

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ СТАТУСА ОПЕРАбельНОСТИ СОГЛАСНО ДАННЫМ РОССИЙСКОГО РЕГИСТРА ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Таран И. Н., Мартынюк Т. В., Архипова О. А., Чазова И. Е.

ИКК им. А.Л. Мясникова ФГБУ РКНПК Минздрава РФ

Введение (цели/ задачи):

Провести сравнительный анализ демографических и клинических характеристик у больных с хронической тромбоэмболической легочной гипертензией (ХТЭЛГ) в зависимости от статуса операбельности.

Материал и методы:

В исследование были включены 89 пациентов с ХТЭЛГ в возрасте 53±14 лет. Неоперабельные пациенты составили группу 1 (n=55), операбельные - группу 2 (n=34). Демографические и клинические данные были взяты из Российского регистра легочной артериальной и хронической тромбоэмболической легочной гипертензии (история болезни, данные объективного осмотра и клинические симптомы, результаты диагностического обследования и особенности медикаментозной терапии).

Результаты:

Острая тромбоэмболия легочной артерии (ОТЭЛА) наблюдалась в 64,8% случаях. В обеих группах время от последнего эпизода ОТЭЛА до верификации ХТЭЛГ в среднем составило 14 мес. [4,2-36,7мес.]. При этом более частые рецидивы ОТЭЛА и тромбоз глубоких вен нижних конечностей (54,5% случаев) наблюдались у операбельных пациентов. После ОТЭЛА или тромбоза глубоких вен нижних конечностей пациенты принимали пероральные антикоагулянты (n=27), низкомолекулярные гепарины (n=5), нефракционированный гепарин (n=1). В момент верификации диагноза большинство пациентов находились в III или IV функциональном классе (ФК) (ВОЗ): 39% и 29% соответственно, однако пациенты с более высоким ФК были в 1 группе. Различий в клинических симптомах между 2-мя группами выявлено не было. У неоперабельных пациентов наиболее часто наблюдалась сердечная недостаточность (20%), хронические обструктивные и рестриктивные заболевания легких (7%), онкологические заболевания (9%), системные заболевания соединительной ткани (2%). Главным критерием неоперабельности был дистальный тип обструкции легочных артерий (53% случаев). Высокий уровень легочного сосудистого сопротивления (> 2000 dyn·с·см⁻⁵), как вторая причина неоперабельности пациентов, встречался в 3,5% случаев.

Заключение:

По сравнению с операбельными больными ХТЭЛГ у большинства неоперабельных пациентов отмечались более тяжелые функциональные и гемодинамические нарушения, широкий спектр сопутствующей патологии.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ТРАНСКАТЕТЕРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ПРОТЕЗА АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА ПРИ КРИТИЧЕСКОМ СТЕНОЗЕ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Полонецкий О. Л.¹, Стельмашок В.И.¹, Зацепин А.О.¹, Сидоренко И.В.¹, Янушко А.В.²

¹РНПЦ "Кардиология", ²Гродненский областной клинический кардиологический центр

Введение (цели/ задачи):

Результаты проведенных рандомизированных исследований показали, что транскатетерная имплантация аортального клапана (АК)- это безопасный и эффективный метод коррекции критического стеноза АК. Совершенствование технологии имплантации и отбора пациентов, а так же увеличение опыта операторов привело к снижению интрапроцедурных осложнений и смертности. Накопленный клинический опыт позволил расширить показания для транскатетерной имплантации клапана в аортальную позицию от пациентов высокого до пациентов среднего риска

Материал и методы:

В 2015-2016 гг. в РНПЦ «Кардиология» РБ имплантация клапанов Core Valve в аортальную позицию была выполнена у 9 пациентов (ср возраст составил – 77.3±3.84 года, ср EuroScore II – 4.09±2.31, мужчины- 56%, пациенты с NYHA ≥3 – 33%). Из сопутствующей патологии фибрилляция предсердий отмечалась у 2 пациентов (22%), сахарный диабет - у трех пациентов (33%), инсульт в анамнезе – у 1 пациента (11%), хроническая обструктивная болезнь легких – у 1 пациента (11%), онкопатология – у 1 пациента (11%), ИМ – у 1 пациента (11%). Стентирование коронарных артерий было проведено перед планированием имплантации клапан у 3 пациентов (33%). До имплантации биопротеза в аортальную позицию: максимальный градиент на АК составил 89.4±33.6 мм рт ст, средний градиент на АК- 54.5±23.4 мм рт ст, площадь эффективного отверстия АК – 0.71±0.15 см², конечно-диастолический объем левого желудочка (КДОЛЖ) – 90.2±27.5 мл, фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) – 60.2±6.2%, среднее давление в легочной артерии (ср ДЛА) – 23.8±3.7 мм рт ст, TAPSE – 20.1±3.7 мм; визуализировалась аортальная регургитация (АР) II степени у 4 пациентов (44%), митральная регургитация (МР) 2 степени - у 3 пациентов (33%), трикуспидальная регургитация (ТР) 2 степени – у трех пациентов (33%).

Результаты:

Имплантировано 4 клапана CorveValve 29 размера, 3 клапана – 26 размера и один клапан 31 размера. Среднее время процедуры имплантации составило - 126 ±34 мин, средняя доза флюороскопии - 768±185 мГр. Наблюдались следующие осложнения в периоперационном периоде: линейный разрыв наружной подвздошной артерии (1 пациент), который был ушит и в дальнейшем нарушения кровообращения в нижних конечностях не отмечалось, и имплантация ЭКС (1 пациент) по поводу развившейся полной атриовентрикулярной блокады. Конверсии на открытую хирургию в нашей клинике не было. Через 6 месяцев после имплантации биопротеза в аортальную позицию: максимальный градиент на протезе АК составил 23.1±0.51 мм рт ст, средний градиент - 11.75±7.08 мм рт ст, площадь эффективного отверстия протеза АК – 1.95±0.17 см², КДОЛЖ – 106.8±29.0 мл, ФВ ЛЖ – 61.0±7.6%, ср ДЛА

24.75±6.7 мм рт ст, систолическая экскурсия плоскости кольца трикуспидального клапана (TAPSE) – 19.8±2.7 мм; визуализировалась МР 2 степени - у 2 пациентов (22 %), ТР 2 степени – у 1 пациента (11%), АР 2 степени визуализировалась у 4-х пациентов (44%), АР более 2 степени выявлена не была.

Заключение:

Транскатетерная имплантация биопротеза в аортальную позицию является безопасной и эффективной процедурой у пациентов высокого риска с критическим стенозом аортального клапана.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ СТАТИНОВ В ЛЕЧЕНИИ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Бакшеев В. И.¹, Шкловский Б. Л.¹, Коломоец Н. М.², Ойноткинова О. Ш.¹

¹ФГБУ "З ЦВКГ им. А.А. Вишневого" Минобороны России, ²КДП ФКУ «МУНКЦ им. П.В. Мандрыка» МО РФ

Введение (цели/ задачи):

Легочная гипертензия – группа заболеваний мультифакторной этиологии, характеризующихся прогрессирующим повышением легочного сосудистого сопротивления, которое приводит к развитию правожелудочковой сердечной недостаточности и преждевременной гибели пациентов. В лечении легочной гипертензии (ЛГ) используются антагонисты рецепторов эндотелина, простаноиды, ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа и др. Поиск возможностей терапии ЛГ постоянно продолжается.

Материал и методы:

Проведен анализ 172 литературных источника по ключевым словам статины, легочная гипертензия, pulmonary hypertension, statins. Для подробного изучения отобрано 60 источников (из них 27 – результаты зарегистрированных (www.clinicaltrials.gov) клинических исследований).

Результаты:

На сегодняшний день имеются весьма обнадеживающие данные о положительном многогранном (в том числе на внутриклеточные пути) дополнительного, не липидного, действия статинов на малый круг кровообращения. Результаты изучения на людях единичны и пока остаются противоречивыми.

Заключение:

Клиническое обоснование применения новых препаратов, воздействующих на молекулярные механизмы патогенеза ЛГ (ремоделирование, эндотелиальную дисфункцию, функцию ПЖ) нуждается в проведении крупных плацебо контролируемых по дизайну и статистической обработке исследований. Именно в этом контексте роль статинов представляет интерес как потенциально стратегическое направление в лечении легочной гипертензии.

ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПО ВЫЯВЛЕНИЮ ТИПА ЛИЧНОСТИ Д У ПАЦИЕНТОВ С КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА КЫРГЫЗСКОЙ ЭТНИЧЕСКОЙ ГРУППЫ

Залесская Ю. В., Коротенко О. А., Джумагулова А. С.

Национальный центр кардиологии и терапии

Введение (цели/ задачи):

Актуальность. Уровни показателей смертности от коронарной болезни сердца (КБС) как в Кыргызской Республике, так и в странах ближнего и дальнего зарубежья в настоящее время сохраняются на высоком уровне и имеют тенденцию к нарастанию. Объяснить рост смертности только наличием традиционных факторов риска представляется возможным лишь в 50 % случаев. При этом возросло число исследований по изучению взаимосвязи психо-социальных факторов риска, в том числе типа личности Д, с заболеваемостью и смертностью от сердечно-сосудистой патологии. Тип личности Д представляет собой нормальный тип реагирования личности и характеризуется сочетанием двух составляющих: негативной возбудимости (тенденции испытывать негативные эмоции) и социального подавления (подавлении негативных эмоций при социальном взаимодействии из-за боязни быть отвергнутыми или неодобренными окружающими). Наличие типа личности Д ухудшает прогноз, увеличивает частоту развития острых коронарных событий, ухудшает качество жизни, податливость к лечебно-профилактическим мероприятиям у больных с КБС. При этом у лиц с типом Д чаще встречаются кластеры (групповое сочетание) психосоциальных факторов риска (тревога, депрессия), что также может утяжелять течение и прогноз заболевания. В литературе недостаточно данных по культуральным исследованиям типа личности Д, при этом в Кыргызской Республике ранее изучения данного фактора риска у лиц с КБС не проводилось. Цель работы: определить частоту встречаемости типа личности Д и кластеры психологических факторов риска (тревога, депрессия) у лиц кыргызской этнической группы с КБС, стабильной стенокардией напряжения

Материал и методы:

Обследовано 54 пациента кыргызской этнической группы (29 мужчин и 25 женщин) с КБС, стабильной стенокардией напряжения ФК III, находившихся на стационарном лечении в отделении Коронарной болезни сердца и атеросклероза Национального центра кардиологии и терапии им.М.Миррахимова. Все пациенты дали письменное информированное согласие на участие в исследовании. Больным проводилось общеклиническое обследование, определение спектра липидов, сахара крови натощак. С целью верификации диагноза КБС проводилась электрокардиография в 12 отведениях, велоэргометрия, суточное ЭКГ-мониторирование, коронароангиографическое исследование. Опрос пациентов проводился в виде клинического интервью с регистрацией паспортных данных, факторов риска, а также клинического диагноза. С целью идентификации типа личности Д был применен опросник DS-14. С целью выявления кластеров психологических факторов риска определялись уровни тревоги и депрессии с помощью шкал Гамильтона.

Результаты:

Средний возраст обследованных составил 59,1±5,1 лет. Тип