

Аспекты Кардиопротекции Пациентов Хронической Сердечной Недостаточности, Как Последствие Инфаркта Миокарда.

Пулатов Шухрат Шуропович

врач-кардиолог центр РСНПМЦ Кардиологии Самаркандского регионального филиала, Узбекистан,
г. Самарканд;

Рузиева Амира Асроровна

врач-кардиолог центр РСНПМЦ Кардиологии Самаркандского регионального филиала, Узбекистан,
г. Самарканд;

Низамова Нигора Гаффор кизи

магистр Самаркандского государственного медицинского университета;

Хасанжанова Фарида Одыловна

ассистент кафедры внутренних болезней и кардиологии №2, PhD, Самаркандского государственного
медицинского университета, Самарканд, Узбекистан

ABSTRACT

Высокий пьедестал причины развития хронической сердечной недостаточности (ХСН) принадлежит ишемической болезни сердца (ИБС), особенно, острому инфаркту миокарда (ОИМ). Наиболее важным и ключевым этапом развития ХСН, который возникает как осложнение перенесенного инфаркта миокарда составляют структурно-функциональные изменения, приводящие к ремоделированию левого желудочка, вовлекающие за собой как систолическую, так и диастолическую дисфункцию, т.е. нарушение сократительной функции миокарда [2,4]. Особая роль при возникновении последнего принадлежит кардиомиоцитам, сократительная активность которых резко снижается, но сохраняется потребность в кислороде и необходимыми компонентами метаболизма: тканевого и клеточного.

ARTICLE INFO

Received: 20th February 2023

Revised: 20th March 2023

Accepted: 26th April 2023

KEY WORDS: инфаркт миокарда, ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность, ингибитора натрий-зависимого переносчика глюкозы 2 типа, триметазидин.

Введение. Высокий пьедестал причины развития хронической сердечной недостаточности (ХСН) принадлежит ишемической болезни сердца (ИБС), особенно, острому инфаркту миокарда (ОИМ). Наиболее важным и ключевым этапом развития ХСН, который возникает как осложнение перенесенного инфаркта миокарда составляют структурно-функциональные изменения, приводящие к ремоделированию левого желудочка, вовлекающие за собой как систолическую, так и диастолическую дисфункцию, т.е. нарушение сократительной функции миокарда [2,4]. Особая роль при возникновении последнего принадлежит кардиомиоцитам, сократительная активность которых резко снижается, но сохраняется потребность в кислороде и необходимыми компонентами метаболизма: тканевого и клеточного. Вследствие чего вызывается ишемия миокарда, следующим этапом служит

резкий дефицит АТФ, приводящий к повреждению внутриклеточных структур, далее нарушается сократительная функция кардиомиоцитов. Весь этот порочный круг усугубляясь, при недолечении или при недостаточно эффективной терапии, заканчивается ишемической кардиомиопатией (ИКМП). Согласно последнему стандарту ведения больных с ХСН необходимо применять в-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, антагонисты минералокортикоидных рецепторов (АМР). Последние представлены антагонистами рецепторов альдостерона включающие в себя; калийсберегающие диуретики: спиронолактон и эплеренон. Обладая слабым диуретическим свойством ингибиторы АМР применяют не только и не столько в качестве мочегонных средств, в комплексном применении с в-адреноблокаторами и ингибиторы АПФ, влияют на работу сердца: уменьшают потребность к кислороду, уменьшают пост/преднагрузку, увеличивают коронарный кровоток [1]. Довольно успешное воздействие на гемодинамические параметры, недостаточно эффективно способствуют использованию миокардом кислорода. К тому же вышеуказанные группы препаратов имеют ряд побочных действий, применение которых ограничивает область их применения у большинства пациентов. В качестве препарата с метаболическим действием, выступающим как миокардиальный цитопротектор является триметазидин. Кардиопротекция достигается, на клеточном уровне, после обеспечения достаточным количеством энергии, а именно АТФ; которая в свою очередь строит предпосылки для сохранения нормальной сократительной функции кардиомиоцитов и миокарда в целом. Метаболический обмен сердца поддерживаются использованием энергии, образующегося при расщеплении двух основных субстратов. Которые представлены свободными жирными кислотами (75 %) и глюкозы (25 %). Триметазидин, усиливая аэробный гликолиз и одновременно уменьшая интенсивность окисления жирных кислот, приводит к энергетическому потенциалу. Которое оптимизирует потребность миокарда к кислороду в условиях развившейся ишемии [4,5]. Установлено, что применение в качестве дополнительной терапии триметазида; к стандартной терапии ХСН у больных с ИБС с перенесенным ИМ; позволяет снизить как систолическую, так и диастолическую дисфункцию миокарда. В последующем это достоверно уменьшает функциональный класс ХСН.

Цель. Изучить влияние миокардопротектора триметазида у больных с инфарктом миокарда, осложненных хронической сердечной недостаточностью.

Материалы и методы: Обследовано 203 больных ИБС, перенесших ИМ. Из них мужчины – 157, женщины – 46, в процентом соотношении 77,34% и 22,66 % соответственно. Средний возраст исследованных составил $56,4 \pm 1,7$ лет. Каждому больному проводились следующие обследования: сбор анамнеза и осмотр; общее клиническое и биохимические исследования, электрокардиография (ЭКГ). Оценивались проявления ХСН обеих групп по Нью-Йоркской классификации, полученные данными результатов теста 6-минутной ходьбы. Больные были разделены на 2 группы. В первую группу были включены 140 (69%) больных [мужчины – 112 (80%), женщины – 28(20%)], которые наряду с базисной терапией получали Триметазидин (Предуктал ОД-160 мг) по 1 таблетке 1 раз в день в течении 30 дней. Во вторую группу (группа контроля) вошли 63 (31%) больных [мужчины – 45 (71,4%), женщины - 18 (28,6%)], которые получали стандартную терапию (бета-блокаторы, ингибиторы АПФ, ингибиторы АМР). При распределении по классам ХСН на момент включения больных в исследование включались в 1-ую группу 59 (29%) пациентов : I ФК у 11 (18,6%), II ФК - 29(49,2%), III ФК - 14(23,73%) и IV ФК - 5(8,47%). Во 2-й группе у 36 (17,7%) больных: I ФК у 14(38,9%), II ФК - 3(8,3%), III ФК - 12(33,3%) и IV ФК - 7(19,4%) пациентов. По Миннесотскому опроснику в 1-й группе пациентов показатели качества жизни (среднее значение в баллах) было $61,4 \pm 0,8$ баллов ($p < 0,052$).

Результаты и обсуждения. Отметилась улучшение качества жизни пациентов на фоне проведенного лечения. Это доказательно показалось, в положительной гемодинамике и оценке проявлений фенотипов ХСН по ФК. В группе принимающих триметазидин - увеличилось количество больных с II ФК ХСН с 29 (49,2%) до 41 (69,5%), I ФК ХСН с 11 (18,6%) до 18 (30,5%) больных по сравнению с исходными данными за счет больных из III ФК и IV ФК. Уменьшилось количество больных с III ФК

ХСН до 6 (10,2%) и IV ФК ХСН до- 3 (5,1%) больных; а в контрольной группе наблюдается незначительная отрицательная динамика (III и IVФК до 3 (8,3%) и 5 (13,9%) соответственно). В ходе исследования отметили положительную динамику показателей, отражающих качество жизни по Миннесотскому опроснику. В 1-й группе пациентов показатели качества жизни (среднее значение в баллах) улучшились с $61,4 \pm 0,8$ баллов ($p < 0,052$) до $34,2 \pm 0,28$ баллов ($p < 0,013$). Во 2-й группе с $58,7 \pm 0,94$ до $53,3 \pm 1,2$ баллов ($p < 0,051$).

Заключение. Обследовано 203 больных ИБС, перенесших ИМ. Из них мужчины – 157, женщины – 46. Средний возраст всех исследованных составил $56,4 \pm 1,7$ лет. Каждому больному проводились следующие обследования: сбор анамнеза и осмотр; общее клиническое и биохимические исследования, электрокардиография (ЭКГ). Оценивались проявления ХСН обеих групп по Нью-Йоркской классификации, полученные данными результатов теста 6-минутной ходьбы. У пациентов, перенесших инфаркт миокарда с зубцом или без зубца Q, осложнением которого явилась ХСН; на фоне базисной терапии применение триметазида, значительно эффективно повлиял на качество жизни.

Потвеждение. Триметазидин является кардиопротектором, в частности можно дать признание миокардопротектора высокого класса. Данный препарат на фоне применения (от 14 до 1 месяца) вызывает улучшение метаболизма миокардиальной мышцы и показан всем больным с ИБС, перенесшим инфаркт миокарда на ранних стадиях развития хронической сердечной недостаточности.

Список литературы

1. Агабабян И.Р., Адилов А.С. Антагонисты кальция в лечении хронической сердечной недостаточности. // Вестник врача. № 3, 2017. 12-14 с.
2. Агабабян И.Р., Кобилова Н.А., Ахророва З.В. Влияние триметазида на комплексное лечение // Доктор ахборотномаси. № 1. Самарканд, 2018. С. 17-19.
3. Агабабян И.Р., Искандарова Ф.И. Основные факторы развития артериальной гипертензии и ожирения у неорганизованного населения самаркандской области // International medical scientific journal, 2015. С. 30.
4. Ишанкулова Д.К. и др. Эффективность комбинированного применения нитратов в лечении хронической сердечной недостаточности // Научные исследования, 2019. № 2 (28). 77
5. Иргашева У.З., Тоиров Э.С., Ахмедов И.А. Электрокардиографические изменения у больных артериальной гипертензией женщин перименопаузального возраста // Академический журнал Западной Сибири, 2012. № 1. С. 10-10.
6. Мавлянова З.Ф., Кулмирзаева Х.И. Клинико-нейровизуализационная картина ишемического инсульта в остром периоде // Вестник казахского национального медицинского университета, 2015. № 2.
7. Пак Е.А., Мавлянова З.Ф., Ким О.А. Показатели состояния сердечно-сосудистой системы у детей, занимающихся каратэ // Спортивная медицина: наука и практика, 2016. Т. 6. № 1. С. 21-25.
8. Самиев У.Б. и др. Инфаркт миокарда в пожилом и старческом возрасте. особенности клинического течения и диагностики // Достижения науки и образования, 2019. № 12 (53).
9. Самиев У.Б., Гаффоров Х.Х., Махмудова Х.Д. Спирографическая эффективность внутривенного введения изосорбита динитрат (изокет) у больных с хронической сердечной недостаточностью // Достижения науки и образования, 2019. № 12 (53).
10. Тоиров А.Э., Ташкенбаева Э.Н. Особенности течения инфаркта миокарда ассоциированного с сахарным диабетом 2 типа (обзор литературы) // Вопросы науки и образования, 2019. № 28 (77).
11. Agababyan I.R., Ruziyeva A.A. // The diagnostic value of routine research methods
12. electrocardiography and echocardiography in patients with chronic heart failure elderly // International Conference «Process Management and Scientific Developments», 2019. С.168-171.

13. Sivkov I.I., Agababyan I.R., Abdullaev N.A. Acute test with naphedipine in congested insufficiency // *Sovetskaya meditsina*, 1989. № 8. С. 56-58.
14. Sivkov I.I., Mukharlyamov N.M., Agababyan I.R. The effect of peripheral vasodilating agents on the microcirculatory channel in congestive circulatory insufficiency // *Sovetskaya meditsina*, 1987. № 1. С. 3-9.
15. Malik A. et al. Hypertension-related knowledge, practice and drug adherence among In patients of a hospital in Samarkand, Uzbekistan // *Nagoya journal of medical science*, 2014. Т. 76. № 3-4. С. 255.
16. Shamsiyev A.M., Khusinova S.A. The Influence of Environmental Factors on Human Health in Uzbekistan // *The Socio-Economic Causes and Consequences of Desertification in Central Asia*. Springer, Dordrecht, 2008. С. 249-252.
17. Подзолков В.П., Чиатурели М.Р., Сабиров Б.Н., Самсонов В.Б., Данилов Т.Ю., Саидов М.А., Астраханцева Т.О., Мавлютов М. Ш - Хирургическое лечение дисфункции трехстворчатого клапана после радикальной коррекции врожденных пороков сердца.// *Анналы хирургии*. - 2017. - Т.: 22, № : 2. - с. 88-96.