

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

является универсальным механизмом прогрессирования всех заболеваний сердца. Оно развивается в результате гипертрофии, изменении формы и объема камер, функциональных нарушений кардиомиоцитов. Ремоделирование представляет собой компенсаторную реакцию, направленную на поддержание сердечного выброса.

Цель: изучить особенности функциональных нарушений миокарда у больных с ГБ по данным ЭхоКГ.

Материалы и методы исследования. Обследовано 98 больных с ГБ, получавших стационарное лечение в клинике СамМИ №1. Из них 54 мужчин и 44 женщин. (Средний возраст составил $48 \pm 8,5$ лет) Наряду с общепринятыми традиционными клиничко-лабораторными методами для подтверждения и уточнения диагноза использовались ЭКГ, ЭхоКГ с доплерографией. Эхокардиографическое исследование осуществлено на ультразвуковом сканере ACCUVIXXQ.

Результаты. За ГЛЖ принимали увеличение толщины стенок ЛЖ более 1,1 см, измеренных в стандартной позиции «М»-режима. Ремоделирование ЛЖ, нарушение внутрижелудочковой проводимости, сопровождающееся перераспределением массы миокарда и приводящее к асинхронной электрической активации желудочков, могут маскировать наличие ГЛЖ. Нами были изучены признаки электрокардиографических изменений в зависимости от ММЛЖ

Для объективной оценки происходящих структурных изменений в ЛЖ при АГ мы вычисляли ММЛЖ, с учетом конституциональных особенностей пациентов – и ММЛЖ, учитывали их пол и возраст. Расчет ММЛЖ проводили по трем выше указанным формулам с целью выбора оптимальной величины. Нами был проведен сравнительный анализ величины ММЛЖ, рассчитанной с использованием этих формул. Выяснилось, что ММЛЖ и ММЛЖ зависят от возраста и пола человека, что свидетельствует и о естественной приросте массы ЛЖ. При изучении полученных эхокардиографических критериев ГЛЖ была выявлена у 52 (53%) мужчин и у 40 (40,8%) женщин. Критерием дилатации ЛЖ служило превышение КДР $-3,2 \text{ см/м}^2$ у женщин и $3,1 \text{ см/м}^2$ - у мужчин). В группе пациентов с увеличенной ММЛЖ наблюдалось примерно одинаковое распределение больных с концентрическим - 48,6% и эксцентрическим (без дилатации ЛЖ) типами гипертрофии ЛЖ - 50%. Эксцентрический вариант гипертрофии с дилатацией полости ЛЖ встречался редко - в 1,4%. Тип ремоделирования

ЛЖ определялся в зависимости от величины ММЛЖ. У больных с нормальной геометрией ЛЖ, II и III типами ремоделирования ЛЖ различия в ММЛЖ по сравнению с контролем и друг с другом не найдено. При V, VI, VII типах наблюдалась выраженная ГЛЖ, которая в большей степени проявилась у больных с концентрическим и эксцентрическим (с дилатацией) типами ремоделирования ЛЖ.

Заключение. У больных ГБ без ГЛЖ маркером повреждения миокарда является изменение геометрии ЛЖ по типу концентрического ремоделирования, изолированной гипертрофии МЖП и наличие ДД. Первым признаком ДДЛЖ является нарушение начальной энергетически зависимой части диастолы, обусловленной процессами активного расслабления миокарда. ГЛЖ сопровождается нарушением процессов расслабления и увеличением упругости стенок ЛЖ различной степени выраженности.

ЗНАЧЕНИЕ ТКАНЕВОЙ ДОПЛЕРОГРАФИИ В ИЗУЧЕНИИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АГ

Ярмухамедова С.Х., Амирова Ш.А.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. АГ остается актуальной проблемой современной медицины. Данные тканевой доплерографии являются крайне важными для оценки прогноза при АГ, особенно при сопутствующей ХСН.

Цель: оценка структурно-функциональных особенностей сердца у больных АГ на основании тканевой доплерографии.

Материалы и методы исследования. Обследовано 53 пациента с АГ в возрасте от 45 до 72 лет. Наряду с общепринятыми традиционными методами исследования всем больным проводилась тканевая эхокардиография.

Результаты. На фоне гипотензивной терапии снижение цифр систолического АД у больных АГ с величиной отношения $E/E_m < 8$ составило 9,5% и 12,2%, при $E/E_m > 8$, снижение диастолического АД - 8,3% и 10,4% соответственно. При этом у больных с величиной отношения $E/E_m > 8$ количеством пациентов с повышенной утомляемостью сократилось с 42,4% до 24,2% ($p > 0,05$), сердцебиением - с 18,2% до 3,0% ($p > 0,05$) п одышкой - с 30,3% до 21,2%. Так, в обеих группах было отмечено снижение Te_i -индекса по всем стенкам ЛЖ, включая боковую стенку. При этом снижение величины Te_i -индекса было более значимо у больных с исходной величиной комбинированного индекса $E/E_m > 8$, и данная динамика в основном происходила за счет уменьшения продолжительности IVRT. При более подробном анализе динамики E/E_m было