

*Медицинские науки***ОСОБЕННОСТИ МОРФО-  
ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ  
МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ  
И ДИЛАТАЦИОННОЙ  
КАРДИОМИОПАТИЕЙ**

Дюжиков А.А., Терентьев В.П., Булгакова Н.М.  
*Областной центр сердечно-сосудистой хирургии  
Ростов-на-Дону, Россия*

Целью работы явилось выработать дифференциально-диагностические критерии ишемической и дилатационной кардиомиопатии путем сравнительного анализа морфофункционального состояния миокарда по данным эхокардиографии (ЭхоКГ).

В исследование включено 67 больных с ишемической кардиомиопатией (ИКМП) (46 мужчин и 21 женщина) и 51 пациент с дилатационной кардиомиопатией (ДКМП) (34 мужчин и 17 женщин). Средний возраст больных с ИКМП составил  $70,1 \pm 1,2$  года, а с ДКМП –  $33,6 \pm 1,4$  лет. Длительность ишемического поражения миокарда у больных с ИКМП составляла 3-6 лет. Геометрические, структурные и гемодинамические характеристики ЛЖ изучали методом ЭхоКГ.

У больных с ДКМП отмечалось прогрессирующее увеличение размеров полости левого желудочка (ЛЖ) по мере нарастания сердечной недостаточности (СН). При этом происходило увеличение размеров полостей ЛЖ при небольшом увеличении или отсутствии увеличения толщины стенок ЛЖ. У больных с ИДКМ отмечали менее выраженный характер ремоделирования миокарда: умеренное увеличение размеров полости ЛЖ по мере прогрессирования СН, наличие гипертрофии стенок ЛЖ. Так, толщина миокарда ЛЖ у больных ИКМП была на 27,7% больше ( $1,29 \pm 0,06$  см), чем соответствующий показатель у пациентов с ДКМП ( $1,01 \pm 0,02$  см). При анализе результатов исследования внутрисердечной гемодинамики обращало на себя внимание то, что линейный размер аорты у больных ИКМП ( $3,72 \pm 0,08$  см) был на 36,3% больше, чем в группе с ДКМП ( $2,73 \pm 0,05$  см). У больных двух изучаемых групп с нарастанием СН отмечалось уменьшение индекса эксцентricности с изменением формы ЛЖ от эллипсоидной к более сферичной. Однако, при ДКМП уменьшение индекса эксцентricности было более значительным, чем при ИКМП. Сравнительное изучение структурно-функциональной взаимосвязи правого желудочка (ПЖ) и ЛЖ показало существенно большую дилатацию ПЖ у больных с ДКМП. У больных ДКМП коэффициент отношения значений конечного диастолического объема ПЖ и ЛЖ составил  $1,12 \pm 0,04$ , а у пациентов с ИКМП –  $0,61 \pm 0,01$ .

Эти данные позволяют говорить о нарастании СН по большому кругу кровообращения при ДКМП с симптоматикой правожелудочковой

недостаточности и относительно меньшей выраженности признаков левожелудочковой недостаточности. При ИКМП отмечается преимущественная симптоматика левожелудочковой недостаточности.

**ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО  
ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ  
КАРДИОМИОПАТИИ РАЗЛИЧНОЙ  
СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ**

Дюжиков А.А., Терентьев В.П., Булгакова Н.М.  
*Областной центр сердечно-сосудистой хирургии  
Ростов-на-Дону, Россия*

Целью работы явилось выявление особенностей структурно- функциональных показателей левого желудочка (ЛЖ) при ишемической кардиомиопатии (ИКМП) различной степени тяжести.

В исследование включено 67 больных с ИКМП (46 мужчин и 21 женщина). Средний возраст больных с ИКМП составил  $70,1 \pm 1,2$  года. Длительность ишемического поражения миокарда у больных с ИКМП составляла 3-6 лет. Геометрические, структурные и гемодинамические характеристики ЛЖ изучали методом ЭхоКГ.

У больных с ИКМП отмечалась эксцентрическая гипертрофия ЛЖ: показатели массы миокарда ЛЖ увеличены, а относительная толщина задней стенки менее 0,45 мм. Особенности эхокардиографических показателей при ИКМП были следующими: конечно-диастолический размер (КДР) ЛЖ - более 52 мм, конечно-диастолический объем (КДО) ЛЖ – более 133 мл, индекс массы миокарда (ИММ) ЛЖ – более  $140 \text{ г/м}^2$ , фракция выброса (ФВ) - менее 50%, фракция укорочения волокон миокарда (FS) – менее 23%, индекс локальной сократимости (ИЛС) – более 1,3. Выраженное снижение сократимости ЛЖ (ФВ менее 30%) рассматривали как тяжелую форму ИКМП. При тяжелой форме ИКМП изменение эхокардиографических показателей имело следующую закономерность: КДР ЛЖ превышал 64 мм. КДО ЛЖ имел большую 218 мл величину, ИММ был более  $190 \text{ г/м}^2$ , ФВ и FS снижались, соответственно, менее 22% и 19%, ИЛС превышал 1,6.

При изучении параметров диастолической функции ЛЖ выявлено достоверное снижение отношения максимальной скорости раннего (Е) и позднего (А) наполнения ЛЖ - Е/А ( $0,94 \pm 0,03$ ) у пациентов с ИКМП с ФВ больше 40% по сравнению с таковым у здоровых людей и у больных с ИКМП, но с ФВ менее 40%. У больных с ИКМП с ФВ менее 30% выявлено значительное и достоверное увеличение скорости наполнения ( $110,4 \pm 9,4 \text{ см/с}$ ) в ранней и снижение в поздней диастоле ( $40,7 \pm 3,8 \text{ см/с}$ ). То есть, трансмитраль-