

Візіпак

(йодиксанол)

Переваги, підтвержені фактами¹⁻¹²

ВІЗИПАК – єдина контрастна речовина для внутрішньосудинного введення, яка ізоосмолярна крові при всіх концентраціях йоду



Міжнародна назва: йодиксанол. Склад: 1 мл розчину містить йоду (мі) 270/320, йодиксанолу (мі) 550/652; допоміжні речовини: триметамол, натрію хлорид, кальцію хлорид, натрій-кальційедатат (ЕДТА), хлоридоводнева кислота (для корекції рН), вода для ін'єкцій. Форма випуску: Розчин для внутрішньосудинного введення. Фармакологічна група: Рентгеноконтрастний засіб, іодовмісний. Фармакологічні властивості: Фармакодинаміка: Йодиксанол – неіонний, димерний, гексагідратований водорозчинний рентгеноконтрастний засіб, рН препарату 6,8–7,6. Йодиксанол при всіх концентраціях, що використовуються клінічно, має меншу осмотичність, ніж суцільна хрив. Показання для застосування: Рентгеноконтрастний препарат застосовують для проведення аортоаортографії, церебральної ангиографії, периферичної ангиографії, абдоминальної ангиографії, вклюдючи внутрішньоартеріальну шийкову субтракційну ангиографію (LSA), урографію, сребрографію, контрастного підсилення при комп'ютерній томографії (КТ) та досліджень шлунково-кишкового тракту (ШКТ). Локальна, торкальна і центральна мієлографія. Адренографія, гстеросальністографія (ГСТ). Спосіб застосування та дози: Для внутрішньоартеріального, внутрішньовенного, внутрішньосудинного введення, перорального прийому та ректального введення для досліджень травного тракту. Контрастний засіб нагрівають до температурі тіла. Доза препарату залежить від виду дослідження та його техніки, віку, маси тіла, стану гемодинаміки і загального стану пацієнта. Протипоказання: Підвищена чутливість до компонента препарату вилічка. Маніфестуючий гіперостозидом. Форма випуску: розчин для внутрішньосудинного введення, 270 мг йоду/мл або 320 мг йоду/мл по 20 мл, або по 50 мл, або по 100 мл, або по 200 мл, або по 500 мл у скляних або поліпропіленових флаконах №10. Умови та термін зберігання. Зберігати в захищеному від світла і недоступному для дітей місці при температурі не вище 30°C. Не заморозувати. Термін придатності – 3 роки. Виробник: «Джил Хелска Ірландія», Ірландія. РІ. МОЗ України №39 від 28.01.11, №UA/4254/01/01, №UA/4254/01/02. Повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату. Інформація для професійної діяльності спеціалістів з охорони здоров'я.

Література: 1. Aspelin P et al. N Engl J Med 2003; 348: 491–9. 2. Jo S-H et al. J Am Coll Cardiol 2006; 48: 924–30. 3. Hernandez F et al. Eur Heart J 2007; 28(Suppl.): Abs 454. 4. Nie B et al. Poster presented at SCAIACC2 2008. Chicago, USA. 5. Davidson CJ et al. Circulation 2000; 101: 2172–7. 6. Harrison JK et al. Circulation 2003; 108 (Suppl IV): Abstract 1660. 7. Verow P et al. Brit J Radio 1995; 68: 973–8. 8. Teitl K et al. Acta Radiologica 1994; 35: 614–8. 9. Palmes Y et al. Eur J Radiol 1993; 17: 203–9. 10. Justesen Pet al. Cardiovasc Intervent Radiol 1997; 20: 251–6. 11. Manke C et al. Acta Radiologica 2003; 44: 590–6. 12. Klow NE et al. Acta Radiologica 1993; 34: 72–7.

GE Healthcare



GE imagination at work
ява в дії

ТОВ «Такедра Україна»: 03150, м. Київ, вул. Червоноармійська, 55Г
тел.: (044) 390-09-09, факс: (044) 390-29-29, www.takeda.ua



Медичний Центр Святої Параскеви



ХВОРОБИ-СИРІТКИ В КАРДІОЛОГІЇ

Випуск I

Під редакцією проф. Ю. І. Іваніва, доц. Н. Д. Оришин



Листопад 2013

Первая комбинация
сартана и амлодипина в мире*

КРУТОЙ СПУСК

ЭФФЕКТИВНОЕ СНИЖЕНИЕ АД
ПРИ АГ ЛЮБОЙ СТЕПЕНИ^{1,2}

ЭКСФОРЖ
амлодипина бесилат/валсартан

БЫСТРОЕ СНИЖЕНИЕ – УВЕРЕННЫЙ КОНТРОЛЬ

* Вильямс J.M., Шейн А.Г. A first drug combination for the treatment of arterial hypertension with a calcium channel blocker, angiotensin receptor, and an angiotensin receptor blocker combination. *Hypertension*. 2007; 50: 1111-1116. 1111-1116.
1. Paganini E, Ghetti B, Kalarerna B, et al. Tolerability and blood pressure-lowering efficacy of the combination of amlodipine plus valsartan compared with amlodipine plus hydrochlorothiazide in white patients with stage 2 hypertension. *Can Ther*. 2007; 29:279-286.
2. Gao L, Wang Y, Wang B, et al. Amlodipine and valsartan combination and its combination with hydrochlorothiazide and Black Hypertension Patients: A Retrospective Analysis of a Randomized, Placebo-Controlled Study. *J Clin Hypertens*. 2007; 9: 265-268.

ЗМІСТ

Вступ	3
Окремі форми кардіоміопатій	
Критерії діагностики аритмогенної дисплазії правого шлуночка <i>Долженко М. М., Носенко Н. М.</i>	5
Синдром некомпактного міокарда лівого шлуночка (СНКМ ЛШ) <i>Орищин Н. Д., Іванів Ю. А., Павлик С. С.</i>	13
Ендоміокардіальний фіброз: проблеми діагностики та лікування на прикладі клінічного випадку <i>Коморовський Р. Р., Паламар Т. О., Крамар Л. Т.</i>	22
Ехокардіографічна діагностика рестриктивних кардіоміопатій <i>Поташев С. В.</i>	31
Еозинофільний ендокардит Лефлера як форма рестриктивної кардіоміопатії (клінічний випадок) <i>Орищин Н. Д., Іванів Ю. А., Павлик С. С.</i>	41
Рідкісні вроджені вади серця	
Аорто-лівошлуночковий тунель: діагностика і лікування <i>Куркевич А. К., Юрченко О. Ю., Ялинська Т. А., Таммо Р., Ємець І. М.</i>	45
Вроджена відсутність перикарда <i>Телішевська М. Ю., Іванів Ю. А., Коник М. В., Іванів І. Ю.</i>	50
Вроджені коронарні фістули у дітей: власний досвід <i>Іванів Ю. А., Телішевська М. Ю., Євтух В. П., Коник М. В., Петров В. Ф.</i>	54
Рідкісна патологія магістральних судин	
Вроджена корегована транспозиція магістральних артерій <i>Барабаш О. С.</i>	61
Синдром Марфана та інші генетично зумовлені хвороби	
Діагностичні критерії Синдрому Марфана та диференційна діагностика схожих синдромів <i>Ольхова О. В., Жураєв Р. К.</i>	69
Рідкісні аритмічні синдроми	
Синдром Бругада: дві декади після відкриття <i>Липовецька С. Й.</i>	78
Внутрішньопередсердна блокада: рідкісний ЕКГ-синдром чи порушення провідності, яке нечасто виявляється при аналізі ЕКГ <i>Сороківський М. С., Черняга-Ройко У. П.</i>	85
Складні порушення ритму та провідності серця у пацієнта із системною склеродермією (випадок із клінічної практики) <i>Черняга-Ройко У. П., Сороківський М. С.</i>	89
Пухлини серця	
Рабдоміоми серця в новонароджених: клінічно-параклінічні паралелі <i>Власова О. В., Колюбакіна Л. В., Богуцька Н. К.</i>	93
Метастаз плоскоклітинного раку гортані в стінку правого шлуночка серця <i>Баршляк А. Ю., Паламарчук Ю. О., Кочан О. Я.</i>	97
Інші рідкісні хвороби серця і судин	
Хвороба Кавасаки у дорослих <i>Іванів Ю. А.</i>	103
Випадок гігантської задньо-латеральної аневризми лівого шлуночка <i>Бешляга В. М., Книшов Г. В., Урсуленко В. І., Сало С. В., Позняк О. В., Лебедева Е. О., Позняк В. І.</i>	108

Призначення аміодарону у добовій дозі 400 мг впродовж шести діб спричинило розвиток незворотньої повної блокади AV-вузла, що призвело до необхідності встановлення штучного водія ритму за життєвими показами. Залишається незрозумілою причина розвитку AV-блокади при використанні невисоких доз аміодарону у пацієнта із системною склеродермією.

Висновок. У пацієнтів із системною склеродермією можуть виникати різноманітні складні порушення серцевого ритму та провідності, що погіршує перебіг захворювання та впливає на якість життя. Особливості лікування аритмій у хворих із системним склерозом потребують подальшого вивчення.

Література

1. Janosik D. L., Osborn T. G., Moore T. L. J. Heart disease in systemic sclerosis // *Semin Arthritis Rheum.* – 1989. – №19. – P. 191–200.
2. Kostis J. B., Seibold J. R., Turkevich D. Prognostic importance of cardiac arrhythmias in systemic sclerosis // *Am J Med.* – 1988. – № 8. – P. 1007–15.
3. Patané S., Marte F., Sturiale M. Atrial flutter, ventricular tachycardia and changing axis deviation associated with scleroderma // *Int J Cardiol.* – 2011. – №1;153(2). – P. 25–8.
4. Seferovic P. M., Maksimovic R. Cardiac arrhythmias and conduction disturbances in autoimmune rheumatic diseases // *Rheumatology.* – 2006. – №45 (suppl 4). – iv39-iv42.
5. Volta U., Villecco A. S., Bianchi F. B. Antibodies to cardiac conducting tissue in progressive systemic sclerosis // *Clin Exp Rheumatol.* – 1985. – №3. – P. 131–5.

Пухлини серця

Рабдоміоми серця в новонароджених: клінічно-параклінічні паралелі

Власова О. В., Колюбакіна Л. В., Богуцька Н. К.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

Рабдоміома – найдоброякісніша з усіх первинних пухлин серця. Серед всіх пухлин серця діагностується, за даними літератури [1, 2], від 39,6% до 58,6% у віці від 1 місяця життя і до 18 років. На сьогодні дискусійним залишається питання щодо походження пухлини. Одні автори дотримуються думки про те, що ця пухлина виникає в результаті порушення будови міоцитів, інші вважають, що в основі процесу лежить порушення їх дозрівання. Виходячи з цих уявлень, пухлини різної структури, можливо, являють собою різні ступені дозрівання рабдоміобластів – від ембріональних до відносно зрілих [4]. Такі утворення спостерігаються у вигляді одного вузла або множинних утворень, які переважно локалізуються у шлуночках, рідше в передсердях. Залежно від локалізації вони можуть мати злоякісний перебіг, що призводить до синдрому раптової смерті. Рабдоміоми різняться за формою та розмірами, варіюють від декількох міліметрів до декількох сантиметрів. Макроскопічно пухлина зазвичай не має капсули, м'яка, біло-рожевого кольору, неправильної або круглої форми, не завжди чітко відокремлена від тканин, які її оточують. Рабдоміомам притаманні павукоподібні великі клітини з розташованим у центрі, багатим на хроматин, ядром, в якому видно велике ядерце. Цитоплазма клітин містить багато полісахаридів, що відрізняються гістохімічно від глікогену, а також поперечно-смугасті міофібрили. Рабдоміома росте екстра- чи інтрамурально. При інтрамуральному рості виникають різноманітні порушення ритму серця та провідності. Внутрішньопорожнинне проростання може зумовлювати обструкцію вивідних шляхів серця [5]. Рабдоміома з високою частотою асоціює з туберозним склерозом (хвороба Бурневіля) і може бути першим проявом захворювання, основний симптомокомплекс якого включає зміни шкіри, внутрішніх органів, органів зору, нервової та ендокринної систем [3]. У дітей, які страждають на туберозний склероз, підвищений ризик судомних нападів, аутизму та розумової відсталості. Ураження шкіри при туберозному склерозі проявляється

плямами гіпопигментації, ангіофіброзами в ділянці перенісся та на тулубі у вигляді щільних, шагрєневих бляшок, які виступають над поверхнею шкіри. Ознаки підвищеного внутрішньочерепного тиску вказують на гігантську клітинну астроцитому міжшлуночкового отвору. Ангіоміоліпоми та кісти нирок можуть визначатися у вигляді об'ємних утворень черевної порожнини або призводити до розвитку гіпертонії. Особливості локалізації та росту пухлини обумовлюють широкий спектр клінічних проявів. Діагностика рабдоміоми серця базується на методах візуалізації міокарда – ехокардіографії (ЕхоКГ) та магнітно-резонансній томографії (МРТ) [1, 2, 3]. Хірургічне лікування рекомендоване, якщо пухлина викликає обструкцію вивідних шляхів шлуночків або обумовлює важкі порушення ритму серця. У новонароджених може спостерігатися спонтанна регресія рабдоміоми. У разі відсутності обструкції вивідних шляхів шлуночків серця проводиться динамічне спостереження. Враховуючи необхідність своєчасної діагностики згаданого захворювання та можливі несприятливі наслідки, наводимо, для прикладу, клінічний випадок із практики.

У Чернівецьку ОДКЛ у відділення патології новонароджених була переведена з пологового будинку новонароджена дитина віком 6 днів з підозрою на вроджену ваду серця (ВВС). З анамнезу відомо, що дитина народилася від I доношеної вагітності, яка перебігала на фоні ВСД за гіпотонічним типом, синусової тахікардії, метаболічної нефропатії, ожиріння I ст. У зв'язку з підозрою на ВВС, на 37–38-му тижні вагітності жінка була скерована на консультацію в ІПАГ АМН України у відділення ультразвукової та функціональної діагностики для проведення ЕХО-КГ плоду. Заключение: вагітність 37–38 тижнів. Серцева аритмія плоду. Даних за наявність дистресу плода не виявлено. Даних за наявність гемодинамічно значимої ВВС немає. Не можна виключити рабдоміому (10,0x8,5 мм) в ділянці модераторного пучка.

Дитина народилася з масою тіла 3850 г, зріст – 54 см, окружність голови – 33 см, окружність грудної клітки – 35 см. Оцінка за шкалою Апгар – 8/8 балів. Стан дитини після народження задовільний. Для верифікації діагнозу дитина на 6-ту добу переведена у відділення патології новонароджених ОДКЛ.

При надходженні до в ОДКЛ стан дитини розцінений як середнього ступеня важкості за рахунок порушення ритму серця. Дитина при огляді активна, крик голосний. Перебуває на природньому вигодовуванні, смочке добре. Фізіологічні рефлекси періоду новонародженості викликаються, тонус м'язів задовільний. Велике тім'ячко на рівні кісток черепа, не вибухає. Шкірні покриви чисті. Гемодинаміка стабільна. Пупковий залишок клемований, підсихає. Над легенями вислуховується



Рис. 1. Множинні рабдоміоми правого шлуночка серця

пуерильне дихання, хрипів не чути. Серцеві тони звучні, аритмічні (за типом екстрасистолії). Живіт м'який, доступний пальпації. Печінка, селезінка не збільшені. Фізіологічні відправлення без особливостей. Проведені параклінічні методи обстеження. Загальний аналіз крові: гемоглобін – 150 г/л, еритроцити – 5,0 Т/л, кольоровий показник – 0,9, лейкоцити – 11,7 Г/л, паличкоядерні – 4%, сегментоядерні – 44%, еозинофіли – 10%, лімфоцити – 41%, моноцити – 1%, ШОЕ – 5 мм/год.

На нейросонографії виявлено потовщення стінок стріарних судин, що не дало можливості виключити наявність мінералізуючої стріарної ангіопатії.

При проведенні УЗД внутрішніх органів патологічних змін не виявлено.

Згідно з даними ЕХО-КГ, виявлені ознаки множинних рабдоміом: у правому шлуночку візуалізується фіксоване до верхівки округле утворення з чіткими контурами 20,0x7,2 мм; біля стулок трикуспідального клапана – овальне утворення з чітким контуром 8,8x4,8 мм. Відкритий овальний отвір приблизно 1,5–2 мм. За даними ЕКГ відмічено, що ритм синусовий, нерегулярний. ЧСС – 150–170 за хв. Часті суправентрикулярні екстрасистолі з періодами бі- та тригемінії. Дитина консультована вузькими спеціалістами. Виставлений клінічний діагноз: множинні рабдоміоми правого шлуночка з порушенням серцевого ритму за типом суправентрикулярної екстрасистолії (рис. 1).

У відділенні дитина перебувала під динамічним спостереженням, отримувала лікування (аспаркам, АТФ (перорально)), яке було узгоджено з НДІ ССХ ім. Амосова (м. Київ). Для адекватної корекції лікування рекомендована консультація аритмолога та кардіолога в НДІ ССХ ім. Амосова.

Стан дитини під час стаціонарного лікування залишався відносно стабільним, зберігалася порушення ритму без наростання явищ застійної серцевої недостатності. На прохання батьків дитина була виписана додому з подальшим амбулаторним лікуванням та спостереженням в НДІ ССХ ім. Амосова в місті Києві.

Висновок. Дитина з рабдоміомами серця потребує комплексного обстеження та спостереження, оскільки рабдоміома може бути першою ознакою наявності туберозного склероза з наступним ураженням багатьох органів і систем.

Література

1. Белозеров Ю. М. Детская кардиология / Ю. М. Белозеров – М. : МЕДпресс-информ, 2004. – 600 с.
2. Бордюгова О. В. Рабдоміома серця у дітей / О. В. Бордюгова, Г. В. Дубова, О. О. Бурка та ін. // Здоровье ребенка. – 2012. – Т. 37, №2. – С. 62–66.
3. Шарыкин А. С. Нарушения сердечного ритма при рабдомиоме сердца у детей с туберозным склерозом / А. С. Шарыкин, Е. В. Шилыковская, Т. К. Навроцкая и др. // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2007. – Т. 52, №3. – С. 48–52.
4. Fehri W. Intracardiac rhabdomyoma / W. Fehri, M. A. Drissa, S. Blibech et al. // Tunis Med. – 2008. – Vol. 86, №9. – P. 859–860.
5. Kaushik S. K. Cardiac rhabdomyoma with LVOT obstruction and anorectal malformation in a neonate : A rare association / S. K. Kaushik, Kapil Bhargava, Akhil Kaushik // Indian Heart Journal. – Vol. 64, Is. 5. – P. 508–510.
6. Nir A. J. Tuberos sclerotic and cardiac rhabdomyoma / A. J. Nir, W. K. Freeman et al. // Am. J. Cardiol. – 1995. – Vol. 76, №5. – P. 419–421.

Метастаз плоскоклітинного раку гортані в стінку правого шлуночка серця

Бариляк А. Ю., Паламарчук Ю. О., Кочан О. Я.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького
Медичний Центр Святої Параскеви, м. Львів

Частота появи серцевих метастазів у пацієнтів на злоякісні хвороби коливається від 6 до 25%, причому порівняно з первинними пухлинами серця метастатичні пухлини трапляються у 100 разів частіше (Bussani R). Метастази в серце виникають переважно в осіб з дисемінованим пухлинним захворюванням і свідчать про поганий прогноз. Найчастіше метастазують в серце рак легенів, грудної залози та стравоходу, злоякісна лімфома, злоякісна меланома. Описані випадки метастазування раку щитоподібної залози, нирки, печінки, кишки, кореня язика (Кулініч Г. В., Tastekin E., Tagami K., Patel S., Kaul S.).

Клінічно серцеві метастази мало себе проявляють, оскільки на перший план виходить клініка первинного пухлинного процесу, а також, певною мірою, за рахунок невеликого розміру метастазів. Найчастіше їх виявляють після смерті. У ретроспективних дослідженнях лише у кожного десятого пацієнта з серцевими метастазами, виявленими на автопсії, були прижиттєві клінічні ознаки ураження серця (Tagami K.).

Між ступенем ураження серця і клінічними проявами немає сильної кореляції. Часто на автопсії знаходять масивне ураження серця при незначних прижиттєвих клінічних ознаках його ураження. Описано лише кілька випадків ракової хвороби, коли прояви серцевих метастазів переважали (Davies M. J., Hepp A., Johnson M. H.). Іноді серцеві метастази проявляються клінічно при первинному виявленні пухлини. З іншого боку, вони можуть проявитися через багато років після встановлення діагнозу первинної пухлини (Boland T. W., Godwin J. D., Hanley P. C.).

Метастази можуть імітувати патологію клапанів серця або викликати серцеву недостатність, розлади серцевого ритму, порушення провідності, приступи непритомності або досить часто – перикардіальний випіт. Стенокардія та інфаркт міокарда можуть бути результатом як емболії коронарних артерій, так і їх проростання або стиснення (Garg N., Astorri E.). Внутрішньопорожнинні правобічні метастази серця можуть призвести до легеневої емболії, а лівобічні метастази – до системної емболії (Riva V.).