

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ДОСТИЖЕНИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ, КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ

Материалы 67-ой научной сессии сотрудников университета

2-3 февраля 2012 года

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431-52.82я431
Д 70

Редактор:

Профессор, доктор медицинских наук В.П. Дейкало

Заместитель редактора:

доцент, кандидат медицинских наук С.А. Сушков

Редакционный совет:

Профессор В.Я. Бекиш, д.ф.н. Г.Н. Бузук, профессор В.С. Глушанко, профессор С.Н. Занько, профессор В.И. Козловский, профессор Н.Ю. Коневалова, д.п.н. З.С. Кунцевич, профессор Н.Г. Луд, д.м.н. Л.М. Немцов, профессор М.А. Никольский, профессор В.И. Новикова, профессор В.П. Подпалов, профессор М.Г. Сачек, профессор В.М. Семенов, профессор А.Н. Щупакова, доцент Ю.В. Алексеенко, доцент С.А. Кабанова, доцент Л.Е. Криштопов, доцент С.П. Кулик, доцент П.С. Васильков, доцент И.А. Флоряну.

Д 70 Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации.
Материалы 67-й научной сессии сотрудников университета. – Витебск:
ВГМУ, 2012. – 521 с.

ISBN 978-985-466-518-4

Представленные в рецензируемом сборнике материалы посвящены проблемам биологии, медицины, фармации, организации здравоохранения, а также вопросам социально-гуманитарных наук, физической культуры и высшей школы. Включены статьи ведущих и молодых ученых ВГМУ и специалистов практического здравоохранения.

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431+52.82я431

© УО «Витебский государственный
медицинский университет», 2012

ISBN 978-985-466-518-4

Полученные данные обрабатывались с помощью электронных таблиц Microsoft Excel и пакета статистических программ Statistica 7.0.

Результаты и обсуждение. Значения ПСВ% и оценка здоровья по ВАШ достоверно отличались между мужчинами и женщинами без достоверных отличий по возрасту внутри групп респондентов (таблица 1).

Выявлено достоверное снижение ПСВ% и оценки здоровья у респондентов с хроническим бронхитом и бронхиальной астмой ($p < 0,05$) по сравнению с лицами, имевшими нормальное артериальное давление (АД), причем ограничение ПСВ% более выражено у лиц с сочетанием бронхолегочной патологии и АГ (таблица 2). В целом ограничение ПСВ (менее 90% от должного) отмечалось у 35,2% респондентов, из которых у 27,8% ранее не был установлен диагноз обструктивного заболевания легких. Сниженная ПСВ% выявлена у 49,4% лиц, страдавших ХБ, и у 65,1% пациентов с БА.

В таблицах 3 и 4 приведены показатели ПСВ% и оценка состояния здоровья у респондентов в зависимости от уровня АД и степени ограничения ПСВ%.

Таким образом, наблюдалось достоверное снижение ПСВ% у лиц с высоким уровнем АД (180/110 мм рт. ст. и выше), $p < 0,05$, достоверное уменьшение самооценки здоровья по мере увеличения АД ($p < 0,05$) и у лиц с умеренным и тяжелым снижением ПСВ% ($p < 0,05$).

ПСВ% и оценка здоровья у лиц, предъявлявших жалобы на кашель, мокроту, одышку, и без указанных симптомов даны в таблице 5.

Отмечено достоверное отличие в показателях ПСВ% и самооценки здоровья по ВАШ у респондентов с респираторными жалобами по сравнению с лицами, не указывавшими на эти симптомы ($p < 0,05$).

Таким образом, скрининговая пикфлоуметрия позволяет выделить группы лиц со снижением пиковой скорости выдоха с целью определить в последующем причины ограничения данного показателя.

Выводы.

1. Во время массовых исследований в Витебске у 35,2% респондентов наблюдалось снижение ПСВ%, причем у 27,8% из них бронхиальная обструкция ранее не выявлялась.

2. Снижение ПСВ сопровождалась достоверно более низкой самооценкой здоровья респондентов.

Литература:

1. Авдеев, С. Н. ХОБЛ и сердечно-сосудистые заболевания: механизмы ассоциации / С. Н. Авдеев, Г. Е. Баймаканова // Пульмонология. – №1. – 2008 г. – С. 5-13.

2. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких / Пер. с англ. под ред. Чучалина А.Г. – М.: Атмосфера, 2007. – 96 с.

СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ С СОХРАНЁННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА – ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ

Лоллини В.А., Лоллини С.В.

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

Европейские рекомендации по диагностике и лечению ХСН [1] приводят следующее определение сердечной недостаточности (СН): «Патофизиологический синдром, при котором в результате заболевания сердечно-сосудистой системы происходит снижение насосной функции, что приводит к нарушению равновесия между гемодинамической потребностью организма и возможностями сердца».

Эпидемиологические исследования, в рамках проектов ЭПОХА-ХСН и ЭПОХА-О-ХСН, проведенных в России [2] показали, что распространенность ХСН составила 7% случаев (7,9 миллионов человек). Можно предположить, что это связано с несвоевременным и неадекватным лечением артериальной гипертензии (АГ) и ишемической болезни сердца (ИБС).

При проведении исследования Euro Heart Survey, проводившемся в 14 странах Европы, впервые был отмечен высокий процент пациентов с СН и нормальной фракцией выброса (СН-СФВ), что противоречит распространенным догмам о том, что ХСН обусловлена заметным снижением сократительной функции

левого желудочка.

СН-СФВ представляет собой разновидность СН, которая характеризуется диастолической дисфункцией (ДД) левого желудочка в сочетании с нормальным значением фракции выброса [3]. Развитие ДД происходит вследствие нарушения процесса релаксации миокарда, который обеспечивает градиент давления в полостях сердца, ограничивая дополнительное повышение давления в левом предсердии и развитие легочного застоя. Процесс расслабления миокарда определяется скоростью актин-миозиновой диссоциации и растяжением эластических структур миокарда. Гипертрофия миокарда, приводя к нарушению податливости и повышению жесткости миокарда, также способствует нарушению процесса релаксации и развитию ДД.

Необходимо, особо, отметить, что сегодня диагностика данной патологии базируется не на данных анамнеза и физикального обследования пациентов, а на эхокардиографических и лабораторных параметрах.

Клиническая картина СН-СФВ, во многом, схожа с клиникой систолической СН. Алгоритм диагностики СН должен быть основан на результатах ЭКГ, рентгенографии грудной клетки, определения уровня мозгового натрийуретического пептида (BNP) и подтвержден данными эхокардиографического (ЭхоКГ) исследования [4].

Наряду с ЭхоКГ (М и В режимы) необходимо использовать доплеровское исследование, позволяющее определить важные гемодинамические параметры сердца: ранний трансмитральный диастолический поток (волна E), отражающий степень желудочковой релаксации, и поздний трансмитральный диастолический поток (волна A), связанный с сокращением предсердий. Соотношение E/A используется для косвенной оценки давления наполнения ЛЖ. Изменение этого соотношения является суррогатным маркером ДД.

Весьма важным, является проведение тканевого доплера исследования сердца. Метод позволяет провести глобальный анализ систолической и диастолической функции миокарда. Определяемая, при этом, волна E' отражает скорость раннего диастолического движения митрального кольца. Соотношение E/E' высоко коррелирует с КДД ЛЖ и симптомами СН. Значение E/E' > 15 определено как верхний предел ДД, а значения < 8 исключают наличие ДД.

При значении соотношения E/E' в интервале 8-15 необходимо использовать другие критерии: доплеровское исследование лёгочных вен, исследование наполнения ЛЖ, определение константы релаксации, ригидности ЛЖ, индекса объёма левого предсердия, а также индекса массы ЛЖ. Эти переменные, в настоящее время, лежат в основе диагностики и стратификации тяжести СН-СФВ.

Натрийуретические гормоны (BNP) используют в качестве биологических маркеров для диагностики СН, и для контроля за терапией. По их уровню, в плазме крови, возможна оценка степени выраженности СН, необходимость госпитализации, адекватности проводимой терапии. BNP и его предшественник (NT-proBNP) синтезируются кардиомиоцитами в ответ на давление или перегрузку объёмом камер сердца. Диагностическая и прогностическая ценность уровня BNP высока, даже в сравнении с ЭхоКГ, поэтому использование этого метода у больных с подозрением на СН – СФВ считается обязательным. Уровень BNP, указывающий с высокой точностью на наличие ДД - 60-90 пг\мл. Причём чем выше уровень BNP, тем выраженнее ДД. Основными задачами лечения СН-СФВ, в настоящее время, являются уменьшение лёгочного венозного застоя и ЧСС, с одновременным контролем за течением сопутствующих заболеваний (ИБС, АГ, редукция гипертрофии ЛЖ). Медикаментозная терапия с использованием бетаадреноблокаторов, ингибиторов АПФ и калийсберегающих мочегонных может быть полезной и как показано в некоторых исследованиях улучшает прогноз у больных с диастолической сердечной недостаточностью. Однако, убедительных доказательств позитивного влияния этих препаратов

на выживаемость больных СН-СФВ, не получено. За последние годы проведено четыре рандомизированных клинических исследования с целью изучения влияния различных групп лекарственных препаратов на течение СН-СФВ. Ни одно из них не показало достоверного снижения частоты достижения комбинированной конечной точки, включающих госпитализацию и смертность. В рекомендациях АСС/АНА указывается на необходимость поддержания АД на уровне низких нормальных значений. Мочегонные препараты должны назначаться только при наличии периферических отёков и застойных явлениях в лёгких. При этом необходимо помнить, что сердечный выброс у больных СН-СФВ во многом определяется преднагрузкой, и использовать мочегонные необходимо осторожно, избегая её уменьшения. Для уменьшения симптомов СН поощряется применение бетаадрено - блокаторов, ингибиторов АПФ, блокаторов кальциевых каналов. Однако, основываясь на данных проведенных рандомизированных клинических исследований и данных литературы [5], последовательность назначения лекарственных препаратов больным с СН-СФВ могла бы выглядеть следующим образом :

1. Начальная терапия включает мочегонные и бетаадреноблокаторы.
2. Если СН сохраняется, возможно, добавление ингибиторов АПФ.
3. При необходимости, в терапию, включают изосорбита динитрат и блокаторы кальциевых каналов.
4. Следует избегать использования препаратов наперстянки.

Значимым моментом, требующим постоянного контроля, является оценка состояния систолической функции ЛЖ, поскольку по мере нарастания ДД она прогрессивно увеличивается. Это указывает на то, что СН-СФВ не является результатом изолированного поражения диастолической функции миокарда, а является вариантом развития хронической сердечной недостаточности.

Литература:

1. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure / K. Dickstein [et al.] // Eur. Heart J. – 2008. – Vol. (19). – P. 2388-442.
2. Национальные рекомендации ВНОК и ОССН: Диагностика и лечение хронической сердечной недостаточности / В.Ю. Мареев [и др.] // Сердечная недостаточность. – 2010. – Т. 1 (57).
3. The pathophysiology of heart failure with normal ejection fraction / T. T. Yu [et al.] // J Am Coll Cardiol. – 2009. – Vol. 54. – P. 36-46.
4. Recommendations for the evaluation of left ventricular diastolic function by echocardiography / S. F. Nagueh [et al.] // J Am Soc Echocardiogr. – 2009. – Vol. 22 (2). – P. 107-33.
5. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 111 Diretriz brasileira de insuficiencia cardiaca cronica // Arg. Bras. Cardiol. – 2009. – Vol. 93. – P. 1-71.