

Загальний холестерин був $6,0 \pm 0,242$ vs $5,856 \pm 0,126$ ммоль/л; тригліцериди $1,422 \pm 0,149$ vs $2,119 \pm 0,168$ ммоль/л; ліпопротеїди низької щільності $4,196 \pm 0,196$ vs $3,967 \pm 0,243$ ммоль/л; ліпопротеїди високої щільності $1,418 \pm 0,058$ vs $1,322 \pm 0,055$ ммоль/л; коефіцієнт атерогенності $3,438 \pm 0,198$ vs $3,5 \pm 0,261$ в ОГ та КГ відповідно. Не було виявлено статистично значущої різниці між показниками обох груп, за винятком рівня тригліцеридів ($p < 0,05$).

ВИСНОВКИ

1. Хоча показники ліпідограми не досягли статистично значущої різниці між групами, відповідно до прийнятих рекомендацій рівні загального холестерину, ліпопротеїдів низької щільності, коефіцієнту атерогенності мають менші допустимі граничні межі для хворих на гіпертонічну хворобу III стадії (ОГ), ніж у КГ.

Достовірно більші показники атеросклеротичних змін в ОГ порівняно з КГ свідчать, що при структурних та гемодинамічних особливостях МАШ у хворих з ГХ, ускладненою ГІ, при подібних показниках ліпідограми до КГ існує пришвидшене прогресування атеросклерозу МАШ внаслідок сповільнення кровотоку зі сприятливими умовами для його турбулентності.

2. Як відомо, прогресування атеросклерозу МАШ пов'язано з вищим ризиком розвитку ішемічного інсульту. Отже, для якнайдовшого збереження залишкової працездатності хворим з ГХ, ускладненою ГІ, треба проводити ультразвукове дослідження МАШ з визначенням показників ліпідограми для корекції останніх зміною способу життя, а при недосягненні рекомендованих протоколами показників – фармакологічно.



УДК 616.12-008.331.1-008:622-057.2

*С.О. Шейко,
А.М. Василенко,
Н.О. Колб*

ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СЕРЦЯ В ГІРНИКІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
вул. В. Вернадського, 9, Дніпро, 49044, Україна
SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»
V. Vernadsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine
e-mail: dsma@dsma.dp.ua*

Артеріальна гіпертензія (АГ) залишається одним з найпоширеніших захворювань серцево-судинної системи в Україні, яке значно погіршує прогноз виживання таких хворих, супроводжується збільшенням витрат на лікування та частоти госпіталізацій. Близько третини дорослих старших за 25 років та 90% осіб старших за 80 років у світі страждають від АГ, і кількість цих хворих невідомо зростає (Корж А.Н., 2015). Експерти Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ) вважають АГ найбільш значущою причиною смертності та інвалідності поміж усіх серцево-судинних захворювань (СЗ) (Сіренко Ю.М., 2015).

Поширеність АГ серед робітників гірничорудної промисловості становить 30,4%. цього контингенту хворих спостерігається прогресуючий характер захворювання з відносно більш частим розвитком тяжких ускладнень, які призводять до втрати працездатності та смертності в молодому віці.

Мета роботи – вивчити структурно-функціональні особливості гіпертензивного серця у гірників з артеріальною гіпертензією різних професійних груп.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ
Обстежено 277 гірників з АГ. 30 практично здорових чоловіків, які не працюють у шкідливих умовах, склали контрольну групу 1. 30 практично здорових гірників підземних професій склали контрольну групу 2. Вік обстежених становив 30-49 років. Термін роботи в підземних умовах – 10 і більше років. Проводили загальноклінічне обстеження гірників та такі

інструментальні методи, як електрокардіографію (ЕКГ), ехокардіографію (Ехо КГ), велоергометрію (ВЕМ). Структурно-функціональний стан лівого шлуночка (ЛШ) вивчали згідно з Фремінгемськими критеріями, аналізуючи індекс маси міокарда лівого шлуночка (ІММЛШ, г/м²) та відносну товщину стінок ЛШ (ВТСЛШ).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Структурно-функціональний стан серця в здорових гірників підземних професій та гіпертензивного серця (ГС) у гірників різних професійних груп представлений різними варіантами геометрії ЛШ: нормальною геометрією, концентричним ремоделюванням, концентричною та ексцентричною ГЛШ. У контрольній групі здорових чоловіків ІМЛШ та ВТСЛШ відповідно становили $93,7\% \pm 1,27$ г/м² і $0,41 \pm 0,01$. У групі здорових гірників ІМЛШ становив $117,6 \pm 8,51$ г/м², а ВТСЛШ – $0,44 \pm 0,01$. Ці дані свідчать про переважаючий розвиток у них концентричного ремоделювання, а в 25% здорових гірників – фізіологічної гіпертрофії ЛШ. На відміну від патологічної ГЛШ, фізіологічна «робоча» гіпертрофія не супроводжується формуванням діастолічної його дисфункції та має, переважно, концентричний та нормостресовий характер. В основній групі переважає розвиток концентричної ГЛШ (86,0%). При розвитку концентричної ГЛШ у гірників реєстрували значно більші значення ІМЛШ порівняно з такими – при ексцентричній її формі. Формування концентричної гіпертрофії та концентричного ремоделювання супроводжується діастолічною дисфункцією ЛШ. У гірників поверхневої групи, по мірі прогресування АГ, реєстрували зростання частоти ексцентричної ГЛШ (35,0% - у хворих на ГХ II стадії). При формуванні ексцентричної ГЛШ ІМЛШ був помірно збільшеним. Частіше діагностували змішану (діастоло-систолічну) дисфункцію ЛШ та зниження фракції викиду ЛШ з клінічними симптомами серцевої недостатності. Як особливу форму ексцентричної ГЛШ, у 4,35% гірників діагностували асиметричну ГЛШ.

У 80,7% гірників має місце концентричний структурно-функціональний тип ГС серця, в основі якого лежить розвиток концентричної ГЛШ та концентричного ремоделювання ЛШ. У 19,3% гірників реєстрували ексцентричний тип ГС, в основі якого лежить розвиток ексцентричної ГЛШ. У 85,5% гірників з ГС реєстрували діастолічну дисфункцію ЛШ.

Виділено три стадії ГС у гірників: I стадія характеризується концентричною гіпертрофією та концентричним ремоделюванням ЛШ, збільшенням кінцево-діастолічного розміру лівого передсердя до 3,5 см та ознаками діастолічної дисфункції ЛШ; II стадія відзначається концентричною гіпертрофією ЛШ, збільшенням кінцево-діастолічного розміру до 4 см та зниженням компенсаційних можливостей лівого передсердя, розвитком діастолічної дисфункції ЛШ та ознаками діастолічної дисфункції правого шлуночка; III стадія ГС характеризується концентричною або ексцентричною гіпертрофією ЛШ, збільшенням кінцево-діастолічного розміру лівого передсердя до 5,0 см, клінічними проявами діастоло-систолічної серцевої недостатності.

ВИСНОВКИ

1. Особливістю гіпертензивного серця в гірників підземних професій є розвиток його на фоні фізіологічної «робочої» гіперфункції та гіпертрофії ЛШ.

2. У гірників визначені такі структурно-функціональні типи гіпертензивного серця: концентричний – у 80,7% та ексцентричний – у 19,3%.

3. Ранні стадії формування гіпертензивного серця характеризуються гіперфункцією лівого передсердя, яка компенсує діастолічну дисфункцію ЛШ. На ранніх стадіях гіпертензивного серця в гірників формується діастолічна дисфункція ЛШ, яка на пізніх стадіях трансформується в діастолічну серцеву недостатність з подальшим приєднанням систолічної серцевої недостатності.

