

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

ЗНАЧЕНИЕ СИСТОЛИЧЕСКОЙ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ

Гаффоров Худоёр Худойбердиевич

*ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней,
Самаркандский государственный медицинский институт,
Узбекистан, г. Самарканд
E-mail: med.author@yandex.ru*

Вафоева Низора Аброровна

*ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней,
Самаркандский государственный медицинский институт,
Узбекистан, г. Самарканд*

SIGNIFICANCE OF SYSTOLIC AND DIASTOLIC DYSFUNCTION IN LIVER CIRROSIS

Khudoyor Kh. Gafforov

*Assistant at the Department of Internal Medicine Propedeutics, Samarkand State Medical Institute,
Uzbekistan, Samarkand*

Nigora Ab. Vafoeva

*Assistant at the Department of Internal Medicine Propedeutics, Samarkand State Medical Institute,
Uzbekistan, Samarkand*

АННОТАЦИЯ

При клиническом и инструментальном обследовании с включением ЭхоКГ в М-режиме 98 больных с циррозом печени в 85,0% случаях были выявлены поражения сердца. Основу сердечных поражений составили гипертрофия левого желудочка и дистрофия миокарда (цирротическая кардиомиопатия), что привело к нарушению сократительной функции, диастолической и систолической дисфункции. Поражение сердца, в свою очередь, способствовало развитию хронической сердечной недостаточности и повышению степени портальной гипертензии.

ABSTRACT

During clinical and instrumental examination with the inclusion of EchoCG in M-mode, 98 patients with liver cirrhosis in 85.0% of cases revealed heart lesions. The basis of heart lesions was left ventricular hypertrophy and myocardial dystrophy (cirrhotic cardiomyopathy), which led to impaired contractile function, diastolic and systolic dysfunction. Heart damage, in turn, contributed to the development of chronic heart failure and an increase in the degree of portal hypertension.

Ключевые слова: цирроз печени, систолическая и диастолическая дисфункции, цирротическая кардиомиопатия.

Keywords: liver cirrhosis, systolic and diastolic dysfunction, cirrhotic cardiomyopathy.

Цирроз печени по-прежнему считается серьезной проблемой из-за его высокой распространенности среди населения, высокого уровня инвалидности и того факта, что лечение не всегда дает

положительный эффект [1, 2]. Известно, что цирроз печени сопровождается развитием некроза, апоптоза, соединительнотканной реакции и портальной

гипертензии [3, 4, 5]. Портальная гипертензия и связанные с ней изменения гемодинамики приводят к поражению всех органов [6, 7].

Повреждение сердечно-сосудистой системы сопровождается нарушениями метаболического типа сердечной мышцы и описывается как «цирротическая кардиомиопатия» («миокардиодистрофия»).

Изучение систолической и диастолической дисфункции сердца при циррозе печени показывает важность раннего выявления последствий заболевания и проведения необходимого лечения. Однако научных исследований для решения этой проблемы пока недостаточно, наблюдается односторонний подход к лечению заболевания, а во многих учреждениях лечение ограничивается назначением гепатопротекторов и диуретиков.

Цель работы. Изучить роль поражения сердца, а также систолической и диастолической дисфункции в течении и обострении заболевания у пациентов с циррозом печени.

Материалы и методы исследования. Исследования были проведены в терапевтическом отделении клиники Самаркандского Государственного Медицинского института. Всем больным проведены клинические, лабораторные и инструментальные методы диагностики. Диагностировано цирроз печени вирусной этиологии у 59 больных (60,2%), криптогенный цирроз у 34 пациентов (34,7%), цирроз печени токсической этиологии у 5 больных (5,1%). В наших исследованиях мужчины составили 56,1% (55 мужчин) и соответственно, женщины составили 43,9% (43 женщин).

Средний возраст больных циррозом вирусной этиологии составил $40,5 \pm 1,9$ года, криптогенным циррозом $52,3 \pm 2,7$, циррозом печени токсической этиологии $56,6 \pm 7,5$ лет. У 11,2% (11) пациентов, прошедших наши наблюдения диагностирована А стадия заболевания, у 43,8% (43) В стадия и у 44,9% (44) больных С стадия заболевания по Чайлду Пью.

Специальные методы исследования включали выяснение специфических жалоб и симптомов повреждения сердца, а также изучение анамнеза повреждения сердца и цирроза печени. Физикальное обследование сердца включало общий осмотр сердечной области, определение абсолютной и относительной границы сердца, измерение артериального давления и пульса. При рентгенографии грудной клетки определялось-гипертрофия левого желудочка, кардиомегалия, признаки застоя в легких. На электрокардиографии диагностировалась-различные аритмии и нарушение проводимости сердца, гипертрофия стенок сердца, диффузно-дистрофические, гипоксические изменения миокарда. При оценке функционального состояния сердца у пациентов с циррозом печени, проводилось эхокардиографическое исследование в М и В режимах. При помощи ультразвукового исследования сердца определялось конечный систолический размер (КСР) и конечный диастолический размер (КДР) левого желудочка,

фракция выброса (ФВ, %) скорость сокращения мышечных волокон (V_{cfo}/c), систолический и диастолический объем левого желудочка (КСО, КДО в $см^3$).

Систолический объем и размер левого желудочка, фракция выброса явились индексом систолической функции; диастолический объем и размер левого желудочка были критериями диастолической функции сердца. Эхокардиографическое обследование, также позволило выявить дилатацию полостей сердца, гипертрофию стенок, гипокинезию или гиперкинезию, состояние клапанного аппарата и сократительную способность сердца.

Для контрольной группы учитывались результаты обследований 20 здоровых людей. Полученные результаты оценивали методом вариационной статистики. Среднее арифметическое значение, его ошибка извлечения квадратного корня, определялось методом моментов. Проанализированы критерий достоверности (t) и уровень достоверности (R) полученных результатов. Для статистических проверок использовалась программа «Статистика-2012» персонального компьютера P-IV.

Полученные результаты и обсуждение. Объективное обследование сердца у пациентов с циррозом печени позволило выявить сердечные симптомы в 4,4-58,3% случаев. Клиническими симптомами поражения сердца при циррозе печени являются боль в области сердца, учащенное сердцебиение, ощущение остановки сердца и отек. При объективном обследовании выявлено бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек, смещение относительной границы сердца влево, поперечный размер сердца более 15 см. Также отмечалось снижение напряжения пульса, тахикардия и приглушение сердечных тонов. Эти клинические симптомы указывают на то, что поражение сердца имеет не только функциональный характер, но также дистрофическое и ишемическое поражение сердечной мышцы.

Рентгенологическое исследование выявило различные изменения в сердце у 61 пациента (62,24%). Расширение левого желудочка у 50 пациентов (51,0%), расширение обоих желудочков у 12 пациентов (12,24%), у 61 пациента (62,24%) увеличение кардио-торакального индекса более 40%, у 25 пациентов (25,5%) уплощение дуги аорты, у 44 пациентов (44,8%) - снижение сократимости сердца, у 17 пациентов (17,34%) - увеличение сократимости желудочков.

При ЭКГ исследовании сердечного ритма признаки автоматизма, возбудимости и нарушений проводимости выявлены у 71 пациента, что составляет 72,44%. Нарушения автоматизма наблюдались у 37 пациентов (37,7%), синусовая брадикардия - у 8 пациентов (8,1%), синусовая аритмия - у 5 пациентов (5,1%).

Нарушения возбудимости - желудочковая экстрасистолия - у 12 пациентов (12,2%), суправентрикулярная экстрасистолия - у 5 пациентов (5,1%), мерцательная аритмия - у 6 пациентов (6,1%). Атриовентрикулярная блокада I степени была зарегистрирована у 3 пациентов (3,1%), неполная блокада

левой ножки пучка Гисса наблюдалась у 10 пациентов (10,2%). При ЭКГ-обследовании у 35 человек (35,7%) были выявлены признаки дистрофического поражения миокарда: уменьшение сегмента RS-T, уплощение или отрицательность зубца Т в соединениях I, II, III, aVL, aVF, V3, V4, V5. На ЭКГ отмечены симптомы ишемии миокарда - уменьшение сегмента S-T и изменение зубца Т (у 28 пациентов - 28,6%). Депрессия сегмента S-T (признаки ишемии передней стенки) в соединениях I, aVL - 10 (10,2%), депрессия сегмента S-T (признаки ишемии задней стенки) во II, III, соединениях aVF - у 12 пациентов (12,24%).

При ЭхоКГ исследовании признаки поражения сердца выявлены у 85 пациентов (86,7%). Статистически достоверные значения конечного систолического объема левого желудочка (115%), конечного диастолического объема (117%), конечного систолического объема (143%) и конечного диастолического объема (128%) у пациентов по сравнению со здоровыми людьми повышение было типичным ($R < 0,05$; $R < 0,02$). Эти показатели являются признаками серьезного поражения сердечной мышцы и глубоких изменений гемодинамики при заболевании. Средняя частота пульса составила $52,3 \pm 5,4\%$, а у здоровых лиц было зарегистрировано статистическое снижение в 1,28 раза ($R < 0,02$).

Из обследованных пациентов 13 (13,26%) имели ударный объем более 60% (в норме), 41 пациент

(41,8%) - 59-50% (снижение сократимости), 27 пациентов (27,5%) - 49-40% (явный признак сердечной недостаточности), 16 пациентов (16,3) - менее 40% (признак тяжелой сердечной недостаточности). У больных также отмечалось снижение сократительной активности сердца - уменьшение скорости кругового сокращения мышечных волокон (V_{cfo} / c).

Кроме того, имеются признаки гипертрофии сердечной стенки (40 пациентов, 40,8%), включая гипертрофию задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки (65 пациентов, 66,3,0%), дилатацию левого желудочка (18 пациентов, 18,3%), гипокинезия стенки (15,3% у 15 пациентов) и повышение сократимости сердца (20 пациентов, 20,4%).

Заключение. Клинические, рентгенологические, ЭКГ и ЭхоКГ исследования у пациентов с циррозом печени позволяют выявить поражение сердца в 85,0% случаев. В основе поражения сердца лежит развитие гипертрофии левого желудочка и дистрофии миокарда. Это приводит к снижению сократительной способности миокарда, систолической и диастолической дисфункции. Поражение сердца, в свою очередь, приводит к хроническим нарушениям кровообращения, обостряет портальную гипертензию, обостряет недостаточность клеток печени, является основной причиной гепаторенального синдрома и ухудшает общее состояние пациентов.

Список литературы:

1. Бегманов С. А., Садриддинова М. А., Нурмаматова С. У. Этиология и патогенез гепатита и цирроза печени // Проблемы и перспективы развития науки в России и мире. – 2016. – С. 138-140.
2. Вафоева Н. А., Гаффаров Х. Х. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ЖЕНЩИН //Национальная Ассоциация Ученых. – 2016. – №. 1. – С. 20-21.
3. Иванов А. Г., Руденко И. Б. Ультрасонография в диагностике исходов портальной гипертензии у больных циррозом печени //ББК 53 И 312. – 2018. – С. 59.
4. Макеева О. В., Цветкова М. В., Бурсиков А. В. Цирротическая кардиомиопатия //XIV Областной фестиваль "Молодые ученые-развитию Ивановской области". – 2018. – С. 495-499.
5. Пешкова С. В. и др. Клинико-патогенетические особенности цирротической кардиомиопатии //Забайкальский медицинский вестник. – 2017. – №. 2. – С. 63-71.
6. Родионова О. Н. и др. Цирротическая кардиомиопатия //Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2018. – №. 2 (66).
7. Ярмухамедова С. Х., Норматов М. Б., Вафаева Н. А. ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ //Достижения науки и образования. – 2020. – №. 11 (65).