

При подозрении на скрытую или латентную форму, не проявившуюся на одномоментном и суточном ЭКГ, и при положительном генетическом тесте проводится электрофизиологическое исследование [4]. В основе клинической картины первыми признаками могут быть суправентрикулярная тахикардия (значительная часть связана с WPW-синдромом), быстрая дисфункция проводящей системы и прогрессирование заболевания, что в конечном результате проявляется чрезмерной синусовой брадикардией, СА или АВ-блокадами. Стандартом интервенционного лечения синдрома WPW является транскатетерная РЧА. Диагноз изолированного гликогеноза невозможно выставить без генетических тестов, выявляющих наличие патологического гена PRKAG2 не только у обратившегося пациента, а также и у всех родственников первой линии родства.

Данный клинический случай показывает важность углубленного обследования пациентов с наличием дополнительных путей проведения и пароксизмальных нарушений ритма из-за возможности наличия у таких пациентов врожденных патологий и генетических заболеваний.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. A case series on cardiac and skeletal involvement in two families with PRKAG2 mutations / A. Sri [et al.] // Case Rep Pediatr. – 2019. – ID 7640140.
2. Calore, M. The PRKAG2 gene and hypertrophic cardiomyopathy: an energetically imbalanced relationship / M. Calore // Am J Physiol Heart Circ Physiol. – 2017. – Vol. 313, № 2. – P. 248–250.
3. Изолированный гликогеноз сердца [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/izolirovannyyu-glikogenoz-serdtsa>. – Дата доступа: 05.03.2024.
4. Синдром Вольфа – Паркинсона – Уайта (литературный обзор) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.rmj.ru/articles/kardiologiya/Sindrom_Volyfa_Parkinsona_Uayta_literaturnyy_obzor/#ixzz8lbnwNiNZ. – Дата доступа: 05.09.2024.

УДК 616.12-089-009.7-036.6:615.211

Г. Д. Осипенко¹, В. В. Кривенчук¹, Д. П. Шматько¹, Д. В. Осипенко²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение

«Гомельский областной клинический кардиологический центр»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОЦЕНКА АДЕКВАТНОСТИ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Введение

В настоящее время кардиохирургические операции входят в число наиболее часто выполняемых вмешательств во всем мире [1].

После операций на открытом сердце максимальная интенсивность болевого синдрома отмечается в течение первых 24 ч [2, 3]. Выраженная боль в раннем послеоперационном периоде является независимым фактором формирования хронического болевого синдрома, который наблюдается у 4% пациентов [3].

Применение системных наркотических и ненаркотических анальгетиков не всегда позволяет произвести адекватную анальгезию у пациентов после кардиохирургических операций. Так, в клинических исследованиях, проведенных в США и Западной Европе, обнаружено, что у 25–45% пациентов отмечается недостаточный уровень обезболивания, соответствующий показателям 5 и более баллов по 10-балльной визуально-аналоговой шкале (ВАШ) [1].

В настоящее время показатели интенсивности боли после оперативных вмешательств на сердце для Республики Беларусь освещены в единичных работах.

Цель

Оценить адекватность послеоперационного обезболивания у пациентов после плановых оперативных вмешательств на открытом сердце.

Материал и методы исследования

Проспективное исследование проведено на базе отделения анестезиологии и реанимации с палатами интенсивной терапии У «Гомельский областной клинический кардиологический центр». За период с 01.01.2024 по 01.08.2024 г. в исследование включено 44 пациента (32 мужчины и 12 женщин). Средний возраст пациентов составил $60,8 \pm 7,9$ лет, рост $169,8 \pm 7,9$ см, масса тела $86,0 \pm 15,3$ кг.

Пациентам произведены следующие плановые оперативные вмешательства: аортокоронарное шунтирование – 30 пациентов; протезирование клапанов сердца – 8 пациентов; сочетанные операции – 6 пациентов.

Все хирургические вмешательства выполнялись с использованием стандартных методик реваскуляризации миокарда и/или протезирования клапанов сердца через полный продольный стернотомический доступ в условиях искусственного кровообращения (ИК).

С целью анестезиологического обеспечения в исследовании у пациентов применяли общую многокомпонентную анестезию с интубацией трахеи и искусственной вентиляцией легких. Индукцию в анестезию производили с помощью внутривенного введения фентанила ($1,5$ мкг/кг), мидазолама ($0,1$ мг/кг), пропофола (1 мг/кг) и дитилина (2 мг/кг). Поддержание анестезии осуществляли до и после проведения ИК – ингаляцией севофлурана (поддерживали минимальную альвеолярную концентрацию $0,5$ – 1), во время ИК – титрованием пропофола (4 мг/кг/ч); обезболивание осуществляли внутривенным введением фентанила ($3,5$ мкг/кг/ч), миорелаксацию – введением тракриума ($0,5$ мг/кг/ч).

По завершении оперативного вмешательства пациенты поступали в палату отделения реанимации, где проводился комплекс послеоперационной интенсивной терапии: искусственная вентиляция легких, инфузионная терапия, антибиотикотерапия, обезболивание и т. д.

Через 6 ч после проведения хирургического вмешательства и через 16–18 ч после операции (соответствует 8:00 следующего дня после операции) в отделении интенсивной терапии была проведена оценка интенсивности боли по 10-балльной ВАШ. В зависимости от уровня боли была выделена: легкая боль (1–3 балла); умеренная боль (4–6 баллов); выраженная боль (7 и более баллов) [4].

Обработку данных выполняли с помощью программы BioStat 7 (AnalystSoft Inc.). При статистическом анализе применяли описательные методы с вычислением среднего, стандартного отклонения, минимальных (min) и максимальных (max) значений.

Результаты исследования и их обсуждение

С целью послеоперационной аналгезии в первые 24 ч у всех пациентов применяли внутривенное введение следующих препаратов: морфин – $0,012 \pm 0,04$ мкг/кг/ч; парацетамол – $17,65 \pm 7,67$ мг/кг/сут; декскетопрофен – $0,87 \pm 0,21$ мг/кг/сут.

Среднее значение боли через 6 ч после оперативного вмешательства составило $3,9 \pm 2,0$ балла по ВАШ. При этом интенсивность боли в диапазоне 1–3 баллов (легкая боль) зарегистрирована у 20 (45%) пациентов; 4–6 баллов (умеренная боль) – 21 (48%) пациент; 7 и более баллов (выраженная боль) наблюдалось у 3 (7%) пациентов.

Через 16–18 ч после операции средний уровень боли равнялся $3,6 \pm 1,6$ балла по ВАШ. При этом интенсивность боли в диапазоне 1–3 баллов (легкая боль) наблюдалась у 23 (52%) пациентов; 4–6 баллов (умеренная боль) – 18 (41%) пациентов; 7 и более баллов (выраженная боль) наблюдалось у 3 (7%) пациентов.

Длительность нахождения в отделении интенсивной терапии пациентов составила 2 сут (min 1; max 4 сут), в стационаре – 18 сут (min 14; max 25 сут).

Послеоперационные осложнения и летальные случаи за время госпитализации не зарегистрированы.

Выводы

В первые послеоперационные сутки адекватное обезболивание (легкая боль) наблюдалось у 45–52% пациентов, неадекватное обезболивание (умеренная и выраженная боль) зарегистрировано у 48–55% пациентов. Учитывая полученные данные, необходимо дальнейшее совершенствование методов послеоперационной аналгезии у кардиохирургических пациентов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Bae, J. [Factors, related to persistent postoperative pain after cardiac surgery: a systematic review and meta-analysis] / J. Bae, S. Shin // J Korean Acad Nurs. – 2020. – Vol. 50, № 2. – P. 159–177.
2. Persistent postoperative pain after cardiac surgery: a systematic review with meta-analysis regarding incidence and pain intensity / L. Guimarães-Pereira [et al.] // PAIN. – 2017. – Vol. 158, № 10. – P. 1869.
3. Аналгезия после кардиохирургических вмешательств / М. В. Зозуля [и др.] // Анестезиология и реаниматология. – 2019. – № 5. – С. 38–46.
4. Comparative analysis of visual analogue scale and the new scale of efficacy and safety of postoperative analgesia for prediction of pain during the early postoperative period / I. B. Zabolotskikh [et al.] // Regional Anesthesia and Acute Pain Management. – 2016. – Vol. 10, № 1. – P. 40–46.

УДК 616.12-007-053.1:616.132.2]-08

Р. А. Римашевский, П. Д. Сеницкий
Учреждение здравоохранения
«Мозырская городская больница»,
г. Мозырь, Республика Беларусь

СИНДРОМ ALCAPA (СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ)

Введение

Синдром ALCAPA (синдром аномального отхождения левой коронарной артерии от легочной артерии), относится к врожденным порокам сердца, связанным с нетипичным отхождением коронарных артерий. Синдром ALCAPA встречается в 0,5% среди врожденных пороков сердца, чаще всего данная патология выявляется в детском возрасте. Есть предположение, что синдром ALCAPA является основной причиной развития инфаркта миокарда и внезапной смерти у детей первого года жизни.

Для верификации диагноза синдрома ALCAPA наиболее точными являются коронароангиография, МРТ и МСКТ сердца. Основные методы исследования (такие как электрокардиограмма, эхокардиография, нагрузочные пробы и холтеровское мониторирование электрокардиограммы) не позволяют выявить наличие данного синдрома [1–3].

Случай из клинической практики

Пациентка Б., 36 лет, поступила в кардиологическое отделение № 2 УЗ «Мозырская городская больница» 01.12.2023 с впервые возникшими болями в области сердца. Диагноз при поступлении: «Нестабильная стенокардия от 01.12.2023, впервые выявленная». После проведения обследований (электрокардиограмма от 01.12.2023, эхокардиография от 01.12.2023 и биохимический анализ крови на тропонин и КФК-МВ), учитывая сохраняющийся болевой синдром и депрессию сегмента ST по электрокардиограмме в динамике, было принято решение о проведении коронароангиографии в экстренном порядке 01.12.2023.