

Комментарий к статье

Оценка сократительной и насосной функции миокарда у пациентов с митральной недостаточностью рутинными методами эхокардиографии до сих пор остается камнем преткновения для диагностов. Все более широкое внедрение в клиническую практику таких ультразвуковых технологий, как тканевая доплерокардиография и speckle tracking дает возможность оценки функции левого желудочка, опирающуюся на совершенно иной физиологический базис. В конечном счете напряжение стенки желудочка и ее способность к расслаблению являются фундаментом для формирования сердечного выброса.

В статье, представленной сотрудниками Пермского центра сердечно-сосудистой хирургии, авторы поставили перед собой задачу оценить влияние умеренной митральной регургитации у больных с ишемической болезнью сердца на систолическую функцию левого желудочка. Наряду с традиционными показателями ФВ и ударного объема ЛЖ, они оценивали глобальную продольную систолическую деформацию и амплитуду движения латеральной части фиброзного кольца митрального клапана в двух группах пациентов. Первую группу составили пациенты, которым было выполнено аортокоронарное шунтирование, а во 2-ю группу вошли больные, у которых реваскуляризация была дополнена митральной аннулопластикой. Результатами их исследований была положительная динамика продольной систолической деформации и увеличение амплитуды движения фиброзного кольца митрального клапана. При этом у пациентов, которым была выполнена коррекция митральной регургитации, отмечается снижение ФВ ЛЖ как в раннем, так и среднеотдаленном периодах наблюдения. Авторы делают вывод, что оценка ФВ ЛЖ методом Simpson не является точным маркером систолической функции и показатели систолической деформации более объективно отражают функциональный потенциал ЛЖ.

Возникает ряд вопросов. В многочисленных исследованиях была выявлена высокая корреляция показателей деформации миокарда, амплитуды движения фиброзного кольца и ФВ ЛЖ. Авторы объясняют снижение ФВ у этих пациентов уменьшением КДО ЛЖ в результате снижения преднагрузки. Здесь, по-видимому, они опираются на закон Франка–Старлинга. Однако всегда ли работает этот закон при патологических изменениях миокарда? Гетерогенность миокарда, различная степень выраженности фиброзных изменений в стенке ЛЖ могут исказить принцип «чем больше растяжение волокна, тем больше его сокращение».

Оценка глобальной продольной систолической деформации дает общее представление о сократительной способности миокарда. Известно, что при имплантации в митральную позицию протезов и опорных колец снижается скорость и деформация базальных сегментов межжелудочковой перегородки, что, по-видимому, связано с ограничением подвижности фиброзного кольца. Любое нарушение вызывает ответную компенсаторную реакцию и при сохранном миокарде мы нередко наблюдаем относительный гиперкинез заднебоковой стенки левого желудочка. Таким образом, сохраняется общий сердечный выброс. Изучение сегментарной деформации, вероятно, дало бы нам более адекватное представление о нарушениях систолической функции левого желудочка. Кроме того, изучая влияние митральной регургитации и ее хирургической коррекции на систолическую функцию миокарда, целесообразно учитывать диастолическую функцию левого желудочка как в до-, так и в послеоперационном периоде.

Статья, представленная пермскими авторами, безусловно, представляет интерес, тем более что те вопросы, которые в ней подняты, являются стимулом к дальнейшим исследованиям в этом направлении.

*Т.В. Машина, ст. научн. сотр.
НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН*