольных механических весах и расчета ИМТ (индекс Кетле).

Ультразвуковое исследование сердца осуществлялось на акустической системе GE Vivid 7 Dimension, с использованием рекомендаций Американского эхокардиографического общества (1978). Определялись следующие параметры: размер корня аорты (Ао) в мм, левого предсердия (ЛП) в мм, толщина задней стенки левого желудочка в диастолу (ТЗСЛЖд) в мм, толщина межпредсердной перегородки в диастолу (ТМЖПд) в мм, конечный диастолический объем (КДО) в мл, конечный систолический объем (КСО) в мл, конечные систолический и диастолический размеры левого желудочка (КСР и КДР, в мм), фракция выброса (ФВ) в % по методике SIMSON, систолическое давление в легочной артерии (СДЛА) в мм рт. ст., толщина комплекса интима-медиа справа и слева в мм, зоны гипо-, а- и дискинезии. Оценка диастолической функции ЛЖ проводилась методом доплер-эхокардиографии в импульсном режиме по показателям трансмитрального диастолического потока и методом тканевой миокардиальной доплер-эхокардиографии (Nagueh S.F., et al., 2009). Измерялись следующие показатели: E (м/с) – амплитуда пика E, соответствующего быстрому наполнению желудочка; A (м/с) – амплитуда пика A, соответствующего наполнению желудочка во время систолы предсердий; E/A – соотношение скоростей раннего и позднего трансмитрального кровотока; DT (мс) – время замедления потока

раннего диастолического наполнения; IVRT (мс) – изоволюмический период релаксации; Em (см/с) – средняя скорость раннего диастолического смещения кольца митрального клапана, Am (см/с) – скорость позднего диастолического смещения кольца митрального клапана; E/Em – соотношение скорости раннего трансмитрального диастолического потока и скорости раннего диастолического смещения кольца митрального клапана. Нарушение диастолической функции диагностировалось при наличии следующих условий: увеличение ЛП>34 мл/м² при Em<9 см/с или E/Em>8.

Оценка тревожно–депрессивных расстройств проводилась с помощью опросника депрессивных расстройств (CES–D – Center for Epidemiologic Studies – Depression) и опросника ситуативной и личностной тревожности Спилбергера–Ханина. При выявлении >18 баллов диагностировалось депрессивное расстройство, в случае обнаружения >25 баллов диагностировалась депрессия.

Для оценки качества жизни больных с ХСН, включающих широкие стороны этого критерия, использовали Миннесотский опросник – Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ). Приверженность пациентов к лечению оценивалась с помощью опросника Мориски–Грина. Комплаентными, согласно данному тесту, считались больные, набирающие 4 балла (все отрицательные ответы), не комплаентными – менее 4.

При статистической обработке данных оценивались медиана и 95% доверительный интервал для всех показателей. При проведении проверки на нормальность распределения вариационных рядов установлено, что показатели в большинстве случаев имели ненормальное распределения, что потребовало использование непараметрической статистической обработки, которая осуществлялась с использованием программы STATISTICA 7. Для оценки значимости динамики показателей использовался парный критерий Вилкоксона. Для оценки силы и значимости корреляционных связей использовался непараметрический критерий Спирмана, затем составлялось уравнение множественной регрессии для прогнозирования динамики теста 6–минутной ходьбы.

Результаты и их обсуждение. Проанализирована динамика дистанции 6–минутной ходьбы через год амбулаторного лечения больных ХСН. Так, при исходной медиане дистанции ходьбы 375 м (95% ДИ 348 – 393 м) через год больные смогли пройти больше (400 м, при 95% ДИ 375 – 414 м). При значимости динамики данного показателя, она оказалась высоко достоверной при $p=0,0078$. При этом у 60% больных дистанция ходьбы приросла, а у 40% уменьшилась.

В результате проведения корреляционного анализа среди массива факторов выявлены несколько показателей имеющие достоверные связи с динамикой толерантности к физической нагрузке или непосредственно с динамикой теста с 6–минутной ходьбой у больных ХСН за период годичной амбулаторной терапии (см. Табл. 1).

Наиболее тесная отрицательная корреляционная связь наблюдалась между динамикой теста 6–минутной ходьбы и исходными показателями теста, на втором месте оказалась окружность талии, на третьем – нарушение ритма сердца и последнее место занял возраст больного.

Таблица 1

Достоверные коэффициенты корреляции динамики толерантности к нагрузке, динамики теста с 6–минутной ходьбой с некоторыми показателями амбулаторных больных хронической сердечной недостаточностью

| Фактор | Динамика теста 6–минутной ходьбы | Динамика толерантности к нагрузке |
|--|----------------------------------|-----------------------------------|
| Исходные показатели теста с 6–минутной ходьбой | –0,527779 | –0,386985 |
| Окружность талии | –0,315065 | –0,313312 |
| Наличие нарушения ритма сердца | –0,224121 | – |
| Возраст | –0,210830 | – |

Выявленные в результате первой ступени анализа достоверные корреляционные связи послужили основой для следующего этапа статистического анализа. Факторы, имеющие значимую корреляцию с динамикой толерантности к физической нагрузке, были взяты в качестве независимых переменных. Значимость полученного множественного коэффициента корреляции представлена в таблице 2.

Таблица 2

Коэффициенты корреляции учитываемых факторов на прогноз динамики толерантности к физической нагрузке и их значимость

| Коэффициенты | Динамика теста 6–минутной ходьбы | Динамика толерантности к нагрузке |
|-----------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| Множественный R | 0,677928 | 0,5627556990 |
| P | 0,00000000053 | 0,00000396 |

Коэффициент корреляции остатков Дарбина–Уотсона составил –0,068040, что является статистически не значимым, следовательно, модель, которую планировалось создать оказалась адекватной.

Исходные данные для составления уравнения множественной регрессии представлены в таблице 3.

Таблица 3

Коэффициенты для уравнения множественной регрессии для определения прогноза динамики теста толерантности к физической нагрузке

| | Коэффициенты | Нижние 95% | Верхние 95% | P–Значение |
|---|--------------|------------|-------------|---------------|
| Динамика теста 6–минутной ходьбы | | | | |
| Y–пересечение | 563,0912 | 355,0568 | 771,1256 | 0,00000072 |
| Возраст | –2,56766 | –4,61033 | –0,52499 | 0,0144 |
| Нарушение ритма | –42,6998 | –72,8379 | –12,5617 | 0,006 |
| Окружность талии | –1,58281 | –2,94557 | –0,22006 | 0,024 |
| Исходные показатели теста 6–мин. ходьбы | –0,50755 | –0,64958 | –0,36552 | 0,00000000045 |

| Динамика толерантности к нагрузке | | | | |
|---|----------|----------|----------|------------|
| Y–пересечение | 3,722045 | 2,410367 | 5,033723 | 0,00000025 |
| Возраст | –0,01649 | –0,02937 | –0,00361 | 0,012778 |
| Нарушение ритма | –0,19713 | –0,38715 | –0,00711 | 0,042214 |
| Окружность талии | –0,01157 | –0,02016 | –0,00298 | 0,008944 |
| Исходные показатели теста 6–мин. ходьбы | –0,00204 | –0,00293 | –0,00114 | 0,000021 |

Таким образом, полученное уравнение множественной регрессии для прогнозирования динамики теста 6–минутной ходьбы будет выглядеть следующим образом:

Динамика теста 6–мин ходьбы (м) = 563,0912 – возраст (лет)*2,57 – нарушение ритма (0 или 1)*42,7 – окружность талии (см)* 1,58 – исходные показатели теста 6–мин. ходьбы (м)*0,508.

Существует Сиетлская прогностическая модель исходов сердечной недостаточности (Levy W.C., et al., 2006), где на основании данных о поле, возрасте, массе, уровне креатинина, гемоглобина, холестерина, артериального давления, фракции выброса, функционального класса ХСН, характере лечения можно рассчитать предполагаемую продолжительность жизни, уровень одно-, двух и пятилетней смертности. Существуют и другие исследования (Taylor C.J., et al., 2012), направленные на оценку прогноза исходов у больных ХСН, но при анализе литературы не встречено работ, по прогнозированию эффекта амбулаторного лечения на толерантность к физической нагрузке. Таким образом, проведённое исследование является приоритетным в данном направлении.

Выводы:

1. Показатели теста 6–минутной ходьбы, окружность талии, наличие нарушения ритма сердца и возраст больного определяют возможности прироста толерантности к физическим нагрузкам у больных ХСН, находящихся на амбулаторном лечении.
2. В результате проведённого исследования получено уравнение множественной регрессии для прогнозирования динамики теста 6–минутной ходьбы, которое может быть использовано для прогнозирования эффективности реабилитационных мероприятий у амбулаторных больных ХСН.

Приказ Департамента здравоохранения и социальной помощи населению администрации г. Иркутска №219-08-167/2 от 01.03.2012 «Об оказании медицинской помощи больным кардиологического профиля в г.Иркутске»

С целью упорядочения потоков госпитализации больных с заболеваниями системы кровообращения кардиологического профиля в г.Иркутске, реализации мероприятий, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи кардиологическим больным, на основании приказа Минздравсоцразвития РФ от 19.08.2009г. N 599н «Об утверждении Порядка оказания плановой и неотложной медицинской помощи населению Российской Федерации при болезнях системы кровообращения кардиологического профиля», руководствуясь Положением о департаменте здравоохранения и социальной помощи населению комитета по социальной политике и культуре администрации г. Иркутска и его отделах, утвержденным распоряжением мэра года Иркутска от 26.06.2008 № 031-10-736/8,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить схемы направления на госпитализацию больных с заболеваниями системы кровообращения кардиологического профиля (приложения №№ 1-3).

2. Главным врачам учреждений здравоохранения «Клиническая больница №1 г.Иркутска» Павлюку Л.А., «Медсанчасть ИАПО» Выговскому Е.Л., главному врачу ГБУЗ «Иркутская ордена «Знак Почета» областная клиническая больница» Дудину П.Е. (по согласованию) обеспечить:

-госпитализацию больных с острым коронарным синдромом (далее ОКС) в соответствии с приложением №1,

-доставку больных с ОКС в отделение реанимации неотложной кардиологии, минуя приемно-диагностическое отделение стационара,

-перевод больных, у которых диагноз ОКС снят, из отделений неотложной кардиологии первичных сосудистых отделений (далее ПСО) «Клиническая больница №1 г.Иркутска», «Медсанчасть ИАПО» и Регионального Сосудистого Центра (далее РСЦ) ГБУЗ «Иркутская ордена «Знак Почета» областная клиническая больница» в другие кардиологические отделения в соответствии с приложением №2.

3. Главным врачам учреждений здравоохранения «Городская клиническая больница №10 г.Иркутска» Есеву С.В., «Городская клиническая больница №8» Есевой Ж.В., «Городская клиническая больница №3» Кузнецову А.И., «Медсанчасть ИАПО» Выговскому Е.Л., МСЧ ФГУП Аэропорт-Иркутск Куликовой Г.А. (по согласованию), Больница ИНЦ СО РАН Усольцеву Ю.К. (по согласованию) обеспечить госпитализацию больных, нуждающихся в экстренной

кардиологической помощи (кроме больных с ОКС), в соответствии с приложением №2.

4. Главным врачам учреждений здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь населению:

- довести до сведения врачей терапевтов участковых и врачей кардиологов алгоритм постановки диагноза ОКС и определения показаний для госпитализации в отделения неотложной кардиологии ПСО «Клиническая больница №1 г. Иркутска» и «Медсанчасть ИАПО» в соответствии с приложениями №№4,5 и обеспечить его неукоснительное соблюдение;
- обеспечить вызов бригады скорой медицинской помощи для госпитализации пациентов с подозрением на ОКС, находящихся на амбулаторном приеме или при осмотре врачом участковым терапевтом на дому, в отделения неотложной кардиологии;
- обеспечить направление пациентов с подозрением на экстренную кардиологическую патологию (кроме ОКС) в МАУЗ «Городская клиническая больница №10» Есеву С.В., МАУЗ «Городская клиническая больница №8» Есевой Ж.В., МБУЗ «Городская клиническая больница №3» Кузнецову А.И., МБУЗ «Медсанчасть ИАПО» Выговскому Е.Л., МСЧ ФГУП Аэропорт-Иркутск Куликовой Г.А., Больница ИНЦ СО РАН Усольцеву Ю.К. в соответствии с приложением №2;
- обеспечить направление пациентов с кардиологической патологией на плановое лечение в соответствии с приложением №3;

5. Главному врачу МБУЗ «Городская станция скорой медицинской помощи» Ворожбе А.М. обеспечить:

- доставку больных, нуждающихся в экстренной кардиологической помощи в стационары города в соответствии с местом пребывания, согласно приложений №№1,2;

- транспортировку кардиологических больных при наличии экстренных показаний, у которых диагноз ОКС снят, из отделений неотложной кардиологии ПСО «Клиническая больница №1 г.Иркутска», «Медсанчасть ИАПО» и РСЦ ГБУЗ «Иркутская ордена «Знак Почета» областная клиническая больница» в другие кардиологические отделения в соответствии с приложением №2.

6. Главным врачам учреждений здравоохранения г.Иркутска довести до сведения врачей, принимающих решение по организации госпитализации больных с ОКС в отделения неотложной кардиологии ПСО «Клиническая больница №1 г.Иркутска», «Медсанчасть ИАПО» и РСЦ ГБУЗ «Иркутская ордена «Знак Почета» областная клиническая больница» информацию о контактных телефонах отделений неотложной кардиологии:

в Клинической больнице №1 г.Иркутска- **22 45 10**;

в Медсанчасти ИАПО- **32 97 08**;

в Иркутской ордена «Знак Почета» областной клинической больнице - **40 78 50**.

7. Считать утратившими силу раздел «кардиология» в приложении №1 к приказу департамента здравоохранения и социальной помощи населению (далее ДЗиСПН) от 12.05.2010г. «Об оказании экстренной медицинской помощи в г.Иркутске».

8. Считать утратившим силу приказ ДЗиСПН от 04.03.2011г. №219-08-118/11 «О госпитализации больных с заболеваниями системы кровообращения кардиологического профиля в г.Иркутске» и приказ ДЗиСПН от 06.02.2012. №219-08-75/12 «О внесении изменений».

9. Контроль за исполнением приказа возложить на начальника отдела лечебно-профилактической помощи населению департамента здравоохранения и социальной помощи населению Войцеховскую В.В.

Начальник департамента

И.И. Губанова

Приложение № 1

Схема направления на экстренную госпитализацию больных с ОКС в отделение неотложной кардиологии

| | |
|--|--|
| <p align="center">Отделение неотложной кардиологии для больных с ОКС</p> | <p align="center">Территория обслуживания по- ликлиник г. Иркутска</p> |
| <p>МАУЗ КБ №1 (278 600 чел.)</p> <p><i>1) ОИМ кроме ОИМ с подъемом ST на ЭКГ <12 часов;</i></p> <p><i>2) нестабильная стенокардия с изменениями на ЭКГ</i></p> | <p align="center">Октябрьский округ территория обслуживания МАУЗ КБ №1; МАУЗ МСЧ №2; МСЧ ФГУП Аэропорт-Иркутск *</p> <p align="center">Правобережный Округ территория обслуживания МБУЗ ГКБ №3, МБУЗ ПК 2 *</p> <p align="center">Свердловский округ территория обслуживания МБУЗ ПК №17, МБУЗ ПК №4, МБУЗ ПК №6, МАУЗ ГКБ №10 Больница ИНЦ СОРАН</p> |
| <p>МБУЗ МСЧ ИАПО (147 000чел.)</p> <p><i>1) ОИМ кроме ОИМ с подъемом ST на ЭКГ <12 часов;</i></p> | <p align="center">Ленинский округ территория обслуживания МБУЗ МСЧ ИАПО, МБУЗ ГКБ №8 *</p> <p align="center">Правобережный округ территория обслуживания</p> |

| | |
|---|---|
| <p>2) <i>нестабильная стенокардия с изменениями на ЭКГ</i></p> | <p>МБУЗ ПК № 15, МБУЗ ГКБ №9 * Свердловский округ территория обслуживания МБУЗ ГБ №5 МБУЗ ПК №11</p> |
| <p>ГУЗ Иркутская областная клиническая больница</p> <p><i>-ОИМ подъёмом ST на ЭКГ или остро возникшая блокада левой ножки пучка Гиса <12часов</i></p> | <p>Все районы г.Иркутска</p> |

Приложение № 2

Схема направления на экстренную госпитализацию кардиологических больных, включая нестабильную стенокардию без изменений на ЭКГ (кроме больных с ОИМ и нестабильной стенокардии с изменениями на ЭКГ).

| Наименование учреждений здравоохранения | Территория обслуживания муниципальных поликлиник |
|--|--|
| <p>МБУЗ ГКБ №3 (60 коек)</p> <p><i>Ежедневно круглосуточно, кроме вторника и четверга с 08.00 до 15.00ч</i></p> | <p>Октябрьский округ территория обслуживания МАУЗ КБ №1; МАУЗ МСЧ №2; МСЧ ФГУП Аэропорт-Иркутск * Правобережный округ территория обслуживания МБУЗ ПК 2, МБУЗ ПК 3, МБУЗ ГКБ 9, МБУЗ ПК 15</p> |
| <p>МСЧ ФГУП Аэропорт-Иркутск (50 коек)</p> <p><i>Вторник и четверг с 08.00 до 15.00ч.</i></p> | <p>Октябрьский округ территория обслуживания МАУЗ КБ №1; МАУЗ МСЧ №2; МСЧ ФГУП Аэропорт-Иркутск * Правобережный округ территория обслуживания МБУЗ ПК 2, МБУЗ ПК 3, МБУЗ ГКБ 9, МБУЗ ПК 15</p> |
| <p>МБУЗ ГКБ №8 (40 коек)</p> <p><i>Ежедневно круглосуточно</i></p> | <p>Ленинский округ территория обслуживания МАУЗ ГКБ №8</p> |
| <p>МБУЗ МСЧ ИАПО (26коек)</p> <p><i>Ежедневно круглосуточно</i></p> | <p>Ленинский округ территория обслуживания МБУЗ МСЧ ИАПО</p> |

| | |
|---|--|
| МАУЗ ГКБ №10 (70 коек) <i>Ежедневно круглосуточно, кроме вторника с 08.00 до 15.00ч</i> | Свердловский округ территория обслуживания МАУЗ ГКБ 10, МБУЗ ГБ 5, МБУЗ ПК 11, МБУЗ ПК 6, МБУЗ ПК 4, МБУЗ ПК 17, Больница ИНЦ СО РАН |
| Больница ИНЦ СО РАН (46 коек) Вторник <i>с 08.00 до 15.00ч.</i> | Свердловский округ территория обслуживания МАУЗ ГКБ 10, МБУЗ ГБ 5, МБУЗ ПК 11, МБУЗ ПК 6, МБУЗ ПК 4, МБУЗ ПК 17, Больница ИНЦ СО РАН |

Приложение № 3

Схема направления на плановую госпитализацию больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы кардиологического профиля

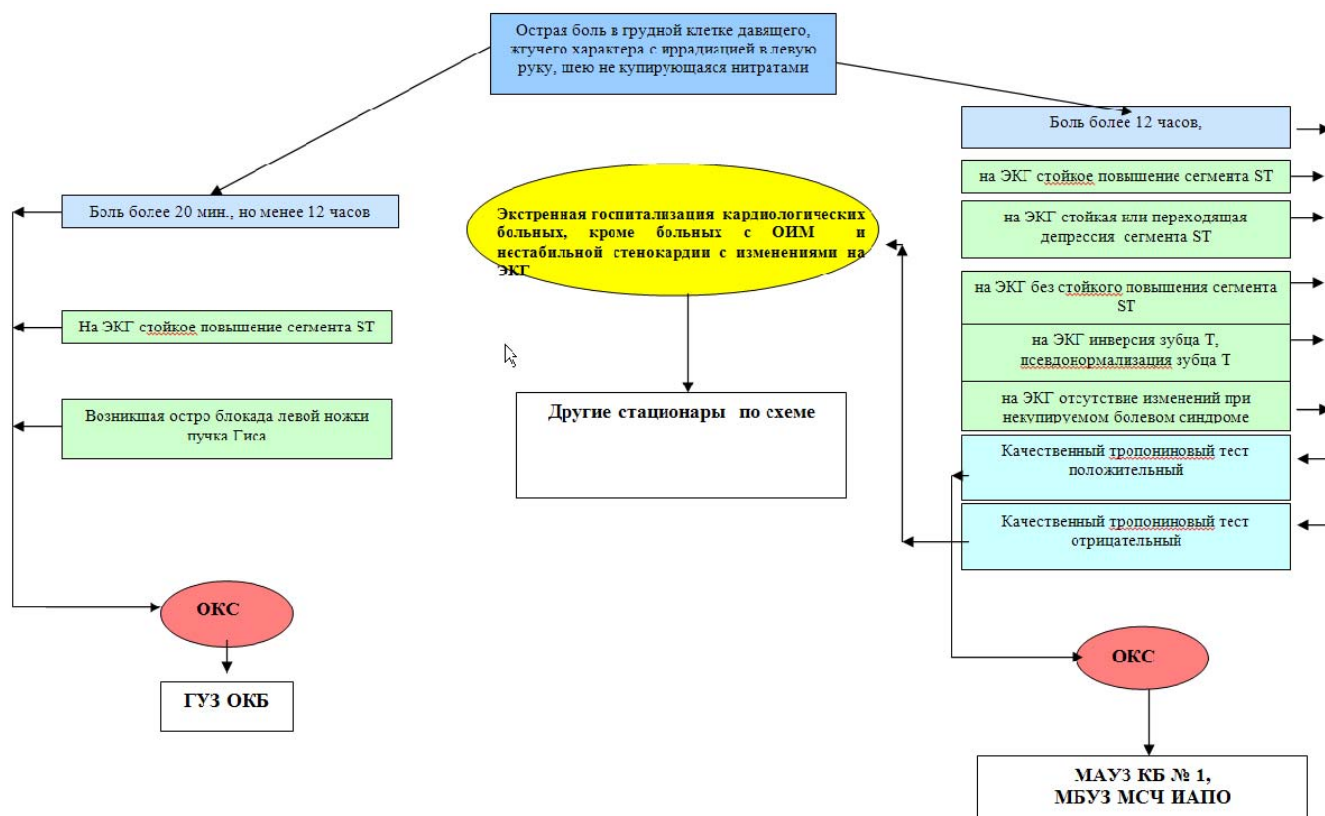
| № | Учреждения здравоохранения, имеющие в структуре кардиологические отделения | Территория обслуживания поликлиник |
|----|--|--|
| 1. | МБУЗ ГКБ №3 (60 коек) 75 000 | МБУЗ ГКБ №3, МБУЗ ПК №2, МБУЗ ГКБ №9, МБУЗ ПК №15 |
| 2. | МАУЗ ГКБ №8 (40 коек) 53 000 | МАУЗ ГКБ №8 |
| 3. | МБУЗ МСЧ ИАПО (26 коек) 43 700 | МБУЗ МСЧ ИАПО |
| 4. | МАУЗ ГКБ №10 (70 коек) 84 600 | МАУЗ ГКБ №10, МБУЗ ГБ №5, МБУЗ ПК №4, МБУЗ ПК №17 |
| 5. | МСЧ ФГУП Аэропорт-Иркутск (50 коек) 95 000 | МАУЗ КБ №1, МАУЗ МСЧ №2 |
| 6. | Больница ИНЦ СО РАН (46 коек) 85 846 | Больница ИНЦ СО РАН, МБУЗ ПК №6, МБУЗ ПК №11 |

Диагностика и лечение ОКС на догоспитальном этапе

| Диагностика | Лечение основное | Тромболизис | |
|--|--|-------------------------|---|
| | | Препарат | Доза |
| - Ангинозные боли(давящего, жгучего характера с иррадиацией в левую руку, шею) >20 мин, не купируемые или плохо купируемые нитратами - ЭКГ: $\downarrow\uparrow$ ST; (-)T; Q - Тропониновый тест \pm | -Нитраты (спрей или таблетки), сублингвально - O2 терапия - При сохраняющемся болевом синдроме – морфин 2-4мг - Аспирин 150-325мг + клопидогрель от 300 – 600мг - Гепарин в/в 4000ед - Тромболизис при подъемеST и менее 12 часов от начала симптомов - Инфузия нитратов, бета-блокаторов, по показаниям | Альтеплаза (актилизе) | Болкус 15мг, далее инфузия 50мг (0,75мг/кг за 30 мин), 35мг (0,5мг/кг) за 60 мин |
| | | Тенектеплаза (метализе) | 30мг (вес< 60кг); 35мг (60-70кг) 40мг (70-80мг) 45мг (80-90мг) 50мг (>90кг) |

| Лечение осложнений | | Лист принятия решений | Д | Нет |
|-------------------------|--|--|---|-----|
| Осложнение | Лечение | -Большой ориентирован, может общаться - Характерный для ОКС болевой синдром и/или его эквиваленты, продолжающиеся не менее 15-20 мин, но не более 12 часов - Выполнена качественная регистрация ЭКГ в 12 отведениях - СМП имеет опыт оценки изменений сегмента ST и блокады ножек пучка Гиса на ЭКГ - Есть подъем сегмента ST на 1мм и более в двух и более смежных отведениях ЭКГ или зарегистрирована блокада левой ножки пучка Гиса, которой раньше у больного не было - СМП имеет опыт проведения ТЛТ - Транспортировка больного в стационар займет более 30 мин - Возможность получать медицинские рекомендации врача кардиолога или реаниматолога стационара в режиме реального времени - В период транспортировки больного имеется возможность постоянного мониторинга ЭКГ (хотя бы в одном отведении), внутривенных инфузий (в кубитальной вене установлен катетер) и срочного применения дефибриллятора - Возраст более 35 лет для мужчин и более 40 лет для женщин - Систолическое артериальное давление крови не превышает 180 мм.рт.ст - Диастолическое артериальное давление крови не превышает 110 мм.рт.ст - Разница уровней систолического артериального давления крови, измеренного на правой и левой руке, не превышает 15 мм рт.ст - В анамнезе отсутствуют указания на перенесенный инсульт или наличие другой органической (структурной) патологии мозга - Отсутствие клинических признаков кровотечения любой локализации (в том числе желудочно-кишечные и урогенитальные) или проявления геморрагического синдрома - В представленных медицинских документах отсутствуют данные о проведении больному длительной (более10 мин) сердечно-легочной реанимации или о наличии у него за последние 2 недели внутреннего кровотечения, больной и его близкие это подтверждают - В представленных медицинских документах отсутствуют данные о перенесенных за последние 3 мес хирургической операции (в том числе на глазах с использованием лазера) или серьезной травмы с гематомами и/или кровотечением, больной подтверждает это - В представленных медицинских документах отсутствуют данные о наличии беременности или терминальной стадии какого-либо заболевания, и данные опроса и осмотра подтверждают это - В представленных медицинских документах отсутствуют данные о наличии у больного желтухи, гепатита, почечной недостаточности, и данные опроса и осмотра больного подтверждают это | | |
| Отек легких | Кислород Нитраты (в/в) Фуросемид (20-40мг в/в) Морфин в/в Тромболизис Ранняя реваскуляризация | | | |
| Шок | Дофамин, норадrenalин (САД<70мм.рт.ст) , инфузия (ИМ ПЖ), тромболизис, ранняя реваскуляризация | | | |
| Желудочковая тахикардия | Амиодарон 150мг/в за 10мин, повторно 150мг через 10-15 мин (до2,2г/сут) | | | |
| Брадикардия | Гипотензия, ОСН : атропин 0,5-1мг в/в, повторно через 3-5 мин (\leq 2мг), допамин начать с2-5мкг/кг/мин (200мг на 250мл, 15мл/ч), ЭКС | | | |

АЛГОРИТМ постановки диагноза ОКС и определения показаний для госпитализации в отделения неотложной кардиологии



Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования
Иркутское городское общество кардиологов
Кардиоаритмологический центр ИГМАПО
Министерство здравоохранения Иркутской области
Департамент здравоохранения и социальной помощи населению Администрации г. Иркутска

ПРОГРАММА

Байкальская конференция

КАРДИОЛОГИЯ 2012



24–25 октября 2012 года
Иркутск

24 октября 2012 года, конференц-зал отеля «Марриотт».
Лекции 12:30–17:30.

Школа кардиолога

- 12:30–13:15** Неминуций Николай Михайлович, профессор кафедры сердечно-сосудистой хирургии №2, Первого МГМУ им. И.М.Сеченова (Москва). **Лечебная электростимуляция сердца. Современное состояние вопроса.**
- 13:25–14:10** Иваницкий Эдуард Алексеевич, зав. кардиохирургическим отделением №2 Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии (Красноярск). **Современные решения вопросов аритмологии на базе Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии г. Красноярска.**
- 14:20–15:05** Неминуций Николай Михайлович (Москва). **Режимы стимуляции и тайминг в ЭКС.**
- 15:10–15:20** *Кофе-брейк.*
- 15:20–15:30** Беялов Фарид Исмагильевич (Иркутск). **Случай редкой канналопатии с внезапной смертью.**
- 15:35–16:20** Неминуций Николай Михайлович (Москва). **Ведение пациентов с ЭКС и диагностика дисфункции ЭКС.**
- 16:30–17:00** Дудник Алексей Владимирович, врач кардиохирургического отделения №1 Иркутской областной больницы (Иркутск). **Новые возможности диагностики и лечения аритмий в Иркутской области.**
- 17:00–17:30** **Собрание Иркутского городского общества кардиологов.**

25 октября 2012 года, конференц–зал отеля «Марриотт».

Регистрация 12:30 – 13:00. Лекции 13:00–18:00.

13:00 **Открытие конференции.**

13:00 Фомин Игорь Владимирович, зав. кафедрой внутренних
13:45 болезней Нижегородской государственной медицинской
академии (Нижний Новгород). **Современное лечение ар-
териальной гипертензии.**

14:00 Беялов Фарид Исмагильевич, руководитель Кардиоарит-
14:45 мологического центра Иркутской государственной меди-
цинской академии последипломного образования (Ир-
кутск). **Ведение пациентов с инфарктом миокарда в
2012 году.**

15:00 Сергиенко Игорь Владимирович, научный сотрудник от-
15:45 дела атеросклероза Российского кардиологического науч-
но–производственного комплекса (Москва).
**Новые и новейшие возможности лечения атеросклеро-
за.**

16:00
16:20 *Кофе–брейк.*

16:20 Беялов Фарид Исмагильевич (Иркутск). **Достижения и
17:05 проблемы лечения фибрилляции предсердий.**

17:20 Штегман Олег Анатольевич, главный кардиолог Мини-
18:00 стерства здравоохранения Красноярского края (Красно-
ярск). **Новые возможности в лечении сердечной недо-
статочности.**

Подписано в печать 20.10.12.

Формат 60x84 1/16. Гарнитура Times New Roman.

Печать трафаретная. Бумага SvetoCroi.

Усл. п. л. 3,3. Уч.–изд. л. 2,4. Тираж 100. Заказ 1/133.