

обладало поражение трех бассейнов коронарного русла – ПНА+ПКА+ОА (39%). Поражение ствола левой коронарной артерии было выявлено только у пациентов группы 2 (9 человек). Суммарный показатель поражения коронарного русла в группе 1 в среднем составил $23 \pm 1,9\%$, в группе 2 – $37 \pm 3\%$. Постинфарктная аневризма была выявлена по данным ЭхоКГ у 8-ми человек в группе 1 и у 22 человек в группе 2. Все больные по данным ЭхоКГ имели исходное нарушение сегментарной сократимости, оценка которой проводилась по четырехбалльной системе в 16 сегментах в соответствии с рекомендациями Американской ассоциации эхокардиографистов. Исходно индекс нарушения локальной сократимости (ИНЛС) составил $1,76 \pm 0,03$ в группе 1 и $1,8 \pm 0,01$ – в группе 2. Исследование сегментарной сократимости проводили в ранние сроки (3–4 (группа 1) и 8–12 (группа 2) сутки) и в отдаленные сроки (спустя 24 месяца) у пациентов обеих групп.

Результаты. По данным ЭхоКГ у пациентов 1 группы полное восстановление сегментарной со-

кратимости в ранние сроки наблюдалось у 30% пациентов, в отдаленные – у 48%; частичное восстановление у 36% в ранние и у 15% в отдаленные сроки; без динамики сократимость осталась у 30% в ранние и у 20% в отдаленные сроки; ухудшение было выявлено у 4% в ранние сроки и у 17% – в отдаленные сроки после стентирования.

В группе 2 по данным ЭхоКГ полное восстановление сегментарной сократимости в ранние сроки наблюдалось у 31% пациентов, в отдаленные – у 22%; частичное восстановление у 56% в ранние и у 16% в отдаленные сроки; без динамики сократимость осталась у 7% в ранние и у 39% в отдаленные сроки; ухудшение было выявлено у 6% в ранние сроки и у 23% – в отдаленные сроки после шунтирования коронарных артерий.

Выводы. В результате проведенной реваскуляризации улучшение сократительной функции ЛЖ в отдаленные сроки в группе больных, перенесших стентирование коронарных артерий выявлено в 62% случаев, в группе больных, перенесших коронарное шунтирование – в 46% случаев.

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Казакова Л.В.

ФГУ «ПОМЦ ФМБА России»,
г. Нижний Новгород

Цель проведенного исследования состояла в оценке особенностей ремоделирования, состояния систолической и диастолической функции (с использованием методики тканевой доплерографии (ТДГ)) ЛЖ у больных с терминальной стадией ХПН, получающих почечно-заместительную терапию (ПЗТ).

В ходе исследования были изучены пациенты с терминальной стадией ХПН – 16 человека (7 женщин и 9 мужчин), средний возраст которых $42,9 \pm 7,1$ лет. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц, сопоставимых с основной группой по половозрастному соотношению. Для определения глобальной диастолической функции (ДФ) ЛЖ и ПЖ по ТДГ по общепринятым показателям (пиковой скорости раннего -E'm, E't см/с, и позднего диастолического наполнения -A'm, A't см/с, соотношению E'm/A'm, E't/A't) использовались 4 точки митрального кольца – у основания заднеперегородочной, боковой, нижней и передней стенок ЛЖ, а также сегменты свободной боковой стенки у основания трикуспидального клапана.

Особенности поражения миокарда у пациентов с ХПН характеризовалась развитием концентри-

ческой ГЛЖ (КГЛЖ) – у 2 пациентов (12,2%), эксцентрическая гипертрофия (ЭГЛЖ) диагностирована у 6 пациентов (37,8%), смешанный вариант геометрической модели ГЛЖ (СГЛЖ), характеризующийся значительным утолщением стенок ЛЖ в сочетании с увеличением его полости, выявлен у 8 пациентов (50%). Анализ нарушений ДФ ЛЖ в зависимости от его геометрической формы показал, что геометрическая перестройка ЛЖ, обусловленная перегрузкой ЛЖ давлением (КГЛЖ), сопровождается умеренной диастолической дисфункцией с нарушенной релаксацией (снижением индекса $E'm/A'm < 1$ и скорости быстрого наполнения $E'm < 8$ см/сек), а смешанный и эксцентрический типы сочетаются с наиболее глубокими изменениями ДФ (псевдонормальный и рестриктивный типы).

Таким образом, наиболее выраженные структурно-геометрические изменения и нарушения ДФ ЛЖ выявлены у больных ХПН с эксцентрическим и смешанным типом гипертрофии ЛЖ. В сочетании со снижением сократительной функции ЛЖ, эти типы ремоделирования прогностически более неблагоприятны в отношении прогрессирования ХСН по сравнению с другими вариантами геометрии ЛЖ. Вероятно, наличие клинических признаков СН в сочетании с выраженными изменениями геометрии ЛЖ и его функциональным состоянием, в самом начале ПЗТ являются важнейшими факторами, определяющими возникновении осложнений и уровень летальности от кардиоваскулярных нарушений.