

Шкробот С.І., Сохор Н.Р., Салій З.В., Бударна О.Ю., Мілевська-Вовчук
Л.С., Мисула М.С., Салій М.І.

ЛАКУНАРНИЙ ІНСУЛЬТ: ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ МОРФОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ СЕРЦЯ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я.
Горбачевського МОЗ України»

Морфометричні показники серця та центральної гемодинаміки проаналізовано у 122 хворих з ЛІ за допомогою ЕхоДКГ на апараті «Biomedica» (Японія) згідно з рекомендаціями ASE, 2005. Визначали: товщину задньої стінки лівого шлуночка (ЗСЛШ) і міжшлуночкової перегородки (МШП); кінцево-сistolічний і кінцево-діастолічний розміри ЛШ (КСР та КДР). У В-контрольованому М-режимі отримано розрахункові показники: фракцію викиду (ФВ) за Simpson, кінцевий систолічний і діастолічний об'єми (КСО та КДО) ЛШ, відносну товщину міокарда (ВТМ), масу міокарда лівого шлуночка (ММЛШ) за формулою ASE та індекс ММЛШ (ІММЛШ). Визначали тип геометрії ЛШ та показники центральної гемодинаміки: УО, ХОК, серцевий індекс (СІ). Діастолічну дисфункцію (ДД) ЛШ оцінювали за показниками трансмітрального діастолічного кровотоку і в режимі імпульснохвильового тканинного доплера на рівні мітрального фіброзного кільця. Досліджувалися пацієнти двох вікових категорій: 45-59 р. (І вікова група) і 60-74 р. (ІІ вікова група).

Встановлено, що у хворих з ЛІ достовірно більша товщина ЗСЛШ та МШП у порівнянні з КГ ($p < 0,05$). Гіпертрофія ЛШ та МШП виявлена у 109 (89,3 %) хворих. КДР, КСР КДО та КСО ЛШ достовірно не відрізнялися від значень КГ. У 107 (87,7 % хворих з ЛІ порожнина ЛШ була нормальних розмірів, у 15 (12,3 %) – дилятованою. Розширення ПШ спостерігалось у 12 (9,8 %), ПП - у 9 (7,4 %) пацієнтів. У 18 (14,7 %) виявлена гіпертрофія стінки ПШ. ФВ достовірно не відрізнялася від показників КГ. У 107 (87,7 %) пацієнтів ФВ становила більше 55 %. Зони локального гіпокінезу в МШП та ЗСЛШ виявлено у 12 (9,8 %) хворих, дифузний гіпокінез зі зниженою глобальною скоротливою здатністю ЛШ - у 7 (5,7 %), систоло-діастолічна дисфункція - у 4 (3,3 %)

хворих. ВТС ЛШ, ММЛШ та ІММЛШ були достовірно вищими у порівнянні з КГ. Нормальна геометрія серця спостерігалася в 17 (13,9 %) – хворих, у 105 (86,1 %) виявлено патологічне ремоделювання ЛШ: концентрична гіпертрофія – у 96 (76,6 %), ексцентрична гіпертрофія – у 10 (8,2 %) та концентричне ремоделювання ЛШ – у 9 (7,4 %) хворих. Показники УО та ХОК достовірно не відрізнялися від значень КГ. Значення СІ – були достовірно нижчими, ніж у КГ. ЛІ у 82 (67,2 %) хворих виникав на фоні гіпокінетичного, в 40 (32,8 %) пацієнтів – еукінетичного типу центральної гемодинаміки. У 106 (86,9 %) хворих діагностовано ДД за релаксацийним типом. Максимальна швидкість кровотоку раннього діастолічного наповнення (Е) та пізнього діастолічного наповнення (А) у пацієнтів з ЛІ достовірно відрізнялися від показників КГ. Співвідношення Е/А були достовірно нижчими у порівнянні з КГ. Виявлено достовірно нижчі величини індексу V_e/V_a по відношенню до значень КГ.

Встановлено, що у хворих 45-59 р. ЛІ виникає на фоні більш вираженої гіпертрофії ЛШ у порівнянні з пацієнтами 60-74 р. Виявлено достовірно більшу товщину ЗСЛШ та МШП та більшу ВТМ ЛШ у хворих I вікової групи у порівнянні з II віковою групою. Також у пацієнтів 45-59 р. спостерігався достовірно вищий ІММЛШ. У хворих 60-74 р. виявлено вищі значення параметрів центральної гемодинаміки (УО, ХОК, СІ) у порівнянні з I віковою групою, проте достовірна відмінність спостерігалася лише між значеннями ХОК. У пацієнтів 45-59 р. виявлено достовірно вищі значення V_e/V_a – $(0,53 \pm 0,04)$ по відношенню до пацієнтів 60-74 р. – $(0,44 \pm 0,03)$.

Встановлено, що при тяжкому ЛІ по відношенню до хворих з легким інсультом була достовірно більша товщина ЗСЛШ та МШП, що свідчило про більш тривалу ГХ в анамнезі. Також у хворих з тяжким ЛІ відмічалися достовірно більші розміри ЛП та передньо-задній розмір ПШ у порівнянні з легким та ЛІ середнього ступеня тяжкості. При тяжкому ЛІ достовірно знижувалася ФВ у порівнянні з хворими з легким та середньотяжким інсультом. У всіх пацієнтів з тяжким ЛІ ФВ становила менше 55 %. При тяжкому ЛІ виявлялися достовірно нижчі показники СІ (у всіх пацієнтів даної групи спостерігався гіпокінетичний тип гемодинаміки) ($p < 0,05$).

Проведений кореляційний аналіз виявив достовірну залежність між співвідношенням V_e/V_a з тяжкістю ЛП на 1-шу добу II ($r=-0,57$, $p=0,009$).

Таким чином, у гострому періоді ЛП виявлено наступні особливості морфометричних показників серця: помірна та виражена гіпертрофія ЛШ у поєднанні переважно з нормальними розмірами порожнини серця. У 87,7 % пацієнтів спостерігалася збережена ФВ, незначно знижений УО та ХОК. У 86,1 % пацієнтів з ЛП зустрічалося патологічне ремоделювання ЛШ, переважно у вигляді концентричної гіпертрофії ЛШ – у 96 (76,6 %) хворих. У 86,9 % пацієнтів спостерігалися ознаки ДД ЛШ за релаксаційним типом.

Відомості про авторів:

1. Д.м.н., проф. Шкробот Світлана Іванівна. Адреса: м. Тернопіль, вул. Франка, 19/6. Тел. 43-57-74
2. Д.м.н. доц. Сохор Н.Р. Адреса: м. Тернопіль, вул. Лучаківського 3/24. Тел. 43-57-74
3. К.м.н. доц. Салій З.В. Тернопільський район, с. Гаї Шевченківські. вул. Стефаника 6. Тел. 43-57-74
4. К.м.н. доц. Мілевська-Вовчук Л.С. Адреса: м. Тернопіль, вул. Липова 27/16
5. К.м.н., доц. Бударна О.Ю. Адреса: м. Тернопіль, вул. Барвінських 6/14
6. К.м.н. Мисула М.С. Адреса: м. Тернопіль, вул. Крушельницької, 7/25
7. Ас. Салій М.І. Тернопільський район, с. Гаї Шевченківські. вул. Стефаника 6