

щин (61,9%) и 511 мужчин (38,1%). Обследование включало клинический осмотр, пульсоксиметрию, спирометрию, скрининговую двухмерную и цветную доплерэхокардиографию с оценкой уровня систолического артериального давления и клинические анализы крови.

Результаты:

Средний возраст обследованных составил $40,77 \pm 14,75$ лет (средний возраст женщин - $40,91 \pm 14,87$ лет, мужчин - $40,69 \pm 14,69$), средний уровень сатурации крови кислородом (SpO₂) - $81,59 \pm 14,39$ % ($82,89 \pm 13,01$ % у мужчин и $80,86 \pm 15,05$ % у женщин). Уровень гемоглобина равнялся $157,35 \pm 28,28$ г/л ($169,48 \pm 29,02$ г/л у мужчин и $150,28 \pm 25,31$ г/л у женщин). Транстрикуспидальный градиент (TRG) в исследованной популяции составил $30,00 \pm 9,31$ ($30,13 \pm 8,42$ - у мужчин и $29,93 \pm 9,84$ - у женщин). Систолический градиент давления выше 45 мм рт. ст. выявлен у 86 (6,45%) обследованных. Из них у 10 обследованных имелись заболевания левых отделов сердца (0,74%), у двоих ТЭЛА (0,14%) и у троих выявлена хроническая горная болезнь ХГБ (0,22%). Распространенность высокогорной легочной гипертензии достигала 5,2% (n=70). Проведенный корреляционный анализ выявил достоверную положительную связь уровня ЛАД с возрастом и обратную зависимость с уровнем насыщения крови кислородом.

Заключение:

Таким образом, распространенность повышенных уровней ЛАД на высокогорье достаточно высока. Однако требуются дальнейшие исследования с целью разработки нормативов и референсных значений ЛАД для жителей высокогорья со включением и других дополнительных параметров, что позволит разработать четкие количественные критерии диагностики высокогорной легочной гипертензии.

НЕИНВАЗИВНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ НА ГЕМОДИНАМИКУ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ У МУЖЧИН МОЛОЖЕ 60 ЛЕТ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В НАЧАЛЬНЫЕ ПЕРИОДЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Сотников А. В., Гордиенко А. В., Носович Д. В., Яковлев В. В., Егоренкова Е. В., Ковалев С. В.
ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова»

Введение (цели/ задачи):

В группе мужчин моложе 60 лет оценить влияние на легочную гемодинамику в острый и подострый периоды инфаркта миокарда (ИМ) возраста пациентов, числа перенесенных ИМ и глубины поражения.

Материал и методы:

Изучены результаты стационарного лечения 487 мужчин моложе 60 лет (средний возраст - $50,3 \pm 0,8$ лет) по поводу ИМ. Пациенты разделены на группы в зависимости от возраста (до 45 лет - 100 человек, 46-60 лет - 387 человек), наличия ИМ в анамнезе (первичный ИМ - 274 пациента), глубины поражения (Q-ИМ - 225 человек). Параметры легочной гемодинамики оценивали при комплексном ультразвуковом исследовании дважды, в первые 48 часов и в конце 3 недели заболевания. Среднее давление в легочной артерии (СДЛА, мм рт. ст) рассчитывали по А. Kitabatake. Общее легочное сопротивление (ОЛС, дин·с/см⁵) - по Ю.Н. Шишмареву.

Результаты:

При оценке СДЛА в зависимости от возраста и числа ИМ в группе до 45 лет отмечены тенденции более выраженных изменений в

первые 48 часов заболевания при первичных инфарктах ($32,9 \pm 1,8$ и $29,8 \pm 2,8$ соответственно), а в конце 3 недели - при повторных ($27,2 \pm 1,0$ и $29,1 \pm 2,2$ соответственно). У больных среднего возраста как в первые 48 часов ($32,2 \pm 1,1$ и $33,5 \pm 1,1$ соответственно), так и в конце 3 недели заболевания изменения показателей оказались более выражены у больных повторным ИМ ($26,8 \pm 0,7$), чем - при первичном ($26,7 \pm 0,7$). Статистически значимых различий в зависимости от возраста и числа ИМ не получено. К концу 3 недели заболевания СДЛА значимо уменьшалась во всех группах, за исключением мужчин моложе 45 лет с повторным ИМ, достигая во всех группах нормальных значений. ОЛС имело сходную динамику снижения значений от первых 48 часов к концу 3 недели заболевания во всех группах ($p < 0,05$), за исключением мужчин 46-60 лет с повторным ИМ. К концу 3 недели заболевания ОЛС ни в одной из групп не достигали нормальных значений. В конце 3 недели заболевания уровни ОЛС в группе мужчин 46-60 лет с повторным ИМ ($410,3 \pm 21,4$) превышали аналогичные показатели при первичных ИМ ($339,8 \pm 13,4$, $p < 0,05$). При рассмотрении зависимостей СДЛА от глубины поражения получены более выраженные изменения показателей при Q-ИМ в группе мужчин 46-60 лет, чем при non-Q-ИМ той же возрастной группы в исследовании первых 48 часов заболевания ($37,0 \pm 1,2$ и $28,5 \pm 0,9$ соответственно, $p < 0,05$). При повторном исследовании достоверных отличий не выявлено. Кроме того, выявлены большие уровни СДЛА в группе 46-60 лет в первые 48 часов заболевания ($37,0 \pm 1,2$) чем в группе больных моложе 45 лет ($31,6 \pm 1,7$, $p < 0,05$). При рассмотрении зависимостей ОЛС от глубины поражения получена картина снижения значений, не достигая нормальных значений, от первых 48 часов к концу 3 недели заболевания при non-Q-ИМ и их увеличения при Q-ИМ во всех группах пациентов.

Заключение:

Во всех группах пациентов отмечается повышение СДЛА и ОЛС в первые часы заболевания с последующей нормализацией СДЛА и снижением, не достигая нормальных значений, ОЛС в большинстве изученных из них. Более выраженные нарушения гемодинамики малого круга кровообращения выявлены при Q-ИМ во всех возрастных группах. При повторных ИМ гемодинамика малого круга имеет большие изменения у мужчин 46-60 лет в конце 3 недели заболевания. Отмечена тенденция к более выраженным изменениям СДЛА и ОЛС в первые 48 часов заболевания при первичных ИМ в группе моложе 45 лет и при повторных ИМ - в группе 46-60 лет.

РЕВМАТИЧЕСКИЕ ПОРОКИ СЕРДЦА И ЛЕГочная ГИПЕРТЕНЗИЯ

Петров В. С.¹, Лопухов С.В.¹, Рыжеев Е.В.¹,
Петров С.А.²

¹ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России,

²ГБУ РО ССМП

Введение (цели/ задачи):

Цель работы была оценка влияния легочной гипертензии на течение ревматических пороков сердца (РПС).

Материал и методы:

Обследовано 245 пациентов с РПС, из них ЛГ по данным ЭХОКГ была установлена у 49 пациентов. Достоверной разницы по полу среди пациентов не было: женщины (ЛГ) 77,5% против 77,0%; мужчины (ЛГ) 22,4% против 22,4%. Достоверной разницы в возрасте пациентов не было: $57,4 \pm 1,4$ года (ЛГ) и $57,5 \pm 0,69$ (без ЛГ).

Результаты:

Результаты: рост пациентов в группе с ЛГ был достоверно ниже

163,4±1,1см (166,0±0,6см – без ЛГ), а масса тела достоверно не различалась: 76,97±2,13кг (с ЛГ) и 80,33±1,16кг (без ЛГ). При оценке качества жизни пациентов с ЛГ достоверной разницы по данным Миннесотского опросника, Канзаского и EQ-5D не получено. А вот результаты опросника SF-36 показывают достоверное снижение физического: 30,64±1,4 (с ЛГ) - 51,0±9,1 (без ЛГ) и психического компонента здоровья: 36,9±1,4 (с ЛГ) - 58,64±11,1 (без ЛГ). Данные ВАШ одышки показывают ее достоверно большую выраженность в группе с ЛГ - 53,23±2,5мм в сравнении с пациентами без ЛГ – 43,48±1,5мм. При сравнении нагрузочных тестов (тест 6-мин ходьбы и подъем по лестнице – количество ступеней) для пациентов с ЛГ показано достоверное снижение переносимости нагрузок: 335,97±14,5м (ЛГ) против 373,9±6,8м (без ЛГ) и 47,55±3,34 ступени (ЛГ) против 58,3±2,04 ступени (без ЛГ). Поскольку повышение давления в легочной артерии могло повлиять на функцию легких в обеих группах была выполнена спирометрия. И если минутная вентиляция легких была достоверно ниже в группе с ЛГ – 54,8±3,09л/мин (63,4±1,47л/мин – без ЛГ), то результаты ЖЕЛ были достоверно ниже в группе без ЛГ – 72,5±1,79л (89,6±2,77л – с ЛГ), что пока не имеет очевидного объяснения. При изучении результатов лабораторных данных достоверной разницы между группами не получено. По результатам ЭХОКГ пациенты с ЛГ имели достоверно большие линейные размеры камер сердца: левое предсердие (ЛП) 4,5±0,05см и 5,0±0,12см (с ЛГ); конечный диастолический размер (КДР) левого желудочка (ЛЖ) 5,4±0,03см и 5,7±0,11см (с ЛГ); конечный систолический размер (КСР) ЛЖ 3,5±0,03см и 3,9±0,11см (с ЛГ); правый желудочек 2,5±0,03см и 2,7±0,06см (с ЛГ); правое предсердие 4,1±0,15см и 4,8±0,14см (с ЛГ) Так же достоверно различались: площадь митрального отверстия (S-Mo): 1,9±0,05см² и 1,75±0,08см² (с ЛГ); давление в легочной артерии: 25,1±0,03 и 44,81±0,04 (с ЛГ). Проводимая медикаментозная терапия у пациентов с РПС состояла из: иАПФ-73,3%, ?АБ-60,0%, дигоксин-62,7%, спиронолактон-73,3%, петлевые диуретики-32%, аспирин-63%. Среди ?АБ чаще использовался метопролол тарtrat-66,7%. Рекомендуются для ХСН метопролола сукцинат и бисопролол назначались у 16,7% пациентов, реже карведилол 5,6% и небиволол 5,6%. Среди иАПФ чаще использовался эналаприл 52,2% и периндоприл 23,9%, реже лизиноприл 17,4% и фозиноприл 4,3%. Достоверной разницы в медикаментозной терапии между группами пациентов не получено.

Заключение:

Таким образом, у пациентов с РПС с ЛГ имеет место снижение качества жизни по данным опросника SF-36; снижение переносимости физических нагрузок и уменьшение максимальной вентиляции легких. По данным ЭХОКГ больные с ЛГ, имеющие РПС, имели достоверно большие размеры камер сердца и меньшую площадь митрального отверстия в сравнении с пациентами без ЛГ.

СОПОСТАВЛЕНИЕ ИНТЕГРАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВЕКТОРКАРДИОГРАММЫ С ДАННЫМИ КОМПЛЕКСНОГО ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ПРЕКАПИЛЛЯРНОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Алокова Ф. Х., Блинова Е. В., Сахнова Т. А., Саидова М. А., Белевская А. А., Архипова О. А., Мартынюк Т. В., Чазова И. Е.

ФГБУ РК НПК МЗ РФ

Введение (цели/ задачи):

Сопоставить показатели векторкардиограммы с данными эхо-

кардиографии (ЭхоКГ) у больных с прекапиллярной легочной гипертензией (ЛГ) различной этиологии.

Материал и методы:

Было обследовано 80 больных прекапиллярной легочной гипертензией (n=40 с хронической тромбоэмболической ЛГ (ХТЭЛГ), n=40 с идиопатической ЛГ (ИЛГ)); 60 женщин и 20 мужчин в возрасте 45±12 лет. При ЭхоКГ оценивали систолическое давление в легочной артерии (СДЛА); размеры камер сердца, показатели систолической и диастолической функции правого желудочка (ПЖ). Угол между векторами QRS и T (угол QRS-T) и желудочковый градиент (VG) вычисляли на векторкардиограмме, пересчитанной из цифровой ЭКГ.

Результаты:

У всех пациентов СДЛА было больше 40 мм рт.ст. (в среднем 83±18 мм рт.ст.), параметры ЭхоКГ свидетельствовали о гипертрофии и дилатации ПЖ, нарушении его систолической и диастолической функции; ремоделировании левого желудочка (ЛЖ), дилатации правого предсердия. Модуль VG и его компоненты X, Y, и Z были уменьшены, а угол QRS-T увеличен. Были выявлены достоверные корреляционные связи средней силы между интегральными показателями векторкардиограммы и параметрами ЭхоКГ. Угол QRS-T имел прямые корреляционные связи с СДЛА (r=0,4; p<0,01), толщиной передней стенки ПЖ (ТПСПЖ, r=0,5; p<0,01), диастолическим индексом эксцентричности ЛЖ (ИЭ, r=0,5; p<0,01), площадью правого предсердия (S ПП, r=0,5; p<0,01) и обратные корреляционные связи с фракционным изменением площади ПЖ (FAC, r=-0,5; p<0,01), систолической экскурсией кольца трикуспидального клапана (TAPSE, r=-0,4; p<0,01), фракцией выброса ПЖ (ФВ ПЖ, r=-0,5; p<0,01), скоростью раннего диастолического смещения латерального сегмента кольца трикуспидального клапана по данным тканевой миокардиальной доплерографии (E'тк, r=-0,4; p<0,01). Модуль и компоненты X и Y VG имели обратные корреляционные связи с СДЛА, ПЗР ПЖ, ТПСЖ, ИЭ ЛЖ, S ПП (r от -0,4 до -0,6; p<0,01) и прямые корреляционные связи с FAC, TAPSE, ФВ ПЖ, E'тк (r от 0,4 до 0,6; p<0,01). Компонента Z VG имела прямые корреляционные связи с FAC и E'тк (r=0,4; p<0,01).

Заключение:

У больных ИЛГ и ХТЭЛГ изменения угла QRS-T и VG коррелируют не только с размерами ПЖ и СДЛА, но и с параметрами систолической и диастолической функции ПЖ, а также с показателями межжелудочкового взаимодействия и площадью ПП.

СТЕНТИРОВАНИЕ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТКИ С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Петросян К. В., Горбачевский С. В., Дадабаев Г. М.,

Пардаев Д. Б.

ННПЦССХ им. А.Н. Бакулева, Москва

Введение (цели/ задачи):

Показать случай компрессии ствола левой коронарной артерии стволем легочной артерии у пациентки с высокой легочной гипертензией

Материал и методы:

Пациентка П., 39 лет поступила ФГБУ «ННПЦССХ им. А.Н. Бакулева МЗ РФ» в марте 2017 года с диагнозом: Открытый артериальный проток. Высокая легочная гипертензия. Синдром Эйзенменгера. Больная с 2016 года принимает ревацио по 20мг 3 раза в день по жизненным показаниям. При поступлении больная предъявляла жалобы на одышку, боли в области сердца при физической нагрузке. Насыщения артериальной крови кисло-