

# **ПОКАЗАТЕЛИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НА ФОНЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА**

**Мирзалиева Анора, магистр 3 курса по специальности  
Кардиология**

**Атхамбаева Дилафруз, 310 группа факультет 2 педиатрии и  
медицинской биологии**

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Карабекова Б.А.  
ТашПМИ, кафедра клинической фармакологии и ВОП терапии**

**Актуальность:** В последнее десятилетие теория патофизиологии ХСН обогатилась новыми знаниями. При абдоминального ожирения в сочетании с дислипидемией, являющиеся основными проявлениями МС, увеличение индекса массы тела как у мужчин, так и у женщин сопровождается повышением риска развития ХСН, а увеличение глюкозы крови всего на 1% ассоциировано с увеличением риска развития ХСН в 2-4 раза.

**Цель:** изучение роли комбинированной терапии метаболического синдрома и базисной фармакотерапии ХСН, включающий периндоприл, бисопролол и спиронолактон у больных с МС.

**Материал и методы:** В исследование были включены 197 больных мужского пола с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) II-III ФК, с постинфарктным кардиосклерозом. В зависимости от компонентов МС выделены 3 группы больных: 1 группа (n=57), больные без МС; 2 группа (n=69) больные с различной комбинацией дислипидемии с абдоминальным ожирением (АО). АГ и гипертриглицеридемией (ГТГ); 3 группа (n=71) больные с различной комбинацией дислипидемии (ДЛП) и сахарного диабета 2-го типа (СД) с АО, АГ и гипертриглицеридемией.

Все больные в течение трёх месяцев принимали стандартную терапию ХСН, включающее периндоприл (2-4мг /сут), бисопролол (50-10мг/сут). Вторая и третья группы разделены на две подгруппы А и Б. Вторая и третья Б группы кроме стандартной терапии ХСН включающее ингибиторы АПФ (периндоприл), селективного в- адреноблокатора (бисопролол) и антогониста альдостерона (спиронолактон) в течение трёх месяцев дополнительно принимали ингибиторы ГМГ -Ко редуктазы-статины (аторвастатин) по 10 мг/сут. 3Б группа принимала бигуаниды (метформин 500мг/2 раза в сутки).

**Результат и обсуждение:** У больных без МС ММЛЖ составила 212,8г. Данный показатель во 2-ой группе превышал на 12,0%, а в 3-ей группе на 34,6% .В результате трехмесячной стандартной терапии ХСН ММЛЖ снизилась во 2-ой группе на 14,0% и в 3-ей группе на 13% .  
Дополнительное назначение статинов к базисной терапии -  
увеличила эффективность лечения во 2Б группе до 18,6% , а в 3Б группе до 21,4%. В 3Б группе в результате лечения, включающий бигуанид, через 6 месяцев анализируемая динамика достигает 29,9%. Аналогичная динамика прослеживается и со стороны ИММЛЖ. Достигнуты различные результаты по снижению данного показателя в зависимости от проводимого лечения. Если во 2А группе различие по ИММЛЖ в сравнение с 1-ой группой с 10,5% до лечения снизилась до 7,1% то после лечения, то во 2Б группе эти показатели составили 13,0% и 2,6%, в 3А-32,0% и 26,7%, в 3Б-37,1% и 20,4% соответственно, а также 14,0% в 3Б группе через 6 месяцев. Уменьшение степени гипертрофии ЛЖ наиболее было выражено у больных, которые дополнительно к базисной терапии принимали статины и бигуаниды, свидетельством чему наряду с динамикой ММЛЖ и ИММЛЖ является статистически достоверное уменьшение ТМЖП и ОТС во 2Б и 3Б группах.

**Выводы:** 1.Развитие ХСН на МС характеризуется более выраженными проявлениями постинфарктного ремоделирования и нарушения функций ЛЖ, что наиболее было выражено при сочетании СД2 с ДЛП, АГ, АО и ГТГ.  
2. Базисная терапия ХСН, у больных с МС характеризуется сравнительно низкой антиремоделирующей эффективностью.

3. Сочетание трехмесячной стандартной терапии ХСН со статинами при наличии у больных ДЛП+АО-АГ+ГТГ, а также и метформином при ДЛП+АО-АГ+ГТГ+СД2 увеличивает антимоделирующую эффективность проводимой базисной терапии больных с ХСН.

**Список литературы:**

1. Мухитдинова, Х. Н., Сатвалдиева, Э. А., Хамраева, Г. Ш., Турсунов, Д. К., & Алаутдинова, Г. И. (2019). Влияние тяжелой черепно-мозговой травмы на сердечный ритм у детей. Вестник экстренной медицины, 12(2), 50-54.
2. Агзамх0Джаев, Т. С., Юсупов, А. С., Файзиев, О. Я., & Маматкул0В, И. А. (2016). вариабельность сердечного ритма в период индукции в наркоз при проведении абдоминальных операций у детей. Вестник экстренной медицины, (4), 24-26.
3. Мищенко, Т. С., and И. В. Здесенко. "Терапевтические возможности коррекции венозных нарушений при дисциркуляторной энцефалопатии." Международный неврологический журнал 2 (56) (2013): 141-146.
4. Блинов, Д. В. "Пациенты с неврологическими расстройствами: обоснование необходимости фармакоэкономической оценки оптимизации затрат на ведение с использованием нейроспецифических белков в качестве маркеров повышения проницаемости гематоэнцефалического барьера." ФАРМАКОЭКОНОМИКА. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология 7.1 (2014): 40-45.
5. Барулин, Александр Евгеньевич, О. В. Курушина, and А. Е. Пучков. "Вертебро-базилярная недостаточность." Вестник Волгоградского государственного медицинского университета 3 (51) (2014): 3-8.
6. Камчатнов, Павел Рудольфович, and Александр Вильмирович Чугунов. "Хронические цереброваскулярные заболевания." Доктор. Ру 1 (130) (2017): 11-15.
7. Камчатнов, П. Р., А. В. Чугунов, and Н. А. Михайлова. "Вертебрально-базилярная недостаточность—проблемы диагностики и терапии." Медицинский совет 1-2 (2013): 69-73.