

АНАЛІЗ СПІВВІДНОШЕННЯ КЛІНІКО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНИХ ДАНИХ У ХВОРИХ НА АРТЕРІЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ В ПОЄДНАННІ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Головко Т., Винниченко Л. Б.

СумДУ, кафедра сімейної медицини з курсом ендокринології

Мета: вивчити залежність вираженості клінічних проявів, даних ЕхоКС, доплеркардіографії у хворих на АГ в поєднанні з ХСН.

Обстежено 42 хворих, серед яких 22 (52,4%) жінки та 20 (47,6%) чоловіків. Середній вік $54,6 \pm 5,8$ років. Тривалість хвороби $8,5 \pm 4,5$ роки. Серед обстежених: АГ I ст спостерігалась у 23 (54,8%) пацієнтів, II ст. – у 19 (45,2%). Ознаки ХСН I ФК виявлені у 8 (19%) хворих, II ФК – у 13 (31%), III ФК – у 16 (38%), IV ФК – у 5 (12%). В динаміці оцінювали скарги хворих та дані фізикального обстеження. Отримані результати співставляли з даними ЕхоКС та доплеровського обстеження. Оцінювали товщину міжшлуночкової перетинки (ТМШП), задньої стінки лівого шлуночка (ТЗСЛШ), фракцію викиду лівого шлуночка (ФВЛШ), швидкість трансмітрального кровотока з розрахунком співвідношення Е/А для оцінювання діастолічної функції лівого шлуночка, масу міокарда лівого шлуночка (ММЛШ) та його індекс (ІМЛШ). Усі хворі отримували терапію АГ та ХСН згідно із протоколом лікування. Результати: кількісні показники ЕхоКС залежали від ступеня підвищення АТ і мали статистично достовірні відмінності. У хворих на АГ I ст ТМШП склала $13,0 \pm 0,23$ мм, ТЗСЛШ – $12,4 \pm 0,2$ мм, ММЛШ – $164,4 \pm 3,9$ г, ІМЛШ – $126,8 \pm 3,2$ г/м². У хворих на АГ II ст вказані показники мали відповідно наступні значення: $14,1 \pm 0,2$ мм, $13,8 \pm 0,22$ мм, $169,4 \pm 2,7$ г, $144 \pm 2,5$ г/м². У хворих на АГ III ст ехопоказники суттєво відрізнялися від норми і мали відповідно наступні значення: ТМШП склала $15,8 \pm 0,2$ мм, ТЗСЛШ – $15,6 \pm 0,24$ мм, ММЛШ – $164,4 \pm 3,9$ г, ІМЛШ – $156,1 \pm 2,1$ г/м². Показники гіпертрофії ЛШ (ГЛШ) недостовірно перевищували у чоловіків порівняно із жінками. При цьому переважала концентрична форма – у 29 (69%) осіб, ексцентрична – у 7 (16,7%), асиметрична – у 6 (14,3%). Спостерігалась стійка вірогідна закономірність: із збільшенням ступеня тяжкості і тривалості АГ зростав ступінь тяжкості ХСН, що відповідно відображалось зменшенням ФВЛШ, співвідношенням Е/А та толерантності до фізичного навантаження у тесті з 6-ти хвилинною ходою, а також збільшенням кількості балів ШОКС. У 12 (28,6%) мала місце систолічна дисфункція ЛШ (СДЛШ), тобто ФВЛШ мала показники, які $< 45\%$. Діастолічна дисфункція ЛШ (ДДЛШ) I-го типу спостерігалась у всіх пацієнтів, серед яких у 50% мало місце поєднання СДЛШ з ДДЛШ з більш вираженими клінічними проявами ХСН, вищим ФК ХСН та більшою кількістю балів ШОКС. Внаслідок проведеного лікування відмічалось покращення показників центральної та внутрішньосерцевої гемодинаміки: підвищилась толерантність до фізичного навантаження та зменшилась кількість балів за шкалою ШОКС ($p < 0,05$).

Висновки. Таким чином розвиток хронічної СД та ДДЛШ залежить від ступеня тяжкості АТ, тривалості АГ та вираженості ГЛШ. Пацієнти з ДДЛШ мають більш сприйнятливий прогноз перебігу АГ. ШОКС дозволяє об'єктивізувати динаміку функціональних можливостей хворих на ХСН. Адекватний контроль АТ у таких хворих дозволяє затримати прогресування ХСН, що підтверджується відповідними ехокардіографічними параметрами ЛШ.