

осложненным течением НС.

Заключение. При оценке цитокинового профиля у больных НС и НС на фоне ХОБЛ было выявлено статистически значимое повышение уровней IL-4 и IL-6 по сравнению с группой контроля. Наиболее выраженные различия между группами больных отмечались в уровнях IL-6. Его значения были максимальными у больных НС и были достоверно выше соответствующих значений в группе больных НС на фоне ХОБЛ. В этих подгруппах они были достоверно выше, чем в группе пациентов с НС без ХОБЛ.

ИЗМЕНЕНИЯ ФУНКЦИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Вафоева Н.А.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Ремоделирование миокарда при гипертонической болезни, является ухудшающим фактором течения и прогноз гипертонической болезни. Состоянию правого желудочка при гипертонической болезни уделялось значительно меньше внимания, чем левому. Диастолическая дисфункция правого желудочка является независимым прогностическим фактором выживаемости, а использование тканевой доплерографии позволяет выявить новые информативные параметры диастолической дисфункции. Установлено, что правый желудочек при гипертонической болезни так же подвергается гипертрофии, развиваются нарушения его сократимости.

Цель: изучить диастолическую функцию правого желудочка у больных с различными стадиями гипертонической болезни.

Материал и методы исследования. Нами было обследовано 71 больных гипертонической болезнью. Все пациенты были комплексно обследованы. Диагноз гипертонической болезни ставили на основании критериев, предложенных комитетом экспертов ВОЗ. Прием гипотензивных препаратов отменили за 24 часа до начала исследования. Артериальное давление измерялось на правой плечевой артерии по методу Короткова.

Результаты. Согласно «Рекомендациям Комитета Экспертов ВОЗ», при обследовании выделялись больные с мягкой, умеренной и высокой артериальной гипертензией. Больных с мягкой формой повышения АД было 25 человек (35,2%), с умеренной формой - 37 (52,1%) и высокой артериальной гипертензией - 9 пациентов (12,7%). При объективном клиническом изучении у 26 больных (36,6%)

было выявлено расширение границ относительной тупости сердца влево и практически у всех обследованных при аускультации выслушивался акцент II тона над аортой. У пациентов с гипертонической болезнью III стадией определялась тенденция к снижению фракции выброса правого желудочка. Был проведен анализ параметров диастолической функции правого желудочка в зависимости от уровня подъема диастолического артериального давления между больными с мягкой и высокой артериальной гипертензией. При этом были выявлены достоверные различия, которые касались соотношения максимальной скорости наполнения к максимальной скорости изгнания при тенденции к росту времени фазы быстрого наполнения вклада фазы быстрого наполнения в диастолу правого желудочка, что обусловлено начальными признаками диастолической дисфункции правого желудочка со снижением максимальной скорости наполнения и умеренным ростом вклада систолы правого предсердия в наполнение правого желудочка.

Выводы. На основании выше указанного, уровень артериального давления и/или наличие гипертрофии миокарда, являются факторами развития диастолической дисфункции левого желудочка, которое зависит также и от нейрогуморальных изменений, которые свойственны начальным стадиям гипертонической болезни. Развитие диастолических нарушений со стороны правого желудочка начинается со снижения максимальной скорости наполнения и компенсаторного увеличения давления в правом предсердии. Данные нарушения, носят достоверный характер по сравнению с псевдонормальным типом диастолической дисфункции. Существенный характер этих изменений и относительно высокое число пациентов с этим типом диастолических нарушений среди больных гипертонической болезнью II стадии обуславливают тенденцию к снижению максимальной скорости наполнения при гипертонической болезни II стадии, что привело к достоверному уменьшению индекса отношения максимальной скорости наполнения к максимальной скорости изгнания у данных больных.