

Секция 9: Медицинские науки

ЖАНГЕЛОВА ШОЛПАН БОЛАТОВНА

К.м.н., доцент, профессор кафедры внутренних болезней №2, Казахский

Национальный медицинский университет

им. С. Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;

СЕЙТБЕК НУРЛАН ШОРАҰЛЫ

врач-интерн Казахский Национальный медицинский университет им. С. Д.

Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;

КӨШЕМБАЕВА АЙЗАДА АРМАНҚЫЗЫ

врач-интерн Казахский Национальный медицинский университет им. С. Д.

Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;

МАДИЯР РАУШАН КҮЗЕРБАЙ ҚЫЗЫ

врач-интерн Казахский Национальный медицинский университет им. С. Д.

Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;

НҮРКАСЫМОВА ШЫРЫН АЛТАЙ ҚЫЗЫ

врач-интерн Казахский Национальный медицинский университет им. С. Д.

Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан

УСИЛЕННАЯ НАРУЖНАЯ КОНТРПУЛЬСАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ РЕФРАКТЕРНОЙ СТЕНОКАРДИИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Среди нефармакологических методов лечения рефрактерной стенокардии широко используется наружная контрпульсационная терапия и нейростимуляционная методика, которые продемонстрировали уменьшение боли и улучшение качества жизни. Эта точка зрения отражена в последних рекомендациях по лечению стабильной стенокардии напряжения: самый высокий класс доказательности имеет метод наружной контрпульсации - Па,В. Усиленная наружная контрпульсация может быть рассмотрена для облегчения симптомов у пациентов со стенокардией рефрактерной к оптимальной медикаментозной терапии и реваскуляризации [2,3,5,6,7]. УНКП называют безоперационным методом коронарного шунтирования.

По международным рекомендациям, антиангинальную терапию считают эффективной, если удаётся стенокардию устранить полностью или перевести больного в I функциональный класс(ФК) из более высокого класса при

сохранении хорошего качества жизни, то есть при обычной физической активности приступы стенокардии не возникают.

Цель исследования. Изучение опыта использования и эффективности метода усиленной наружной контрпульсации на примере клинических случаев.

Материал и методы исследования. История болезни пациента А., 38 лет и пациентки В., 80 лет.

Протокол лечения УНКП. Пациенты при направлении на сеансы УНКП имели амбулаторную карту, выписки из стационарного лечения, кроме того, они подверглись тщательному физикальному осмотру, во время которого обращали внимание на симптомы болезни, ранее выполненные процедуры реваскуляризации и документы подтверждающие ИБС. Особые предосторожности были приняты для того, чтобы выявить у пациентов наличие каких-либо противопоказаний к проведению данной процедуры.

Принцип работы УНКП состоит в последовательном наполнении и выкачивании воздуха из манжет, обернутых вокруг голеней, бедер и живота пациента. Наполнение и выкачивание воздуха в манжетах синхронизировано с сердечным циклом, и контролируется сигналами ЭКГ, которые обрабатываются микропроцессором (рис. 1). В результате компрессии мышц нижних конечностей увеличивается диастолическое давление в аорте, что приводит к увеличению перфузионного давления в коронарных артериях. Сеансы продолжаются обычно 1 или 2 часа (с перерывом в 1 час) в день, общий курс состоит из 35 сеансов по 1 часу в течение 7 недель (рис. 2).

Рисунок 1. Синхронизация работы манжет с ЭКГ.

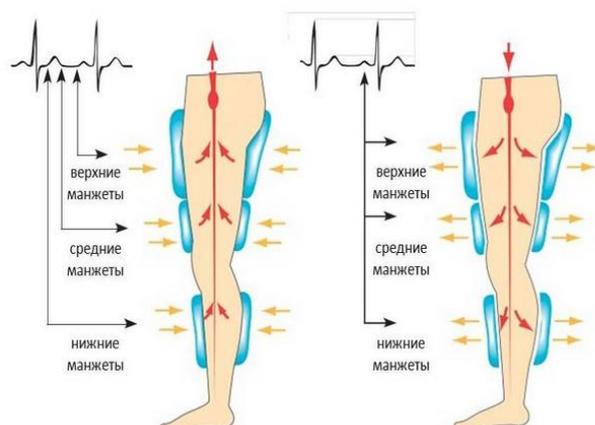


Рисунок 2. Вид аппарата для УНКП.



Клинический случай № 1. Мужчина 38 лет. ИБС в течение 10 лет. Перенес инфаркт миокарда в 2007, 2008, 2015 гг. Получал стационарное лечение в городской кардиологическом центре (ГКЦ), проведена коронароангиография (КАГ) со стентированием передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) в 2008г, правой коронарной артерии (ПКА) 2012г, заднебазальной ветви правой коронарной артерии (ЗБВ ПКА) 03.01.2015г., ПМЖВ 26.01.2016г. Артериальная гипертензия в течение нескольких лет, максимальные цифры АД до 160/100 мм рт ст. АД при котором чувствует себя удовлетворительно - 120/80 мм рт.ст. Принимает регулярно: тигакрелор 90 мг х 2 раза, кардиомагнил 75 мг, моносан 40 мг 2 раза в день (4 месяца), розувастатин 20 мг. Отменил бисопролол, фозиноприл самостоятельно. Данное ухудшение состояния в течение месяца, когда стали усиливаться и участились ангинозные боли давящего, сжимающего характера, одышка, утомляемость при подъеме на 2 лестничный пролет. При осмотре: АД 160/100 мм рт ст. ЧСС 78 уд в мин.

На ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 80 уд в мин. Рубцовые изменения по септальной, верхушечной стенке. Ишемия по задне-боковой, передней септальной стенке. Гипертрофия левого желудочка.

На ЭхоКГ: фракция выброса (ФВ) 50%, Аневризма верхушечного сегмента Л левого желудочка (ЛЖ). Гипо, акинез передне-перегородочного, передневерхушечного сегментов ЛЖ.

Диагноз: ИБС. Стенокардия напряжения, 4 ФК. Постинфарктный кардиосклероз (2007,2008, 2015 гг). Аневризма верхушечного сегмента ЛЖ. Состояние после реваскуляризации миокарда путем стентирования ПМЖВ в

2008г, ПКА 2012г, ЗБВ ПКА 03.01.2015г., ПМЖВ 26.01.2016г. Артериальная гипертензия 2 степени, Фактор риска 4. ХСН IIА, ФК 2 с нормальной ФВ 50%. Пациенту проведена коррекция в лечении : отмена моносана, назначен рамиприл 5 мг, бисопролол 5 мг и был направлен на сеансы УНКП.

Клинический случай №2. Женщина 80 лет с жалобами на сжимающие боли в области сердца, выраженную слабость, утомляемость в покое, при малейшей физической нагрузке, перебои в работе сердца, судороги в н/к. При осмотре пациентка вялая, покрыта потом, тоны сердца приглушены, ритм прерывается частыми экстрасистолами, ЧСС 68 уд мин. АД 130/60 мм рт ст.

Направительный диагноз: ИБС. Стенокардия напряжения, ФК 3. Постинфарктный кардиосклероз (2009г.). Состояние после стентирования ПМЖВ и ВТК ОВ 2012г. и ОВ 2015г. ХСН IIА. 3ФК. Артериальная гипертензия 3 степени. Риск 4. Сахарный диабет 2 типа, средней степени тяжести, инсулинпотребная форма.

На ЭКГ: Синусовый ритм, ЧСС 65 уд мин. Отклонение электрической оси сердца влево. Рубцовые изменения по задней стенке. Ишемия по задней боковой стенке. Гипертрофия ЛЖ.

На ЭхоКГ: ФВ 56%. Дилатация левого предсердия. Гипокинез передней стенки. Была направлена на сеансы УНКП.

Лечение и период после проведения курса УНКП. Перед лечением пациентам требовалась помощь, для того чтобы добраться на сеанс лечения, из-за стенокардии. Во время лечения оба пациента отметили уменьшение количества приступов стенокардии в день сразу после первого сеанса, сопровождающееся повышением физической активности. В конце 7-недельного курса лечения они не испытывали ограничений при физических нагрузках, включая подъем по лестнице на 2-3 этаж. Они продолжали принимать те же лекарства, что и до УНКП. Приступы стенокардии были реже, чем 1 раз в месяц, и сразу прекращались в покое или после применения нитроглицерина под язык. На ЭХОКГ – фракция выброса повысилась до 62%, полости сердца уменьшились на 10-20%. Зоны гипокинеза не выявлены.

Таблица 3. Клиническая картина во время лечения.

Клин случай	1-ый пациент			2-ой пациент		
	До УНКП	Через 3 недели после начала УНКП	После курса УНКП	До УНКП	Через 3 недели после начала УНКП	После курса УНКП
Период наблюдения:						
Количество приступов стенокардии	8 в день (из них 2 в покое)	4-5 в день (в покое -0)	2 в неделю	5 в день (из них 1 в покое)	3 в неделю	1 в неделю
Тест 6 минутной ходьбы	0	150 м	420 м	0	302 м	524 м
ФК стенокардии	IV	III (ходьба по дому)	ФК II (прогулки до 40 мин)	ФК III	ФК II	ФК I (прогулки до 60 мин)

Выводы:

УНКП является новым, потенциально благоприятным дополнительным методом терапии рефрактерной стенокардии. Эта терапия безопасна и неинвазивна, и не имеет неблагоприятных эффектов. Она может применяться для лечения пациентов со стенокардией, рефрактерной к медикаментозной терапии, и которым не показаны процедуры реваскуляризации. Данный вопрос требует изучения и анализа собственного опыта применения УНКП при рефрактерной стенокардии.

Литература

1. Рекомендации по ведению пациентов со стабильной коронарной болезнью сердца. Комитет по практическим руководствам. ESC, 2013//www.escardio.org/guidelines.
2. «Клинический протокол диагностики и лечения ИБС. Стабильная стенокардия напряжения», утвержденный Экспертным советом РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от «30» ноября 2015 года, Протокол № 18 / Интернет-ресурсы. <https://diseases.medelement.com/disease/view/MTQxNjk%253D/fDF8Mnw%253D> - С. 29.