

УДК 616.12–008.331.1–005.4



С.В. Шуть, Н.І. Чекаліна,
Т.А. Трибрат, Н.Ю. Шаповаленко

Ішемічна хвороба серця і гіпертонічна хвороба: особливості порушень центральної гемодинаміки

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», Полтава,
ДЗ «Відділкова клінічна лікарня на станції Полтава»
СТГО «Південна залізниця»

Ключові слова: гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, центральна гемодинаміка.

Нині загально визнано існування тісного патофізіологічного та клінічного зв'язку між ішемічною хворобою серця (ІХС) та артеріальною гіпертонією (АГ). АГ розглядають як один з провідних факторів ризику розвитку атеросклерозу, зокрема коронарного [6, 10], при цьому невідповідність між потребою серцевого м'яза в кисні і можливостями судинної сітки щодо його доставки посилюється внаслідок розвитку гіпертрофії міокарда, що характерно для АГ. Спільність факторів ризику виникнення ІХС і АГ дає підстави стверджувати про певні паралелі в їхньому розвитку, хоча обидва захворювання відрізняються за періодом між початком дії фактора і проявом його впливу [4, 11].

Серцево-судинна патологія є однією з найактуальніших проблем сучасної медицини. Найбільша частка у її структурі припадає на АГ [2, 3]. В Україні офіційно зареєстровано близько 10 млн хворих на АГ. При цьому про своє захворювання знає 69% міських та 47% сільських мешканців, регулярно отримують антигіпертензивну терапію відповідно 29 та 12%, а про ефективність контролю цих цифр можна говорити лише у 16 та 6 % хворих [4, 8]. Серед осіб з підвищеним артеріальним тиском (АТ) лише 16% лікуються ефективно, решта або зовсім не лікується, або терапія є неефективною, тому проблема діагностики та лікування АГ є важливою медико-соціальною проблемою [4, 5].

Вибір антигіпертензивних засобів слід проводити з урахуванням типу гемодинаміки, наявності чи відсутності коронарної недостатності, порушень ритму серцевої діяльності, дисліпідемії, ураження органів-мішеней, факторів ризику, переносимості (рекомендації ВООЗ, 2004), що потребує вдосконалення критеріїв вибору лікувальних схем.

Мета роботи – виявлення особливостей центральної та периферичної гемодинаміки у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) у поєднанні з ІХС (стенокардією напруження).

Матеріали та методи

Нами обстежено 115 робітників залізниці віком 40–59 років. Чоловіків було 65%. Контрольну групу склали 30 осіб, які мали нормальний АТ. До І групи спостереження ввійшли 45 хворих на ГХ II ступеня, серцеву недостатність (СН) I–IIА, до II групи – 40 хворих на ГХ у поєднанні з ІХС (стенокардія напруження I–II функціонального класу (ФК), СН I–IIА). Усі хворі пройшли попереднє клінічне, лабораторне та інструментальне обстеження для виключення симптоматичних АГ.

Дослідження включали електрокардіографію (у 12 стандартних відведеннях), реоенцефалографію (РЕГ) за допомогою апарата «Кардіо+» (Ніжин, Україна), доплерехокардіографію (ДЕХОКГ) в імпульсному режимі на апараті Philips HD3 (виробництва Китай – США).

РЕГ проводили у чотирьох відведеннях (правими та лівими вертебробазиллярними та окципітомастоїдальними). Оцінювали у кожному з судинних басейнів швидкість кровотоку, судинний опір, ступінь кровонаповнення, стан венозного відтоку. Аналіз ЕКГ проводили за стандартною методикою.

Статистичну обробку одержаних даних проводили з використанням пакета комп'ютерних програм.

Результати та обговорення

В осіб контрольної групи при ДЕХОКГ не виявлено відхилень показників від фізіологічної норми. За результатами ЕКГ у 2% пацієнтів виявлено синдром ранньої реполяризації шлуночків, у 5% – неповну блокаду правої ніжки пучка Гіса. У 35% осіб контрольної групи за результатами РЕГ виявлено помірне підвищення судинного опору та ознаки венозного застою переважно у вертебробазиллярному басейні. Цих осіб було виділено у групу ризику виникнення АГ.

У 80% хворих I групи на ЕКГ виявлено ознаки гіпертрофії лівого шлуночка (ЛШ), які у 21% випадків поєднувалися з ознаками систолічного пе-

Таблиця

Кардіогемодинамічні порушення у хворих I та II груп дослідження

Синдроми порушень кардіогемодинаміки	Група I (ГХ II ст., СН I—IIA)	Група II (ІХС: стенокардія напруження, ФК I—II, СН I—IIA)
Гіпокінезія міокарда ЛШ	32%	84%
Тип ремоделювання		
концентричний	65 %	45 %
дилатаційний	12%	20 %
змішаний	23 %	35 %
Систолічна дисфункція	30%	67%
Діастолічна дисфункція	28%	63%
Підвищення середнього АТ у легеневій артерії	23%	58%
Дилатація правого шлуночка	42%	86%
Тип гемоциркуляції		
гіперкінетичний	23 %	6 %
гіпокінетичний	42 %	87 %
Загальний периферичний опір	У II групі на 24 % більший, ніж у групі I	

ревантаження. При велоергометрії (ВЕМ) результати проби з навантаженням були негативні. У 90% пацієнтів II групи на ЕКГ відмічено гіпертрофію ЛШ, у 23% — депресію сегмента ST, у 28% — коронарний зубець Т. Дані ВЕМ відповідали I—II ФК стенокардії напруження. За даними ДЕхоКГ у 32% пацієнтів I групи виявлено гіпокінезію міокарда ЛШ, у 65% — концентричний тип ремоделювання міокарда ЛШ, у 12% — дилатаційний, у 23% — змішаний.

При ДЕхоКГ у 84% пацієнтів II групи виявлено гіпокінезію міокарда ЛШ, у 45% — концентрич-

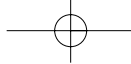
ний тип ремоделювання міокарда ЛШ, у 20% — дилатаційний, у 35% — змішаний. Особливості порушень центральної гемодинаміки у пацієнтів з ГХ та ІХС у поєднанні з ІХС наведено у таблиці.

Висновки

Отримані дані відкривають перспективи пошуку особливостей центральної гемодинаміки та ремоделювання ЛШ у пацієнтів з різними молекулярно-генетичними фенотипами ГХ, дають можливість обґрунтовано диференційовано підходити до вибору схем медикаментозного лікування.

Література

1. Автандилов А.Г., Манизер Е.Д. Особенности центральной гемодинамики и диастолической функции левого желудочка у подростков с пролапсом митрального клапана // Кардиол. — 2001. — № 9. — С. 56–59.
2. Бобров В.А., Поливода С.Н. Гипертензивное сердце. — К.: Наук. думка. — 1994. — 108 с.
3. Денисюк В.И., Иванов В.П. Клиническая фоно- и эхокардиография: Практ. рук-во. — Винница: Логос, 2001. — 206 с.
4. Дзяк Г.В., Ханюков А.А. Блокаторы рецепторов ангиотензина II в лечении больных с артериальной гипертензией // Укр. тер. журн. — 2001. — № 1. — С. 22–27.
5. Евсеева М.Е., Алейник О.Н. Диастолическая дисфункция левого желудочка при инфаркте миокарда и дисплазии соединительной ткани // Рос. кардиол. журн. — 2007. — № 5. — С. 18–23.
6. Лещинский Л.А., Мультигановский Б.Л., Пономарев С.Б., Петров А.Г. Артериальная гипертензия и ишемическая болезнь сердца: клинико-эхокардиографические аспекты // Клин. мед. — 2003. — № 11. — С. 42–46.
7. Рекомендації Української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії. — К., 2004. — 86 с.
8. Сіренко Ю.М. Артеріальна гіпертензія. — К.: Моріон, 2001. — 176 с.
9. Струтинский А.В. Эхокардиограмма: анализ и интерпретация: Учебн. пособие. — М.: МЕДпресс-информ, 2001. — 208 с.
10. Moser M. Clinical management of hypertension. — 5th ed. — Caddo: Professional Communications, Inc., 2001. — 256 p.
11. Role hypertension in coronary artery disease // Am. J. Nephrol. — 1996. — Vol. 16, N 3. — P. 210–216.



С.В. Шуть, Н.И. Чекалина, Т.А. Трибрат, Н.Ю. Шаповаленко

**Ишемическая болезнь сердца и гипертоническая болезнь:
особенности нарушения центральной гемодинамики**

Проведено комплексное инструментальное обследование больных железнодорожников с гипертонической болезнью и гипертонической болезнью в сочетании с ишемической болезнью сердца (стенокардия напряжения). Выявлены характерные особенности нарушения центральной гемодинамики для каждой из групп.

S.V. Shut, N.I. Chekalina, T.A. Tribrat, N.Yu. Shapovalenko

**Ischemic heart disease and arterial hypertension:
the features of central haemodynamic disorders**

The complex instrumental investigation of the railwaymen with arterial hypertension (AT) and AT combined with ischemic heart disease (angina of effort) has been carried out. The specific peculiarities of the central haemodynamic disorders for each group have been revealed.

