

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 проводилось 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 целового 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.