60 уд. в мин. Морфология QRS SI-QIII – поворот правым желудочком вперед. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

Результаты:

В кардиохирургическом отделении СПб ГБУЗ «Городской больницы №40» пациентке была выполнена успешная торакоскопически ассистированная пластика ДМПП. Через неделю при контрольной ЭхоКГ отмечалось уменьшение размеров правых камер сердца и снижение систолического давления в ЛА (26 мм рт. ст.).

Заключение:

Трансторакальная и чреспищеводная ЭхоКГ являются методами выбора для детального описания ДМПП и оценки размеров и функции сердца. Пациентам независимо от наличия симптомов рекомендуется хирургическая коррекция ДМПП при наличии ультразвуковых признаков объемной перегрузки правых камер сердца. Показаниями к эндоваскулярному закрытию вторичного ДМПП являются, размер дефекта по результатам ЭхоКГ не более 38 мм, размер краев — не менее 5 мм. Исключением выступает передний (ретроаортальный): его отсутствие не считается противопоказанием, длина межпредсердной перегородки не менее 56 мм, соотношение диаметра левого диска необходимого окклюдера к диаметру всей межпредсердной перегородки должно быть меньше 1. Хирургическая коррекция вторичного ДМПП сопровождается обратным ремоделированием правых камер сердца.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, АССОЦИИРОВАННЫЙ С СИСТЕМНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

*Хисамо С.А.[1], Крайняя Н.А.[2], Троянова-Щуцкая Т.А.[2], Усс Н.Л.[2], Русак Т.В.[2], Медведева Е.А.[2]
[1]УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Беларусь;
[2] РНПЦ «Кардиология», г. Минск, Беларусь
✉ salma17@mail.ru

Введение (цели/ задачи):

Поздний дебют системной склеродермии с выраженной легочной артериальной гипертензией (ЛАГ).

Материал и методы:

Пациентка С., 1955 г.р., считает себя больной с 2023г, когда появились выраженная общая слабость, слабость в ногах и посинение при вертикальном положении, головокружение, выраженная одышка при бытовых физических нагрузках. Проходила лечение в местной ЦРБ. В апреле 2024 г. – появились эпизоды синкопе. При выполнении ЭхоКГ в апреле 2024г: среднее ДЛА 34 мм рт. ст., систолическое ДЛА 117 мм рт. ст., трикуспидальная регургитация (ТР) IV степени, (макс. градиент 102 мм Hg, TAPSE 15 мм), ствол легочной артерии расширен, правые предсердие и желудочек расширены, гидроперикард. NTproBNP 9345 pg/ml. Ядерные антитела (ANA) к Ig G и M в пределах референтных значений. Была направлена в областной центр, где выставлен диагноз: идиопатическая легочная артериальная гипертензия ФК 3 по ВОЗ. По данным КТ – отсутствие данных за ТЭЛА и ВПС. РКТ – признаки интерстициального отека легких; диффузного пневмосклероза и эмфиземы. Назначена ИЛАГ терапия – силденафил. На этапе стационарного лечения отмечалось улучшение состояния: уменьшение одышки, повышение толерантности к физической нагрузке. В июне 2024 г. – ухудшение самочувствия – нарастание одышки, выраженная слабость, перебои в работе сердца. Была направлена в Республиканский центр легочной гипертензии. При поступлении сатурация 87% без инсуфляции кислорода. По данным ЭКГ – перегрузка правых отделов сердца. NTproBNP 7309 pg/ml. По данным ЭхоКГ: ДЛА среднее – 54 мм рт. ст., систолическое ДЛА 85 мм рт. ст., ТР III-IV степени, (TAPSE 14 мм, vena kontrakta 7 мм, PISA ERO 0,47 см^2, объем ТР 59 мл, V ТР 4,19 м/с), ствол легочной артерии расширен; нарушение локальной сократимости ЛЖ, ФВ ЛЖ 60%, диастолическая дисфункция ЛЖ 1 тип; индекс объема ЛП 21 мл/м^2, значительное расширение правых отделов, диастолическая дисфункция ПЖ – рестриктивный тип. Индекс Вуда 8,4 ед. При проведении прямой тонометрии систолическое ДЛА 49 mmHg, диастолическое ДЛА 38 mmHg, среднее ДЛА 41 mmHg, транспульмональный градиент 41 mmHg, давление заклинивания 1 mmHg, сердечный индекс 1,5 l/min/m^2, ударный выброс 40,6 мл, индекс Вуда 16,1, МОК 2,52 l/min. 11.06.2024 в 20:45 эпизод синкопе. При выполнении суточного мониторирования ЭКГ – эпизоды АВ – блокады 2 степени, в том числе 2:1 и далекозашедшей АВ блокады с макс. паузой ВФСУ 6029 мс. Имплантирован ЭКС в режиме DDDR. Назначена ЛАГ – специфическая терапия: бозентан и силденафил. По лабораторным данным выявлены аутоиммунные нарушения с образованием антиядерных антител (ANA 3,17 Ед/мл) и антител к центромерному белку в высоком титре (119 МЕ/мл) у пациента имеются данные за прогрессирующий системный склероз без склеродермы.

Результаты:

Клиническая картина (жалобы, анамнез), данные лабораторно-инструментальных методов отвечают критериям висцеральной формы системной склеродермии с отличительным широким клиническим полиморфизмом, протекающим с выраженными сердечно-легочными проявлениями, формированием «легочного сердца», с медленно прогрессирующим характером поражения легких. Специфическим симптомокомплексом следует считать характерные вазоспастические сосудистые реакции со стороны дистальных отделов нижних конечностей в виде прогрессирующей генерализованной васкулопатии. Не исключается склеродермическое поражение сердца с латентным вовлечением желудочков в форме некоронарогенных очагов фиброза и формированием прогрессирующей ХСН.

Заключение:

У пациентки выявлена висцеральная форма системной склеродермии, которая предполагает отсутствие кожных проявлений и сочетает в себе васкулопатии и моно- или полиорганное поражение. Таким образом, особенности течения ЛАГ ассоциированной с системной склеродермией требуют более тщательных диагностических подходов, так как может протекать под «маской» идиопатической ЛАГ.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТКИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

*Дрень Е.В., Ляпина И.Н., Сваровская П.К., Зверева Т.Н., Барбараш О.Л.
ФГБНУ «НИИ КПССЗ»,
г. Кемерово, Российская Федерация
✉ e.tolpekina.v@mail.ru

Введение (цели/ задачи):

Распространенность легочной артериальной гипертензии среди пациентов, живущих с ВИЧ-инфекцией, составляет около 0,5%. Развитие легочной артериальной гипертензии ухудшает течение ВИЧ-инфекции, утяжеляя клиническое состояние пациента и увеличивая риски летального исхода. Своевременная инициация антиретровирусной терапии и динамическое наблюдение пациентов, а также корректное решение о выборе специфической терапии легочной артериальной гипертензии закономерно

РОССИЙСКОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБЩЕСТВО ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ
ОБЩЕСТВО ВРАЧЕЙ РОССИИ
ФГБУ «НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ ИМ. Е. И. ЧАЗОВА» МИНЗДРАВА РОССИИ
ОБЩЕСТВО СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ИЗУЧЕНИЮ ЛЁГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

XII ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС

ЛЁГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ 2024

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

11-12 декабря 2024 г.

ОНЛАЙН-ТРАНСЛЯЦИЯ

www.gipertonik.ru

ISBN 978-5-6049180-6-7

e-mail: rsh@gipertonik.ru