

ра. Полезным в ультразвуковой диагностике хронического некалькулезного холецистита может оказаться применение фармакологических проб (например, атропинового теста).

## ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Самойленко О.Г., кардиолог ОДРЗН

Гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) была описана еще в XIX веке, однако, существенный прогресс в изучении этой патологии был достигнут лишь в последние три десятилетия благодаря внедрению различных инвазивных и неинвазивных методов исследования в кардиологию (Н.М. Мухарлямов, 1990; А.А. Крамер с соавт., 1985; D. Boughner, et al., 1986).

В последние годы интерес к гипертрофической кардиомиопатии существенно возрос вследствие более частого выявления этой патологии, чему в значительной мере способствовало широкое внедрение такого высокоинформативного метода диагностики как эхокардиография (Н.М. Мухарлямов, Ю.Н. Беленков, 1981; E. Braunwald, 1989). С помощью данного метода в большинстве случаев удается не только правильно диагностировать эту патологию, но и дать предварительную оценку функционального состояния левого желудочка.

Наличие гипертрофии миокарда различных участков левого желудочка, ее выраженность и преимущественная локализация у больных ГКМП, несомненно, оказывает определенное влияние на функциональные возможности миокарда (Г.И. Строжаков с соавт., 1991). Вместе с тем характер этих влияний в зависимости от варианта расположения и выраженности гипертрофии при ГКМП до настоящего времени остается

недостаточно изученным.

Целью нашего исследования было изучение особенностей сократительной функции миокарда левого желудочка (ЛЖ) и его диастолического наполнения у больных ГКМП в зависимости от выраженности и варианта гипертрофии межжелудочковой перегородки. Комплексное обследование, включающее клинический осмотр, ЭКГ, ЭхоКГ, ВЭМ в состоянии покоя и на пороговой нагрузке было проведено 14 мужчинам и 3 женщинам в возрасте от 22 до 56 лет больным ГКМП. Нарушение диастолического наполнения и систолической функции ЛЖ в состоянии покоя было более выражено у больных с гипертрофией верхней и средней трети перегородки. Для определения возможного влияния варианта гипертрофии левожелудочковой перегородки с учетом ее выраженности на функциональное состояние ЛЖ мы сопоставили изучавшиеся показатели при различной локализации гипертрофии в зависимости от величины индекса массы миокарда. Было установлено, что концентричность гипертрофии ЛЖ при всех вариантах гипертрофии левожелудочковой перегородки нарастает соответственно росту индекса массы миокарда (ИММ). Наиболее значимо величины ИММ накладывали свой отпечаток на функциональное состояние ЛЖ преимущественно при локальном варианте гипертрофии межжелудочковой перегородки, особенно ее средней трети, отмечалось более существенное нарушение диастолического наполнения, общей и регионарной сократительной функции.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что нарушение диастолического наполнения и сокращения ЛЖ у больных ГКМП находятся в зависимости от варианта гипертрофии межжелудочковой перегородки и массы миокарда. Они определяются уже при умеренной гипертрофии, нарастают по мере ее увеличения и являются наиболее выраженными у больных с гипертрофией средней трети перегородки при индексе массы миокарда свыше 101 г/м<sup>2</sup>.