

с эпизодической самостоятельной коррекцией. Различия по суммарному показателю комплаентности между группами были статистически значимы —  $p < 0,05$ .

Субъективная оценка технологии дистанционного консультирования и контроля была положительной во всех 60 случаях: «отлично» — 52 (87%), «хорошо» — 6 (10%), «удовлетворительно» — 2 (3%). 47 (78%) пациентов на этапе освоения отмечали сложности в использовании предложенной дистанционной технологии коррекции и контроля, что потребовало привлечения посторонней помощи (близкие родственники) или дистанционного консультирования специалиста.

Выводы. У больных с КИ и СД применение современных коммуникационных технологий дистанционного консультирования и контроля медикаментозной терапии в 3-месячный временной интервал позволяет увеличить показатель комплаентности на 22%. Субъективная отличная и хорошая оценка предложенных дистанционных технологий дана 97% пациентов. Особое внимание следует уделять поддержке пациента на этапе освоения технологии, для чего полезно использовать очное, дистанционное консультирование и активное привлечение к процедуре родственников пациента.

## ВЕНОЗНЫЙ ТРОМБОЗ, ЛЕГОЧНАЯ ЭМБОЛИЯ И ХРОНИЧЕСКАЯ ПОСТЭМБОЛИЧЕСКАЯ ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ: КАКОВА ВЗАИМОСВЯЗЬ?

КУЗНЕЦОВ М.Р.<sup>1</sup>, ХОТИНСКИЙ А.А.<sup>2</sup>, НЕСХОДИМОВ Л.А.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> ГКБ № 29 им. Н.Э. Баумана, Москва

<sup>2</sup> ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова, Москва

<sup>3</sup> ЦКБ Святогоителя Алексия, Москва  
9265861600@mail.ru

Самым опасным осложнением острых венозных тромбозов является тромбоэмболия легочных артерий (ТЭЛА), которая в большом проценте случаев приводит непосредственно к летальному исходу. В случаях несмертельного исхода массивной легочной тромбоэмболии, при невозможности или неэффективности тромболитической терапии или эмболэктомии развивается тяжелая хроническая постэмболическая легочная гипертензия (ХПЛГ), которая через три года приводит к летальному исходу за счет прогрессирования правожелудочковой недостаточности.

Целью нашей работы явилось разработка клинических, лабораторных и инструментальных критериев, характеризующих развитие разной степени выраженности ХПЛГ после перенесенной тромбоэмболии легочных артерий.

Материалы и методы. Работа основана на ретроспективном материале, включающем 117 больных, поступивших в ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова г. Москвы с тромбоэмболией легочных артерий и переживших ее. В разные сроки (от 1 до 5 лет) после этого события и выписки из стационара пациенты были вызваны и обследованы. Всем больным были выполнены ультразвуковое ангиосканирование вен нижних конечностей с цветовым доплеро-

плерокартированием кровотока, эхокардиография (ЭХО-КГ), некоторым пациентам — перфузионная сцинтиграфия легких и мультиспиральная компьютерная томография легких с контрастированием. При высокой легочной гипертензии, которая была выявлена при ЭХО-КГ, выполняли зондирование правых отделов сердца с прямым определением легочного давления. В процессе нашего исследования мы сравнивали показатели, полученные при первичном поступлении пациентов в стационар, с результатами клинических и инструментальных методов исследования, выявленными нами в отдаленные сроки после перенесенной ТЭЛА.

Результаты. Как показало наше исследование, существует определенная тенденция развития тяжелых форм ХПЛГ, в зависимости от следующих первичных клинических и инструментальных характеристик. Благоприятными факторами, способствующими возникновению более легких форм ХПЛГ или полному ее отсутствию в отдаленном периоде, были признаны следующие: эффективная тромболитическая терапия, относительная «свежесть» тромботических масс, дистальный уровень поражения вен нижних конечностей (до подколенной вены включительно), молодой возраст пациента. Отдельно следует сказать об адекватной антикоагулянтной терапии, назначаемой после тромболиза или в самостоятельном варианте лечения. Как правило, пациенты придерживались двух схем антикоагулянтной терапии после тромболитической терапии — нефракционированный гепарин первые сутки с последующим переходом на варфарин, ривароксабан сразу же после окончания тромболиза. При невозможности или отсутствии необходимости в проведении тромболитической терапии также присутствовали две схемы антикоагулянтной терапии — низкомолекулярные гепарины с последующим переходом на варфарин и ривароксабан с первых дней лечения. В отдаленном периоде мы наблюдали лучшую реканализацию легочных артерий при сочетании тромболитической терапии с ривароксабаном, хотя были пациенты, которым при массивной ТЭЛА в связи с развитием аллергической реакции тромболитичес не выполнялся, но на фоне приема ривароксабана бала выявлена через год после начала лечения полная проходимость легочного русла. Эффект реканализации легочных артерий на фоне приема варфарина был значительно слабее. К отрицательным факторам развития ХПЛГ можно было отнести проксимальный уровень поражения глубоких вен, пожилой возраст больных, «несвежие» тромботические массы — после 10 суток их формирования каждый последующий день ухудшал прогноз эффективности тромболитической и антикоагулянтной терапии в степени реканализации легочных артерий.

Заключение. Существуют определенные клинические и инструментальные параметры, позволяющие в определенной степени прогнозировать развитие ХПЛГ после перенесенной ТЭЛА, однако требуется дальнейшее проведение работы для получения более достоверной в статистическом плане информации.