

выслушивались у 8 (19,0 %); также у 8 (20,0 %) – была увеличена печень. При корреляционном анализе получена связь между суммарным баллом по ШОКС и КЖ ( $r=0,53$ ;  $p=0,003$ ), а также ШОКС и результатом ТШХ ( $r=-0,46$ ;  $p=0,002$ ). На тяжесть клинического состояния по ШОКС также оказывали влияние толщина МЖП ( $r=0,57$ ;  $p=0,002$ ), ЗС ( $r=0,35$ ;  $p=0,03$ ), ММЛЖ ( $r=0,38$ ;  $p=0,03$ ) и ИММЛЖ ( $r=0,35$ ;  $p=0,04$ ). Пациенты с ИБС имели более высокий суммарный балл по ШОКС, чем пациенты без ИБС:  $3,0 \pm 1,6$  против  $34,3 \pm 0,8$  ( $p=0,08$ ); а также хуже переносили физическую нагрузку: дистанция, проходимая ими при проведении ТШХ, соответственно составила  $276,3 \pm 82,2$  м и  $315,4 \pm 78,6$  м ( $p=0,09$ ). Различия получены и между некоторыми структурно-функциональными показателями миокарда у данных групп пациентов: размер ПЖ у пациентов только с АГ составил  $30,0 \pm 3,2$  мм против  $32,1 \pm 2,8$  мм у пациентов с АГ и ИБС ( $p=0,03$ ), толщина МЖП –  $13,1 \pm 0,9$  и  $14,1 \pm 1,7$  мм ( $p=0,02$ ), IVRT –  $112,1 \pm 26,9$  и  $131,7 \pm 27,4$  мс ( $p=0,04$ ), ММ ЛЖ –  $257,6 \pm 41,0$  и  $310,5 \pm 63,1$  г ( $p=0,006$ ), ИММ ЛЖ –  $138,8 \pm 21,2$  и  $154,2 \pm 19,9$  г / м<sup>2</sup> ( $p=0,04$ ) соответственно.

**Заключение.** Наиболее часто ХСН–СФВ страдают женщины с АГ, подавляющее большинство которых имеет АО. Ведущей жалобой является одышка при физической нагрузке. С увеличением суммарного балла по ШОКС ухудшается КЖ и толерантность к физической нагрузке. Выраженность клинических проявлений ХСН коррелирует со степенью гипертрофии ЛЖ. Пациенты с АГ и ИБС имеют более выраженную симптоматику ХСН, хуже переносят физические нагрузки и имеют более высокую степень гипертрофии ЛЖ.

### ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ПОДАГРОЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Тоиров Д.Р. Бердиев Д.Х.

*Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан*

**Введение.** Доказано, подагра – системное заболевание, при котором в различных тканях откладываются кристаллы моноурата натрия и у лиц с гиперурикемией развивается воспаление, обусловленной внешне средовыми и/или генетическими факторами. Известно, что основной причиной смерти больных подагрой являются кардиоваскулярные заболевания. Было установлено, что подавляющее большинство больных подагрой (около 2/3 больных) умирает именно от сердечно-сосудистых заболеваний, связанных с атеросклерозом и только менее четверти – от хронической почечной

недостаточности. Таким образом, проблема взаимоотношений подагры с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, структурных изменений миокарда с его функциональными характеристиками до сих пор остается актуальной, так же как и вопрос о влиянии на структуру и функцию миокарда характера течения заболевания, наличия артериальной гипертония (АГ).

**Цель:** изучить особенности изменения миокарда у больных с подагрой и артериальной гипертонией.

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 24 больных подагрой мужского пола. Возраст больных в среднем составил –  $50,5 \pm 1,7$  лет, продолжительность заболевания –  $9,3 \pm 1,6$  лет. Все больные были распределены на две группы. Первую группу составили 9 пациентов с нормальным уровнем АД, вторую – 15 больных с АГ. Для выявления структурных изменений в миокарде левого желудочка всем больным было проведено эхокардиография (ЭхоКГ). ЭхоКГ проводилось в двухмерном и М-модальном режимах на универсальном эхокардиографе Vivid 3 Expert фирмы GE MedicalSystems. Определяли показатели систолической и диастолической функций ЛЖ – фракцию выброса (ФВ), объемы полостей сердца в конце систолы и диастолы. Расчет масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ) проводили по формуле «площадь-длина» Simpson. Индекс масса миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) рассчитывали как отношение масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ) к площади поверхности тела, определяемой по формуле D. Dobios. Эхокардиографическое (ЭхоКГ) исследование было проведено больным с различным течением заболевания (рецидивирующим и хроническим). Все больные были распределены на две группы по течению подагры. Первую группу составили 8 пациентов с рецидивирующим течением подагры, вторую – 16 больных с хроническим течением заболевания.

**Результаты.** Установлено ещё больные были распределены на две группы по наличию в них артериальной давление. Первую группу составили 9 пациентов с нормальным уровнем АД, вторую – 15 больных с АГ. Средний возраст пациентов составил  $50,5 \pm 1,7$  лет. В возрасте до 44 лет было 20%, от 45 до 50 лет – 50,0%, от 60 до 65 лет – 30% больных. Конечно-диастолический размер(КДР) и Конечно-диастолический объем (КДО) ЛЖ у больных 2 группы были увеличены на 4,6 и 11,3%, соответственно, по сравнению с таковыми показателями у больных первой группы. Установлено, что показатели конечно-систолический размер(КСР) и конечно-систолический объем (КСО) ЛЖ существенно увеличивались у пациентов с АГ, так, у больных 2 группы данные показатели на 2,4 и 6,6%,

соответственно, превышали показатели в 1 группе. Толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) была увеличена на 4,3% у больных 2 группы по сравнению с первой. Отмечалась статистически значимая разница внутри исследуемых групп. Толщина задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) у больных подагрой с АГ превышала таковой показатель у больных подагрой без АГ на 8,7%. Таким образом, наибольшие показатели были зафиксированы у пациентов с подагрой, страдающих АГ. Относительная толщина стенок левого желудочка (ОТСЛЖ) изменялась однонаправлено с вышеописанными показателями и составила 102,3% при сравнении больных 2 и 1 групп. Масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ) у больных с АГ была больше такового показателя у пациентов без АГ в 1,2 раза. Индекс масса миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) изменялся аналогично показателю масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ). Максимальное увеличение данных параметров зарегистрировано у больных с наличием АГ. Анализируя частоту развития АГ в зависимости от варианта течения заболевания, мы выявили, что данный показатель несколько чаще встречался у больных подагрой с хроническим течением болезни. Мы оценивали частоту возникновения диастолической дисфункции левого желудочка (ДДЛЖ) в зависимости от наличия АГ. Установлено, что у 27,3% больных подагрой с нормальным уровнем АД формируется нарушение диастолического наполнения ЛЖ. Более чем у 33% пациентов с подагрой, страдающих АГ, развивается диастолическая дисфункция левого желудочка (ДДЛЖ).

**Заключение.** Таким образом, анализируя данные, изложенные выше, можно сделать вывод, что изменения архитектоники ЛЖ и его диастолической функции у больных подагрой разнообразны и зависят от варианта течения заболевания и наличия АГ.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ  
КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ  
АНТОГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ И  
СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ ПРИ  
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ,  
ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ  
СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

**Тошназаров Ш.М., Низамов Б.У., Туркманов  
М.М.**

*Самаркандский государственный медицинский  
институт, Самарканд, Узбекистан*

**Введение.** Проблема лечения хронической сердечной недостаточности (ХСН) относится к одной из наиболее сложных задач современной кардиологии. Антигипертензивная терапия антагонистами кальция ведет к уменьшению

постнагрузки и преднагрузки и увеличению фракцию выброса (ФВ). При перегрузке давлением повышается внутримиекардиальное напряжение желудочка во время сокращения. При перегрузке объемом сравнительно быстро развивается расширение его камер. Многие проявления сердечной недостаточности связаны с задержкой жидкости в организме, которая приводит к повышению венозного и капиллярного давления. Вследствие активации симпатoadреналовой системы происходит сужение артериол и повышается потребность сердечных миоцитов в кислороде и увеличивается общее периферическое сопротивление сосудов. Одновременно происходит активация ренин ангиотензин альдостероновой системы (РААС).

**Цель:** оценить влияние современных антигипертензивных препаратов на возможность уменьшения функциональных классов хронической сердечной недостаточности у больных гипертонической болезнью.

**Материалы и методы исследования.** Нами было обследовано 68 больных с признаками ХСН II Б стадии (по NYHA III ФК), которые состояния расценивались как осложнение гипертонической болезнью. Исследование проводилась на базе Самаркандского филиала РНЦЭМП в отделение экстренной кардиологии. Все больные в качестве патогенитической терапии получили коринфар в суточной дозе 30 мг в комбинации с дигоксинном в суточной дозе 0,25 мг. Всем пациентом проведена ЭКГ, ЭхоКГ и динамический контроль артериального давления (АД). У 60% больных высокие цифры АД удалось снизить до целевого уровня систолического артериального давления (САД) 130+/- 140 и диастолического артериального давления (ДАД) 85 +/- 90 мм рт.ст. Уменьшились клинические признаки ХСН: спали отеки на нижних конечностях, уменьшилась одышка и сердцебиение, исчезли головные боли.

**Результаты.** У всех больных клинически отмечались: одышка и учащенное сердцебиение при малейшей физической нагрузке, головные боли и отеки на нижних конечностях. В результате выше указанной комбинированной терапии коринфаром в суточной дозе 30 мг и дигоксинном 0,25 мг/сут фракция выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) увеличилось от 36,4 % исходного уровня до 46,3%.

**Заключение.** Таким образом надо отметить, что именно комбинированное применение коринфара и дигоксина при лечении АГ осложненной ХСН позволяет улучшить клиническое состояние больных, а также предотвратить дальнейшее осложнение данного заболевания и прогрессирование ХСН.