

Висновки. Метаболічні порушення ліпідного профілю у хворих на ішемічну хворобу серця та цукровий діабет 2 типу проявляються гіпертригліцеридемією та зниженням рівня холестерину ліпопротеїдів низької щільності.

ПРИЧИНЫ НЕДООЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ СЕРДЦА И АЛЬТЕРНАТИВЫ В ЕЁ ДИАГНОСТИКЕ

Молотягин Д.Г., Шпетная А.А., Шнурко Э.О.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Причиной появления митральной недостаточности ишемического генеза могут служить функциональные нарушения левого желудочка (ЛЖ) вследствие ремоделирования его полости и снижения насосной функции, а также органическая патология клапанного аппарата, связанная с разрывом хорды или папиллярной мышцы (Сокольская Н.О., 2013).

В свою очередь, недостаточность митрального клапана (МК) является звеном патологического замкнутого круга, когда возникшая объемная перегрузка ЛЖ усугубляет его деформацию и, соответственно, еще больше ухудшает запирательную функцию МК.

Цель исследования – анализ достоверности диагностики тяжести митральной регургитации ишемического генеза при доплеровском исследовании.

Материалы и методы исследования. Были проанализированы результаты ультразвукового обследования сердца больных кардиологического отделения и отделения интенсивной терапии за последние 6 лет.

Оценка степени тяжести митральной недостаточности является дискуссионной, когда речь идет о митральной недостаточности средних градаций. Немаловажным является вопрос, к какой степени следует отнести регургитацию, если полученные показатели занимают промежуточное положение. Несмотря на множество предложенных методик анализа митральной регургитации, их использование несогласованно, вследствие чего отмечается разница в интерпретации полученных данных, недооценка тяжести состояния, позднее оказание адекватной помощи у больных с осложненными формами ишемической болезни сердца и сопутствующей митральной недостаточностью (Бокерия Л.А., 2011).

Традиционно основным методом диагностики митральной регургитации является доплер-эхокардиография (ЭхоКГ), которая позволяет оценить структуру МК, размеры и функцию левого предсердия и левого желудочка. Главная особенность цветового доплеровского картирования в оценке митральной регургитации – регистрация струи в пределах левого предсердия. Однако, по мнению многих авторов, данный метод не является точным в оценке степени тяжести МР (Фейгенбаум Э.А., 1999). Струя регургитации может быть искажена участками желтого и зеленого цвета, либо иметь чисто

синий оттенок из-за наложения спектров и турбулентности движения в различных позициях. Также, при сниженной фракции выброса ЛЖ, повышенном артериальном давлении, при асинхронии, регургитация крови в полость левого предсердия будет снижена, что, безусловно, приведёт к недооценке выраженности регургитации и повлияет на выбор стратегии лечения и метода хирургического вмешательства и, как следствие, на результаты лечения у больных с осложненными формами ишемической болезни сердца и сопутствующей митральной недостаточностью (Сокольская Н.О., 2013).

Степень митральной регургитации также можно оценить и по фракции регургитации – отношению объёма регургитации к общему объёму притекающей крови. Однако, это исследование требует больших затрат времени и мастерства врача-диагноста.

В случаях, когда данных трансторакальной ЭхоКГ недостаточно, для оценки степени тяжести митральной регургитации целесообразно выполнить чреспищеводную ЭхоКГ, поскольку она выявляет большую струю регургитации из-за чувствительности методики (Smith M.D et al., 1991).

Однако, согласно нашим многолетним наблюдениям, наиболее информативной является оценка тяжести МР по объёму. При импульсной доплеркардиографии тяжесть МР оценивается вычислением объёма обратного тока крови (Райдинг Э., 2010). При трёхмерной ЭхоКГ количественная оценка регургитации с помощью 3D реконструкции заключается в измерении площади потока и трёхмерного индекса фракции регургитации (Rusk R.A., 2002).

Таким образом, в случаях, когда трансторакальная ЭхоКГ не позволяет четко визуализировать и оценить поток регургитации, должна быть выполнена чреспищеводная ЭхоКГ, либо же методы диагностики, основанные на вычислении объёма регургитации – импульсный доплер или трёхмерная ЭхоКГ, поскольку это может значительно повлиять на тактику лечения и исход заболевания. Если и этих данных недостаточно, для оценки степени тяжести МР необходимо выполнить магнитно-резонансную томографию или зондирование сердца.

ВЛИЯНИЕ ДИЕТОТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Найдёнова Е.В., Волошина Е.Б., Шишман Ю.М., Дукова О.Р.

Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина

Цель. Изучить влияние диетотерапии на показатели липидного обмена у пациентов с метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы. В исследование было включено 21 пациент, мужчины и женщины, средний возраст $56 \pm 4,53$ лет, с диагнозом МС, согласно критериям Американской диабетической ассоциации, 2006. Проведена оценка рациона питания. В начале исследования и через 2 месяца измерены вес, лабораторно определили уровень общего холестерина, липопротеидов низкой