

Таблица 2

Активность лизоцима в слюне и желудочном соке при НР – ассоциированной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки до лечения и после лечения (M±m,%)

Группы	Активность лизоцима в слюне, %	Активность лизоцима в желудочном соке, %
Первая группа (до лечения)	39,4 ± 3,45	40,6 ± 7,21
Вторая группа (до лечения)	38,3 ± 3,32	39,9 ± 7,78
Третья группа (до лечения)	38,85 ± 1,75	38,1 ± 2,77
Четвертая группа (до лечения)	39,9 ± 7,83	38,6 ± 8,14
Первая группа (после лечения)	47,2 ± 3,23*	52,3 ± 7,81
Вторая группа (после лечения)	46,5 ± 3,65*	49,8 ± 8,12
Третья группа (после лечения)	43,6 ± 1,56	43,05 ± 2,34
Четвертая группа (после лечения)	42,1 ± 7,12	40,8 ± 7,34

Примечание: * – $p < 0,01$ по сравнению с показателем до лечения

нормальных значений (табл. 2). Однако положительная динамика в четвертой группе (применялась квадросхема) была в 85% образцов, что меньше, чем в первой, второй, третьей группах (95,3%, 95%, и 90% образцов соответственно), где дополнительно назначалась иммунотерапия. Несмотря на то, что активность лизоцима желудочного сока как до, так и после лечения была снижена по сравнению с нормой, отмечена положительная динамика данного показателя после лечения во всех четырех группах, причем в первой группе — в 95% исследованных образцов, во второй — в 95%, в третьей — в 85% и в четвертой — в 80,6% ($p < 0,05$ по сравнению с показателем до лечения).

Выводы:

1. Применение иммуномодуляторов ликопида и иммунала на фоне антихеликобактерной квадросхемы «омепразол — коллоидный субцитрат висмута — амоксициллин — фуразолидон» приводит к существенному повышению эффективности эрадикации *Helicobacter pylori* при обострении *Helicobacter pylori*-ассоциированной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

2. Использование ликопида и иммунала в сочетании с антихеликобактерной квадросхемой при обострении НР-ассоциированной дуоденальной язвы снижает активность и выраженность воспалительных изменений и повышает репаративные свойства слизистой оболочки гастродуоденальной зоны.

3. Назначение ликопида и иммунала при *Helicobacter pylori*-ассоциированной дуоденальной язве на фоне антихеликобактерной квадросхемы

приводит к коррекции иммунологического дисбаланса, увеличивая показатели клеточного иммунитета (CD3+, CD4+, CD8+ лимфоцитов, иммунорегуляторный индекс) и гуморального иммунитета (иммуноглобулины IgA и IgG и, в меньшей степени, IgM).

4. При введении ликопида и иммунала в случае *Helicobacter pylori*-ассоциированной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в комбинации с антихеликобактерной квадросхемой наблюдается увеличение активности лизоцима в слюне и тенденция к нормализации этого фермента в желудочном соке.

Библиографический список

1. Мукоциты с микроядрами и обсемененность кокковыми формами *Helicobacter pylori* в слизистой оболочке желудка человека / Л.В. Китаева, И.А. Михайлова, Д.М. Семов и др. // Цитология. — 2008. — Т. 50. — № 2. — С. 160–164.
2. Показатели клеточного обновления эпителиоцитов слизистой оболочки желудка у *H. pylori*-позитивных пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки / В.В. Цуканов, А.В. Кононов, О.В. Штыгашева и др. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2007. — № 5. — С. 23–25.
3. Желудочная метаплазия и *Helicobacter pylori*: оценка риска развития дуоденальных эрозий и язв / О.В. Маршалко, М.Р. Конорев и др. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2007. — № 6. — С. 13–27.
4. *Helicobacter pylori* resistance / P.D. Midolo, M.G. Korman, J.D. Turnidge, J.R. Lambert // Lancet. — 1996. — Vol. 347. — P. 194–1195.
5. Effect of *Helicobacter pylori* eradication on antral gastrin and somatostatin-immunoreactive cell density and gastrin and somatostatin concentration / D.M. Queiroz, E.N. Mendes, G.A. Rocha et al. // Scand.J. Gastroenterol. — 1993. — Vol. 28. — P. 858–864.

УДК 616.37–002–02:616.36]–085–092.11–058(045)

Оригинальная статья

ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БИЛИАРНОЗАВИСИМОГО ПАНКРЕАТИТА С ПОКАЗАТЕЛЯМИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ К ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

Е.И. Кашкина — ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава, профессор кафедры госпитальной терапии лечебного факультета, доктор медицинских наук; *Ю.В. Листишenkova* — ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава, клинический ординатор кафедры госпитальной терапии лечебного факультета. E-mail: Listishenkova-JV@mail.ru

CHRONIC BILIARY PANCREATITIS CLINICAL COURSE INTERRELATION WITH QUALITY OF LIFE AND PATIENTS DEPENDANCE ON SUPPORTING THERAPY INDICES

E.I. Khashkina — Saratov State Medical University, Department of Hospital Therapy of Therapeutic Faculty, Professor, Doctor of Medical Science; *J.V. Listishenkova* — Saratov State Medical University, Department of Hospital Therapy of Therapeutic Faculty, Attending Physician. E-mail: Listishenkova-JV@mail.ru

Дата поступления — 25.03.09 г.

Дата принятия в печать — 22.04.09 г.

Е.И. Кашкина, Ю.В. Листишenkova. Взаимосвязь клинического течения хронического билиарнозависимого панкреатита с показателями качества жизни и приверженности пациентов к поддерживающей терапии. Саратовский научно-медицинский журнал, 2009, том 5, № 2, с. 203–207.

Анализировалось влияние клинического течения заболевания на качество жизни и приверженность к поддерживающей терапии больных хроническим билиарнозависимым панкреатитом. Установлено, что снижение качества их жизни находится в тесной корреляционной зависимости с частотой обострений, выраженностью синдрома диспепсии и проявлениями внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы. Рекомендации врача выполняются больными хроническим билиарнозависимым панкреатитом в недостаточной степени.

Ключевые слова: хронический билиарнозависимый панкреатит, качество жизни, приверженность к лечению.

E.I. Khashkina, J.V. Listishenkova. Chronic Biliary Pancreatitis Clinical Course Interrelation with Quality of Life and Patients Dependence on Supporting Therapy Indices. Saratov Journal of Medical Scientific Research, 2009, vol. 5, № 2, p. 203–207.

The analysis of clinical course influence on life quality and patients dependence on supporting therapy of chronic biliary dependent pancreatitis is represented. It has been determined that increase of life quality is in close correlation with exacerbation frequency, dyspepsia syndrome evidence and manifestations of exocrinous insufficiency of pancreas. Patients with chronic biliary dependent pancreatitis do not carry out doctor's recommendations in appropriate manner.

Key words: chronic biliary dependent pancreatitis, life quality, dependence on treatment.

Хронический билиарнозависимый панкреатит (ХБП) является достаточно распространенным заболеванием органов пищеварения, нередко приводящим к стойкой и временной утрате трудоспособности, что свидетельствует не только о его медицинской, но и социальной значимости [4,6]. Оценка результатов лечения ХБП базируется преимущественно на анализе динамики его клинических проявлений, степени нормализации лабораторно-инструментальных показателей. Однако факторам не менее, а может быть и более значимым для больного, таким как социальная активность, уровень психологического комфорта, степень психологической защиты, интегральным показателем которых является понятие «качество жизни», уделяется недостаточное внимание [1,2,5]. До настоящего времени взаимосвязь между клиническим течением ХБП и показателями качества жизни больных, их приверженности к поддерживающей терапии практически не изучалась.

Цель исследования: изучить влияние клинического течения заболевания на качество жизни и приверженность к поддерживающей терапии у больных

& Acute Forms) определялось качество жизни пациентов. Полученные результаты сопоставлялись с частотой рецидивов в течение года и клинической картиной заболевания в период обострения [8]. Кроме того, анализировалась приверженность больных ХБП к поддерживающей терапии с помощью специально разработанных анкет.

Результаты и их обсуждения. ХБП относится к категории заболеваний, для которых характерно рецидивирующее течение. В период обострений наблюдаются усиление выраженности болевого синдрома, усугубление нарушений внешнесекреторной и инкреторной функций поджелудочной железы, что приводит к постепенному ухудшению качества жизни пациентов.

Проведенные исследования показали, что качество жизни больных ХБП с увеличением длительности заболевания в целом существенно снижается (табл.1). Достаточно ярко такая тенденция прослеживается по шкалам физического и ролевого физического функционирования. Эти шкалы отражают возможность человека выполнять свои профессио-

Таблица 1

Влияние длительности ХБП на показатели качества жизни

Шкала оценки качества жизни по опроснику SF-36 (ЕД)	Длительность заболевания (лет)				
	<1 года (n=21)	1-3 года (n=19)	3-5 лет (n=14)	5-7 лет (n=18)	>7 лет (n=35)
Физическое функционирование (PF)	49,3±1,3	45,3±1,1	43,8±1,6	34,5±4,8*	34,1±5,2*
Ролевое физическое функционирование (RP)	32,1±2,5	30,8±3,3	23,5±3,4*	18,8±5,8*	12,8±6,4*
Боль (BP)	26,8±2,3	32,4±0,7	37,7±1,8*	43,0±2,1*	46,6±1,7*
Общее состояние здоровья (GH)	41,3±1,6	39,3±1,5	37,4±1,6	33,5±3,5*	32,5±3,6*
Жизнеспособность (VT)	58,6±1,4	55,0±1,8	44,8±3,4*	41,3±2,5*	34,6±2,3*
Социальное функционирование (SF)	62,5±2,1	58,0±4,3	55,8±4,8	50,8±1,3*	47,5±3,6*
Ролевое эмоциональное функционирование (RE)	76,2±3,7	63,6±3,1	50,0±4,8*	46,7±3,2*	32,5±5,1*
Психическое здоровье (MH)	64,0±1,4	60,2±0,5	47,2±2,3*	54,8±3,7*	45,1±4,3*

* — достоверность различий с первым годом наблюдения (p<0,05)

ХБП, полученные данные использовать в качестве критериев прогнозирования обострений.

Материалы и методы. Обследованы 107 больных ХБП в возрасте от 20 до 70 лет, среди которых преобладали женщины (69%). При диагностике данного заболевания использовались общепринятые критерии [3]. В первые 2 недели ремиссии ХБП с помощью опросника Version 2 of the SF-36 Medical Outcome Study Short-Form Health Survey (Standart

нальные обязанности или работу по дому в течение дня.

При оценке показателя шкалы социального функционирования отмечается достоверное его снижение с 62,5±2,1 ЕД до 47,5±3,6 ЕД в течение 7 лет болезни (p<0,05). Выявленную динамику можно объяснить тем, что с увеличением длительности заболевания и нарастанием клинической симптоматики изменяется психологический статус больного, уменьшается эмоциональная потребность и физическая способность общаться с другими людьми.

Особо следует отметить, что в изменении отдельных показателей опросника SF-36 по мере уве-

Ответственный автор — **Листишenkova Юлия Викторовна**
410017 г. Саратов, ул. Шелковичная, д.25, к.701,
тел. 89271408974,
E-mail: Listishenkova-JV@mail.ru

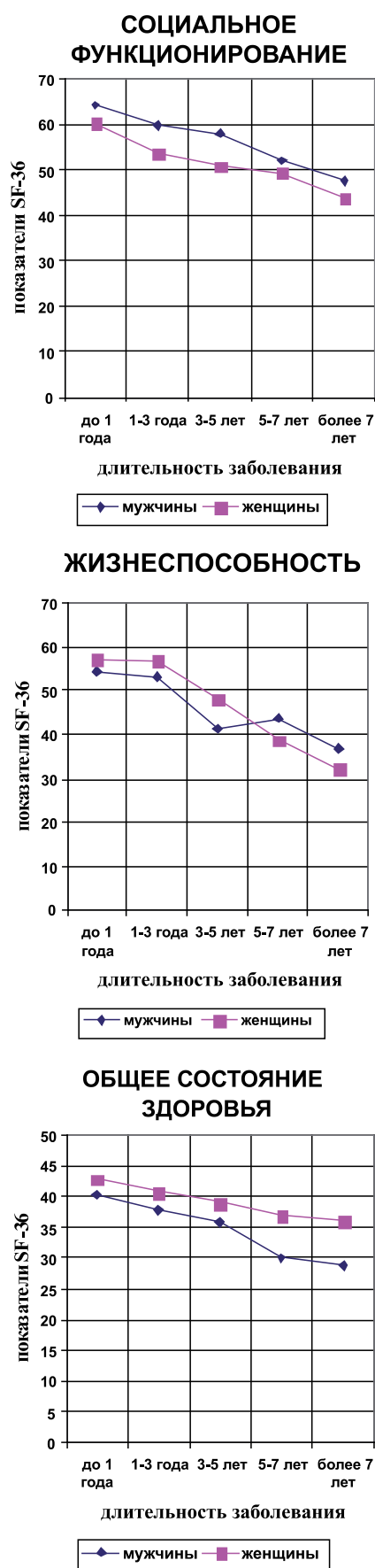


Рис. 1. Изменение показателей качества жизни у больных ХБП по мере увеличения длительности заболевания

личения длительности заболевания среди мужчин и женщин наблюдаются некоторые различия (рис. 1). У мужчин в первые 3 года болезни показатель шкалы социального функционирования уменьшается незначительно, а после пяти лет болезни резко снижается. У женщин же, наоборот, при длительности ХБП более 3 лет отмечается стабилизация показателей по шкале социального функционирования в пределах $49,5-51,0 \pm 0,9$ ЕД. Таким образом, женщины на поздних сроках заболевания остаются более социально адаптированными.

При оценке показателя шкалы жизнеспособности у мужчин и женщин также выявлено его снижение по мере течения заболевания, что свидетельствует о серьезном ухудшении состояния здоровья в обеих группах пациентов. Однако в период с 1 до 5 лет болезни показатель жизнеспособности у женщин выше, чем у мужчин, что свидетельствует о более высокой адаптационной способности организма женщин к наличию соматической патологии (рис. 1). Как следует из данных, представленных на рис. 1, при увеличении длительности болезни отмечается снижение общего показателя здоровья в обеих группах больных ХБП (с $40,3 \pm 0,7$ ЕД у мужчин и $42,9 \pm 1,3$ ЕД у женщин до $28,9 \pm 1,1$ ЕД и $36,1 \pm 0,8$ ЕД соответственно). При этом, независимо от длительности болезни, показатели шкалы общего состояния здоровья у женщин значительно выше, чем у мужчин.

Таким образом, изучив и сравнив показатели различных шкал опросника SF-36 у мужчин и у женщин, можно сделать вывод, что при длительном течении ХБП женщины в большей степени адаптированы к своему заболеванию, что определяет более высокое качество их жизни.

Не вызывает сомнения, что в основе снижения качества жизни больных ХБП лежат наличие различной выраженности клинической симптоматики, частота обострений, особенности клинического течения заболевания. При проведении данного исследования нами была предпринята попытка с использованием корреляционного анализа установить, частота встречаемости каких клинических симптомов заболевания в большей степени связана с показателями качества жизни больных ХБП.

Было выявлено, что имеется достоверная обратная корреляционная связь между частотой обострений в течение года и шкалой общего состояния здоровья ($r = -0,61$). Частота обострений коррелирует с такими показателями качества жизни, как ролевое физическое функционирование и ролевое эмоциональное функционирование ($r = -0,52$ и $r = -0,58$ соответственно).

Обнаружено наличие связи частоты болевых ощущений с ухудшением общего состояния здоровья ($r = -0,60$). Выявлено, что наличие у пациента таких признаков синдрома диспепсии, как отрыжка, тошнота и, в особенности, рвота приводит к выраженному снижению практически всех показателей качества жизни.

Следует отметить, что появление признаков внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы существенно ухудшает качество жизни больных ХБП, что подтверждается наличием достоверной обратной корреляционной связи между частотой встречаемости диареи и метеоризма со шкалой социального функционирования ($r = -0,66$ и $r = -0,57$ соответственно).

Таким образом, снижение качества жизни больных ХБП определяется частотой рецидивов заболевания в

течение года и наличием диспепсического синдрома, проявляющегося отрыжкой, тошнотой, рвотой, а также признаков внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы в виде диареи и метеоризма.

При анализе изменения отношения пациентов с ХБП к поддерживающей терапии с увеличением длительности заболевания были получены результаты, приведенные в табл. 2. Как следует из таблицы, средний процент выполнения пациентами рекомендаций по профилактике обострений заболевания на ранних его стадиях не превышает 14%. Возможно, столь

до 57,3%. По мнению опрошенных соблюдение диеты является одним из ключевых моментов в профилактике рецидивов данного заболевания.

При детальном анализе полученных данных было установлено, что с увеличением степени выполнения рекомендаций по проведению поддерживающей терапии ХБП в течение года показатели качества жизни по всем шкалам опросника SF-36 существенно возрастали по сравнению с исходными. У пациентов, выполнявших более 75% рекомендаций, отмечается выраженное увеличение показателей

Таблица 2

Изменение степени выполнения рекомендаций врача по проведению поддерживающей терапии при увеличении длительности ХБП

Рекомендации по проведению поддерживающей терапии	Степень выполнения рекомендаций с учетом длительности заболевания (%)				
	<1 года (n=21)	1-3 года (n=19)	3-5 лет (n=14)	5-7 лет (n=18)	>7 лет (n=35)
Регулярное соблюдение диеты	16,2	17,8	20,5	32,7	57,3
Прием пищи небольшими порциями 5-6 раз в день	12,6	13,4	17,8	22,1	25,8
Полный отказ от приема алкоголя	6,4	8,9	10,8	17,2	41,7
Отказ от курения	4,1	8,5	11,4	12,6	16,4
Прием ферментных препаратов	22,4	29,2	35,2	49,8	56,6

низкие показатели являются результатом отсутствия активной разъяснительной работы со стороны медицинского персонала о необходимости поддерживающей терапии и низкой приверженностью к лечению пациентов на этом его этапе.

С увеличением длительности ХБП, процент выполнения рекомендаций врача о необходимости полного отказа от приема алкоголя возрастает несущественно (с 6,4% при длительности заболевания до 1 года в среднем до 17,2% при его продолжительности от 5 до 7 лет). Однако при длительности данного заболевания более 7 лет отмечается существенное повышение полноты выполнения данной рекомендации до 41,7%. По мнению опрошенных прием алкоголя существенно влияет на частоту и выраженность обострений ХБП. Однако процент выполнения рекомендации по отказу от курения остается низким даже на поздних сроках ХБП и не превышает 16,4%. Курение, с точки зрения пациентов, не оказывает существенного влияния на развитие и течение болезни.

Рекомендация приема пищи небольшими по объему порциями 5–6 раз в день выполняется лишь на 25,8% при длительности ХБП более 7 лет. Еще более низкое выполнение данных рекомендаций отмечается на ранних сроках заболевания. Пациенты объясняют подобную ситуацию не отсутствием желания соблюдать такой режим питания, а отсутствием возможности. По результатам опроса принимать пищу небольшими порциями 5–6 раз в день не получается в силу занятости пациентов, а также напряженности их рабочего графика.

Рекомендация приема ферментных препаратов по мере увеличения длительности ХБП выполняется в большем объеме, и при продолжительности данного заболевания более 7 лет полнота выполнения данной рекомендации достигает 56,6%, что, по-видимому, объясняется нарастанием внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы.

В целом, с увеличением длительности заболевания степень выполнения рекомендаций врача по проведению поддерживающей терапии больными с ХБП становится выше. В течение 7 лет болезни степень выполнения рекомендации о необходимости регулярного соблюдения диеты возрастает с 16,2%

шкал физического и ролевого физического функционирования (с $29,3 \pm 2,7$ ЕД и $31,8 \pm 0,1$ ЕД до $51,1 \pm 8,1$ ЕД и $35,1 \pm 1,3$ ЕД соответственно). Показатель шкалы ролевого эмоционального функционирования также возрастает у пациентов, практически полностью выполняющих рекомендации по проведению поддерживающей терапии в течение года, причем отмечается его существенное увеличение (с $28,5 \pm 1,9$ ЕД до $56,2 \pm 7,1$ ЕД, $p < 0,05$). При сознательном отношении к профилактике обострений своего заболевания у больных ХБП отмечается также повышение показателей жизнеспособности и общего состояния здоровья (с $47,0 \pm 0,8$ ЕД и $38,5 \pm 0,7$ ЕД до $58,6 \pm 4,3$ ЕД и $44,3 \pm 1,8$ ЕД соответственно, $p < 0,05$). В случае невыполнения рекомендаций врача динамика указанных показателей не превышала 10–15%.

Суммируя изложенное выше, можно сделать заключение, что особенности клинического течения ХБП находятся в тесной взаимосвязи с показателями качества жизни больного, степени его приверженности к поддерживающей терапии. Таким образом, указанные показатели в определенной степени могут быть использованы в качестве критериев прогнозирования вероятности развития рецидива данного заболевания в течение ближайших 12 месяцев.

Рис. 2 отражает взаимосвязь между таким показателем качества жизни, как «общее состояние

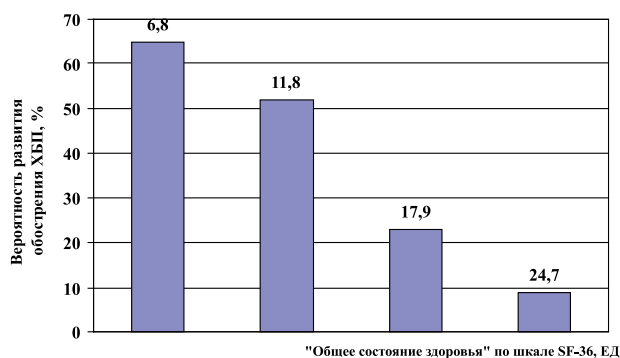


Рис. 2. Влияние показателя качества жизни по шкале «общее здоровье» на вероятность развития обострения ХБП в течение ближайших 12 месяцев

здоровья» у больных ХБП в период ремиссии и вероятность развития у них в течение ближайших 12 месяцев обострения заболевания. Как следует из данного рисунка, по мере снижения вышеназванного показателя качества жизни, вероятность развития обострения ХБП увеличивается. Если при величине показателей качества жизни в пределах 17 ЕД вероятность развития рецидива заболевания в течение года составляет 20–30%, то при их уменьшении до 6,8 ЕД она составляет 60–70%.

Как следует из рис. 3, если в группе больных степень выполнения рекомендаций по профилактике

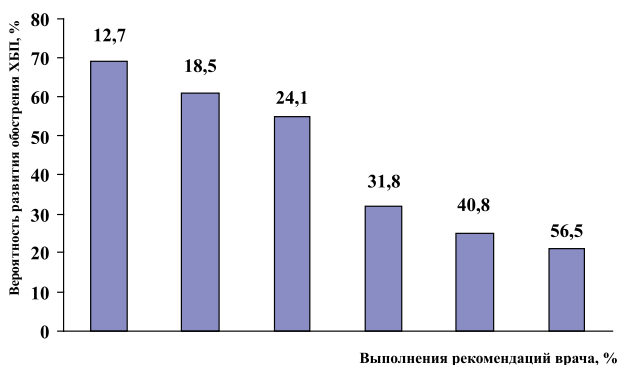


Рис. 3. Влияние выполнения рекомендаций по проведению поддерживающей терапии больными ХБП на вероятность развития рецидива заболевания в течение ближайших 12 месяцев

рецидивов болезни не превышает 12,7%, то риск развития обострений ХБП приближается к 70%. При увеличении полноты выполнения рекомендаций по профилактике рецидивов заболевания до 56,5% и более риск развития обострений данного заболевания не превышает 20%.

Выводы:

1. Снижение качества жизни больных хроническим билиарнозависимым панкреатитом по мере прогрессирования заболевания находится в тесной корреляционной зависимости с частотой обострений, наличием диспепсического синдрома, а также проявлениями внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы.

2. У больных хроническим билиарнозависимым панкреатитом с увеличением длительности заболевания отмечается более высокая степень выполнения рекомендаций врача по проведению поддерживающей терапии. Наиболее значимыми факторами, влияющими на течение болезни, по мнению пациентов, являются регулярное соблюдение диеты, полный отказ от приема алкоголя, прием ферментных препаратов.

3. Величина показателя «общее состояние здоровья» по шкале опросника SF-36 меньше 10 ЕД и невыполнение рекомендаций врача по проведению поддерживающей терапии являются прогностически неблагоприятными факторами риска развития очередного обострения хронического билиарнозависимого панкреатита в течение ближайших 12 месяцев.

Библиографический список

1. Голышева, С.А. Качество жизни как критерий эффективности ведения больных неспецифическим язвенным колитом и болезнью Крона / С.А. Голышева, Г.В. Григорьева // Врач. — 2006. — № 7. — С. 15–16.
2. Кудряшова, И.В. Прогностическая значимость критерия качества жизни у больных хроническим панкреатитом в оценке течения заболевания / И.В. Кудряшова // Исследования качества жизни в медицине: Сб. мат. междунар. конф. 3–5 октября, 2002. — СПб., 2002. — С. 174–177.
3. Маев, И.В. Билиарнозависимый панкреатит: от патологической физиологии к патогенетическому лечению / И.В. Маев, Ю.А. Кучерявый // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. — 2008. — № 3. — С. 12–14.
4. Новик, А.А. Исследование качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова, Ю.Л. Шевченко. — М.: Гэотар-Мед, 2004. — С. 18–21.
5. Новик, А.А. Концепция качества жизни в гастроэнтерологии (обзор) / А.А. Новик, Т.И. Ионова, Н.Л. Денисов // Терапевтический архив. — 2003. — № 10. — С. 42–46.
6. Ткаченко, Е.И. Терапия экзокринной недостаточности поджелудочной железы у больных хроническим панкреатитом / Е.И. Ткаченко, Ю.П. Успенский, И.Г. Пахомова. — СПб., 2006. — 12 с.
7. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization // Soc. Sci. Med. — 1995. — Vol. 41. — P. 1403–1409.
8. Ware, J.E. Measuring patients' views: the optimum outcome measure. SF 36: a valid, reliable assessment of health from the patient's point of view / J.E. Ware // BMJ. — 1993 — Vol. 306. — P. 1429–1430.

УДК 14.00.06

Оригинальная статья

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ В ВЫЯВЛЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ

С.А. Миронов — Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ, адъюнкт кафедры терапии.
E-mail — ssmironov@aol.com

FUNCTIONAL DIAGNOSTICS METHODS COMPARATIVE ASSESSMENT IN DETERMINATION OF DIFFERENT DIASTOLIC DYSFUNCTION TYPES

S.A. Mironov — Ministry of Defense of the RF, State Institute for Advanced Training of Physicians, Department of Therapy.
E-mail — ssmironov@aol.com

Дата поступления — 17.02.09 г.

Дата принятия в печать — 22.04.09 г.

С.А. Миронов. Сравнительная оценка методов функциональной диагностики в выявлении различных типов диастолической дисфункции. Саратовский научно-медицинский журнал, 2009, том 5, № 2, с. 207–211.

Анализ параметров трансмитрального потока (ТМП) недооценивает степень выраженности диастолической дисфункции левого желудочка (ДД ЛЖ). Цель работы: сравнить информативность различных эхокардиографических (ЭхоКГ) методик в верификации типов ДД ЛЖ. В исследование включено 120 человек с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с сохраненной систолической функцией. Контрольную группу составили 30 здоровых пациентов. Для верификации типов ДД методом импульсной доплер-ЭхоКГ исследовали поток в легочных венах, ТМП в покое, при проведении пробы Вальсальвы и пробы с изометрической нагрузкой (ИН). Полученные данные сравнивали с результатами тканевой доплерографии (ТДГ). Среди пациентов с 1 типом ДД по данным ТМП у 22 (34 %) при проведении ТДГ был выявлен II тип ДД, кроме того, у 6 человек, имеющих