

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Український центр наукової медичної інформації
та патентно-ліцензійної роботи
(Укрмедпатентінформ)

ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЛИСТ
про нововведення в сфері охорони здоров'я

№ 154-2015

Випуск 3 з проблеми
«Дерматовенерологія»
Підстава: рекомендація головного
спеціаліста МОЗ України

ГОЛОВНОМУ ПОЗАШТАТНОМУ
СПЕЦІАЛІСТУ З ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЇ,
КЕРІВНИКАМ СТРУКТУРНИХ
ПІДРОЗДІЛІВ З ПИТАНЬ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я ОБЛАСНИХ, КИЇВСЬКОЇ
МІСЬКОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ

**СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ПОРУШЕННЯ НАСОСНОЇ ФУНКЦІЇ
МІОКАРДА У ХВОРИХ З ПОЄДНАНИМ ПЕРЕБІГОМ ПСОРИАТИЧНОЇ
ТА ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБ**

УСТАНОВИ-РОЗРОБНИКИ:
**ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**УКРМЕДПАТЕНТІНФОРМ
МОЗ УКРАЇНИ**

АВТОРИ:
**БІЛОВОЛ А.М.
БЕРЕГОВА А.А.
КОЛГАНОВА Н.Л.
ТКАЧЕНКО С.Г.
ТАТУЗЯН Є.Г.**

Суть впровадження: спосіб діагностики порушення насосної функції міокарда хворих з поєднаним перебігом псоріазу (ПС) та гіпертонічної хвороби (ГХ), що включає реєстрацію найбільш інформативних показників для даного контингенту хворих.

Пропонується для впровадження в лікувально-профілактичних установах практичної охорони здоров'я (обласних, міських, районних) дерматовенерологічного профілю спосіб діагностики порушення насосної функції міокарда у хворих з поєднаним перебігом псоріатичної та гіпертонічної хвороб.

Відомі способи оцінки стану міокарда не враховують синергізму впливу псоріазу та гіпертонічної хвороби і є недостатньо точними у випадку коморбідності хронічного дерматозу та кардіоваскулярних порушень. Нами розроблений більш точний спосіб діагностики стану міокарда у хворих з поєднаним перебігом ПС і ГХ.

Спосіб включає вимірювання систолічного артеріального тиску (САТ), діастолічного артеріального тиску (ДАТ), частоти серцевих скорочень (ЧСС), кінцевого систолічного розміру (КСР), кінцевого діастолічного розміру (КДР), кінцевого діастолічного об'єму (КДО), кінцевого систолічного об'єму (КСО), ударного об'єму (УО), швидкості циркулярного укорочення (ШЦУ), серцевого удару (СУ).

Ефективність способу доказана експериментально. Під нашим спостереженням перебувало 230 хворих з поєднаним перебігом ПС та ГХ та пацієнти групи контролю з ізольованим перебігом ПС або ГХ. Клінічну оцінку тяжкості та поширення псоріазу виконували шляхом вирахування індексу тяжкості та поширеності псоріазу PASI. Застосовували класифікаційні підходи та клінічні класифікації, якими враховується стадія, тяжкість та поширеність, сезонність та клініко-морфологічні прояви псоріазу. Стан кардіоваскулярної системи оцінювали шляхом виконання ехокардіографічного дослідження (ЕхоКГ) з використанням механічного датчика при $X=3,5$ Мгц. За результатами обстеження визначали наступні показники: кінцево-систолічний (КСР_{вш}, см) та

кінцевий діастолічний (КДР_{лш}, см) розміри, кінцевий діастолічний (КДО_{лш}) та кінцевий систолічний об'єми (КСО_{лш}) лівого шлуночка (ЛШ) (мл), розраховані за TeicholzL.; товщину міжшлуночкової перетинки (ТМШП), товщину задньої стінки ЛШ (ТЗС_{лш}) наприкінці діастоли, а також розрахункові показники систолічної функції ЛШ та ремоделювання серцевого м'язу: ударний об'єм (УО), фракція викиду (ФВ), серцевий індекс, швидкість циркулярного скорочення, індекси КСО та КДО, індекс відносної товщини стінок ЛШ. Ступінь скорочення переднього розміру ЛШ в систолу (% ΔS) обчислювали за формулою: $\% \Delta S = (\text{КДР} - \text{КДС}) / \text{КДР}$. Для визначення маси міокарду ЛШ (ММ_{лш}) використовували формулу R. Devereux et al. Характер структурного ремоделювання ЛШ оцінювали на підставі принципу A.Ganau з використанням критеріїв відносної товщини міокарда (ВТМ) і IMM_{лш} і принципу Денисюка В.І. – з використанням критеріїв ВТМ і ІКДР. Визначали тип циркадної динаміки артеріального тиску (АТ) у кожного пацієнта.

У хворих на псоріаз без ГХ не виявлено відмінностей за показниками АТ, тоді як при поєднаному клінічному варіанті (ПКВ) та ізольованому клінічному варіанті (ІКВ) ГХ виявлені підвищені ($p < 0,05$) показники (при ПКВ: САТ – на 38,6%; ДАТ – на 28,4% та відповідно, при ІКВ: САТ – на 37,9%; ДАТ на 27,7%) при одночасному достовірному ($p < 0,05$) зростанні ЧСС (на 9,4% та, відповідно, на 9,6%) у порівнянні з групою контролю.

У хворих на псоріаз не виявлено достовірних змін ехокардіографічних показників, тоді як при ПКВ визначали збільшення кінцевого розміру міокарда в діастолі (на +0,54 од.), що супроводжувалося достовірним підвищенням кінцевого систолічного об'єму (на +5,36 од.) та кінцевого об'єму діастоли (на +9,80 од.).

У хворих на ПС з коморбідним поєднанням ГХ та у хворих з ізольованою ГХ спостерігалось достовірне зниження параметру УО (відповідно, на 9,16 та 9,24 од.), а також виявлені функціональні зміни: зменшення середньої швидкості циркулярного укорочення (ШЦУ) волокон міокарду ЛШ (в обох групах – 0,20), ступеня скорочення передньо-заднього розміру ЛШ (відповідно, на 5,8 та 5,7 од.) на тлі зниження фракції викиду (відповідно, на 6,4 та 6,5 од.).

У хворих на ГХ та ПКВ збільшені показники ТМШП (в обох групах на 0,23 од.) та $MM_{лш}$ (відповідно, на 29,5 та 28,6 од.) відносно групи контролю. При ПКВ виявлено виразне порушення діастолічної функції ЛШ за рахунок підвищення жорсткості міокарда, про що свідчить достовірне ($p < 0,05$) зростання показника індексу жорсткості міокарда (ІЖМ) у порівнянні з контролем ($7,82 \pm 0,09$) та ($6,84 \pm 0,32$) відповідно. Аналогічні зміни виявлено і при ізольованих клінічних варіантах ГХ, однак параметри внутрішньосерцевої гемодинаміки у хворих на ПКВ у порівнянні з контролем відрізняються статистично достовірно ($p < 0,05$).

Висновок. Статистична обробка одержаних результатів виявила у пацієнтів з поєднаним клінічним варіантом достовірне підвищення показників систолічного артеріального тиску і діастолічного артеріального тиску на тлі збільшення показника частоти серцевих скорочень; зміни гемодинамічного профілю і порушення регуляції судинного тону, що проявляється компенсаторно-ремоделюючими змінами (кінцево-сistolічний розмір, кінцево-діастолічний розмір, кінцево-діастолічний об'єм, кінцево-сistolічний об'єм, ударний об'єм відносно контролю) з підсиленням порушень систолічної та діастолічної функції лівого шлуночка та зміною функціональних показників скоротності міокарда: зменшення швидкості циркулярного укорочення, серцевого удару, зниження фракції викиду, як проява порушення насосної функції міокарду.

Інформаційний лист складено за матеріалами НДР «Раціональна терапія хворих на псоріаз, асоційований з кардіометаболічними порушеннями з урахуванням етіопатогенетичних чинників» (№ Держреєстрації 0112U001815).

За додатковою інформацією слід звертатися до автора листа: Харківський національний медичний університет, кафедра дерматології, венерології та медичної косметології, тел. 0677901966, Біловол Алла Миколаївна.