образом, в базисное лечение детей, страдающих МВ, показано включение курса лазеротерапии.

1. Леднева В.С., Ульянова Л.В., Талыкова М.И., Бурдина Н.С. Прогнозирование динамики клинического течения муковисцидоза в различных возрастных группах//Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2017. Т. 16. № 3. С. 678-685.
2. Москвин С.В., Наседкин А.Н., Осин А.Я., Хан М.А. Лазерная терапия в педиатрии. – М.–Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2009. – 480 с.
3. Ульянова Л.В., Леднева В.С., Талыкова М.И., Савенко И.Л. Информационная система оценки нутритивного статуса и диетотерапии больных с наследственной бронхолегочной патологией//Системный анализ и управление в биомедицинских системах. -2016.-Т. 15,№ 4-С. 674-677.
4. Cystic Fibrosis, third edition, edited by M.Hodson, D.Geddes, A.Bush/V.Dondos at al// London. 2017. P. 225-235.
5. Cystic Fibrosis Foundation, Patient Registry 2011 Annual Report. Cystic Fibrosis Foundation, Bethesda, Md, USA; 2012. www.cff.org .

Мелихова А.В., Злодеев К.В., Голотвин М.В.

Нетипичный клинический случай. Некоррегированный ВПС: Тетрада Фалло

*ООО «Центр Современной кардиологии»
(Россия, Красноярск)*

doi: 10.18411/lj-04-2020-36

idsp: ljjournal-04-2020-36

Аннотация

За последние годы, появилось огромное количество информации, которая включает в себя вопросы прогноза, отдаленные результаты, осложнения, стратегии и тактики выбора показаний к операциям и вариантов вмешательств. Расширились возрастные рамки оперируемых, изучены многие аспекты патофизиологии порока и его синдромных проявлений. Тем не менее, тетрада Фалло остается одним из труднейших врожденных пороков сердца.

Ключевые слова: тетрада Фалло, дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП), стеноз легочного ствола, декстروпозиция аорты

Abstract

Over the past years, a huge amount of information has appeared, which includes forecasting questions, long-term results, complications, strategies and tactics for choosing indications for operations and options for interventions. The age framework of the operated was expended, many aspects of the pathophysiology of the defect and it is syndrome manifestations were studied. Nevertheless, tetralogy of Fallot remained one of the most difficult congenital heart diseases.

Keywords: Fallot's Tetrad, ventricular septal defect, pulmonary trunk stenosis, aortic dextroposition

Тетраду Фалло диагностируют у 8 - 13% всех пациентов с врожденным пороком сердца. Среди пороков, требующих хирургического лечения в раннем детском возрасте, на долю тетрады Фалло приходится 15%. Частота порока у новорожденных колеблется от 4 до 7%. Средняя продолжительность жизни пациентов с тетрадой Фалло составляет 12 - 13 лет и зависит от степени стеноза ЛА. Смертность в течение первого года жизни - 25%, к 3 годам - 40%, к 10 годам - 70%, к 40 годам жизни - 95%. При "бледных" формах порока продолжительность жизни несколько больше, чем при цианотической форме. Обычно тяжелые неоперированные пациенты умирают от тромбоэмболии сосудов головного мозга с образованием абсцессов, развитием сердечной недостаточности, инфекционного эндокардита [4].

Тетрада Фалло (ТФ) состоит из четырех компонентов: это инфундибулярный стеноз правого желудочка (ПЖ), большой дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП), смещение аорты к ПЖ (декстропозиция менее 50%), гипертрофия ПЖ. В основе формирования сердца при тетраде Фалло лежит ротация артериального конуса против часовой стрелки. Это приводит к появлению декстропозиции аорты, которая «сидит верхом» над ДМЖП, к невозможности соединения перегородки артериального конуса с межжелудочковой перегородкой и бульбо-вентрикулярной складкой, что становится причиной возникновения ДМЖП. Помимо этого переднее смещение перегородки артериального конуса обуславливает сужение ЛА [1]. По степени тяжести клиники и морфологическому спектру порок весьма вариабелен. Имеется единственный ДМЖП больших размеров, как правило, субаортальный. Клапан легочной артерии (ЛА) обычно гипоплазирован и стенозирован. Часто присутствуют гипоплазия, стеноз ствола и ветвей ЛА. Редко наблюдается агенезия одной из ветвей ЛА, чаще левой.

Гемодинамические изменения при тетраде Фалло обусловлены степенью препятствия к выбросу крови из правого желудочка в малый круг кровообращения и наличием ДМЖП. Величина сброса крови в первую очередь определяется степенью препятствия к выбросу крови из правого желудочка в легочную артерию и сопротивлением большого круга кровообращения. Диаметр дефекта играет второстепенную роль, так как он, как правило, равен диаметру устья аорты [2].

ТФ является одним из наиболее часто встречаемых врожденных пороков сердца (ВПС), естественное течение которого прогностически крайне неблагоприятно, и без хирургической помощи на первом году жизни может погибнуть более половины детей с этим ВПС [3,6].

Однако у многих больных с ВПС, несмотря на тяжелейшие нарушения внутрисердечной гемодинамики, общее состояние вполне удовлетворительное: они бегают, участвуют в подвижных играх или, ограничивая себя в движениях, живут долгие годы благодаря компенсаторной гиперфункции сердца (в первую очередь) и включения ряда компенсаторных механизмов (во вторую очередь) в ответ на нарушение кровообращения и кислородную недостаточность [2]. И данный клинический пример, этому подтверждение.

Женщина, 1959 года рождения, 58 лет, обратилась в медицинский центр для обследования перед плановым оперативным лечением по поводу образования в надпочечнике в 2018г. При первичном обращении к кардиологу предъявляла жалобы на: колющие боли в прекардиальной области, без связи с физической активностью, чаще при волнении; одышку, учащение сердцебиения при ускоренной ходьбе, подъеме на 3-й этаж.

Из анамнеза заболевания: пациентка страдает ВПС с 2-х недель рождения, когда впервые стали выслушиваться шумы в области сердца. В 1982 году (со слов больной) на рентгенографии органов грудной клетки было зафиксировано расширение полостей сердца. Впервые, эхокардиографически ВПС был подтвержден в 1986 году (без доплера). От предложенного оперативного лечения отказалась. С 1996 года пациентка является инвалидом III группы по сердечно-сосудистому заболеванию, с 2000 года – инвалидность бессрочна.

Anamnesis vitae: в 70-х годах во время первой беременности произошел выкидыш; в период второй беременности (в 1980 г.) по решению консилиума кардиологов – было запрещено вынашивание беременности. В 2014 году проведено эндопротезирование правого тазобедренного сустава. В 2016 году был зарегистрирован эпизод носового кровотечения, с последующей тампонадой на протяжении 10 дней. Наследственный анамнез отягощен: мама умерла в 42 года от ОНМК. Аллергологический анамнез: не отягощен. Вредные привычки: отрицает. Повышение АД в анамнезе не регистрирует.

В настоящее время, принимает следующие лекарственные препараты: Клопидогрель 75 мг/в сутки, Рамиприл 2,5 мг/в сутки, Бисопролол 1,25 мг/в сутки, Аторвастатин 20 мг/в сутки.

Объективный статус: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы чистые, обычной влажности. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена. Грудная клетка правильной формы. Дыхание ровное, равномерно проводится по всем полям, патологических дыхательных шумов не выслушивается. ЧДД = 16 в мин. в покое. АД на плечевой артерии справа = 110/70 мм рт.ст., слева = 108/70 мм рт.ст. ЧСС = 75/мин, ритм правильный. Тоны сердца ясные, ритмичные, систолический шум у левого края грудины. Печень перкуторно не увеличена, симптом XII ребра отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет.

На электрокардиограмме (рис.1,2,3,4) представлены характерные признаки для данного порока: отклонение электрической оси вправо, гипертрофия правого предсердия, нарушение проводимости по правой ножке пучка Гиса [2].

Рис. 1. ЭКГ (стандартные отведения)

Рис. 2. ЭКГ (отведения от конечностей)

ис. 3. ЭКГ (грудные отведения V1-V3)

Рис. 4. ЭКГ (грудные отведения V4-V6)

При первичном проведении эхокардиографического исследования в 2018 году были выявлены изменения, характеризующие эту патологию: ДМЖП (17 мм), стеноз легочного ствола с максимальным градиентом = 92 мм рт.ст., гипертрофия ПЖ (толщина ПСПЖ – 10 мм).

При проведении в феврале 2020 года данного вида исследования – эхокардиографическая картина остается прежней, прогрессирования не наблюдается. По результату ЭхоКГ: Декстропозиция аорты. ДМЖП (17 мм). Стеноз легочного ствола (с максимальным градиентом 90 мм рт.ст.). Гипертрофия ПЖ (толщина ПСПЖ – 12 мм). Расширение полостей сердца: ПЖ (34 мм), ПП (40*45мм, с учетом ППТ). ФВ по Simpson = 66%. Диастолическая функция нарушена по I типу. МН 0-I ст. ПН 0-I ст. ТН I ст. СДЛА = 36 мм рт.ст. Признаки небольшой степени легочной гипертензии.

Дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП), декстропозиция аорты, гипертрофия ПЖ. Парастеральный доступ, длинная ось ЛЖ.

Дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП). Парастеральный доступ, короткая ось аортального клапана (дефект в круглом сечении аорты).

Парастеральный доступ, короткая ось аортального клапана. Стеноз легочного ствола, с максимальным градиентом = 90,44 мм рт.ст.

Окончательный клинический диагноз. Основной: ВПС – Тетрада Фалло: декстропозиция аорты, субаортальный ДМЖП (17 мм, стеноз легочного ствола с максимальным градиентом 90 мм рт.ст. гипертрофия ПЖ). ХСН с сохраненной ФВ, II А стадии (по Стражеско-Василенко), II ФК (по NYHA). Атеросклероз БЦА. Дислипидемия.

В большинстве случаев, течение некоррегированной тетрады Фалло заканчивается прогрессированием сердечной недостаточности с неблагоприятным исходом [5].

Ценность данного клинического случая заключается в длительной компенсации тетрады Фалло у пациентки в 61 год.

При тетраде Фалло в сосудах протекают параллельно два процесса: с одной стороны, налаживание кровообращения путем развития анастомозов между большим и малым кругом и новообразование сосудов, с другой – облитерирующий процесс в русле легочной артерии [2].

В приведенном примере, продемонстрирована слаженная работа структур сердца и адаптационные свойства организма, которые привели к благоприятному компенсаторному механизму, без прогрессирования таких осложнений, как СН, аритмия, ишемическая болезнь сердца (ИБС).

1. Бокерия Л.А., Шаталов К.В. Детская кардиохирургия // М., 1996
2. Бураковский В.И., Бокерия Л.А. Сердечно-сосудистая хирургия: руководство // М.: Медицина, 1989. - 752 с.
3. Омельченко А.Ю., Горбатов Ю.Н., Наберухин Ю.Л., Стенин В.Г., Лукьянов А.А., Митрофанов В.О., Матюшов В.Н. Паллиативные операции при тетраде Фалло. Медицина и образование в Сибири. 2012; №6. С.57.
4. Клинические рекомендации: Тетрада Фалло // 2016. – 21 с.
5. Mueller A.S. Heart failure in adult congenital heart disease: tetralogy of Fallot. A.S. Mueller , D.M. McDonald , H.S. Singh , J.N. Ginns.// Heart Fail Rev. 2020; doi: 10.1007/s10741-019-09903-0.
6. Мазур Н.А. Практическая кардиология (третье дополненное издание). – М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2012, С.430-431.

Сорокина Ю.А., Ваганова А.В.

Потенциальные влияния биологически активных добавок на эффективность и безопасность лекарственной терапии

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(Россия, Нижний Новгород)

doi: 10.18411/lj-04-2020-37

idsp: ljjournal-04-2020-37

Аннотация

В медицинской практике врачу нередко приходится сталкиваться с проблемой, когда пациенту необходимо назначить одновременно несколько лекарственных препаратов, что приводит к полипрагмазии. Данный факт может приводить к изменению эффективности и безопасности фармакотерапии. Также во взаимодействия могут вступать лекарственные средства и растительные препараты, входящие в состав БАД, которые принимает пациент без контроля специалиста, что впоследствии может привести к непредсказуемым исходам. Данная работа посвящена изучению проблемы потенциального влияния наиболее популярных компонентов БАД на эффективность и безопасность лекарственной терапии, а также вопросу осведомленности пациентов о возможном влиянии добавок на фармакотерапию.

Ключевые слова: БАД, лекарственные средства, безопасность, эффективность, взаимодействие, побочные эффекты.

Abstract

In clinical practice, the doctor often has to face the problem when the patient needs to prescribe several medications at the same time, which leads to polypragmasia. This fact can