

Совершенствование диагностики и лечения артериальной гипертензии и других сердечно-сосудистых заболеваний

ТИПЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Можейко М.Е., доктор медицинских наук,
Рябихин Е.А.*, кандидат медицинских наук

Ярославский областной клинический госпиталь ветеранов войн, 150047, г. Ярославль, ул. Угличская, д. 40

* Ответственный за переписку: e-mail: ryabiev@yandex.ru

Артериальной гипертонией (АГ) страдают до 80% лиц старших возрастных групп. Развитие сердечно-сосудистых осложнений связано с поражением органов-мишеней, в частности сердца. Поэтому актуальным является уточнение динамики ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) у лиц, страдающих АГ, в пожилом и старческом возрасте.

Цель настоящего исследования – изучить типы ремоделирования миокарда левого желудочка у больных пожилого и старческого возраста с АГ.

Обследовано 106 пациентов (средний возраст – $73,7 \pm 7,8$ года), которые были разделены на 2 группы: I – 49 больных в возрасте до 75 лет, II – 57 пациентов 75–90 лет. Офисное измерение АД и эхоКГ проводились больным однократно. Определяли конечный систолический и диастолический размеры и объемы, толщину задней стенки ЛЖ в систолу и диастолу и межжелудочковую перегородку, фракцию выброса, относительную толщину стенок, массу миокарда ЛЖ (ММЛЖ), индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ) и диастолическую функцию ЛЖ, оценивая трансмитральный кровоток (Е/А). Дополнительно проводили доплеровское исследование сонных артерий с определением толщины комплекса интима – медиа (КИМ).

Достоверных различий между уровнями артериального давления в анализируемых группах не получено. Относительная толщина стенок ЛЖ у лиц I группы составила $0,45 \pm 0,04$; у лиц II – $0,44 \pm 0,04$. Нормальную геометрию ЛЖ в I группе имели 12,2% пациентов, во II – 7,1% больных. Гипертрофия левого желудочка была выявлена у 65,3% пациентов I группы и у 84,2% больных – II. В I группе преобладала концентрическая гипертрофия – у 36,7% обследованных. Эксцентрическую гипертрофию ЛЖ имели 28,5% больных. Во II группе чаще имела место эксцентрическая гипертрофия

ЛЖ (у 49,1% больных). Концентрическая гипертрофия была выявлена у 35,0% обследуемых. Концентрическая гипертрофия ЛЖ и концентрическое ремоделирование в обеих группах в основном встречались у женщин. В I группе женщин с концентрической гипертрофией и ремоделированием ЛЖ составили 62,1%, во II – 76%. У мужчин преобладала эксцентрическая гипертрофия ЛЖ. Среди всех пациентов с эксцентрической ГЛЖ было 64,2% мужчин, в I группе – 71,4%, во II – 60,7%. Корреляционный анализ обнаружил достоверную связь ($p < 0,05$) возраста с конечным диастолическим ($r = 0,42$) и систолическим ($r = 0,47$) объемами, толщиной задней стенки ЛЖ ($r = 0,28$), ММЛЖ ($r = 0,36$), ИММЛЖ ($r = 0,31$), Е/А ($r = -0,33$).

Исследование сонных артерий с помощью дуплексного сканирования было выполнено для дополнительного выявления поражения органов-мишеней у пациентов обеих групп. Толщина КИМ у лиц I группы составила $1,06 \pm 0,26$ мм. Не обнаружено утолщения КИМ у 9 (18,4%) пациентов. КИМ 0,9 мм и более имел место у 40 (81,6%) пациентов, причем у 11 (22,4%) обнаружены атеросклеротические бляшки. У больных II группы толщина КИМ составила $1,12 \pm 0,26$ мм. Не установлено утолщения КИМ у 3 (5,3%) пациентов, КИМ 0,9 мм и более выявлен у 54 (94,7%) человек, причем у 19 (33,3%) обнаружены атеросклеротические бляшки. Корреляционный анализ выявил достоверную связь ($p < 0,05$) толщины КИМ с возрастом ($r = 0,59$), толщиной задней стенки ЛЖ ($r = 0,31$), ММЛЖ ($r = 0,4$), ИММЛЖ ($r = 0,45$), Е/А ($r = -0,42$).

Анализ полученных результатов подтвердил данные других исследователей о преобладании концентрического типа ремоделирования ЛЖ в течении АГ, по крайней мере до 75 лет. У лиц старческого возраста неизбежно возникает срыв

адаптации, который приводит к преобладанию эксцентрической геометрии ЛЖ как следствию дилатации и систолической дисфункции ЛЖ.

У лиц старше 75 лет, страдающих АГ, гипертрофия ЛЖ и утолщение КИМ выявлялись чаще, чем у пожилых пациентов с АГ, несмотря на отсутствие достоверных различий между этими группами по уровню систолического АД. Это свидетельствует о более выраженных изменениях в сердце и сосудах, то есть о большем сердечно-сосудистом риске у больных данной возрастной категории.

У лиц пожилого и старческого возраста существует достоверная корреляционная связь между возрастом и наличием поражения сердца и сосудов, в частности ИММЛЖ и толщиной КИМ.

Оценка параметров эхоКГ и дуплексного исследования сонных артерий у пациентов старших возрастных групп, страдающих АГ, позволит с высокой вероятностью судить о степени поражения органов-мишеней (сосудов и сердца), улучшая качество диагностики кардиологических заболеваний.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ И СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МИОКАРДА У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Швагер О.В.*,
Уткина М.Н., кандидат медицинских наук,
Бурсиков А.В., кандидат медицинских наук,
Тентелова И.В., кандидат медицинских наук

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава», 153012, Иваново, просп. Ф. Энгельса, 8

* Ответственный за переписку: тел.: (4932) 21-88-61

Артериальная гипертензия (АГ) в настоящее время занимает одно из первых мест в структуре сердечно-сосудистой патологии, в том числе у женщин трудоспособного возраста. Подробно изучаются структурно-функциональные изменения сердца, качество жизни больных с АГ, в том числе переносимость физических нагрузок. Но в литературе недостаточно отражены особенности их взаимосвязи у женщин с АГ.

Цель работы – выявить взаимосвязь показателей физической работоспособности и структурно-функциональных изменений миокарда у женщин с АГ.

Обследовано 20 женщин трудоспособного возраста (средний возраст – $44,7 \pm 2,7$ года) с АГ I–II степени. На велоэргометре «Ритм» проведено нагрузочное тестирование по возрастающей ступенчатой методике, начиная с нагрузки в 50 Вт. Критериями прекращения нагрузки являлись достижение субмаксимальной частоты сердечных сокращений или появление признаков, свидетельствующих о достижении предела толерантности: чрезмерного повышения артериального давления, одышки, усталости, признаков коронарной недостаточности. Оценивались показатели: толерантность к физической нагрузке (выполненная максимальная нагрузка (Вт)),

двойное произведение. Больным проведено также эхокардиографическое исследование в М- и доплеровском режимах на аппарате Sonoline 2L. Оценивались показатели: толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП); толщина задней стенки левого желудочка; отношение пиковой скорости через митральный клапан во время раннего диастолического наполнения (Е) к скорости во время позднего диастолического наполнения левого предсердия (А) – Е/А и фракция выброса. Взаимосвязь данных показателей исследовалась методом расчета коэффициента линейной корреляции Пирсона (r) при помощи программы Statistica 6.0.

ТМЖП в среднем составила $12,2 \pm 0,3$ мм, толщина задней стенки – $10,5 \pm 0,6$ мм, отношение Е/А – $1,8 \pm 0,1$, фракция выброса – $64,2 \pm 1,0\%$. Средняя толерантность к нагрузке была $98,8 \pm 5,9$ Вт, двойное произведение в среднем достигало значения $293,3 \pm 8,7$. При сопоставлении показателей ремоделирования сердца была установлена прямая зависимость между ТМЖП и толщиной задней стенки левого желудочка ($r = +0,72$) и обратная зависимость между соотношением Е/А и величиной фракции выброса ($r = -0,61$). Однако не выявлено достоверной связи между толерантностью к физической нагрузке, выраженной в значениях