

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

ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЛИСТ

ПРО НОВОВВЕДЕННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

№279 - 2016

Випуск 13 з проблеми
«Терапія»
Підстава: рекомендація Головного
позаштатного спеціаліста МОЗ України

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

**СПОСІБ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ГІПЕРТОНІЧНОЇ
ХВОРОБИ, ЩО УСКЛАДНЕНА СИНДРОМОМ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ
НЕДОСТАТНОСТІ ЗІ ЗБЕРЕЖЕНОЮ СИСТОЛІЧНОЮ ФУНКЦІЄЮ
ЛІВОГО ШЛУНОЧКА**

УСТАНОВИ-РОЗРОБНИКИ:

**ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**УКРМЕДПАТЕНТИНФОРМ
МОЗ УКРАЇНИ**

А В Т О Р И:

**ГОНЧАРЬ О.В.
АЩЕУЛОВА Т.В.
КОВАЛЬОВА О.М.
КОЧУБЄЙ О.А.
СМИРНОВА В.І.
ІВАНЧЕНКО С.В.**

м. Київ

Суть впровадження:

спосіб оцінки ефективності лікування гіпертонічної хвороби, що ускладнена синдромом хронічної серцевої недостатності зі збереженою систолічною функцією лівого шлуночка, шляхом динамічного спостереження за параметрами діастолічного руху фіброзного кільця мітрального клапана та трансмітрального кровотоку.

Пропонується для впровадження в закладах охорони здоров'я (обласних, міських, районних) терапевтичного профілю спосіб оцінки ефективності лікування гіпертонічної хвороби (ГХ), що ускладнена синдромом хронічної серцевої недостатності зі збереженою систолічною функцією лівого шлуночка (ЛШ).

Артеріальна гіпертензія (АГ) зберігає велике медико-соціальне значення, становлячи один із провідних факторів серцево-судинного ризику та відіграючи важливу роль в якості патофізіологічного підґрунтя кардіоваскулярного континууму. Останній являє собою послідовність взаємообтяжуючих та взаємообумовлюючих процесів і станів, що ведуть до розвитку захворювання серця в термінальній стадії, найбільш типовим проявом якого є застійна хронічна серцева недостатність (ХСН).

Зважаючи на доведену в ряді класичних проспективних досліджень позитивну прогностичну роль зниження артеріального тиску (АТ), увага лікарів при оцінюванні ефективності терапії при ГХ сьогодні перш за все спрямована на досягнення цільового рівню АТ. Прогноз перебігу ГХ у великій мірі залежить від наявності та швидкості розвитку ураження органів-мішеней, тому визначення їх наявності використовується для встановлення стадії захворювання та стратифікації серцево-судинного ризику.

Інформаційний лист складено за матеріалами НДР «Роль та прогностична концепція глюкометаболічних порушень у хворих на артеріальну гіпертензію та цукровий діабет 2 типу», 0113U002269, 2013-2015 рр.

Нами розроблений спосіб оцінки ефективності лікування хворих на ГХ, що ускладнена синдромом ХСН зі збереженою систолічною функцією лівого шлуночка (ЛШ), що полягає у повторному визначенні стану діастолічного наповнення ЛШ на початку терміну спостереження та через 3 місяці; при цьому додатковим критерієм ефективності терапії, що проводиться, вважається приріст значення піку E_a руху ФКМК не менш, як на 10 % для хворих, які мають ДД I типу, та зниження відношення E/E_a не менш, як на 10 %, для хворих із ДД II типу.

Ефективність способу доказана наступним чином. Під спостереженням на протязі 3 місяців перебувало 32 хворих із ГХ та ХСН зі збереженою систолічною функцією ЛШ, які досягли цільового рівню АТ на тлі проведеної в перший день корекції медикаментозної терапії протягом строку госпіталізації. Діагностику та верифікацію ГХ проводили згідно до національних рекомендацій з діагностики та лікування АГ (2012 р.), ХСН – згідно до національних рекомендацій з діагностики та лікування серцевої недостатності (2013 р.) Усім хворим на початку та наприкінці періоду спостереження було проведене поглиблене ультразвукове дослідження серця з визначенням параметрів трансмітрального кровотоку, діастолічного руху фіброзного кільця мітрального клапана (ФКМК) та встановленням типу діастолічної дисфункції (ДД); серед обстежених пацієнтів 19 мали ДД I типу, 13 – II типу.

Після закінчення 3-місячного терміну було проаналізовано відмінності клінічної картини та толерантність до фізичного навантаження (визначалася дистанція 6-хвилинної ходьби) у підгрупах пацієнтів, які досягли/не досягли приросту значення піку E_a руху ФКМК не менш, як на 10% для хворих, які мали ДД I типу ($n = 11$ та $n = 8$ відповідно), та зниження відношення E/E_a не менш, як на 10% для хворих із ДД II типу ($n = 5$ та $n = 8$ відповідно).

Встановлено, що для групи хворих, які на тлі терапії досягли покращення показників наповнення ЛШ, було характерним вірогідно більше зниження інтенсивності задишки ($2,7 \pm 0,4$ бали проти $1,6 \pm 0,3$, $p < 0,05$) та втомлюваності ($3,2 \pm 0,5$ бали проти $1,8 \pm 0,5$, $p < 0,05$) за візуально-аналоговою шкалою, а також більший приріст дистанції 6-хвилинної ходьби (112 ± 20 м проти 63 ± 13 , $p < 0,05$). Суб'єктивно оцінювали якість лікування як задовільну 14 (87,5 %) хворих 1-ї та 9 (56,3 %) – 2-ї групи, $p < 0,05$.

Структурні зміни з боку серцево-судинної системи (гіпертрофія лівого шлуночка, потовщення комплексу інтима-медія загальних сонних артерій) під впливом лікування зазнають зворотнього розвитку дуже повільно (на протязі не менш, як 6-12 міс.) або взагалі не піддаються регресу. Більш того, в переважної більшості хворих на ГХ синдром ХСН не супроводжується зниженням скоротливої функції ЛШ, тому використання її показників (передусім, фракції викиду) для спостереження в короткостроковому катамезі недоцільне. У той же час, ретельна оцінка стану наповнення ЛШ в ранню та пізню діастолу є обґрунтованою з огляду на доведений зв'язок із клінічною симптоматикою у таких пацієнтів. Найбільш специфічним маркером ранньої діастолічної функції ЛШ є швидкість руху ФКМК в ранню діастолу (E_a), що прямо відображає швидкість активної релаксації міокарда та демонструє швидку динаміку під впливом адекватної терапії. Специфічним маркером пізньої діастолічної функції ЛШ є відношення E/E_a на мітральному

клапані, яке відображає здатність міокарда до пасивного розтягнення та прямо корелює з тиском діастолічного наповнення ЛШ і має високу цінність у прогнозуванні розвитку фіброзу міокарда.

Показанням до застосування розробленого методу є ГХ, що ускладнена синдромом ХСН зі збереженою систолічною функцією ЛШ.

Протипоказанням до застосування методу є наявність систолічної дисфункції ЛШ, прекапілярної легеневої гіпертензії, гемодинамічно значущих вад мітрального або аортального клапанів.

Висновок: у хворих на ГХ, що ускладнена синдромом ХСН зі збереженою систолічною функцією ЛШ, визначення динаміки змін піку E_a руху ФКМК та відношення E/E_a надає додаткову інформацію щодо ефективності терапії, та сприяє скороченню строків підбору індивідуально ефективної схеми лікування.

За додатковою інформацією слід звертатися до автора листа: Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини №1, основ біоетики та біобезпеки, Гончарь О.В., Ащеулова Т.В., Ковальова О.М., Кочубей О.А., Смирнова В.І., Іванченко С.В., тел. (057)725-11-97.

Відповідальний за випуск: Горбань А.Є.

Підписано до друку 28.02.2017р. Друк арк 0,13. Обл-вид арк 0,08. Тир. 112 прим.

Замовлення №279. Фотоофсетна лаб. Укрмедпатентінформ МОЗ України, 04655, Київ, проспект Степана Бандери, 19 (4 поверх).