

МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ ГІПЕРТРОФІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

MECHANISM OF THE LEFT VENTRICLE HYPERTROPHY FORMATION IN PATIENTS WITH CHRONIC ISCHEMIC HEART DISEASE AND TYPE 2 DIABETES MELLITUS

Донцова Є., Майорова М. В.

Науковий керівник: проф., д. мед. н. Бабаджан В. Д.

Donzova E., Maiorova M. V.

Science advisor: prof. Baradzhan V. D., D. Med. Sci.

Харківський національний медичний університет, м. Харків

Кафедра внутрішньої медицини №2, клінічної імунології і алергології імені ак. Л. Т. Малої.

Актуальність. За даними європейських досліджень, поширеність ішемічної хвороби серця (ІХС) становить близько 2-7%. Цукровий діабет (ЦД) 2 типу та ІХС взаємно обтяжують перебіг одне одного внаслідок пришвидшення появи інсулінорезистентності та розвитку специфічного ремоделювання міокарда.

Мета: визначити механізми формування гіпертрофії лівого шлуночка у пацієнтів з хронічною ішемічною хворобою серця та цукровим діабетом 2 типу.

Матеріали та методи. Під час дослідження обстежено 57 хворих на ІХС, у 32 з них встановлено діагноз ІХС та ЦД 2 типу, у 25 – ізольована ІХС. До групи контролю увійшли 16 практично здорових осіб. В дослідження були включені пацієнти з ознаками ремоделювання міокарда лівого шлуночка (ЛШ), встановлене за даними ехокардіографічного обстеження (Ехо-КГ). Для встановлення наявності ремоделювання міокарда ЛШ користувались вимірюванням товщини задньої стінки лівого шлуночка (ТЗСЛШ) та товщини міжшлуночкової перегородки (ТМШП). Також визначали показники ліпідограми: загальний холестерин та його фракції; рівень глюкози сироватки крові натще і рівень гликозильованого гемоглобіну.

Результати та висновки. В групі пацієнтів з ІХС та ЦД визначені такі показники ТЗСЛШ та ТМШП: 1,42±0,13 см та 1,39±0,16 см відповідно. В групі пацієнтів з ізольованим перебігом ІХС величини цих показників становили 1,41±0,12 см та 1,52±0,13 см відповідно. В групі контролю ТЗСЛШ та ТМШП були 1,15±0,13 см та 1,24±0,16 см відповідно (p<0,05). Це може свідчити про розвиток гіпертрофії міокарда лівого шлуночка у пацієнтів з ІХС. Істотного впливу на ремоделювання міокарда присутності ЦД 2 типу в разі наявності ІХС нами визначено не було. Також визначено, що показники гіпертрофії міокарда ЛШ мали пряму кореляцію з показниками ліпідного обміну та рівнями глюкози і гликозильованого гемоглобіну, що проявляється підвищенням рівнів загального холестерину та деяких його фракцій (тригліцериди, ліпопротеїди низької та дуже низької щільності), а також більш високими цифрами гіперглікемії. Це може свідчити про гіпертрофічне ремоделювання міокарда ЛШ у пацієнтів з ІХС та ЦД 2 типу.

НЕДООЦІНКА ВАЖКОСТІ МІТРАЛЬНОЇ РЕГУРГІТАЦІЇ ІШЕМІЧНОГО ГЕНЕЗУ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМУ ДОСЛІДЖЕННІ СЕРЦЯ

THE ISHEMIC GENESIS MITRAL REGURGITATION SEVERITY UNDERESTIMATION AT ULTRASONOGRAPHY

Дрокін А. В., Кравченко М. Ю., Молотягін Д. Г.

Науковий керівник: д. мед. н., проф. Кравчун П. Г.

Drokin A. V., Kravchenko M. Y., Molotiagin D. G.

Science advisor: prof. Kravchun P. G., D. Med. Sci.

Харківський національний медичний університет, м. Харків,

Кафедра внутрішньої медицини №2, клінічної імунології та алергології імені академіка Л. Т. Малої

Актуальність: Причиною появи мітральної недостатності (МН) ішемічного генезу можуть служити функціональні порушення лівого шлуночка (ЛШ) внаслідок ремоделювання його порожнини і зниження насосної функції, а також органічна патологія клапанного апарату, пов'язана з розривом хорди або папілярного м'язу.

Мета роботи: аналіз достовірності діагностики тяжкості мітральної регургітації ішемічного генезу при доплерівському дослідженні.

Матеріали та методи: Було проаналізовано результати дослідження хворих кардіологічного відділення та відділення інтенсивної терапії за останні 6 років.

Результати: Оцінка ступеня тяжкості МН є дискусабельною, коли мова йде про МН середніх градацій. Важливо, до якого ступеню слід віднести мітральну регургітацію (МР), якщо отримані показники займають проміжне значення. Через велику кількість методик аналізу МР відзначається різниця в інтерпретації отриманих даних, недооцінка важкості стану, пізніше надання адекватної допомоги у хворих з ускладненими формами ішемічної хвороби серця (ІХС) і супутньою МН.

Основним методом діагностики МР є доплер-ехокардіографія (ЕхоКГ), яка дозволяє оцінити структуру клапанів, розміри і функцію лівого передсердя (ЛП) і ЛШ. Головна особливість колірної картування в оцінці МР – реєстрація струменя в межах ЛП. Однак, на нашу думку, даний метод не є точним. Струмień регургітації може бути спотворений ділянками жовтого і зеленого кольору, або мати чисто синій відтінок через накладення спектрів і турбулентності руху в різних позиціях. Також, при зниженій фракції викиду ЛШ, підвищеному тиску, асинхронії,