Министерство здравоохранения Российской Федерации

ФГБУ Российский кардиологический научно-производственный комплекс
Министерства здравоохранения РФ

Российское медицинское общество по артериальной гипертонии

Российское научное общество по изучению легочной гипертензии

II ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС

«ЛЁГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ»

ТЕЗИСЫ

МОСКВА • 11 - 12 декабря 2014 г.

Траклир: вернуть жизнь пациентам с легочной артериальной гипертензией

Вернуться во II функциональный класс

Вернуться к повседневной активности

ACTELION

Траклир®
БОЗЕНТАН ТАБЛЕТКИ

На правах рекламы RU.04.TRA.2013.05

НАУЧНО–ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ

ПОЧЁТНЫЙ ПРЕДСЕДАТЕЛЬ:

Чазов Е. И. Академик РАН, генеральный директор ФГБУ РКНПК МЗ РФ

СОПРЕДСЕДАТЕЛИ:

Чазова И.Е. Член-корр. РАН, профессор, директор института клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова ФГБУ РКНПК МЗ РФ, главный внештатный кардиолог Минздрава РФ

Чучалин А.Г. Академик РАН, профессор, руководитель НИИ Пульмонологии ФМБА России, заведующий кафедрой госпитальной терапии педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова, главный внештатный специалист-пульмонолог Минздрава РФ

Насонов Е.Л. Член-корр. РАН, профессор, зав. кафедрой ревматологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, директор института ревматологии РАН, зав. отделом сосудистой патологии ревматических заболеваний РАН, главный внештатный специалист-ревматолог Минздрава РФ

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

Наконечников С. Н. Д.м.н., ученый секретарь ФГБУ РКНПК МЗ РФ

ЧЛЕНЫ ОРГКОМИТЕТА:

Авдеев С.Н. (Москва)
Архипов М.В. (Екатеринбург)
Баталина М.В. (Оренбург)
Ветрова Е.К. (Белгород)
Волков А.В. (Москва)
Галявич А.С. (Казань)
Гончарова Л.Н. (Саранск)
Горбачевский С.В. (Москва)
Данилов Н.М. (Москва)
Демидов А.А. (Астрахань)
Довгалевский П.Я. (Саратов)
Ерёгин С.Я. (Ярославль)
Затейщиков Д.А. (Москва)
Королькова О.М. (Воронеж)
Крючков Н.Н. (Самара)
Кузнецова Т.Ю. (Петрозаводск)
Лукьянчикова В.Ф. (Хабаровск)
Мартынюк Т.В. (Москва)
Мершин К.В. (Москва)
Милованова Е.В. (Сургут)
Наумов С.А. (Пермь)
Невзорова В.А. (Новосибирск)
Недбайкин А.М. (Брянск)
Огарков М.Ю. (Кемерово)
Олейников В.Э. (Пенза)
Платонов Д.Ю. (Тверь)
Постнов А.Ю. (Москва)
Саидова М.А. (Москва)
Старых Т.Н. (Орел)
Тюрина Т.В. (Санкт-Петербург)
Филиппов Е.В. (Рязань)
Царёва Н.А. (Москва)
Черкашина А.Л. (Иркутск)
Шалаев С.В. (Тюмень)
Шапсигова О.А. (Нальчик)
Школьникова М.А. (Москва)
Шутёмова Е.А. (Иваново)
Яковлева О.Э. (Челябинск)

ПАРТНЁРЫ КОНГРЕССА

ГЕНЕРАЛЬНЫЕ ПАРТНЁРЫ КОНГРЕССА

«АКТЕЛИОН ФАРМАСЬЮТИКАЛЗ»

ЗАО «БАЙЕР»

ООО «ПФАЙЗЕР»

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ПАРТНЁРЫ

«РУССКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ»

ДОКТОР.РУ

ЖУРНАЛ «МЕДИЦИНСКИЙ АЛФАВИТ»

ЖУРНАЛ «ПОЛИКЛИНИКА»

ЖУРНАЛ «РАЦИОНАЛЬНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ В КАРДИОЛОГИИ»

МЕДИЦИНСКИЙ ПОРТАЛ MEDEGO

ООО «МЕДФОРУМ»

ООО «ММА «МЕДИАМЕДИКА» И ЖУРНАЛ «СИСТЕМНЫЕ ГИПЕРТЕНЗИИ»

СОДЕРЖАНИЕ

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ СТРАТЕГИЙ ЛЕЧЕНИЯ ПОВТОРНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА 4

ВЛИЯНИЕ КАРДИОСЕЛЕКТИВНЫХ БЕТА-БЛОКАТОРОВ НА ЭНДОТЕЛИАЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ 4

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ СИЛДЕНАФИЛОМ НА ПАРАМЕТРЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА И ПЛАЗМЕННЫЙ УРОВЕНЬ NT-PROBNP 5

ВЫСОКОГОРНАЯ ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТОНИЯ — СИНДРОМ ИЛИ БОЛЕЗНЬ? КАК И КОГДА ЕЁ НУЖНО ЛЕЧИТЬ 5

ДИАГНОСТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ 5

ИЗМЕНЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ ЭНДОТЕЛИНА-1 И ОКСИДА АЗОТА ПРИ СИНДРОМЕ ПОРТОПУЛЬМОНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ 6

КАТЕТЕРИЗАЦИЯ ПРАВОГО СЕРДЦА И ИНГАЛЯЦИЯ РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ОКСИДА АЗОТА НА МОДЕЛИ ЛЁГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОДРСТВУЮЩИХ И НАРКОТИЗИРОВАННЫХ КРЫС 6

ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА 7

МАССИВНАЯ ДВУХСТОРОННЯЯ ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ: ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ 7

ОПЫТ 3-Х ЛЕТНЕГО ПРИМЕНЕНИЯ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ФОРМЫ ИЛОПРОСТА В СЛУЧАЕ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ 7

ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ, СИСТОЛИЧЕСКОЙ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 8

ПОДХОДЫ К ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ЛЁГОЧНОЙ ГИПЕРТОНИИ 8

ПРИМЕНЕНИЕ ВАЛСАРТАНА У БОЛЬНЫХ ХОБЛ С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 9

ПРИМЕНЕНИЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫХ МЕТОДОВ В РЕШЕНИИ ЭКСПЕРТНЫХ ВОПРОСОВ У СПОРТСМЕНОВ ПОВЫШЕННЫМ ДАВЛЕНИЕМ В ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ 9

РАДИОНУКЛИДНАЯ ТОМОВЕНТРИКУЛОГРАФИЯ У БОЛЬНЫХ С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ 10

РЕГИСТР БОЛЬНЫХ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ (ИЛАГ) В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ 10

СОВРЕМЕННАЯ ТЕРАПИЯ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ВРОЖДЕННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ В УСЛОВИЯХ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА 10

СОСТОЯНИЕ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ У МУЖЧИН МОЛОЖЕ 60 ЛЕТ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 11

СРАВНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНВАЗИВНОГО И НЕИНВАЗИВНОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДАВЛЕНИЯ В ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ 11

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ РИНОСИНУСИТАХ 12

ЭФФЕКТ ПРЕПАРАТА ИЛОПРОСТ У БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА 12

Издатели не несут ответственности за наличие орфографических, пунктуационных ошибок.
Тексты тезисов приводятся в авторской редакции.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ СТРАТЕГИЙ ЛЕЧЕНИЯ ПОВТОРНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Гайнитдинова В. В., Авдеев С. Н.,
Шарафутдинова Л. А.

ГБОУ Башкирский государственный
медицинский университет МЗ России

Введение (цели/ задачи):
Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) связана с высокой вероятностью развития легочной гипертензии (ЛГ), которая приводит к ограничению физической нагрузки и ухудшению прогноза. Основной причиной развития ЛГ является артериальная гипоксемия, в последние годы обсуждается дисфункция эндотелия легочных сосудов. Эндотелиальные клетки легочных сосудов обладают паракринной, метаболической активностью, способностью выделять вазоактивные соединения, действующие на тонус сосудов и вызывающие гипоксическую вазоконстрикцию. С-тип натрийуретического пептида (CNP) представляет собой паракринную молекулу, которая в основном синтезируется в эндотелии сосудов.Цель работы: определить концентрацию N – концевого натрийуретического пептида С типа (NT-proCNP) у больных ХОБЛ и оценить его диагностическую ценность для прогнозирования ЛГ при ХОБЛ.

Материал и методы:
Больные ХОБЛ (II-IV степени тяжести GOLD 2013, в возрасте 53,3±5,2 лет, со стажем болезни 8,90±3,9 лет, ИК 26,17±3,74, ИМТ 24,06±5,03) были разделены на 2 группы: 1-я - без ЛГ (СДЛА<37 мм рт. ст., n 21), 2-я - с ЛГ (СДЛА≥37 мм.рт.ст, n 24). Концентрацию NT-proCNP в сыворотке крови определяли с помощью ИФА (тест-система Biomedica Medizinprodukte GmbH&Co KG, Австрия).

Результаты:
Были выявлены статистически значимые различия (p<0,001) значений NT-proCNP у больных ХОБЛ с ЛГ (4,14±0,51пг/мл) по сравнению с больными ХОБЛ без ЛГ (1,42±0,03 пг/мл). Выявлена умеренная корреляционная взаимосвязь между СДЛА и значениями NT-proCNP (r = 0,47; p < 0,05). Анализ ROC-кривых показал высокую диагностическую значимость определения концентрации Nt-proCNP для прогнозирования ЛГ у больных ХОБЛ.

Заключение:
У больных ХОБЛ с ЛГ выявлено повышение плазменного уровня NT-proCNP в 2,9 раз по сравнению с больными ХОБЛ без ЛГ. Значения NT-proCNP повышаются по мере увеличения степени ЛГ, что позволяет использовать определение данного пептида в качестве дополнительного маркера ЛГ при ХОБЛ.

ВЛИЯНИЕ КАРДИОСЕЛЕКТИВНЫХ БЕТА-БЛОКАТОРОВ НА ЭНДОТЕЛИАЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ

Кенжаев М. Л., Холов Г. А., Ганиев У. Ш.,
Джураева Н. О., Болтаева З. Ф.

Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи

Введение (цели/ задачи):
Изучение функции эндотелия и состояния микроциркуляторного русла у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), осложненной хроническим легочным сердцем (ХЛС), и оценка влияния на вышеуказанные показатели небиволола.

Материал и методы:
Обследовано 38 больных ХОБЛ, осложненной формированием хронического легочного сердца, 26 – с декомпенсированным, 12 – с компенсированным ХЛС. Среди пациентов было 30 мужчин и 8 женщин, средний возраст составил 69,7±7,4 лет, средняя длительность ХОБЛ – 21,6±8,1 лет. 95% (36 человек) больных курили, из них стаж курения более 40 лет имели 29% пациентов. На протяжении 6 месяцев пациенты в составе комплексной терапии получали небиволол (Небилет, фармацевтическая компания «Берлин Хеми АГ», Германия) в дозе 2,5–5 мг в сутки однократно утром, под контролем ФВД, ЧСС, уровня артериального давления.

Результаты:
До лечения выявлено существенное нарушение функции эндотелия, выражающееся в усилении как локального, так и общего синтеза NO. У пациентов с компенсацией ХЛС подобная гиперпродукция выражена умеренно и, по всей вероятности, носит отчасти адаптивный характер. При оценке состояния микроциркуляторного русла пациентов с компенсированным ХЛС было выявлено преобладание спастического (42%) и спастико–гиперемического (33%) гемодинамического типа, свидетельствующее, что ведущим патофизиологическим механизмом нарушений микрососудистого русла является ангиоспазм. У больных с декомпенсированным ХЛС расстройства микроциркуляции носят более глубокий характер, о чем говорит преобладание у них спастико–стазического (50%) типа. При определении показателей центральной гемодинамики у всех больных ХЛС было выявлено повышенное среднее давление в легочной артерии, достоверно нарастающее по мере декомпенсации ХЛС. Также у пациентов с компенсированным ХЛС были зафиксированы признаки систолической и диастолической дисфункции правого желудочка. В группе декомпенсированного ХЛС отмечалось прогрессивное ухудшение систолической и диастолической функции правого желудочка, а также присоединение систолической и диастолической дисфункции левого желудочка, свидетельствующие о вовлечении в патологический процесс левых отделов сердца при декомпенсации заболевания. При изучении параметров ФВД у всех пациентов было выявлено снижение вентиляционной способности легких, в основном по смешанному типу, в значительно большей степени выраженное в группе декомпенсированного ХЛС (ЖЕЛ – 57,6±1,8%, ФЖЕЛ – 58,2±2%, ОФВ1 – 45,4±1,5%). На фоне лечения нами отмечены следующие особенности: в условиях изначальной гиперпродукции оксида азота отмечается ограничение синтеза NO как в плазме крови (до 13,34±1,44 мкМ (p<0,01) – для компенсированного ХЛС, до 18,86±1,23 мкМ (p<0,001) – для декомпенсированного ХЛС), так и в выдыхаемом воздухе (11,4±1,07 мкМ (p<0,001) и 24,57±1,14 мкМ (p<0,001) соответственно). Уменьшение степени эндотелиальной дисфункции подтверждается снижением содержания фактора Виллебранда, достигающим достоверных значений при декомпенсации ХЛС (104,73±7,99%, p<0,05). При повторной эхокардиографии отмечается выраженное снижение степени легочной гипертонии как в группе компенсированного (на 20,7%, p<0,001), так и декомпенсированного ХЛС (на 15,1%, p<0,001).

Заключение:
Применение высокоселективного b1–адреноблокатора – небиволола (Небилет) приводит к улучшению показателей цен-

тральной гемодинамики, уменьшению степени дисфункции эндотелия и микроциркуляторных расстройств, практически не влияя на показатели функции внешнего дыхания и не ухудшая бронхиальную проводимость.

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ СИЛДЕНАФИЛОМ НА ПАРАМЕТРЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА И ПЛАЗМЕННЫЙ УРОВЕНЬ NT-PROBNP

Дадачева З.Х., Мартынюк Т.В.,
Саидова М.А., Чазова И.Е.

ФГБУ РКНПК МЗ РФ, Москва

Введение (цели/ задачи):
Цель: оценить влияние терапии силденафилом 20 мг 3 раза/ сутки на параметры ремоделирования сердца и плазменный уровень NT-proBNP у пациентов с легочной гипертензией.
Материал и методы:
8 Пациентов (средний возраст 42 ± 9,8 лет; 7 ж / 1 м) с идиопатической ЛГ (ИЛГ) (n=7) и хронической тромбоэмболической легочной гипертензией (ХТЛГ) (n=1), функциональный класс (ФК) исходно оценивали как II-III (ВОЗ) (57% / 42,8%) ,были включены в 16 нед исследования с применением силденафила 60 мг/ сут. В начале исследования и через 16 нед терапии мы оценивали ФК (ВОЗ), проводился тест 6-минутный ходьбы (Т6МХ) с оценкой одышки по Боргу, определяли уровень NT-proBNP в плазме крови, проводились катетеризация правых отделов сердца (КПОС), традиционная эхокардиографии (ЭхоКГ) с определением систолического давления в легочной артерии (СДЛА), индекса эксцентричности, TAPSE. Данные представлены как среднее ± стандартное отклонение.
Результаты:
К концу 16-й недели терапии силденафилом 60 мг/сутки отмечалось увеличение дистанции в Т6МХ (+59 м) и улучшение ФК (ВОЗ). По данным ЭхоКГ отмечалось снижение СДЛА с 88,8 мм рт. ст. (в среднем) до 72 мм рт. ст. Индекс эксцентричности уменьшился с 1,7 до 1,3, отмечалось увеличение TAPSE с 1,4 см до 1,7. Результаты КПОС показали заметное увеличение сердечного индекса с 2,05 л / мин / м2 до 2,4 л/ мин м2 ($p < 0,05$), снижение давления в правом предсердии с 9,4 мм рт. ст. до 5,2 мм рт. ст. ($p < 0,05$). Спустя 16 недель терапии ФК II отмечался у 3-х пациентов, ФК I у 5-ти больных. Уровень NT-proBNP снизился с 1145 пг / мл до 460 пг / мл. Мы отметили отрицательную корреляцию между уровнем NT-proBNP и Т6МХ ($R = -0,4962$, $p = 0,0137$), положительную корреляции между уровнями NT-proBNP и индексом эксцентричности ($R = 0,8005$, $p < 0,05$).
Заключение:
Снижение уровня NT-proBNP плазмы крови отражает динамику клинического, гемодинамического статуса и параметров ремоделирования сердца у пациентов с легочной гипертензией.

ВЫСОКОГОРНАЯ ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТОНИЯ - СИНДРОМ ИЛИ БОЛЕЗНЬ? КАК И КОГДА ЕЁ НУЖНО ЛЕЧИТЬ

Сарыбаев А. Ш.

Национальный центр кардиологии и терапии

Введение (цели/ задачи):
Высокогорная легочная гипертония (ВЛГ) – это легочная гипертония (ЛГ), связанная с экспозицией на высокогорье. Согласно классификации ВЛГ относится к 3-й группе ЛГ. При этом среднее легочное артериальное давление (ЛАДсред.), измеренное на высоте пребывания, должно быть > 25 мм рт.ст. при отсутствии других причин ЛГ (врожденные или приобретенные пороки сердца, респираторная патология и др.) ВЛГ может быть проявлением (синдромом) при острой (высокогорный острый отек легких), подострой (подострая горная болезнь) и/или хронической (хроническая горная болезнь) высокогорной патологии. Но она может представлять собой и специфическую болезнь в качестве самостоятельной нозологической формы.
Материал и методы:
Проведено сплошное скринирующее обследование 489 горцев старше 18 лет, проживающих на высоте 3900-4200 м над уровнем моря. Обследование включало опрос, антропометрию, клинический осмотр, ЭКГ, двумерную допплерэхокардиографию, спирометрию и пульсоксиметрию. За 25 горцами проведено 10-летнее проспективное наблюдение с прямым измерением ЛАД.
Результаты:
Проведенное сплошное допплорэхокардиографическое исследование выявило у 3,7 % горцев ВЛГ. 10-летнее проспективное наблюдение показало медленный, но неуклонный прирост ЛАД у 17 из них, причем прирост ЛАД составил в среднем 0,5 мм рт.ст. в год.
Заключение:
Таким образом у 3-4 % горцев выявляется ВЛГ. у 2/3 горцев отмечается с годами медленное, но неуклонное прирост ЛАД, причем скорость его составляет 0,5 мм рт.ст. в год.Когда следует начинать медикаментозное лечение ВЛГ – вопрос, нуждающийся в исследовании. Идеальное лечение ВЛГ – миграция (перемещение) на более низкие высоты. Ацетазоламид и ингибиторы фосфодиэстеразы-5 являются многообещающими терапевтическими агентами для лечения высокогорной легочной гипертонии. Эффективность лекарственных препаратов других классов предстоит еще доказать.

ДИАГНОСТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ

Бердовская А. Н.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Введение (цели/ задачи):
Легочная гипертензия (ЛГ) и сердечная недостаточность (СН) относятся к наиболее грозным осложнениям при врожденных пороках сердца (ВПС). Цель расширить арсенал методов диагностики осложнений у детей с врожденными пороками сердца после радикальной оперативной коррекции
Материал и методы:
Под нашим наблюдением находились 25 детей после радикальной коррекции септальных дефектов (общая группа) и 18 практически здоровых детей (группа сравнения). Общая группа больных состояла из 10 детей после радикальной оперативной коррекции ВПС с осложнениями (ЛГ и СН) (1-ая подгруппа) и 15 детей после радикальной оперативной коррекции ВПС без осложнений (2-я подгруппа). Группу сравнения составили 38 условно здоровых детей. Зависимая от эндотелия дилатация сосудов оценивалась по максимальному приросту

пульсового кровотока (далее – ΔПКмакс.) в предплечье реовазографически. Оценка информативности показателей проводилась с помощью построения ROC-кривых.

Результаты:

У пациентов с осложненным течением после оперативной коррекции ВПС ΔПКмакс при реактивной гиперемии оказался более низким 5 (4-7)%, чем у пациентов с неосложненным естественным течением ВПС — 10 (7-13,5)%, p<0,001) и в группе сравнения (17 (14-21)%, p<0,001). Установлено, что ΔПКмакс. менее или равный 3,5% позволяет с высокой чувствительностью (97%) и специфичностью (96%) диагностировать ЛГ и СН у ребенка с врожденным пороком сердца после радикальной оперативной коррекции.

Заключение:

Выявленные закономерности указывают на возможность использования максимального прироста пульсового кровотока для диагностики осложнений (ЛГ и СН) у ребенка после радикальной оперативной коррекции врожденного порока сердца. При максимальном приросте пульсового кровотока 3,5% или ниже диагностируют осложнения (ЛГ и СН).

ИЗМЕНЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ ЭНДОТЕЛИНА-1 И ОКСИДА АЗОТА ПРИ СИНДРОМЕ ПОРТОПУЛЬМОНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Левитан Б. Н., Касьянова Т.Р., Локотош М.С.

Астраханская государственная медицинская академия

Введение (цели/ задачи):

Установить значение исследования содержание вазоконстриктора эндотелина-1 (ЭТ-1) и вазодилятатора оксида азота (NO) в плазме крови больных циррозом печени (ЦП) с ультразвуковыми признаками портопульмональной гипертензии (ППГ).

Материал и методы:

Обследовано 115 больных ЦП, контрольная группа (КГ) – 25 практически здоровых лиц. Уровни ЭТ-1 и NO исследовались в ЭДТА-плазме методом ИФА с помощью диагностических наборов соответственно Biomedica (США) и Total NO/Nitrite/Nitrate Assay R&D Systems (США). Всем больным проводилось исследование среднего давления в легочной артерии (СрДЛА) методом эходопплеркардиографии на ультразвуковом сканере "Logic-500" (США).

Результаты:

Уровень ЭТ-1 при ЦП составил в среднем 1,14±0,3 фмоль/л, а NO - 48,4±1,7 мкмоль/л, что было достоверно выше (соответственно, p=0,0005 и p=0,0004), чем в КГ (соответственно, 0,24±0,06 фмоль/л и 29,8±1,12 мкмоль/л). Больные ЦП были разделены на две подгруппы в зависимости от значений СрДЛА: I подгруппа (n=86) – пациенты со СрДЛА≤25 мм рт. ст., что является нормой, II подгруппа (n=29) со СрДЛА>25 мм рт. ст. Концентрация ЭТ-1 во II подгруппе было достоверно выше, чем в I (соответственно, 1,7±0,4 фмоль/л против 0,8±0,2 фмоль/л; t=2,8, p=0,01). Различия значений NO во II и I подгруппах не были достоверными (соответственно, 50,1±2,3 мкмоль/л и 43,6±2,3 мкмоль/л; t=1,6, p=0,1). Следовательно, у больных ЦП, несмотря на общие тенденции в увеличении концентраций обоих маркеров эндотелиальной дисфункции, при формировании ППГ достоверно нарастал лишь уровень ЭТ-1.

Заключение:

Несмотря на повышение при ЦП диаметрально противоположно действующих вазоактивных веществ, на формирование ППГ большее влияние оказывает гиперпродукция ЭТ-1, исследование содержания которого может быть использовано для прогнозирования риска формирования ППГ.

КАТЕТЕРИЗАЦИЯ ПРАВОГО СЕРДЦА И ИНГАЛЯЦИЯ РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ОКСИДА АЗОТА НА МОДЕЛИ ЛЁГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОДРСТВУЮЩИХ И НАРКОТИЗИРОВАННЫХ КРЫС

Абрамов А. А., Лакомкин В. Л.,
Тимошин А. А., Капелько В. И.

ФГБУ РК НПК ИЭК, лаборатория экспериментальной патологии сердца

Введение (цели/ задачи):

Терапия лёгочной артериальной гипертензии затруднена в связи с высокой стоимостью импортных лекарств, поэтому создание доступных и эффективных лекарственных средств остаётся актуальной задачей.

Материал и методы:

Для создания модели ЛАГ крысам-самцам Wistar подкожно однократно вводили монокроталин-хлорид в дозе 60 мг/кг и через 3 недели брали в эксперимент. Бодрствующие и наркотизированные, контрольные и опытные животные с непрерывной регистрацией АД и давления в правом желудочке сердца, дышали смесью воздуха и газообразного NO (0,1% объёма смеси) на протяжении получаса, а также смесью воздуха и аэрозоля препарата Оксаком (динитрозильного комплекса железа с глутатионом) в концентрации 10 мг/мл на протяжении 60 минут. Аэрозоль создавали с помощью ультразвукового медицинского небулайзера. Регистрация давления проводилась с помощью полиэтиленовых катетеров PE50, вживлённых в сонную артерию.

Результаты:

Введение монокроталина вызывало устойчивое повышение давления в правом желудочке (67,2 мм. рт. ст. vs 31,4 мм. рт. ст. в контроле). Ингаляция Оксакома крысам не вызывала выраженного ответа по давлению ни в большом, ни в малом кругу. Ингаляция NO вызывала падение системного давления на 10-17% у всех крыс. В то же время по реакции давления в правом желудочке крысы поделились на тех, кто отвечал на NO и тех, кто на него не реагировал. У крыс, отвечавших на NO, давление в правом желудочке падало на 14%, в то время как у крыс не отвечавших на NO, давление сохранялось на уровне 94-99% от исходного. Водорастворимая форма NO (Оксаком), по-видимому, хуже проникает через сурфактант легких в кровь, чем газообразная форма. Но внутривенное введение Оксакома (10 мг/кг) оказало отчётливый гипотензивный эффект в малом круге – систолическое давление в правом желудочке снижалось уже через 2 мин до 58+3 мм рт.ст. и сохранялось на таком уровне в течение часа. При этом среднее давление в большом круге также устойчиво снижалось с 134+5 до 111+5 мм рт.ст.

Заключение:

Полученные данные позволяют думать,что отсутствие гипотензивного эффекта оксакома при его ингаляции обусловле но затруднением его проникновения через альвеолы.

ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Гурина Л. Н., Утовко Т. Г.У., Бабина Т. И.У.

Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет»

Введение (цели/ задачи):
Легочная гипертензия диагностируется при повышении среднего давления в легочной артерии более 25 мм рт.ст. в покое или 30 мм рт.ст. при физической нагрузке, Легочная гипертензия наблюдается при заболеваниях сердечно сосудистой и дыхательной систем. Целью данного исследования являлось изучение структуры врожденных пороков сердца (ВПС) у новорожденных с легочной гипертензией.

Материал и методы:
Нами проведен ретроспективный анализ 42 историй болезни новорожденных, находившихся на лечении и обследовании во 2-м отделении новорожденных и недоношенных детей областной детской клинической больницы города Гродно, Беларусь в период с сентября 2013 года по сентябрь 2014 года. Младенцы направлялись на госпитализацию в детскую клиническую больницу с подозрением на врожденные пороки сердца.

Результаты:
Из 42 пациентов 36 детей родились доношенными в сроке гестации 38 - 41 неделя, 2 ребенка - 36 недель, 2 младенца имели гестационный возраст 25 недель, 2 новорожденных – 24 недели. Эхокардиографическое исследование проводилось в первые 5 дней жизни, затем в динамике 4-5 неделя после рождения. Легочная гипертензии диагностирована у 17 пациентов в возрасте от 26 до 36 дней жизни. Было определено, что наиболее часто легочная гипертензия наблюдалась у детей с комбинированными ВПС: дефект межпредсердной перегородки (ДМПП), дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП), функционирующим артериальным протоком При этом среднее давления в стволе легочной артерии составляло 35-40 мм рт. ст. у 7 новорожденных, 50 мм.рт.ст -у 3 обследуемых, 60-70 мм рт. ст. -у 4 детей, 100 мм рт. ст. -у 3 пациентов. При изолированных ВПС, таких как ДМЖП (16 новорожденных) давление в легочной артерии составляло от 6 мм рт. ст. до 26 мм рт. ст., при ДМПП (9 детей) определены колебания давления в легочной артерии от 4 мм.рт.ст до 11 мм рт. ст.

Заключение:
Врожденные пороки сердца наиболее часто встречаются у доношенных новорожденных. Комбинированные ВПС сопровождаются легочной гипертензией.

МАССИВНАЯ ДВУХСТОРОННЯЯ ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ: ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Бакшеев В. И., Колтунов А.Н., Лищук А.,
Шкловский Б.Л., Корниенко А.Н.,
Саломов А.А., Есион Г.А., Колтунова Т.Ю.

ФГБУ "3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского" Минобороны России

Материал и методы:
Представлено описание успешного хирургического лечения больного с массивной двухсторонней тромбоэмболией легочной артерии (с поражением долевых и сегментарных ветвей), тромбозом правого предсердия и открытым овальным окном.

Результаты:
Авторами подчеркивается, что определяющими факторами прогноза успешного хирургического лечения ТЭЛА у пациента с высоким риском смерти являются: а) оперативность неотложной диагностики заболевания; б) время от начала клинических проявлений заболевания до момента выполнения операции эмболэктомии (в пределах 1-го "золотого" часа); в) максимально полное удаление тромбов из легочной артерии и ее ветвей. Динамическое наблюдение в течение 12 мес. показало значимое уменьшение дефицита перфузии легких, улучшение функциональных параметров правых камер сердца, отсутствие рецидивов тромбоэмболии.

Заключение:
Своевременная активная хирургическая тактика, сокращение до минимума периода от момента возникновения заболевания до начала экстракорпорального кровообращения и максимально полное удаление тромбов из артерий малого круга кровообращения с применением видеоскопического оборудования, определяет успешность и качество хирургического лечения ТЭЛА предупредить развитие рецидивов тромбоэмболии обеспечить удовлетворительное качество жизни пациента.

ОПЫТ 3-Х ЛЕТНЕГО ПРИМЕНЕНИЯ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ФОРМЫ ИЛОПРОСТА В СЛУЧАЕ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Королькова О. М., Минаков Э. В., Костина Н. Э.

ВГМА им. Н. Н. Бурденко

Введение (цели/ задачи):
Оценка эффективности ингаляционной формы илопроста при легочной гипертензии тромбоэмболического генеза

Материал и методы:
На базе пульмонологического отделения Воронежской областной клинической больницы № 1 в течение 7 лет наблюдается Больная С., 44 лет с диагнозом: Рецидивирующая тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) на фоне наследственной тромбофилии. Тромбоэмболическая легочная гипертензия (ЛГ). Легочное сердце. Относительная недостаточность трикуспидального клапана I степени ФК III ст. В 2008 году больной произведена операция тромбэндартерэктомии, которая позволила относительно стабилизировать состояние больной, однако, наличие смешанного типа тромбоэмболии не позволило добиться послеоперационного снижения ЛАД сист. – оно оставалось на уровне 76 – 80 мм рт. ст.

Результаты:
В июле 2008 г. был назначен силденафил в дозе 75 мг/с с постепеннывм повышением до 150 мг/с. Однако, в связи с сохраняющимися высокими цифрами ЛГ, нестабильной гемодинамикой, в январе 2012 г. больной на фоне приема сидленафила (150 мг/с), а также базового приема варфарина, диувера, верошпирона назначен илопрост в ингаляционной форме (вентавис) в начальной дозе 2,5 мкг/с с постепенным повышением до 5 мкг/с (6 ингаляций в сутки) Адаптационный период составил 3-4 недели. Отмечалась удовлетворительная переносимость препарата. Через 6 мес. и 1 и 2 года состояние больной оставалось стабильным. В июне 2014 г. больная перенесла ишемический инсульт. Однако, в настоящее время

состояние стабилизоровано. Тест с 6-ти минутной ходьбой составляет 160 – 180 м. ЛАД сист. составляет 75 – 80 мм рт.ст.

Заключение:

Таким образом, присоединение препарата илопрост в данном случае тромбоэмболической ЛГ позволило добиться положительного клинико-гемодинамического эффекта и стабилизировать состояние больной.

ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ, СИСТОЛИЧЕСКОЙ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Терещенко Е. А., Саидова М.А.,
Данилов Н.М., Мартынюк Т.В., Чазова И.Е.

ФГБУ ВПО «РУДН», ФГБУ РКНПК МЗ РФ, Москва

Введение (цели/ задачи):

Оценить показатели эхокардиографии (ЭхоКГ) исходно и их динамику во время острого фармакологического теста (ОФП) с ингаляционным оксидом азота (иNO) у пациентов с идиопатической легочной гипертензией (ИЛГ).

Материал и методы:

В исследовании включено 42 пациента (39 женщин и 4 мужчин, II-IV ФК (ВОЗ)) с верифицированным диагнозом ИЛГ. Всем пациентам была проведена ОФП с иNO под контролем ЭхоКГ за два часа до проведения катетеризации правых отделов сердца (КПОС). Все пациенты были разделены на 2 группы согласно международным критериям по результатам ОФП во время КПОС: 1-я гр. – пациенты с (+)ОФП (n=20, средний возраст 38,1±8,9лет); 2-я гр. – пациенты с (-)ОФП (n=22, средний возраст 39,4±12,5лет). Анализ данных ЭхоКГ осуществлялся отдельно в каждой группе. Были изучены стандартные показатели и данные тканевой миокардиальной допплер (ТМД) ЭхоКГ для оценки ремоделирования, систолической (S') и диастолической функции (E') правого желудочка до и после ОФП.

Результаты:

Динамика среднего давления в легочной артерии у пациентов первой и второй группы по данным КПОС была следующей: до ОФП 48,8±7,9мм рт. ст., после 30,5±7,9мм рт. ст. ($p<0,05$) vs до ОФП 69,6±20,8мм рт. ст., после 67,9±20,3мм рт. ст. ($p>0,05$), соответственно.

У пациентов первой группы среднее давление в легочной артерии по данным КПОС снизилось с исходной величины 48,8±7,9мм рт. ст. до 30,5±7,9мм рт. ст. ($p<0,05$) после ингаляции NO. У больных второй группы динамика среднего давления в легочной артерии была недостоверной (с 69,6±20,8мм рт.ст. до 67,9±20,3мм рт. ст. ($p>0,05$).

У пациентов во 2-й группе были более выраженные признаки ремоделирования в сравнении с 1-й гр.: переднезадний размер правого желудочка (ПЖ) 4,0±0,8 vs 3,2±0,7см. ($p<0,05$), базальный размер ПЖ 4,4±0,6 vs 3,7±0,5см. ($p<0,05$), площадь правого предсердия 25,3±6,7 vs 16,8±3,0 см2 ($p<0,05$). На фоне ОФП достоверной динамики стандартных ЭхоКГ показателей получено не было. У пациентов во 2-й гр. систолическая/диастолическая функция ПЖ была хуже, чем в 1-й гр: S'тк 4,3±1,3 vs 5,9±1,3см/сек ($p<0,05$); E'тк 2,4±1,1 vs 4,8±1,4см/сек ($p<0,05$). На фоне ингаляции NO была достоверная положительная динамики показателей ТМД в 1-й гр., во 2-й группе положительной динамики не было. Пик S' от кольца ПЖ до/после пробы в 1-й гр.: 5,9/7,1см/сек ($p<0,05$). Пик E' от кольца ПЖ до/после пробы: 4,8/6,5см/сек ($p<0,05$).

Заключение:

У пациентов с (-)ОФП отмечается более выраженная дилатация правых отделов сердца в сравнении с пациентами с (+) ОФП. Глобальная систолическая и диастолическая функция ПЖ по данным ТМД улучшается на фоне пробы с иNO только у пациентов с (+)ОФП.

ПОДХОДЫ К ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ЛЁГОЧНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Капелько В. И.

Институт экспериментальной кардиологии РКНПК

Введение (цели/ задачи):

Лёгочная артериальная гипертония (ЛАГ) – относительно редкое заболевание, но трудно поддающееся лечению.

Материал и методы:

В патогенезе ЛАГ могут участвовать гипоксические, воспалительные и генетические факторы, но обязательным условием является повышение тонуса гладкомышечных клеток (ГМК) артерий лёгких. Главным регулятором тонуса является действующая в миоплазме концентрация свободного Са++. Вход Са++ в клетки определяется уровнем мембранного потенциала, зависимым от количества открытых К+ каналов. В связи с этим модуляторами тонуса являются активные формы кислорода (АФК) – повышение их уровня увеличивает окисление белков К+ каналов и способствует большему выходу К+ из клеток, сдвигу уровня потенциала вверх, большему входу Са++ и повышению тонуса ГМК. Активаторами образования АФК являются два основных фактора: гипоксия, детектируемая митохондриями ГМК, и воспалительные цитокины, образуемые под влиянием лейкоцитов, проникающих в повреждённые эндотелиоциты. Повреждение эндотелиоцитов сопровождается также смещением из мембраны эндотелиальной NO-синтазы, в результате уменьшается образование оксида азота – естественного постоянно действующего модулятора тонуса ГМК, и происходит сдвиг в сторону преобладания сосудосуживающих агентов, а также развитие тромбоза, закупорка капилляров.

Результаты:

В соответствии с изложенным представлением патогенетическая терапия должна быть направлена на уменьшение образование АФК и повышение уровня оксида азота в ткани лёгких. Работа, выполненная на крысах с ЛАГ, развившейся в результате применения монокроталина (60 мг/кг), показала, что внутривенное введение стабильного донора оксида азота - оксакома устойчиво снижало значительно повышенное систолическое давление в правом желудочке (ПЖ) на 15% в течение часа. При этом повышалась сократимость ПЖ и уменьшалось диастолическое давление в нём. У контрольных животных снижение систолического давления в ПЖ было небольшим и кратковременным.

Заключение:

Результаты показали перспективность дальнейшей разработки оксакома как терапевтического средства при ЛАГ.

ПРИМЕНЕНИЕ ВАЛСАРТАНА У БОЛЬНЫХ ХОБЛ С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Буторов С. И., Каланча В. А., Талмач К., Андронати В. И., Буторов И. В.

ГУМФ им. Николае Тестемицану, Кишинев, Республика Молдова

Введение (цели/ задачи):
Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) в настоящее время занимает одно из ведущих мест среди причин летальности в промышленно развитых странах. Первое место среди осложнений ХОБЛ занимает легочная гипертензия (ЛГ) и вызванная ею застойная сердечная недостаточность. Цель: оценить эффективность антагониста рецепторов ангиотензина II (АТ1-подтип) валсартана у больных ХОБЛ, осложненной легочной гипертензией.

Материал и методы:
В исследование были включены 36 больных ХОБЛ, среди которых были 30 мужчин (83,3%) и 6 женщин (16,7%), средний возраст - 57,3 ± 4,2 лет, стажем курения – 15,8 ± 2,5 лет. Диагноз ХОБЛ был установлен согласно рекомендациям GOLD (2013), среднее давление в легочной артерии (СрДЛА) рассчитывали по формуле A. Kitabatake. Наличие ЛГ считали при СрДЛА выше 25 мм рт.ст. Всем больным был проведен тест оценки толерантности к физической нагрузке путем измерения пройденного расстояния за 6 минут (6МХ), одышку после которого оценивали по шкале Борга. Всем больным определяли насыщение гемоглобина артериальной кровью. Критерием наличия гипоксемии считали сатурацию менее 95%. В исследование были включены 36 больных ХОБЛ, среди которых были 30 мужчин (83,3%) и 6 женщин (16,7%), средний возраст - 57,3 ± 4,2 лет, стажем курения – 15,8 ± 2,5 лет. Диагноз ХОБЛ был установлен согласно рекомендациям GOLD (2013), среднее давление в легочной артерии (СрДЛА) рассчитывали по формуле A. Kitabatake. Наличие ЛГ считали при СрДЛА выше 25 мм рт.ст. Всем больным был проведен тест оценки толерантности к физической нагрузке путем измерения пройденного расстояния за 6 минут (6МХ), одышку после которого оценивали по шкале Борга. Всем больным определяли насыщение гемоглобина артериальной кровью. Критерием наличия гипоксемии считали сатурацию менее 95%. Больные были разделены на 2 группы, которые были сопоставимы по полу, возрасту, тяжести заболевания. В 1-ую группу вошли 16 пациентов ХОБЛ с ЛГ, которым на фоне базисного лечения, включавшее антибактериальные средства, бронхолитики, назначали валсартан методом титрования дозы препарата от 40мг до 80мг в сутки в течение трех месяцев. Пациенты 2-ой группы (n=20) получали только базисную терапию.

Результаты:
После проведенного лечения показатели сатурации увеличились в обеих группах: в 1-ой группе - на 3,0% (с 92,4 ± 0,2% до 95,3 ± 0,1%, p<0,001), во 2-ой – на 2,5% (с 92,1 ± 0,3% до 94,5 ± 0,2%, p<0,001). По данным теста 6МХ, толерантность к физической нагрузке у пациентов 1-ой группы увеличилась на 17,4% (с 364,8 ± 10,7 м до 428,3 ± 11,1 м, p<0,01), 2-ой – на 14,6% (с 351,5 ± 10,6 м до 412,7 ± 10,2 м, p<0,01). При анализе степени одышки по шкале Борга после 6МХ, одышка уменьшилась с 5,3 ± 0,1 балла до 3,8 ± 0,2 балла (на 28,3%, p<0,001) у больных 1-ой группы и с 5,4 ± 0,2 балла до 4,1 ± 0,3 балла (на 24,1%, p<0,05) у больных 2-ой группы. СрДЛА за курс лечения снизилось на 18,6% (с 29.6 ± 0,5 мм рт.ст. до 24,1 ± 0,3 мм рт.ст., p<0,001) в 1-ой группе и на 9,0% (с 28,9 ± 0,4 мм рт.ст. до 26,3 ± 0,3 мм рт.ст., p<0,01) во 2-ой группе.

Заключение:
Антагонист рецепторов ангиотензина II (АТ1-подтип) валсартан может быть рекомендован для использования в комплексной терапии больных ХОБЛ, осложненной легочной гипертензией.

ПРИМЕНЕНИЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫХ МЕТОДОВ В РЕШЕНИИ ЭКСПЕРТНЫХ ВОПРОСОВ У СПОРТСМЕНОВ ПОВЫШЕННЫМ ДАВЛЕНИЕМ В ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Масленникова О. М., Фирсакова В. Ю.

ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России

Введение (цели/ задачи):
Повышение давления в легочной артерии (ЛА) у спортсменов требует проведения тщательного обследования для выявления возможных причин и решения вопроса о допуске к тренировочно-соревновательному процессу.

Материал и методы:
В представленном случае мы столкнулись с необходимостью проведения экспертной оценки у спортсменки Л., 24 лет. При обследовании у нее была выявлена трикуспидальная недостаточность с 2-3 ст. регургитации, систолическим давлением в ЛА 30 мм рт.ст., признаками умеренного расширения правых отделов сердца (правый желудочек (ПЖ) 44 мм, правое предсердие (ПП) 38х44 мм). При компьютерной ангиографии проксимальных ветвей ЛА патологических изменений не выявлено. Для оценки риска развития фатальных гемодинамических событий была проведена вентрикулография (ВГ) в условиях пейсмекер-индуцированной тахикардии (электрокардиостимуляции - ЭКС). Исследование проводилось на ангиографическом комплексе Innova 3100 с использованием системы MacLab (General Electric Healthcare). Параметры гемодинамики измерялись с помощью катетера Swan-Ganz 7F под контролем рентгеноскопии.

Результаты:
После регистрации параметров гемодинамики и выполнения правой и левой ВГ была начата ЭКС ПП с увеличением на 20 импульсов каждые 2 минуты. Повторные ВГ и регистрация давления в полостях сердца выполнялись через 10 минут достигнутой частоты сердечных сокращений (ЧСС) 180 в минуту и после прекращения ЭКС. До начала нагрузки, на высоте и после снятия нагрузки отмечалась незначительная регургитация крови в правом предсердно-желудочковом отверстии, что в сочетании с отсутствием изменения формы кривой давления в ПП и повышения систолического давления в ПЖ позволило прийти к заключению о функциональной, вторичной к расширению ПЖ, недостаточности трехстворчатого клапана. По результатам проведенных исследований спортсменка была допущена к тренировочному и соревновательному процессу в полном объеме.

Заключение:
Методика инвазивного определения показателей внутрисердечной гемодинамики может быть использована для диагностики латентной правожелудочковой сердечной недостаточности у спортсменов с патологией трикуспидального клапана и повышением давления в ЛА в случаях, когда иными методами достоверно оценить риски развития фатальных гемодинамических событий на высоте субмаксимальной ЧСС невозможно.

РАДИОНУКЛИДНАЯ ТОМОВЕНТРИКУЛОГРАФИЯ У БОЛЬНЫХ С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Архипова О. А., Мартынюк Т.В.,
Самойленко Л.Е., Сергиенко В.Б., Чазова И.Е.

ФГБУ «РК НПК» МЗ РФ, Москва

Введение (цели/ задачи):
Оценить объемы и фракцию выброса левого и правого желудочков сердца у больных с легочной гипертензией (ЛГ) различной этиологии при помощи радионуклидной томовентрикулографии (РНТВГ).

Материал и методы:
В исследовании было включено 94 пациента с ЛГ различной этиологии: 33 пациента с идиопатической легочной гипертензией (ИЛГ), 21 с врожденными пороками сердца (ЛАГ-ВПС), 31 с системными заболеваниями соединительной ткани (ЛАГ-СЗСТ) и 12 с хронической тромбоэмболической легочной гипертензией (ХТЭЛГ). Всем пациентам была выполнена РНТВГ. Регистрацию изображений сердца проводили на двухдетекторной гамма-камере спустя 20-30 минут после внутривенного введения элюата 99mTc. Проводили оценку КДО (мл), КСО (мл), УО (мл), ФВ(%) обоих желудочков используя протокол AUTOSPECT/QGS.

Результаты:
Объемы ЛЖ была снижена во всех группах, ФВ ЛЖ находилась в пределах нормальных значений. Существенных различий по этим показателям между группами не выявлено. Объемы ПЖ превышали нормальные значения во всех группах. Были выявлены достоверные различие (р ХТЭЛГ/ЛАГ-ВПС < 0,05) объемов ПЖ между больными с ХТЭЛГ (КСО ПЖ (234,8 ± 86,7 мл), КДО ПЖ (159,3 ± 50,1 мл)) и пациентами с ЛАГ-СЗСТ (КСО ПЖ (167,7 ± 43,7 мл), КДО ПЖ (106,5 ± 34,8 мл)). ФВ ПЖ была снижена во всех группах и достоверно не различалась.

Заключение:
РНТВГ может быть применена для оценки объемов и ФВ желудочков сердца у пациентов с ЛГ различной этиологии.

РЕГИСТР БОЛЬНЫХ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ (ИЛАГ) В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Низамова Д. Ф., Балина В.А.,
Лопатин А.А., Ярцев С.Е., Шалаев С.В.

ГБУЗ ТО «ОКБ №1»

Введение (цели/ задачи):
ИЛАГ – редкое заболевание неизвестной этиологии, характеризую-щееся выраженным повышением лёгочного сосудистого сопротивления и давления в лёгочной артерии, прогрессирующим течением, быстрым развитием правожелудочковой недостаточности и неблагоприятным прогнозом. Население Тюменской области (без автономных округов) по состоянию на начало 2014 г. составляло 1 409 000 человек, взрослое население – 1 108 000 человек.

Материал и методы:
В регистре больных ИЛАГ в настоящее время состоит 7 больных, что составляет 5,0 случаев на 1 млн всего населения и 6,3 случая на 1 млн взрослого населения. Регистр больных ИЛАГ ведется с 2012 г. на базе Областного кардиологического диспансера Областной клинической больницы № 1, располагающей возможностями проведения МСКТ с контрастированием легочной артерии, ангиопульмонографии, зондирования правых отделов сердца с проведением теста на вазореактивность.

Результаты:
Все включенные в регистр пациенты были женского пола, средний возраст – 42 года. За время проведения регистра под наблюдением было 9 больных, 2 пациентки умерли вследствие декомпенсации основного заболевания через 4 и 7 лет со времени установления диагноза ИЛАГ. Средне время от появления симптомов заболевания до установки диагноза составило 25 месяцев. Среднее время, прошедшее от установки диагноза до начала ЛАГ-специфической терапии, составило 1,8 месяцев. На момент верификации диагноза все пациенты имели III функциональный класс ЛГ. При этом у большинства пациентов (7 человек) была диагностирована третья степень ЛГ, у остальных – вторая. При проведении катетеризации правых отделов сердца и фармакологического теста на вазореактивность у 3-х больных тест был положительным.

Заключение:
Все наблюдавшиеся больные получали специфическую терапию ИЛАГ. При этом, на монотерапии находились 5 больных, на комбинации 2-х препаратов – 2 больных, 3-х (силденафил, бозентан, илопрост) – 2 больных. Среди лиц, получающих монотерапию, трое получают силденафил, двое – бозентан. Из числа пациенток, находящихся на комбинированной из 2 препаратов терапии, одна получает комбинацию силденафила с илопростом, вторая – комбинацию силденафила с бозентаном. У остальных пациентов для лечения применяется сочетание 3 препаратов.

СОВРЕМЕННАЯ ТЕРАПИЯ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ВРОЖДЕННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ В УСЛОВИЯХ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА

Буров А. А., Подуровская Ю. Л.,
Зубков В. В., Дегтярев Д. Н.

ФГБУ «НЦ АГиП им. В.И. Кулакова»
Минздрава России, Москва

Введение (цели/ задачи):
Легочная гипертензия, наряду с гипоплазией легких, является фактором, определяющим летальность и течение до-/послеоперационного периодов у новорожденных с врожденной диафрагмальной грыжей (ВДГ). Цель исследования. Изучить эффективность комплексной терапии при легочной гипертензии в группе новорожденных с ВДГ.

Материал и методы:
За период с 2009 по 2013 год в отделении хирургии, реанимации и интенсивной терапии новорожденных отдела неонатологии и педиатрии ФГБУ «НЦ АГиП им. В.И. Кулакова» Минздрав России пролечено 102 новорожденных с ВДГ. У 92 детей выявлена левосторонняя и у 7 правосторонняя ВДГ, и в 3 случая – двусторонняя ВДГ. 11 новорожденных были недоношенными (29 - 35 недель гестации). Масса при рождении составила 3059±572 г, рост – 50,5±2,6 см. Оценка по Апгар на 1-й минуте составила 3,6±1,2 баллов, на 5-й минуте – 6,2±1,5 баллов. Сразу после рождения ИВЛ проводилась в 100 % наблюдений. Множественные пороки развития выявлены у 27 (28 %) новорожденных, из них ВПС (ДМЖП, коарктация аорты, ДОС от ПЖ) – 14. У всех новорожденных проводился мониторинг ЧСС, НАД, SpO2, EtCO2, показателей механики дыхания, исследование КОС и газового состава капиллярной

крови, ЭХОКГ с определением давления в легочной артерии.

Результаты:

Всем новорожденным в первые 6 часов после рождения проводилась ЭХОКГ. У 42 детей диагностирована легочная гипертензия. Степень легочной гипертензии распределилась по уровню давления в ЛА на субсистемное у 12 детей (28%), системное – 5 (12%), супрасистемное у 25 (60%). Всем детям проводилась комплексная терапия легочной гипертензии, согласно Протоколу диагностики и терапии персистирующей легочной гипертензии новорожденных, принятому в учреждении, включающего строгий лечебно-охранительный режим, респираторную терапию (в том числе ВЧОИВЛ), кардиотоническую терапию (допамин, добутрекс, адреналин или их комбинация) и коррекцию метаболических нарушений. В группе с субсистемной ЛГ терапию вазодилататорами не проводилась, отмечалось гладкое течение до- и послеоперационного периодов, все дети выжили. В группе с системной и супрасистемной ЛГ применялась стандартная терапия с использованием в качестве препарата первой линии оксид азота (ПГС ОАО «Линде ГАЗ Рус») и последующий подбор дозы перорального силденафила (Ревацио). Длительность применения ингаляции оксида азота составила 6,0±2,2 суток, доза 22,7±5,4 ppm, длительность применения силденафила – 47,5±12,5 суток, доза 2,8±1,4 мг/кг/сут. Летальность в данных группах составила соответственно 1 (23%) и 11 (44%) детей. В группе супрасистемной ЛГ у 12 новорожденных резистентность к терапии оксидом азота, поэтому применены альтернативные вазодилататоры – внутривенно алпростадил (Алпростан) у 6 новорожденных, перорально бозентан (Траклир) у 4, ингаляционный простациклин (Вентавис) у 2. В 4 случаях при некупируемых легочно-гипертензивных кризах подключена экстракорпоральная мембранная оксигенация по типу подключения вена-артерия длительностью от 4 до 10 суток.

Заключение:

Применение комплексной терапии легочной гипертензии у новорожденных с ВДГ в условиях перинатального центра с применением современных вазодилататоров позволило снизить летальность в группе детей с супрасистемной ЛГ.

СОСТОЯНИЕ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ У МУЖЧИН МОЛОЖЕ 60 ЛЕТ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Носович Д. В., Яковлев В. В.,
Сотников А. В., Яковлев В. А.

Военно-медицинская академия,
кафедра госпитальной терапии

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования – изучение показателей гемодинамики малого круга кровообращения при инфаркте миокарда (ИМ) у мужчин моложе 60 лет в зависимости от наличия артериальной гипертензии (АГ) для оценки формирования легочной гипертензии и хронической сердечной недостаточности (ХСН) по малому кругу.

Материал и методы:

В исследование вошли 466 мужчин с первичным и повторным ИМ. Их разделили на 2 группы: с АГ (315) и нормальными уровнями АД (151). Ультразвуковое исследование сердца (ЭХО-КГ) выполняли дважды, в первые 48 часов от момента возникновения и в конце 3 недели по стандартной методике. Среднее давление в легочной артерии (Рсрла) оценивали по A. Kitabatake, общее легочное сопротивление (ОЛС) расчетным методом.

Результаты:

При изучении параметров легочной гемодинамики у больных с АГ и с нормальным уровнем АД при первичном ИМ значимых различий не выявлено (p>0,05). К концу 3 недели заболевания наблюдали значимое снижение среднего давление в легочной артерии (Рсрла) и общего легочного сопротивления (ОЛС) в обеих группах. У больных повторным ИМ вне зависимости от наличия АГ сохранялась та же тенденция. Следует отметить отсутствие достоверных различий показателей у больных первичным и повторным ИМ вне зависимости от наличия АГ. У пациентов с повторным и первичным ИМ в первые часы заболевания прослеживалась тенденция к изменениям показателей гемодинамики малого круга кровообращения вне зависимости от наличия АГ. У значительной части больных первичным и повторным ИМ в первые 48 часов заболевания Рсрла и ОЛС превышали принятые нормативы, которые нормализовались к концу 3 недели во всех группах больных.

Заключение:

Полученный данные свидетельствуют о том что, несмотря на наличие АГ и кратность ИМ в первые двое суток отмечается значимое повышение Рсрла и ОЛС с одинаковой динамикой снижения этих показателей концу третьей недели ИМ. Учитывая это прогноз развития легочной гипертензии у пациентов с ИМ не зависит от наличия АГ, а зависит от стадии ИМ.

СРАВНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНВАЗИВНОГО И НЕИНВАЗИВНОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДАВЛЕНИЯ В ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Николаева Е. В., Корсакова Ю.О.,
Курмуков И.А., Юдкина Н.Н.,
Глухова С.И., Волков А.В.

ФГБНУ НИИР им В.А. Насоновой

Введение (цели/ задачи):

Давление в легочной артерии (ДЛА) является важным маркером многих сердечно-сосудистых расстройств,будучи тесно связанным с такими показателями, как заболеваемость, восприимчивость к терапии и смертность. В настоящее время эхокардиография (ЭхоКГ) является лидирующим неинвазивным методом скрининга. Однако, исследования надежности этого метода у пациентов с системными заболеваниями соединительной ткани (СЗСТ)проводились только в небольших исследованиях с противоречивыми результатами. Поэтому, целью этого исследования было проанализировать надежность неинвазивной оценки маркеров легочной гипертензии (ЛГ) методом допплер-эхокардиографии в сравнении методом инвазивной диагностики ЛГ у пациентов с СЗСТ.

Материал и методы:

В анализ включено 156 парных исследований 71 пациента с ЛГ на фоне СЗСТ и 39 с неподтвержденным во время катетеризации диагнозом ЛГ. У 56 пациентов была выявлена легочная артериальная гипертензия (ЛАГ), у 7 – ЛГ была обусловлена поражением левых отделов сердца, у 8 – ЛГ имела гипоксемический генез.

Результаты:

Среднее давление в легочной артерии по данным катетеризации составило 40.3±15.7 мм рт. ст. Систолическое давление в легочной артерии (СДЛА) в среднем было 72,4.3 ±33.7 мм рт.ст., измеренное методом эхокардиографии, и 63.3±25.1 мм рт.ст. при катетеризации правых отделов сердца. Корреляция систолических давлений в легочной артерии, измеренных двумя методами, была высоко достоверной r=0.83 (p<0.0001). Среднее давление в правом предсердии(ДПП)составило 8.4±4.1 мм рт.ст. при ЭхоКГ и 6.7±5.2 мм рт.ст. при катетеризации (r=0.57, p<0.0001). У пациентов с низким уровнем СрДЛА (по данным катетеризации) процент расхождения показателей по ЭхоКГ более 10 мм рт. ст. составил 5% исследований, а более 20 мм рт. ст. расхождений не отмечено. У больных с высоким уровнем СрДЛА процент расхождения показателей более 10 мм рт. ст. составил 28,9% исследований, а более 20 мм рт. ст. 34,2%. Несмотря на высокие коэффициенты корреляции, у 7 пациентов диагноз ЛГ при ЭхоКГ выявлен не был, тогда как ложноположительные результаты отсутствовали. ЭхоКГ, как метод скрининга ЛГ, продемонстрировал хорошую чувствительность (94%) и специфичность (100%), положительную и отрицательные прогностические ценности (100% и 95%), а также точность (96%) для порогового СДЛА 40.1 мм рт.ст. (AUC 0.99, P<0.001, CI 0.98 до 1.01).

Заключение:

По результатам нашего исследования эхокардиография оказалась надежным методом оценки СДЛА у пациентов с ЛГ, ассоциированной с СЗСТ.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ РИНОСИНУСИТАХ

Мусаев А. А., Розыходжаева Г.А.

Центральная клиническая больница № 1

Введение (цели/ задачи):

Патология сердечно-сосудистой и респираторной систем по-прежнему остаются ведущими причинами смертности во всем мире, а их сочетание является одним из распространенных в клинической практике и прогностически неблагоприятно. Цель: изучение структурно-функционального состояния правых отделов сердца у больных с ишемической болезнью сердца, страдающих хроническими риносинуситами.

Материал и методы:

Нами было обследовано 30 больных ИБС с хроническим риносинуситом (ХРС) в возрасте 48-63 года в Центральной клинической больнице №1 МСО при МЗ РУ (средний возраст 51,9+6,8 лет). Контрольную группу составило 10 пациентов ИБС без ХРС сопоставимого возраста. Всем пациентам проводилось комплексное обследование, включавшее оториноларингологический, эндоскопический осмотр, компьютерная томография околоносовых пазух, эхокардиография по стандартной методике на аппарате "HD 3" (Нидерланды).

Результаты:

Согласно полученным данным поражение одной пазухи (моносинуситы) обнаружены у 5 пациентов(16,6%), 2-х пазух (бисинуситы) - у 9 (30%), всех пазух с одной стороны (гемисинуситы) - у 8 (26,6%), нескольких пазух (полисинуситы) - у 5 (16,6%), поражение всех ОНП (пансинуситы) у 3(10%) больных. Анализ планиметрических и гемодинамических параметров показало, что группа пациентов с ХРС размер ПЖ не отличался в обеих группах. Толщина свободной стенки ПЖ у пациентов с ХРС (6,4+2,1 мм) была несколько больше, чем в контрольной группе 4,3 + 1,78 мм . У пациентов с ХРС отмечен больший линейный размер ПП. Толщина МЖП у пациентов с ХРС составила 14.9 + 3,8 мм, а в контрольной группе пациентов -10,4 + 2,7,7 мм, (p<0,05). Состояние систолического давления в легочной артерии у пациентов в группе ХРС (27,3 + 6,8 мм рт. ст) достоверно была выше, чем в группе контроля (16,7 + 5,7 мм рт. ст), (p<0,05). Показатель среднего давления в легочной артерии имел также тенденцию к повышению у пациентов с ХРС по сравлению с группой контроля (18,9 + 5,1 мм рт ст против 13,3 + 0,72 мм), () (p<0,05).

Заключение:

Полученные результаты подтверждают факт, что длительное течение ХРС влияет на структурно-функциональное состояние правых отделов сердца, что важно учитывать при ведении пациентов с сочетанной патологией.

ЭФФЕКТ ПРЕПАРАТА ИЛОПРОСТ У БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Баталина М. В., Баталин В.А., Полякова О.М.

ГБОУ ВПО ОрГМА МЗ РФ

Введение (цели/ задачи):

Проблемами легочной гипертензии (ЛГ) в Оренбургской области начали заниматься с 2011 г., когда появились возможности оказания высокоспециализированной помощи этим пациентам. По приказу Министерства здравоохранения Оренбургской области все больные с высоким давлением в легочной артерии (ЛА) должны пройти обследование и при необходимости лечение в кардиологическом отделении ГБУЗ ООКБ. За три года выявлено и поставлено на учет 31 больной с ЛГ, из них 16 – с неоперабельной ЛГ на фоне врожденного порока сердца, 6 – с посттромбоэмболической (ПТЭ) ЛГ, 4 – больных с легочной артериальной гипертензией и остальные 6 – с пульмоногенной ЛГ.

Материал и методы:

Для отбора на таргентную терапию был усовершенствован диагностический процесс, кроме проведения стандартного протокола ЭхоКГ, для оценки дисфункции правых отделов и давления в легочной артерии, была проведена катетеризация полостей сердца и ангиография (пациентам с подозрением на тромбоэмболию легочной артерии). Всем больным для установления функционального класса (ФК) ЛГ проводился тест 6 минутной ходьбы с оценкой одышки по Боргу. С учетом специфики фармакодинамики и фармакокинетики препарата илопрост, для лечения им были отобраны 5 больных с ПТЭ ЛГ (III ФК ЛГ) и 3 больных также III ФК ЛГ с изолированной ЛАГ (3 женщины и 5 мужчин в возрасте от 28 до 62 лет). Исходно давление в ЛА, определяемое с помощью ЭхоКГ было выше 60 мм рт.ст., с сохраненной фракцией выброса (ФВ) более 50%. По данным катетеризации систолическое давление в ЛА у всех было больше 30 мм рт.ст.

Результаты:

Назначаемая доза илопроста составила 2,5 мг 4 раза в сутки. Через две недели доза увеличивалась до 5 мг 4 раза в сутки. Контроль за больными осуществлялся в первый год один раз в три месяца, затем один раз в год. За время наблюдения у всех пациентов отмечалась положительная динамика самочувствия и состояния. Улучшился тест 6 минутной ходьбы, снизилось давление в ЛА ниже 40 мм рт.ст., ФВ выросла на 10%. Только двум больным за 3 года

понадобилась комбинированная терапия (с присоединением силденафила 20 мг 3 раза в сутки). За последний год к наблюдаемой группе больных добавилось еще 5 пациентов с ПТЭ ЛГ (3 женщины и 2 мужчин) с III ФК ЛГ. У них также отмечается положительная динамика показателей.

Заключение:

Наш опыт подтверждает эффективность ингаляционной терапии илопростом у больных ПТЭ ЛГ и ЛАГ.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ

А

Абрамов А.А. 6
Авдеев С.Н. 4
Андронати В.И. 9
Архипова О.А. 10
Атаходжаева Г.А. 5

Б

Бабина Т.И.У. 7
Бакшеев В.И. 7
Балина В.А. 10
Баталин В.А. 12
Баталина М.В. 12
Бердовская А.Н. 5
Болтаева З.Ф. 4
Буров А.А. 10
Буторов И.В. 9
Буторов С.И. 9

В

Волков А.В. 11

Г

Гайнутдинова В.В. 4
Ганиев У.Ш. 4
Глухова С.И. 11
Гурина Л.Н. 7

Д

Дадачева З.Х 5
Данилов Н.М. 8
Дегтярев Д. Н. 10
Джураева Н. О. 4

Е

Есион Г.А. 7

З

Зубков В. В. 10

К

Каланча В.А. 9
Капелько В.И. 6
Касьянова Т.Р. 6
Кенжаев М.Л. 4
Колтунов А.Н. 7
Колтунова Т.Ю. 7
Корниенко А.Н. 7
Королькова О.М. 7
Корсакова Ю.О. 11
Костина Н.Э. 7
Курмуков И.А. 11

Л

Лакомкин В.Л. 6
Левитан Б.Н. 6
Лищук А. 7
Локотош М.С. 6
Лопатин А.А. 10

М

Малхасьян М.В. 11
Масленникова О.М. 9
Мартынюк Т.В. 5, 8, 10
Минаков Э.В. 12
Мусаев А.А. 7

Н

Низамова Д.Ф. 10
Николаева Е.В. 11
Носович Д.В. 11

П

Подуровская 10
Полякова О.М. 12

Р

Розыходжаева Г.А. 12

С

Саидова М.А. 5, 8
Саломов А.А. 7
Самойленко Л.Е. 10
Сарыбаев А.Ш. 5
Сергиенко В.Б. 10
Сотников А.В. 11

Т

Талмач К. 9
Терещенко Е.А. 8
Тимошин А.А. 6
Турчина И.Д. 7

У

Утовко Т.Г.У. 7

Ф

Фирсакова В.Ю. 9

Х

Холов Г.А. 4

Ч

Чазова И.Е. 5, 8, 10

Ш

Шалаев С.В. 10
Шарафутдинова Л. А. 4
Шкловский Б.Л. 7

Ю

Юдкина Н.Н. 11

Я

Яковлев В. А. 11
Яковлев В. В. 11
Ярковская А.П. 9
Ярцев С.Е. 10

ТЕРАПИЯ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СЕГОДНЯ И ЗАВТРА

Ревацио® эффективен и безопасен у пациентов с легочной гипертензией:[1-4]

- Повышает переносимость физических нагрузок[1,2]
- Улучшает ФК ЛГ[1-3]
- Повышает выживаемость[1,4]
- Хорошо переносится[1]

Начать и продолжить с уверенностью

Ревацио®

силденафила цитрат

таблетки 20 мг

КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕПАРАТЕ РЕВАЦИО®
Торговое название: РЕВАЦИО®
Международное непатентованное название: силденафил
Лекарственная форма: таблетки, покрытые пленочной оболочкой. **Состав:** силденафила цитрат (эквивалентно 20 мг силденафила). **Фармакологические свойства:** силденафил — мощный селективный ингибитор циклогуанозинмонофосфат (цГМФ)-специфической фосфодиэстеразы-5 (ФДЭ5). **Показания к применению:** легочная гипертензия. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к любому компоненту препарата, Венооклюзионная болезнь легких, Совместное применение с донаторами оксида азота или нитратами в любой форме, Совместное применение с мощными ингибиторами изофермента CYP3A4 (в т.ч. кетоконазолом, итраконазолом и ритонавиром) (см, раздел «Взаимодействие с другими лекарственными средствами»), Потеря зрения в одном глазу вследствие передней неартеритной ишемической невропатии зрительного нерва, наследственные дегенеративные заболевания сетчатой оболочки глаза (пигментный ретинит). Тяжелое нарушение функции печени (класс С по классификации Чайлд-Пью). Инсульт или инфаркт миокарда в анамнезе. Тяжелая артериальная гипотензия (систолическое АД менее 90 мм рт. ст., диастолическое АД менее 50 мм рт. ст.). Лактазная недостаточность, галактоземия или синдром глюкозо-галактозной мальабсорбции. Возраст до 18 лет (исследования эффективности и безопасности не проводились). **С осторожностью:** I или IV функциональные классы легочной гипертензии. Анатомическая деформация пениса (ангуляция, кавернозный фиброз или болезнь Пейрони) и заболевания, предрасполагающие к развитию приапизма (серповидно-клеточная анемия, множественная миелома, лейкоз). Заболевания, сопровождающиеся кровотечением, или обострение язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Сердечная недостаточность, нестабильная стенокардия, жизнеугрожающие аритмии, артериальная гипертензия (АД > 170/100 мм рт. ст.), обструкция выходного тракта левого желудочка (стеноз аорты, гипертрофическая обструктивная кардиомиопатия), редко встречающийся синдром множественной системной атрофии, проявляющийся тяжелым нарушением регуляции АД со стороны вегетативной нервной системы, гиповолемия. Совместное применение с умеренными ингибиторами изофермента CYP3A4 (в т.ч. эритромицином, саквинавиром, кларитромицином, телитромицином и нефазодоном) и α-адреноблокаторами. Совместное применение с индукторами изофермента CYP3A4. **Применение при беременности и в период лактации:** поскольку адекватные контролируемые исследования применения силденафила у беременных не проводились, применять препарат РЕВАЦИО® во время беременности можно только в том случае, если польза для матери превышает потенциальный риск для плода. Неизвестно, выделяется ли силденафил в грудное молоко. При необходимости применения препарата РЕВАЦИО® в период лактации грудное вскармливание следует прекратить. **Способ применения и дозы:** принимается внутрь, рекомендуемая доза препарата РЕВАЦИО® — 20 мг 3 раза в сутки с интервалом около 6–8 часов независимо от приема пищи. Максимальная рекомендуемая доза составляет 60 мг. У пожилых пациентов коррекции дозы не требуется. При нарушении функции почек коррекции дозы не требуется, однако при плохой переносимости препарата дозу снижают до 20 мг 2 раза в сутки. При нарушении функции печени коррекция дозы у пациентов с легким или умеренным нарушением функции печени (классы А и В по классификации Чайлд-Пью) не требуется, однако при плохой переносимости препарата дозу снижают до 20 мг 2 раза в сутки. У пациентов с тяжелым нарушением функции печени (класс С по классификации Чайлд-Пью) применение препарата не исследовалось. Контролируемые исследования по оценке эффективности и безопасности применения силденафила в сочетании с другими препаратами (бозентан, илопрост) для лечения легочной гипертензии не проводились. Комбинированную терапию препаратом РЕВАЦИО® с указанными препаратами следует проводить с осторожностью. **Побочное действие:** нежелательные явления при терапии препаратом РЕВАЦИО® отмечались у 1% пациентов. Очень частые: головная боль, гиперемия, диарея, диспепсия, боль в конечностях. Частые: воспаление подложной клетчатки, грипп, неуточненный синусит, неуточненная анемия, задержка жидкости, бессонница, тревожность, неуточненные нарушения зрения, затуманенное зрение, фотофобия, хроматопсия, цианопсия, воспаление глаз, покраснение глаз, неуточненный ринит, кашель, заложенность носа, неуточненный бронхит, носовое кровотечение, неуточненный гастрит, неуточненный гастроэнтерит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, геморроидит, вздутие живота, сухость во рту, апопеция, эритема, ночные поты, миалгия, боль в спине, гинекомастия, лихорадка. **Особые указания:** во избежание осложнений применять строго по назначению врача! Эффективность препарата РЕВАЦИО® у пациентов с тяжелой легочной гипертензией (функциональный класс IV) не доказана. В случае ухудшения состояния пациента на фоне терапии препаратом РЕВАЦИО® следует рассмотреть возможность перехода на терапию, используемую для лечения данной стадии легочной гипертензии (например, эпопростенолом). При совместном применении препарата РЕВАЦИО® с бозентаном или другими индукторами изофермента CYP3A4 может потребоваться коррекция дозы. Соотношение польза/риск силденафила у пациентов с легочной гипертензией I функционального класса не установлено. Исследования по применению силденафила в лечении вторичной легочной гипертензии, за исключением легочной гипертензии, связанной с заболеваниями соединительной ткани, и резидуальной легочной гипертензии, не проводились.

Более подробную информацию см. в Инструкции (Инструкция по медицинскому применению препарата РЕВАЦИО® одобрена Минздравсоцразвития РФ от 09.02.2011 г. с изменениями от 07.11.2012 г., 22.04.2013 г., 10.10.2013 г. и 13.05.2014 г.)

Литература: 1. Инструкция по медицинскому применению препарата РЕВАЦИО® одобрена Минздравсоцразвития РФ от 09,02,2011 г, с изменениями от 07,11,2012 г., 22,04,2013 г., 10,10,2013 г, и 13,05,2014 г. **2.** Galie N, Ghofrani HA, Torbicki A, et al, Sildenafil citrate therapy for pulmonary arterial hypertension, N Engl J Med, 2005;353:2148-2157, **3.** Final Appraisal Report Sildenafil (Revatio®) for the treatment of pulmonary arterial hypertension (WHO functional class II or III) to improve exercise capacity Pfizer Ltd Advice No: 1010 All Wales Medicines Strategy Group Final Appraisal Report Sildenafil (Revatio®) – June 2010, **4.** Lewis J, Rubin et al, Long-Term Treatment with Sildenafil Citrate in Pulmonary Arterial Hypertension: SUPER-2, Chest; Prepublished online May 5, 2011; DOI 10,1378/chest,10-0969,

ООО «Пфайзер»:
Россия, 123317, Москва, Пресненская наб., д. 10, БЦ «Башня на Набережной» (блок С).
Тел.: +7 (495) 287 50 00. Факс: +7 (495) 287 53 00

WRUREVMO14018 Реклама.

ВЕНТАВИС

Терапия, достигающая цели

- Простациклин с селективным действием для эффективного лечения легочной гипертензии[1,3,4]
- Выраженное улучшение при монотерапии у пациентов, не получавших лечение ранее[2,3,4]
- Минимальный риск системных побочных эффектов и лекарственных взаимодействий[3,4]

Вентавис. Международное непатентованное название: илопрост. **Лекарственная форма и состав:** раствор для ингаляций, 10 мкг/мл, в ампулах по 2 мл. **Показания.** Лечение среднетяжелой и тяжелой стадии легочной гипертензии в следующих случаях: идиопатическая (первичная) артериальная легочная гипертензия, семейная артериальная легочная гипертензия; артериальная легочная гипертензия, обусловленная заболеванием соединительной ткани или действием лекарственных средств или токсинов; легочная гипертензия вследствие хронических тромбозов и/или эмболий легочной артерии при отсутствии возможности хирургического лечения. **Противопоказания.** Патологические состояния, при которых воздействие препарата Вентавис на тромбоциты может повысить риск кровотечения (в т.ч. язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения, травма, внутричерепное кровоизлияние). Тяжелая ишемическая болезнь сердца или нестабильная стенокардия. Инфаркт миокарда в предыдущие 6 месяцев. Декомпенсированная сердечная недостаточность при отсутствии надлежащего врачебного контроля. Тяжелые аритмии. Подозрение на застой крови в легких. Цереброваскулярные осложнения (в т.ч. транзиторная ишемическая атака, инсульт) в предыдущие 3 месяца. Легочная гипертензия вследствие легочной вено-окклюзионной болезни. Врожденные или приобретенные пороки клапанов сердца с клинически значимыми нарушениями функции миокарда, которые не обусловлены легочной гипертензией. Повышенная чувствительность к илопросту или другим компонентам препарата. Дети и подростки до 18 лет (в связи с тем, что опыт применения ограничен). **С осторожностью:** Нарушение функции печени и почечная недостаточность у пациентов, нуждающихся в проведении диализа, артериальная гипотензия, ХОБЛ, тяжелая бронхиальная астма. **Побочное действие.** Кровотечения (главным образом в виде носовых кровотечений и кровохарканья), головная боль, головокружение, вазодилатация, гипотензия, обморок, тахикардия, ощущение сердцебиения, боль в грудной клетке, кашель, одышка, фаринголарингеальная боль, раздражение в горле, тошнота, диарея, рвота, раздражение слизистой оболочки рта и языка, сыпь, боль в челюсти/тризм, боль в спине, периферические отеки. Отпускается по рецепту врача. Регистрационный номер ЛСР-005775/10. Актуальная версия инструкции по медицинскому применению от 29.08.2013. **Производитель:** Байер Фарма АГ, Германия, произведено Берлимед С.А., Испания. Подробная информация содержится в инструкции по медицинскому применению.

Дополнительную информацию можно получить по адресу: ЗАО «БАЙЕР», 107113, Москва, 3-я Рыбинская ул., д. 18, стр. 2. Тел.: + 7 (495) 231 1200, факс: + 7 (495) 231 1202. www.bayerpharma.ru. Для получения подробной информации по механизму действия, побочным эффектам и другим разделам вы можете обратиться к полной инструкции по медицинскому применению препарата Вентавис.

Информация представлена в соответствии с результатами рандомизированных контролируемых клинических исследований. Термин «Выраженное улучшение» подразумевает статистически достоверное улучшение переносимости физической нагрузки и параметров гемодинамики, наблюдавшееся в клинических исследованиях ингаляционного илопроста. В частности, в исследовании AIR у пациентов с легочной гипертензией увеличение пройденной дистанции в тесте 6-ти минутной ходьбы составило в среднем +40 метров и +37 метров для пациентов с III и IV ФК, соответственно (результаты приведены с поправкой на плацебо). В исследовании AIR-2, в подгруппе пациентов с идиопатической легочной гипертензией, получавших терапию ингаляционным илопростом в течение 2 лет, общая выживаемость составила 91%, по сравнению с ожидаемой расчетной выживаемостью на уровне 63%.

Источники: 1. Регистрационное удостоверение №ЛСР-005775/10 от 23.06.2010 г. 2. ESC-ERS guidelines, European Heart J 2009;30:2493-2537. 3. Olschewski H, et al. Aerosolized prostacyclin and iloprost in severe pulmonary hypertension. Ann Intern Med 1996 May 1; 124(9):820-4. 4. Инструкция по медицинскому применению препарата Вентавис.

L.RU.GM.11.2013.0359