

послеоперационного мониторинга позволила с предельной простотой и высокой точностью выявить любые изменения и отслеживать развитие всех процессов в сердечно-сосудистой системе. Своевременное назначение соответствующей кардиопротективной терапии позволило скорейшей мобилизации организмом систем защитных факторов и компенсаторных реакций, направленных на устранение последствий операционной травмы и восстановление гомеостаза.

ОСОБЕННОСТИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Ярмухамедова С.Х., Амирова Ш.А.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Существенным фактором, ухудшающим течение и прогноз ГБ остается ремоделирование миокарда. Нарушения диастолической функции правого желудочка у больных сердечной недостаточностью (СН) являются независимым прогностическим фактором выживаемости, а использование доплерографии позволяет выявить новые информативные параметры диастолической дисфункции (ДД), а также доказать ее связь с развитием лёгочной гипертензии.

Цель: изучить диастолическую функцию правого желудочка у больных с различными стадиями гипертонической болезни и при присоединении сердечной недостаточности II-III функционального классов.

Материалы и методы исследования. Нами был обследован 71 больной ГБ. Все обследованные были подвергнуты комплексному обследованию с целью исключения симптоматической АГ и других заболеваний. Диагноз ГБ ставили на основании критериев, предложенных комитетом экспертов ВОЗ. В исследование были включены больные ГБ II-III стадий - 31 женщины (43,66 %) и 40 мужчин (56,3%) (в возрасте от 25 до 63 лет). Средний возраст по группе составил 50,3±4,6 года. Прием гипотензивных препаратов отменили за 24 часа до начала исследования. Всем больным проводилось эхокардиографическое исследование с доплерографией.

Результаты. Был проведён анализ параметров диастолической функции ПЖ в зависимости от уровня подъёма ДАД между больными с мягкой и высокой АГ. При этом были выявлены достоверные различия, которые касались соотношения максимальной скорости наполнения (МСН) к максимальной скорости изгнания (МСИ) при тенденции к росту времени

фазы быстрого наполнения вклада фазы быстрого наполнения (ВФБН) в диастолу правого желудочка, что обусловлено начальными признаками диастолической дисфункции правого желудочка со снижением МСН и умеренным ростом вклада систолы правого предсердия (ВСПП) в наполнение правого желудочка. По остальным показателям различия оказались статистически недостоверными. Показатели расслабления и заполнения ПЖ между больными с мягким и умеренным повышением уровня АД не отличались достоверно, кроме больных с умеренным повышением диастолического АД. Достоверные отличия между подгруппами больных с гипертонической болезнью касались лишь соотношения МСН/МСИ, существенно снижавшейся при ГБ II стадии. При дальнейшем изучении диастолической функции у пациентов гипертонической болезнью II стадией выявлено, что у 31 больных (40,8%) отмечался «псевдонормальный» тип диастолических нарушений, заключающийся в приближении к нормативным показателям максимальной скорости наполнения, а также в нормализации вклада систолы предсердия. Псевдонормальный тип дисфункции ПЖ связан с ростом МСН. Увеличение МСН носит компенсаторный характер, позволяющий преодолеть ригидность правого желудочка. Кроме того, этот тип диастолической дисфункции был связан с укорочением времени IVRT. При развитии III стадии ГБ отмечается существенное преобладание пациентов с рестриктивным типом нарушения диастолы. При этом индекс МСН/МСИ достоверно увеличивался. У больных гипертонической болезнью III стадией формирование рестриктивного типа диастолических нарушений влияло и на временные показатели диастолы.

Заключение. Таким образом, при присоединении СН у больных на различных стадиях гипертонической болезни развивается более тяжёлая ДД ПЖ, в ряде случаев характер рестриктивного характера. У больных с тяжёлой СН выявляется снижение сократительной способности правого желудочка, которое заключалось в достоверном снижении МСИ, тенденции к снижению УО и увеличению КДО ПЖ.

ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГЕОМЕТРИИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Ярмухамедова С.Х., Камолова Д.Д.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Ремоделирование при артериальной гипертензии является реакцией миокарда на функциональные нарушения и