

О ВЗАИМОСВЯЗИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И НАРУШЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Задорожная М.П., Сергеева Л.И., Погорелова Л.И., Разумов В.В., Мандрова Р.Р.

Государственное общеобразовательное учреждение дополнительного профессионального обучения «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей», г. Новокузнецк

Цель. Выявить неблагоприятные в отношении развития легочной гипертонии и изменений правого желудочка (ПЖ) ЭХО-кардиографические проявления ремоделирования левых отделов сердца при гипертонической болезни (ГБ). **Материал и методы.** Обследовано 165 человек: 27 контрольная группа и 138 – больных ГБ, в возрасте от 27 до 70 лет. Исследовались гемодинамические характеристики обоих желудочков и кругов кровообращения методом эхокардиографии по методике Американской ассоциации эхокардиографии на аппарате «Simens - Sonolain» микроконвексным датчиком 3,5 МГц. Основным интегральным гемодинамическим параметром малого круга кровообращения (МКК) считали среднее давление в легочной артерии (ЛА). Для выделения вариантов ремоделирования ЛЖ использовались рекомендации P.Verdecchia и соавт. при отсутствии гипертрофии ЛЖ и рекомендации A.Sapau и соавт. при её наличии. **Результаты.** Среди пациентов с ГБ выявлены все типы ремоделирования ЛЖ. Наиболее высокие цифры ЛАДср и утолщение миокарда ПЖ выявлены при эксцентрической гипертрофии ЛЖ и (ЭГЛЖд) и концентрической гипертрофии ЛЖ (КГЛЖ). Причиной ЛГ при ЭГЛЖд является систолическая недостаточность ЛЖ; при КГЛЖ - диастолическая дисфункция гипертрофированного ЛЖ, здесь же ЛАДср на верхней границе нормы и патологически повышены общее периферическое (ОПСС) и легочное сосудистое сопротивление, что при отсутствии признаков дисфункции ЛЖ не исключает роль гуморальных субстанций в генезе ремоделирования и миокарда и сосудистого звена обоих кругов кровообращения. Кроме того, в группах с концентрическим ремоделированием (КР) и КГЛЖ, вероятно, имеется эффект адаптации сердца к постнагрузке, так как конечно-систолический меридиональный стресс здесь ниже, чем при нормальной геометрии и в сравнении с пациентами контрольной группы. При ЭГЛЖд самое высокое значение меридионального стресса, а значит имеется срыв компенсаторных механизмов. При изолированной гипертрофии миокарда межжелудочковой перегородки (ИГМЖП) увеличена только абсолютная и относительная толщина МЖП, но масса миокарда ЛЖ еще в норме. Увеличивается так же толщина миокарда ПЖ, но гипертрофии его нет. Функциональные способности миокарда обоих желудочков не изменены, что не исключает наличие тканевых РААС в миокарде обоих желудочков и межжелудочковых взаимодействий. Для изолированной гипертрофии задней стенки ЛЖ (ИГЗС) характерны меньшие цифры систолического артериального давления (АД) в большом круге кровообращения, но большее ОПСС, утолщения передней стенки ПЖ нет, но развивается диастолическая дисфункция ЛЖ и ПЖ, что доказывает патогенность не самих значений АД, а вероятнее наличия органических изменений в сосудах и миокарде. **Вывод.** Потенциально неблагоприятными в отношении развития легочной гипертонии и изменений правого желудочка при гипертонической болезни являются эксцентрическая и концентрическая гипертрофия левого желудочка.