



Рисунок 1. Распределение типов геометрии левого желудочка сердца среди обследованных пациентов

Коронарный атеросклероз и ремоделирование сердца у больных с эссенциальной артериальной гипертензией.

Е.М. Хурс, , Смоленская О.Г, И.И. Коцюба, Ю.А. Зиновьева.

Цель. Изучить закономерности ремоделирования ЛЖ сердца у больных АГ и ИБС.

Материалы и методы. Исследовано 157 пациентов: первая группа включала 65 здоровых лиц (ср.возраст $31,68 \pm 1,86$ лет), вторая - 76 пациентов с АГ 1-3 степени без клинико-инструментальных признаков ИБС (ср.возраст $45,3 \pm 10,84$ лет), третья - 26 больных АГ в сочетании с ИБС (ср.возраст $60 \pm 12,3$ лет). Пациенты второй и третьей групп не получали никакой терапии. Всем пациентам выполнялись общеклиническое обследование и трансторакальная

ЭХОКГ по стандартному протоколу, дополнительно рассчитывались следующие показатели: индекс массы миокарда (ИММЛЖ), систолический и диастолический индексы сферичности ЛЖ (ИСс и ИСд), относительная толщина стенок (ОТС), индекс ремоделирования (ИР), миокардиальный стресс систолический и диастолический (МСс и МСд), конечно-диастолическое давление (КДД) и конечно-диастолическое напряжение стенки ЛЖ (КДНС). Анализировалась диастолическая функция ЛЖ по параметрам трансмитрального потока (Е/А, DecT, IVRT).

Результаты. В группе больных АГ по отношению к норме были выявлены достоверные увеличения ИММЛЖ, МСс, МСд, КДД, КДНС, ИР, ОТС, DecT, IVRT, ф.класса по NYHA ($p < 0,05$). Снижались ИСс, ИСд, Е/А. ФВ не отличалась от нормы. Больные с сочетанием АГ и ИБС имели более неблагоприятные параметры ремоделирования ЛЖ по отношению к изолированной АГ: ИММЛЖ, ИСс, ИСд, МСс, ОТС ($p < 0,05$), а ФВ, ИР, МСд достоверно ($p < 0,05$) снижались. Достоверно повышались ф.класс по NYHA, усугублялась ДДЛЖ (DecT, IVRT увеличены, Е/А снижены по отношению к АГ). В данной группе отмечена более высокая корреляция ИММЛЖ с ФВ и ИР и ИСс с ИР, КДНС с Е/А.

Выводы. Исходя из закономерностей ремоделирования сердца, точкой терапевтического воздействия у больных с изолированной АГ являются контроль АД и гипертрофии ЛЖ, тогда как при сочетании АГ с ИБС - геометрическое ремоделирование (сферификация) ЛЖ, нарастание напряжения его стенки, диастолическая дисфункция и снижение насосной функции сердца.