

РОЗВИТОК СКОРОТЛИВОЇ ДИСФУНКЦІЇ МІОКАРДА У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

©А. С. Беседіна

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

За механізмом розвитку серцевої недостатності (СН) усі етіологічні фактори можна виділити у 3 групи: 1) ті, що викликають розлади скоротливості; 2) ті, що збільшують постнавантаження; 3) ті, що спричиняють розлади наповнення шлуночків. Порушене спорожнення лівого шлуночка (ЛШ) (внаслідок зниження скоротливості чи збільшення постнавантаження) вважають систолічною дисфункцією, а під діастолічною дисфункцією розуміють розлади діастолічного розслаблення чи наповнення шлуночків.

У кожного третього хворого із симптомами СН систолічна функція ЛШ повністю збережена, але у багатьох із них мають місце значні розлади діастолічної функції ЛШ. Типовим прикладом діастолічної дисфункції ЛШ є гіпертонічна хвороба (ГХ) із стійким зростанням жорсткості ЛШ. У цьому випадку застійна СН зумовлена ретроградною передачею високого діастолічного тиску у систему легеневих вен та у велике коло кровообігу.

Обстежено 67 хворих на артеріальну гіпертензію (35 чоловіків та 32 жінки). Середній вік становив $46,7 \pm 4,1$ років. Проведено аналіз даних анамнезу, результатів фізикальних та інструментальних методів дослідження. Критеріями виключення були: серцева недостатність вища II-го функціонального класу, ішемічна хвороба серця, захворювання клапанного апарату серця, ожиріння, цукровий діабет. Серед пацієнтів 32,8% отримують регулярне адекватне лікування (група А), 44,8% приймають медикаменти спорадично або не досягають цільових показників артеріального тиску (група В); решта 22,4% не лікуються (група С). Тривалість захворювання становила в середньому $5,6 \pm 1,3$ роки та була співставима у виділених групах. Серед симптомів СН домінували: у групі А –

задишка при фізичних навантаженнях (45,5%), у групі В – задишка при фізичних навантаженнях (53,3%), набряки нижніх кінцівок (43,3%), у групі С – набряки нижніх кінцівок (53,3%), задишка при помірних навантаженнях (40%), головокружіння (46,7%).

Найпопулярнішим показником скоротливої здатності міокарда є величина фракції викиду (ФВ), що обумовлено високою точністю та відтворенням при ехокардіографії. Цей показник визначає важкість проявів декомпенсації, толерантність до навантажень, вираженість компенсаторних гемодинамічних зрушень та прогноз ХСН. Однак при патології, яка супроводжується гіпертрофією ЛШ, важливішим є визначення діастолічної дисфункції.

При оцінці статусу внутрішньосерцевої гемодинаміки виявлено наступні зміни ЕхоКГ-показників: дилатація лівого передсердя (збільшення ЛП на 19,6% у групі В і на 24,2% – у С) і лівого шлуночка (на 16,9% і 18,5% відповідно) переважно за рахунок кінцево-сistolічного розміру (збільшення КСР і КСО; $p < 0,01$). Відмічено гіпертрофію лівого шлуночка ($1,21 \pm 0,14$ у групі А; $1,27 \pm 0,11$ і $1,29 \pm 0,13$ відповідно у групах В і С), погіршення скоротливої (у групі С – зменшення швидкості циркулярного скорочення волокон міокарда в систолі; $p < 0,01$) та діастолічної функції міокарда, збільшення питомого периферійного опору судин.

Таким чином, гіпертонічна хвороба неминуче призводить до скоротливої дисфункції міокарда, що проявляється симптоматикою СН. Адекватне лікування забезпечує сповільнення розвитку діастолічної дисфункції міокарда, що в подальшому сприяє подовженню працездатності і тривалості життя, а також запобігає розвитку ускладнень, таких як важка СН і фібриляція передсердь.