

Summary

CLINICAL COURSE OF ECZEMA IN WOMEN OF EARLY PERIMENOPAUSAL PERIOD

Stas'uk A.N.

Key words: perimenopausal period, menstrual dermatosis, eczema, gonads.

The paper presents the data reflecting interdependence between menstrual cycle in women of perimenopausal period suffering from various forms of eczema. 24 patients were examined to study their gonada level. The applying of phytopreparation "Remens" in complex therapy of eczema may provide reliably better results.

УДК 616.12-0.08.46

ЕХОКАРДІОГРАФІЧНІ ПОКАЗНИКИ СИСТОЛІЧНОЇ І ДІАСТОЛІЧНОЇ ФУНКЦІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ ІЗ СИНДРОМОМ ХРОНІЧНОГО ЛЕГЕНЕВОГО СЕРЦЯ

Тремлова С.І.

Вищий навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Обстежено 60 хворих із синдромом хронічного легеневого серця (ХЛС), вивчені показники систолічної і діастолічної функції лівого шлуночка. Виявлена дисфункція лівого шлуночка за рахунок зменшення венозного притоку та погіршення скорочувальної здатності міокарда.

Ключові слова: легеневе серце, лівий шлуночок, систолічна і діастолічна дисфункція.

Вступ

Хронічне легеневе серце (ХЛС) до теперішнього часу залишається актуальним питанням клінічної медицини. Інтерес до проблеми ХЛС пояснюється тим, що його розвиток на фоні хронічних обструктивних захворювань легень (ХОЗЛ) погіршує прогноз перебігу захворювання, сприяє розвитку серцевої недостатності за рахунок правого і лівого шлуночків серця.

За повідомленнями [6], 2/3 хворих на ХОЗЛ помирають протягом від 15 місяців – 5 років після появи декомпенсації кровообігу.

Серцева недостатність у хворих на ХЛС переважно обумовлена дисфункцією правого шлуночка [1, 2, 3, 4]. В останні роки широко обговорюється участь лівого шлуночка у розвитку ХЛС. Більшість авторів свідчать, що на одному із етапів розвитку ХЛС формується ураження як правого, так і лівого шлуночка [5, 8, 9]. З огляду на вищезазначене метою нашого дослідження було оцінити систолічну і діастолічну функцію міокарда лівого шлуночка хворих з ХЛС у залежності від стадії компенсації.

Матеріали та методи дослідження

Під нашим спостереженням було 60 хворих із синдромом ХЛС на фоні ХОБ – 35 і БА – 25 чоловік, середній вік яких становив $55,4 \pm 1,2$ роки. Чоловіків – 37, жінок – 25. 40 (66,6%) хворих мали II ФК серцевої недостатності за НУНА, 20 (33,4%) – III ФК. За ступенем тяжкості основного захворювання за показниками ОФВ₁, ФЖЕЛ, ОФВ₁/ФЖЕЛ середній ступінь спостерігався у 42 (70,0%), тяжкий – у 18 (30,0%) хворих.

Діагноз ХЛС ставили на підставі визначення експертів ВООЗ (1961), клінічного обстеження з проведенням ЕКГ, доплер-ЕхоКГ, рентгенографії органів грудної клітки, дослідження функції зовнішнього дихання, сатурації капілярної крові киснем (SaO₂).

Для оцінки систолічної і діастолічної функції лівого шлуночка (ЛШ) використовували доплер-ЕхоКГ на апараті Toshiba SSA 380 A. Powervision (Японія) за загальноприйнятою методикою [7].

Визначали передньо-задній розмір лівого передсердя (ЛП) у парастеріальному доступі, товщину задньої стінки (ЗСЛШ) мм, кінцеводіастолічний, кінцевосистолічний, ударний і хвилинний індекси ЛШ, розраховані за Simpson і приведені до одиниці площі поверхні тіла обстежених (тобто, відповідно КДІ, КСІ, УІ, СІ мл/м²), а також фракцію викиду (ФВ, %), діаметр кореня аорти (мм), вимірювали максимальну швидкість (V_{max}, м/с) та максимальне прискорення (A_{остмах}, м/с²) аортального кровотоку.

Показники діастолічної функції ЛШ оцінювали за максимальною швидкістю раннього (V_e, м/с) і пізнього (V_a, м/с) діастолічного кровотоку, їхнє співвідношення (E/A), час уповільнення (t_{Dec}, с) раннього діастолічного кровотоку, а також час ізвольюмічного розслаблення ЛШ (IVRT, с).

SaO₂ визначалась транскутанним методом на апараті Datascope Passport model EL. Контрольну групу склали 10 практично здорових осіб, порівнювальних за віком і статтю.

Вірогідність показників хворих ХЛС порівнювали із групою здорових. Результати обстежень оброблені статистично із врахуванням t по

* Виконане дослідження є фрагментом планової науково-дослідної роботи Української медичної стоматологічної академії "Запальні та незапальні хвороби органів і систем людини, що формуються під впливом екологічних, стресових, імунних, метаболічних, інфекційних факторів. Стан гомеостазу, гемодинаміки при застосуванні традиційних та нетрадиційних засобів лікування". Державний реєстраційний номер 0198V000134.

Ст'юденту.

Результати середніх величин показників систолічної і діастолічної функції лівого шлуночка у

залежності від стадії компенсації у хворих із синдромом ХЛС викладені в таблиці 1.

Таблиця 1
Середні величини показників систолічної і діастолічної функції лівого шлуночка у хворих із синдромом ХЛС

Показники	Контрольна група n = 10	Хворі ХЛС	
		стадія компенсації n = 30	стадія декомпенсації n = 30
Систолічний АТ, мм рт. ст.	130,0 ± 5,0	125,0 ± 4,0	110,0 ± 2,0
ЧСС	74,2 ± 1,2	81,4 ± 1,5	92,5 ± 1,5*
Лівий шлуночок			
КДі, мл/м.кв	65,6 ± 1,8	52,3 ± 1,2*	48,4 ± 1,3*
КСІ, мл/м.кв	22,8 ± 0,8	18,5 ± 1,2	16,1 ± 0,5*
УІ, мл/м.кв	43,5 ± 1,3	37,4 ± 1,2	30,2 ± 1,3*
СІ, мл/хв., м.кв	3200,2 ± 52,2	2500,3 ± 42,1	2100,3 ± 20,2
ФВ, %	65,2 ± 1,3	63,5 ± 1,4	62,8 ± 1,6*
ЗС ЛШ, мм	9,2 ± 0,2	9,4 ± 0,3	9,7 ± 0,1
Аорта	28,5 ± 0,5	30,2 ± 0,7	30,7 ± 0,4
Діаметр кореня, мм			
V _{max} , м/с	11,2 ± 0,03	0,8 ± 0,05	0,5 ± 0,02*
Асс, м/с ²	18,5 ± 0,4	10,6 ± 0,5*	7,3 ± 0,3*
Ліве передсердя			
Розмір із п/с доступу, мм	8,0 ± 0,4	34,2 ± 0,7	37,1 ± 0,8*
Мітральний клапан			
V _e , м/с	0,8 ± 0,03	0,6 ± 0,01*	0,4 ± 0,02*
V _a , м/с	0,5 ± 0,02	0,4 ± 0,01	0,3 ± 0,02*
E/A	1,6 ± 0,06	1,5 ± 0,03	1,3 ± 0,02*
t _{Асс} , с	0,08 ± 0,003	0,1 ± 0,003	0,18 ± 0,002
t _{Дес} , с	0,20 ± 0,01	0,22 ± 0,02	0,24 ± 0,04*
IVRT, с	0,08 ± 0,002	0,12 ± 0,003*	0,14 ± 0,005*

Приведені в таблиці дані свідчать, що у хворих спостерігається порушення систолічної функції ЛШ. Так, нами було виявлено вірогідне зниження КДі на $13,3 \pm 1,5$ мл/м.кв (1-а група) і особливо у хворих на ХЛС в стадії декомпенсації на $17,2 \pm 1,2$ мл/м.кв (2-а група). Спостерігається також вірогідне зниження і КСІ. Якщо в контрольній групі КСІ дорівнював $22,8 \pm 0,8$ мл/м.кв, то у хворих 1-ї групи він склав $18,5 \pm 1,2$ мл/м.кв ($P < 0,05$), у хворих 2-ї групи – $16,1 \pm 0,5$ мл/м.кв. Відповідно виявлено вірогідне зниження УІ та СІ в обох групах. ФВ у 1-ї і 2-ї групам лишилася незмінною, хоча спостерігається частково її зниження, особливо у хворих 2-ї групи ($P < 0,05$).

ЗС ЛШ у хворих 2-ї групи була на $0,3 \pm 0,02$ мм товща у порівнянні з показником 1-ї групи і на $0,5$ мм більша контрольної. Спостерігалася достовірне зниження максимальної швидкості з $11,2 \pm 0,03$ м/с до $0,5 \pm 0,02$ м/сек у 2-ї групі та прискорення кровотоку в 1,6 рази ($P < 0,05$) через аортальний клапан, що свідчить про зниження скоротливої здатності у фазі вигнання і порушення систолічної функції ЛШ внаслідок зменшення венозного притоку і зниження скорочувальної здатності міокарда.

Порушення систолічної функції шлуночка [1] пояснюють дистрофічною поразкою кардіоміоцитів на тлі гіпоксії, токсикоінфекційних і метаболічних впливів.

Ми проаналізували зміни діастолічної функції ЛШ у наших хворих також в залежності від компенсації, оскільки в літературі недостатньо висвітлено це питання, а низка тверджень є суперечливою [8, 9].

Наші дослідження показали, що про порушення діастолічної функції ЛШ свідчать зменшення максимальної швидкості раннього (V_e , м/с) кровотоку, збільшення часу його уповільнення ($t_{Дес}$, с), зменшення пізнього (V_a , м/с) діастолічного кровотоку та їх співвідношення (E/A). Вимірювання максимальної швидкості (V_{max} , м/с) та максимальне прискорення ($A_{ссmax}$, м/с²) аортального кровотоку у постійно-хвильовому доплерівському режимі констатувало їх значне зниження.

Наші дослідження збігаються із результатами [1] стосовно того, що у 68,4% хворих на ХЛС визначено гіпертрофічний тип недостатньої релаксації діастолічної дисфункції за R.A. Nishimura, A.J. Tayik, 1994 [10], виникнення якого пов'язано із підвищенням внутрішньо-грудинного тиску, потовщенням міжшлуночкової перетинки, гіпоксією та дистрофією.

Фракція викиду лівого шлуночка знижувалася помірно з $65,2 \pm 1,4\%$ у хворих 1-ї і до $62,8 \pm 1,6\%$ у хворих 2-ї групи ($P < 0,05$).

Порівнюючи величини порушення систолічної і діастолічної функції шлуночків слід зробити висновок, що ці зміни значно не різняться, оскільки

обидва шлуночки працюють в однакових умовах, особливо при наявності гіпоксії.

Нами встановлена чітка кореляція порушення діастолічної функції ЛШ у залежності від рівня легеневої гіпертензії.

Висновки

1. У хворих із синдромом ХЛС виявляються систолічна і діастолічна дисфункції лівого шлуночка, причиною чого є наявність гіпоксії.

2. Вираженість дисфункції лівого шлуночка залежить від тяжкості перебігу захворювання.

Перспективним є вивчення особливостей діастолічної і систолічної функції лівого шлуночка у хворих із синдромом ХЛС у залежності від легеневої гіпертензії та легенево-серцевої недостатності.

Література

1. Амосова К.М., Конопльова Л.Ф. Решотько та ін. Особливості серцевої недостатності у хворих з ХЛС при хронічних обструктивних захворюваннях легень // Укр. терапевт. журн. – 2004. - №4. – С. 18-22.
2. Гаврисюк В.К., Ячник А.И. Хроническое легочное сердце. – Киев, 1997. – 96 с.

3. Денисюк В.І, Валуєва С.В. Ендотеліальна та міокардіальна дисфункція у хворих з ІХС у поєднанні з гіпертензивною хворобою // Галицький лікарський вісник. 2005. №3. – С.31-33.
4. Перлей В.Е., Дундуков Н.Н., Рыбкина Т.В. Диастолическая функция правого желудочка сердца у пульмонологических больных по данным импульсной эходопплеркардиографии // Кардиология. – 1992. – С.75-78.
5. Преображенский Д.В., Столярова И.И., Шарошина И.А. и др. Хроническая сердечная недостаточность у женщин пожилого и старческого возраста: особенности этиологии и течения // Клиническая геронтология. – 2005. №9. – С.18-19.
6. Ребров А.И., Кароли Н.А. Эхокардиографические показатели формирования ХЛС у больных бронхиальной астмой // Клини. мед. – 2002. - №12. – С.26-31.
7. Струтынський А.В. Эхокардиограмма, анализ и интерпретация: Учебн. пособ. – М.: Медпресс-информ. – 2001. – 215 с.
8. Хомазюк І.М., Курсіна Н.В. Діастолічна функція лівого шлуночка серця і фактори, які сприяють її порушенню при гіпертонічній хворобі в учасників ліквідації наслідків Чорнобильської катастрофи // Укр. кардіолог. журн. – 2005. - №5. – С.86-90.
9. Feigenbaum H. Echocardiography // Heart Disease. 5th edition. Edited by Eugene Erenwald. – 1997. – P.53-108.
10. Nishimura R.A., Tayir A.J. Evaluation of diastolic filling of left ventricle in health and disease: Doppler echocardiography is the clinician's Rosetta stone // J Am Coll Cardiol. – 1997. – Vol 30. – P.8-18.

Реферат

ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СИСТОЛИЧЕСКОЙ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА
Треумова С.И.

Ключевые слова: легочное сердце, левый желудочек, систолическая и диастолическая дисфункция.

Обследовано 60 больных с синдромом хронического легочного сердца, изучены показатели систолической и диастолической функции левого желудочка. Выявлена дисфункция левого желудочка вследствие уменьшения венозного притока и ухудшения сократительной способности миокарда

Summary

ECHOCARDIOGRAPHIC INDICES OF SYSTOLIC AND DIASTOLIC FUNCTIONS OF LEFT VENTRICLE IN PATIENTS WITH CHRONIC PULMONARY HEART SYNDROME

Treumova S.I.

Key words: pulmonary heart, left ventricle, systolic and diastolic dysfunction.

60 patients were examined to study indices of systolic and diastolic functions of left ventricle. Dysfunction of the left ventricle caused by reduction of venous inflow and worsening of myocardial contraction ability has been found out.