

Таблица 2 — Результаты анкетирования по шкалам опросника SAQ

	Среднее значение, %	Наибольшее значение, %	Наименьшее значение, %
PL	65,38	86	40
AS	62,09	100	0
AF	47,74	100	0

Согласно вышеприведенных значений качество жизни более высокого уровня у исследуемых пациентов наблюдалось по критериям переносимости физических нагрузок (PL) и стабильности ангинозных приступов (AS), составляя в среднем более 50 %. При этом, шкала оценки ограничения физических нагрузок (PL) не показала снижение качества жизни и в крайних случаях составляла не менее 40 %. Возможно, это связано с этапом, когда пациенты поступают на оперативное вмешательство. Как правило, у пациентов есть анамнез, включающий период адаптации к заболеванию, в том числе, вероятно, формирование механизма ишемического прекондиционирования. А вот частота приступов (AF) была тем критерием, который все же снижал средний уровень качества жизни до 47,74 %.

#### **Выводы**

1. В среднем возрастном диапазоне (51–65 лет) исследуемых пациентов значительно преобладали пациенты мужского пола (86,6 %).

2. Согласно анкетированию пациентов, с помощью опросника SAQ, были получены средние значения по шкале PL — 65,38 %, AS — 62,09 %, AF — 47,74 %.

Опросник SAQ позволяет объективно оценить качество жизни пациента, связанное с переносимостью физической нагрузки и выраженностью клинических проявлений стенокардии. Полученный результат опросника, как индивидуальная реакция человека, может широко применяться в клинической практике с целью дополнительной оценки объективных методов исследования и динамического контроля за проводимым лечением пациентов с ИБС.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Ишемическая болезнь сердца: учебное пособие / В. Н. Абросимов [и др.]; Ряз. гос. мед. ун-т им. акад. И. П. Павлова. — Рязань, 2015. — 209 с.
2. Development and Validation of a Short Version of the Seattle Angina Questionnaire / Paul S. Chan, MD, MSc [et al.]. // *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. — 2014. — P. 640–647.
3. Макаревич, А. Э. Внутренние болезни: учебное пособие. В 3 т. / А. Э. Макаревич. — Минск: Выш. школа, 2008. — 543 с.

**УДК 616.127:616.13/.14**

### **ОЦЕНКА ГИПЕРТРОФИИ И ТИПА РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

**Изох К. М.**

**Научные руководители: старший преподаватель кафедры З. В. Грекова;  
к.м.н. доцент Е. Г. Малаева**

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

По данным Фремингемского исследования гипертрофия миокарда левого желудочка (ГМЛЖ) встречается у 16 % мужчин и 19 % женщин в возрасте до 70 лет, а в возрасте старше 70 лет — у 33 и 49 % соответственно [1]. ГМЛЖ ассоциируется с увеличением риска внезапной смерти, частыми нарушениями желудочкового ритма, развитием мерцательной аритмии [2]. Распространенность факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у лиц с диагностированной ГМЛЖ диктует необходимость установления среди них предикто-

ров с определением их вклада в ремоделирование сердечной мышцы с целью проведения своевременных профилактических мероприятий [3].

**Цель**

Оценить наличие гипертрофии и типа ремоделирования левого желудочка у пациентов с ССЗ.

**Материал и методы исследования**

Проведено ретроспективное исследование историй болезни 30 пациентов кардиологического отделения У «ГОККЦ» с июля по ноябрь 2020 г. Проанализированы данные электрокардиографических (ЭКГ) и эхокардиографических (ЭХО-КГ) исследований. Оценка типа ремоделирования миокарда левого желудочка (ЛЖ) проводилась с использованием показателя относительной толщины миокарда ЛЖ, рассчитанного по формуле: относительная толщина миокарда (ОТМ) = толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) + толщина задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) / конечный диастолический размер (КДР). Статистическая обработка полученных данных выполнена при помощи компьютерных программ «Statistica» 8.0 (StatSoft, USA) и «Microsoft Excel» 2013. Статистически значимыми считались различия при достигнутом уровне значимости (p) < 0,05. М — выборочное среднее.

**Результаты исследования и их обсуждение**

Исследуемую группу составили 30 пациентов с различными ССЗ в анамнезе. Из них 14 (47 %) женщин, средний возраст которых составил 66,8 ± 11 лет и 16 (53 %) мужчин, средний возраст — 58,3 ± 13 лет. Структура имеющихся ССЗ представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Структура сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с ГМЛЖ

Соматическая патология пациентов	Мужчины, n=16	Женщины, n=14
Ишемическая болезнь сердца:		
— стенокардия;	2 (12,5 %)	6 (42,9 %)
— атеросклеротический;		
— кардиосклероз;	12 (75 %)	9 (64,3 %)
— постинфарктный кардиосклероз;	1 (6,3 %)	3 (21,4 %)
— фибрилляция предсердий	9 (56 %)	9 (64,3 %)
Сердечная недостаточность		
— функциональный класс I (по NYHA)	3 (25 %)	2 (22 %)
— функциональный класс II (по NYHA)	9 (75 %)	7 (78 %)
Артериальная гипертензия		
I степени	11 (68,8 %)	12 (85,7 %)
II степени	1 (9,1 %)	1 (8,4 %)
III степени	8 (72,7 %)	4 (33,3 %)
	2 (18,2 %)	7 (58,3 %)

У мужчин с ССЗ преимущественно диагностировались: атеросклеротический кардиосклероз (75 % — 12 мужчин), артериальная гипертензия II степени (72,7 % — 8 мужчин), сердечная недостаточность ФК II (по NYHA) (75 % — 9 мужчин), фибрилляция предсердий (56 % — 9 мужчин).

У женщин с ССЗ наиболее часто выявлялись: атеросклеротический кардиосклероз (64,3 % — 9 женщин), фибрилляция предсердий (64,3 % — 9 женщин), сердечная недостаточность ФК II (по NYHA) (78 % — 7 женщин), артериальная гипертензия III степени (58,3 % — 7 женщин).

Избыточная масса тела (25–29 кг/м<sup>2</sup>) встречалась у 2 (12,5 %) мужчин и 3 (21,4 %) женщин, а нарушение жирового обмена (НЖО) у 9 (56,3 %) мужчин и 10 (71,4 %) женщин.

• НЖО 1 степени (30–34 кг/м<sup>2</sup>) выявлено у 7 (77 %) мужчин, у 7 (70 %) женщин;

- НЖО 2 степени (35–39 кг/м<sup>2</sup>) — у 2 (23 %) мужчин, у 2 (20 %) женщин;
- НЖО 3 степени (40 кг/м<sup>2</sup> и выше) — у 1 (10 %) женщины.

Результаты заключений ЭХО-КГ пациентов с ССЗ проанализированы в таблице 2.

Таблица 2 — Количественные показатели ЭХО-КГ у пациентов с ГМЛЖ, Ме (25 %; 75 %).

Показатель	Мужчины, n = 16	Женщины, n = 14
КДР ЛЖ, мм	48,5 (43,5; 53)	46 (43;53)
ТМЖП, мм	12 (12; 13)	13 (12;14)
ТЗСЛЖ, мм	12 (11; 13)	13 (11;13)
Масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ), г	271,66 (242,43; 297,87)	268,68 (233,75; 322,42)
Индекс ММЛЖ, г/м <sup>2</sup> (у мужчин >115 г/м <sup>2</sup> , у женщин >95 г/м <sup>2</sup> )	127,46 (119,16; 131,51)	123,64 (113,78; 131,07)
Фракция выброса ЛЖ, %	55 (47,5; 64,5)	58,5 (56; 64)

У всех исследуемых пациентов показатель ИММЛЖ был выше нормальных значений, что свидетельствует о наличии гипертрофии миокарда левого желудочка у всех пациентов.

Используя полученные данные, формулу ОТМ и ИММЛЖ был определен характер ГМЛЖ. Выявлено 2 типа ремоделирования ЛЖ: концентрическая и эксцентрическая гипертрофии ЛЖ (таблица 3).

Таблица 3 — Типы ремоделирования ЛЖ у мужчин и женщин

Тип ремоделирования ЛЖ	Мужчины, n = 16	Женщины, n = 14
Концентрическая гипертрофия миокарда ЛЖ, %	14 (87,5 %)	13 (92,9 %)
Эксцентрическая гипертрофия миокарда ЛЖ, %	2 (12,5 %)	1 (7,1 %)

У 14 (87 %) мужчин и 13 (92,2 %) женщин выявлена концентрическая ГЛЖ. Эксцентрическая ГЛЖ выявлена у 2 (12,5 %) мужчин и у 1 (7,1 %) женщин.

### Выводы

1. Гипертрофия миокарда левого желудочка, по данным эхокардиографии, выявлена у всех пациентов (как мужчин, так и женщин) с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

2. Как у мужчин, так и у женщин с гипертрофией миокарда левого желудочка в структуре сердечно-сосудистых заболеваний преобладали: ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, сердечная недостаточность ФК I и II классов по NYHA.

3. Избыточная масса тела выявлена у 12,5 % мужчин и 21,4 % женщин, а нарушение жирового обмена у 56,3 % мужчин и 71,4 % женщин.

4. Концентрическая гипертрофия миокарда левого желудочка была выявлена у 92,2 % женщин и 87,5 % мужчин. Эксцентрическая гипертрофия миокарда левого желудочка — у 7,1 % женщин и 12,5 % мужчин.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Гипертрофия левого желудочка сердца: диагностика, последствия и прогноз: сб. науч. ст. / Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова; науч. ред. О. В. Ускова. — М., 2002. — С. 4–8.
2. Ишемическая болезнь сердца: учеб. пособие / В. Н. Абросимов [и др.]. — Рязань: Рязан. гос. мед. Ун-т им. И. П. Павлова, 2015. — С. 27.
3. Национальные рекомендации «Кардиоваскулярная профилактика 2017» / С. А. Бойцов [и др.]. — М.: Российское кардиологическое общество, 2017. — С. 3.
4. Хроническая сердечная недостаточность: учеб.-метод. пособие / А. Н. Цырульникова [и др.] // Гомель: ГомГМУ, 2015. — С. 39.