

проводилась неинвазивная ИВЛ. Показанием к неинвазивной ИВЛ являлась выраженная одышка в покое, частота дыхания (ЧД) больше 24, участие вспомогательной мускулатуры в дыхании. Неинвазивная ИВЛ проводилась при помощи носовых или лицевых масок, больной находился в сознании, полностью выполнял инструкции. Показанием для инвазивной ИВЛ у двух пациентов была нестабильность гемодинамики, выраженная одышка, в покое ЧД больше 36, спутанность сознания в виде сопора, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания.

В качестве бронхолитической терапии у данной группы больных нами был выбран препарат Амбросан, так как он является метаболитом бромгексина. Активируя гидролизующие ферменты и усиливая высвобождение лизосом из клеток Кларка, снижает вязкость мокроты. Повышает двигательную активность мерцательного эпителия, усиливает мукоцилиарный транспорт. Муколитический эффект Амбросана обусловлен действием активного вещества амброксола на бронхиальный секрет. Амбросан стимулирует серозные клетки желез слизистой оболочки бронхов, увеличивает содержание слизистого секрета и выделение сурфактанта в альвеолах и бронхах.

Амбросан назначался внутрь, во время приема пищи с небольшим количеством жидкости по 30 мг 3 раза в день, а также ингаляциями, которые проводились с помощью небулайзера. Перед ингаляцией препарат смешивался с 0,9% раствором NaCl (в соотношении 1:1) и подогревался до температуры тела. Ингаляции проводились в режиме обычного дыхания (чтобы не спровоцировать кашлевые толчки). В виде ингаляций назначали от 15 до 30 мг от 3 до 6 раз в сутки.

Пациентам, которые находились на инвазивной ИВЛ терапию Амбросаном проводили после отключения от респиратора, восстановления самостоятельного дыхания и перевода на

неинвазивную ИВЛ.

Побочных эффектов при применении Амбросана мы не наблюдали, хотя применение ингаляционных симпатомиметиков ограничено ростом побочных эффектов, которые развиваются вследствие системной абсорбции препаратов, где наиболее частыми осложнениями является тахикардия, гипоксемия и гипокалиемия.

Учитывая тяжелое обострение ХОБЛ, мы увеличили кратность симпатомиметиков. Двум больным назначался препарат 30-60 минут до достижения клинического эффекта. Так же побочных действий мы не отмечаем.

После лечения бронходилататорами (Амбросаном) даже небольшое повышение проходимости дыхательных путей у больных с ХОБЛ привело к уменьшению работы дыхания, значительному улучшению клинических симптомов, продуктивному кашлю, с отхождением слизисто-гноной мокроты.

Ведущая роль в комплексной терапии ХОБЛ использование бронходилататоров. Одним из препаратов является Амбросан, который обладает сильным бронходилатационным эффектом, меньшим числом побочных эффектов, хорошей переносимостью и безопасностью.

Литература

1. Авдеев С.Н., Третьяков А.В., Григорьянц Р.А., Куценко М.А., Чучалин А.Г. Исследование применения неинвазивной вентиляции лёгких при острой дыхательной недостаточности на фоне обострения хронического обструктивного заболевания лёгких. *Анест. и реаниматолог.* 1998. «3.с.45-51.
2. Дворецкий Л.И. Место муколитиков в комплексной терапии больных с хроническим бронхитом. *Русский медицинский журнал: независимое издание для практикующих врачей.* Москва. 2007. Т 15 №6. с. 450-453.
3. Макаревич А.Э. *Заболевания органов дыхания.* Минск. Высшая школа. 2000.

Первичный пролапс митрального клапана

Албакова М. А

Областная больница, г. Петропавловск

Первичный пролапс митрального клапана – выбухание или провисание одной или обеих створок митрального клапана в полость левого предсердия наиболее часто встречающаяся аномалия клапанного аппарата сердца. Диагноз первичного ПМК ставится при отсутствии каких-либо других заболеваний или пороков развития сердца. Чаще всего ПМК выявляется в детском и подростковом возрасте, хотя может выявляться и в более старшем возрасте. Популяционная частота ПМК, по данным разных авторов (от 1,8 до 38%), существенно колеблется в зависимости от используемых критериев диагностики, однако большинство авторов считают, что она составляет 10-15%. По данным Московской Медицинской Академии популяционная частота ПМК составляет 3-8% (справочник).

Клиника: ПМК может протекать бессимптомно, особенно при отсутствии более или менее значимой митральной регургитации. Обычно типичной жалобой является болевой синдром в левой половине грудной клетки. Чаще всего колющего, ноющего характера, очень редко давящая. Длительность боли может быть от нескольких минут до нескольких месяцев. Связь с физической нагрузкой четко не прослеживается, так как боли могут появляться или усиливаться при физической нагрузке, а также могут появляться без видимой причины. Так же пациенты могут жаловаться на головокружение, головные боли, сердцебиение, перебои в работе сердце, синкопальное состояние, чувство нехватки воздуха.

Таким образом, жалобы при ПМК могут быть разнообразными и могут встречаться при многих других заболеваниях сердечно-сосудистой системы.

При осмотре пациент чаще всего астенического телосложения со слабым развитием мускулатуры и т.д. Могут быть бледность, мраморность кожных покровов, реже могут быть

деформации грудной клетки (воронко- или килеобразная форма), сколиоз. Иногда определяются стрии белого цвета на коже несвязанные с увеличением массы тела.

При аускультации сердца можно услышать систолический щелчок и (или) систолический шум в точке выслушивания митрального клапана.

Но нередко он проводится и на другие точки выслушивания. Шум чаще средне- или позднесистолический. Присутствие и интенсивность шума обычно зависит от отсутствия или наличия и степени выраженности митральной регургитации. ПМК без наличия шума встречается редко.

Изменения на ЭКГ неспецифичны и проявляются постоянными или транзиторными изменениями конечной части желудочкового комплекса: инверсия зубца Т, снижение сегмента ST, II, III, AVF, V5, V6 отведениях. На ЭКГ также могут встречаться нарушения ритма (экстрасистолы), крайне редко нарушение проводимости: блокады правой ножки пучка Гиса, синоаурикулярная блокада, атриовентрикулярная блокада I и II степени. Но, так как данные нарушения носят транзиторный характер, поэтому они не всегда могут быть выявлены при стационарном ЭКГ.

Ведущая роль при выявлении ПМК принадлежит ЭхоКГ. Важным является то, что при ЭхоКГ можно выявить не только глубину пролапса, но и миксоматозной дегенерации митральных створок, степень ее выраженности, а также митральной регургитации, по которым можно судить о возможных осложнениях ПМК. У лиц с ПМК по результатам многих исследователей могут развиваться серьезные осложнения: внезапная смерть, жизненно опасные нарушения ритма, бактериальный эндокардит, инсульт, тяжелая недостаточность митрального клапана. Их частота невелика до 5 %, однако, учитывая, что

это пациенты трудоспособного возраста, в том числе, призывники, женщины детородного возраста, данная проблема является крайне актуальной.

Мною было исследовано 88 юношей и девушек от 15 до 22 лет в том числе: 44 юношей и 44 девушки. Из них по 22 юношей и девушек, выявленные при проф.осмотрах, с наличием систолического шума при отсутствии субъективных жалоб. Все пациенты были дополнительно обследованы лабораторными методами, ЭКГграфически, ЭхоКГ. Среди обследованных был диагностирован ПМК у 49 человек (19 юношей и 30 девушек) по данным ЭХОКГ. Из группы пациентов с наличием систолического щелчка и (или) систолического шума в сочетании с субъективными жалобами был диагностирован ПМК у 14 юношей (%) и 27 девушек (%). Среди пациентов с отсутствием субъективных жалоб был диагностирован ПМК у 5 юношей и 3 девушек. У 3-х человек из 49 была выявлена митральная регургитация 1-ой степени.

Изменения на ЭКГ были выявлены у 21 пациента из всех выявленных с ПМК, т.е. 43%. Причем у 14 из них суправентрикулярная или желудочковая экстрасистолия, у 5-ти частичная блокада правой ножки пучка Гиса, у 2-х человек замедление АВ проводимости.

Таким образом,

1. ПМК встречается довольно часто и чаще у женщин, чем у мужчин.
2. У женщин значительно реже, чем у мужчин, встречается бессимптомное течение ПМК.
3. ЭКГ изменения встречаются не у всех пациентов с ПМК и не являются специфичными для ПМК. Наиболее частыми

ЭКГ изменениями при ПМК является нарушения ритма по типу экстрасистолии и несколько реже нарушение проводимости по типу блокады правой ножки пучка Гиса и значительно реже встречается нарушения АВ проводимости.

Выводы

1. ЭХОКГ является наиболее достоверным методом диагностики ПМК.
2. При наличии систолического шума над областью сердца независимо от наличия или отсутствия субъективных жалоб необходимо проводить ЭХОКГ исследование для уточнения диагноза.

ЭКГ исследование нельзя считать достоверным методом для диагностики ПМК, так как ЭКГ изменение не является постоянным и специфическим признаком для ПМК. ЭКГ исследование необходимо при ПМК для выявления возможных осложнений.

Литература

1. Сумароков А. В., Моисеев В. С. «Пролапс митрального клапана» Вкн. «Клиническая кардиология». Руководство для врачей. Н. Университет
2. Абакумов С.А., Аллилуев И.Г., Маколкин В.И., Боли в области сердца-М: Медицина 1985 – с 191.
3. Моисеев В.С., Сумароков А.В., Сапожникова А.А. Нейроциркуляторная дистония. Чебоксары: Издательство Чувашия 1995 год с 252.
4. Справочник семейного врача. Вып1 Внутренние болезни (под редакцией Г.П. Матвейкова - Минск: Издательство Беларусь, 1992 с 638.