

ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОСОБЕННОСТЕЙ ЦИРКАДНЫХ КОЛЕБАНИЙ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

ГОУ Читинская медицинская академия

В настоящее время несомненный интерес представляет изучение взаимосвязи диастолической функции (ДФ) левого желудочка (ЛЖ) у больных гипертонической болезнью (ГБ) с особенностями циркадных колебаний артериального давления (АД).

Целью исследования явилось изучение ДФ ЛЖ у больных ГБ 1-3 ст. в зависимости от суточного профиля АД.

Материал и методы. Проанализированы данные суточного мониторирования АД (СМАД) и данные эхокардиографического (ЭхоКГ) исследования 110 пациентов (средний возраст $42,4 \pm 8,3$ года) ГБ 1-3 ст. (по классификации ВОЗ/МОАГ, 1999). Коронарная недостаточность исключалась путем проведения стресс-эхокардиографии с чреспищеводной кардиостимуляцией по стандартной методике. Критериями исключения из исследования было наличие симптоматических артериальных гипертензий (АГ), нарушений ритма сердца, включая тахи- и брадикардию, превышение индекса массы тела более 29 кг/кв.м, эндокринные заболевания.

СМАД проводилось с помощью аппарата «Кардиотехника-4000АД», разработанного в АОЗТ «Инкарт», Санкт-Петербург, с использованием одноименного программного обеспечения. ЭхоКГ выполнена на ультразвуковом сканере «Секвойя 512» фирмы Acuson. Глобальную ДФЛЖ оценивали по трансмитральному кровотоку с применением импульсноволновой доплерэхокардиографии из апикального доступа на уровне четырехмерной позиции с положением контрольного объема на уровне концов створок митрального клапана. Определяли следующие показатели: максимальная скорость раннего (Е) наполнения ЛЖ, максимальная скорость позднего (А) наполнения ЛЖ, их отношения Е/А, время изоволюмического расслабления (IVRT) ЛЖ. За нарушение глобальной ДФ ЛЖ принимали Е/А меньше 1,0 и (или) IVRT более 80 мс и менее 30 мс [5]. Оценка сегментарной ДФЛЖ проводилась с помощью методики импульсного тканевого доплеровского картирования. ЛЖ был условно поделен на 15 сегментов согласно рекомендациям С.М.Оtto и А.С.Pearlman (1995). В каждом из 15 сегментов ЛЖ определяли следующие показатели: максимальные скорости пиков (v_{max}) «е», «а», отношение этих пиков «е/а». Время изоволюмического расслабления (ivrt) определялось от 2-го тона фонокардиограммы до начала пика «е». Нарушение диастолических свойств исследуемых сегментов ЛЖ регистрировали при отношении пиков «е/а» менее 1,0, Статистическая обработка полученных результатов проводилась при помощи электронных таблиц EXCEL97 для Windows (Microsoft, USA).

Результаты. После проведения СМАД все пациенты были разделены на 4 группы на базе такого показателя, как степень ночного снижения диастолического АД. Физиологический профиль АД (дипперы) зарегистрирован

у 35,6% больных ГБ, у остальных 64,4% пациентов были представлены различные типы патологических суточных профилей АД (нондипперы - 33,1%, найтпикеры - 12,3%, гипердипперы - 19,0%). Наиболее часто диастолическая дисфункция (ДД) ЛЖ встречалась в группе пациентов найтпикеров (90%), причем различия со всеми остальными группами были высоко достоверны ($P < 0,001$). Регистрируемая частота ДДЛЖ в других группах с патологическим суточным профилем АД (нондипперы и гипердипперы) в сравнении с группой дипперов была статистически недостоверна. При проведении в исследуемой группе тканевой сегментарной ЭхоКГ, у всех пациентов из группы найтпикеров зарегистрирована ДДЛЖ, преимущественно в базальном и медиальном сегментах переднеперегородочной области. При исследовании пациентов других групп, различий между данными исследования глобальной ДФ и данными определения нарушения расслабления миокарда методом тканевой сегментарной ЭхоКГ не выявлено.

Выводы. Изменение ДФЛЖ у больных ГБ находятся в патогенетической взаимосвязи с особенностями циркадных колебаний АД. Наиболее часто ДДЛЖ регистрировалась у пациентов с высоким ночным АД, при проведении тканевой сегментарной ЭхоКГ нарушения расслабления миокарда выявлены у всех больных этой группы.