

ИНТРАКОРОНАРНОЕ ВВЕДЕНИЕ АЦЕТИЛХОЛИНА: ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОЦЕНКИ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ В РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ

Соболева Г.Н., Федулов В.К., Рогоза А.Н.,
Левицкий И.В., Карпов Ю.А.
Отдел ангиологии, Отдел эндоваскулярных
методов лечения, Институт клинической
кардиологии им. А.Л.Мясникова,
ФГУ РКНПК МЗ и СР, Москва, Россия.

По данным разных исследований, в среднем у 20% больных с болевым синдромом в грудной клетке, направленных на коронарографию, являются интактные коронарные артерии. Исключение диагноза «ИБС» только по отсутствию атеросклеротических изменений в коронарных артериях может привести к недооценке клинического состояния и прогноза таких пациентов.

Цель исследования. Оценить прогностическую значимость показателей эндотелий-зависимой вазодилатации (ЭЗВД) коронарных артерий (к.а.) у больных с интактными к.а. в ходе ретроспективного анализа.

Материал и методы. Обследовано 2 группы больных (176 чел): в 1 (основную) группу вошло 36 больных с болевым синдромом в грудной клетке, ишемией миокарда по данным нагрузочных тестов и интактными к.а.: медиана возраста 57(47,0;63,5) лет; холестерина 3,57(4,4;7,68) ммоль/л; 70% женщин, 24% курящих; во 2 группу (сравнения) - 140 пациентов с ИБС, медиана возраста 50(38;63) лет, холестерина — 6,2 ммоль/л(4,9;7,5), 52,5% мужчин, курящих 45%. Оценка ЭЗВД коронарных артерий проводилась интракоронарным введением ацетилхолина при отсутствии стенозов более 50%. Ацетилхолин вводили последовательно в дозах 0,25 — 2,5-25мкг в 10 мл физиологического раствора в течение 2 мин через диагностический катетер Judkins Left 7F, установленный в устье ствола ЛКА, каждая инфузия сопровождалась последующей съемкой левой к.а., регистрацией ЭКГ и АД. ЭЗВД коронарных артерий оценивали как $D(ацх) - D(исх) / D(исх) \times 100\%$, где $D(исх)$ - диаметр исходный, $D(ацх)$ — диаметр после введения ацетилхолина. Т.о. при меньших значениях ЭЗВД КА более выраженный спазм к.а. В группе сравнения оценивали ЭЗВД плечевой артерии ультразвуком высокого разрешения по Selzermajer D.S.(1992). Ретроспективный анализ проводили по количеству сердечно-сосудистых событий (ССС), срок наблюдения больных от 9 до 15 лет.

Результаты. У женщин с интактными к.а. и ишемией миокарда отмечалось достоверное снижение сосудорасширяющей функции эндотелия по сравнению с мужчинами: $7,7 \pm 2,5\% vs 1,02 \pm 3,8\%$ ($p < 0,05$); в дальнейшем в ходе ретроспективного наблюдения у 17% женщин с дисфункцией эн-

дотелия к.а. отмечались сердечно-сосудистые события: у 3-х — ОИМ, у 1-ТБКА, 1-ОНМК, 1-ТИА. В группе ИБС с коронарным атеросклерозом СССР развились в 14% случаев (9-ОИМ, 5-ТБКА, 5-ОНМК, 1-ТИА).

Заключение. Определение дисфункции эндотелия к.а. у больных с интактными коронарными артериями позволяет выявить группу больных с высоким риском сердечно-сосудистых событий.

ОСТРАЯ ОККЛЮЗИЯ СТВОЛА ЛКА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Соколов М.С., Сапина А. И., Назаров А.В.,
Скрыпник Д.В., Васильева Е.Ю., Шпектор А.В.
Кафедра кардиологии ФПДО МГМСУ, Москва,
Россия.

Пациент П., 71 года, поступил в стационар с нестихающими болями в грудной клетке. Из анамнеза известно, что он в течение 10 лет страдает артериальной гипертензией, рабочее АД 130/80 мм. рт. ст., подъемы до 160/100. С лета 2009 года стали возникать боли за грудиной при ходьбе, из-за чего приходилось останавливаться. В октябре 2009 года лечился стационарно, проводилась проба с физической нагрузкой, тест был не информативен из-за не достижения необходимой ЧСС. Постоянно принимал метопролол, аспирин. После выписки оставалась стенокардия напряжения на уровне 2-3 ФК. При поступлении в стационар на ЭКГ ритм синусовый, правильный, тенденция к элевации сегмента ST в aVL (менее 1 мм), в V1 (1 мм), депрессия сегмента ST во всех остальных отведениях. На ЭХО КГ ФВ 29%, акинез верхушечных сегментов ЛЖ, гипокинез переднебоковой стенки ЛЖ, акинез передней части МЖП на всем протяжении, акинез передней стенки ЛЖ, гипокинез верхушки правого желудочка. К моменту поступления в стационар выраженный болевой синдром и гипотония. Проводилась терапия аспирином (250 мг в сутки), плавиксом (300 мг однократная «нагрузочная» доза с последующим приемом 75 мг в сутки). Перед ангиографией внутривенно введен нефракционированный гепарин (5000 ЕД). Больному проведена экстренная коронарография на которой было выявлена окклюзия в терминальном отделе ствола левой коронарной артерии. Дистальные отделы ПМЖВ слабо заполнялись по коллатералям из ПКА. На фоне инфузии интегрилина проведена ангиопластика места окклюзии. После проводниковой реканализации кровотока отсутствует. Выполнена баллонная предилатация терминального отдела ствола с последующей имплантацией стента ZETA 3,5X15 с постдилатацией баллонным катетером 3,75X12. Получен удовлетворительный ангиографический результат. После процедуры, состояние больного стабилизировалось. Ангинозные боли полностью прошли, гемодинамика стабилизировалась. При-

знаков кардиогенного шока нет. В дальнейшем на фоне проводимой терапии (плавикс, аспирин, липримар, энап, эгилор) состояние больного оставалось стабильным, ангинозные боли и одышка не рецидивировали. По данным Эхо-КГ в динамике НПВ спадается на 100%, в области аневризмы верхушки левого желудочка на широком основании подвижный тромб до 10 мм в диаметре, ФВ 35%. Проводилась терапия клексаном. При проведении стресс-теста достигнута субмаксимальная ЧСС, ангинозных болей и ишемических изменений на ЭКГ не выявлено. Больной выписан в удовлетворительном состоянии. Через 11 месяцев состояние больного удовлетворительное, ангинозных болей и признаков левожелудочковой недостаточности нет. По данным ЭХО-КГ ФВ 39%, сохраняется аневризма верхушки левого желудочка без признаков тромбоза. Выполнена контрольная коронароангиография на которой не выявлено значимых стенотических изменений.

Хроническая окклюзия ствола ЛКА наблюдается в 0,01-0,7% случаев. Острая окклюзия ствола левой коронарной артерии чрезвычайно редкое и максимально грозное проявление ИБС в большинстве случаев приводит к летальному исходу. Несмотря на это экстренное проведение интракоронарного вмешательства позволяет уменьшить смертность при данной патологии. Характерным проявлением данной патологии является развитие клинической картины кардиогенного шока. Характерны специфические ЭКГ изменения описываемые в имеющихся сообщениях: преобладание депрессий в грудных отведениях, а также минимальные элевации в I и aVL. Характерен подъем сегмента ST в aVR. Чаще всего при коронароангиографии у данных пациентов отмечается атипично правый тип кровообращения с предшествующей длительной ишемией с развитием ретроградного коллатерального кровотока.

ОПЫТ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МИОМОЙ МАТКИ В ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ г.ТВЕРИ

Страхов К.А., Ефимов С.Ю., Баукина М.В.
ГУЗ «Областная клиническая больница»,
Тверь, Россия.

Цель работы. Оценить непосредственные результаты эмболизации маточных артерий при миоме матки.

Материал и методы. За период с 2008 г. по 2010 г. в отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения Тверской областной клинической больницы была выполнена эмболизация маточных артерий (ЭМА) 52 пациенткам в возрасте от 23 до 67 лет с диагнозом миома матки. Средний возраст пациенток составил $38,3 \pm 8,4$ лет. Показаниями к проведению ЭМА являлись: симптомная миома матки различной локализации,

быстрорастущая миома матки, продолжающееся маточное кровотечение, желание пациентки сохранить репродуктивную функцию. Операции выполнялись по стандартной методике с использованием катетера Робертса, гидрофильного проводника и взвеси частиц поливинилалкоголя (ПВА) размером 300–500 или 500–700 микрон.

Результаты. Полный технический успех вмешательства был достигнут в 49 (92%) случаях. У двух пациенток была проведена эмболизация лишь одной из маточных артерий, у одной пациентки ЭМА выполнить не удалось. Технические сложности были связаны с анатомическими особенностями отхождения маточных артерий от ветвей внутренней подвздошной артерии. Так у одной из пациенток обе маточные артерии отходили под углом 15–20 градусов (т.е. вертикально вверх). В данном случае многократные попытки катетеризации были безуспешны и от вмешательства пришлось отказаться.

Осложнений во время вмешательства и в ближайшем периоде после него не отмечалось. У всех пациенток наблюдался постэмболизационный синдром, длительность и выраженность которого зависели от величины миоматозного узла, а также от размера используемых частиц ПВА. Так, при использовании частиц ПВА 300–500 микрон, постэмболизационный синдром был более выражен и длился дольше, что, по-видимому, связано с более глубоким проникновением частиц ПВА в микроциркуляторное русло. Длительность пребывания пациенток в клинике составила от 3 до 10 суток (в среднем 4–5 суток).

При дальнейшем наблюдении пациенток, которым была проведена эмболизация лишь одной маточной артерии, результаты вмешательства были признаны хорошими — миоматозные узлы уменьшились в размерах, менструальные кровотечения нормализовались. Клинический результат был достигнут, по-видимому, за счет возникшего нарушения кровотока в успешно эмболизированной маточной артерии (при этом миоматозные узлы располагались со стороны успешно закрытой артерии).

Выводы. Результаты проведенной работы демонстрируют достаточно высокий технический успех ЭМА, что в сочетании с малой инвазивностью процедуры, отсутствием осложнений и быстрой реабилитацией больных позволяет нам использовать ЭМА как метод выбора в лечении миомы матки у женщин репродуктивного возраста.

ЭМБОЛИЗАЦИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АРТЕРИИ У ДВУХ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЕГКОГО, ОСЛОЖНЕННЫМ КРОВОХАРКАНЬЕМ

Суворова Ю.В., Таразов П.Г., Мус В.Ф.,
Немкова Е.В..

ФГУ Российский научный центр радиологии и хирургических технологий,
Санкт-Петербург, Россия.