

## ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ КАРДИОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.

**Жаббаров А.А.**

**Аминова Г.А.**

**Мамбетова Д.К.**

**Сайдалиев Р.С.**

**Максудова М.Х.**

**Турсунова Л.Д.**

**Мирзаева Г.П.**

**Надирова Ю.И.**

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7623692>

Актуальность проблемы: Кардиоренальный синдром можно определить у 32-90,3% больных сердечной недостаточностью. В большинстве случаев развиваются I или II типа кардиоренального синдрома: для него характерно развитие хронической болезни почек у больных с СН и острого поражения почек у больных с острой сердечной недостаточностью. Снижение фракции выброса левого желудочка при сердечной недостаточности, клинические и гемодинамические нарушения в основном связаны с развитием диастолической дисфункции левого желудочка (ЛЖ). При этом использование в схеме лечения комбинированного препарата, состоящего из ингибиторов рецепторов ангиотензина и неприлизина, позволит снизить количество госпитализаций больных с сердечной недостаточностью и облегчить течение кардиоренального синдрома.

Цель исследования: Изучение эффективности комбинированного препарата ингибиторов рецепторов ангиотензина и неприлизина на функциональную активность сердца и почек у больных с хронической сердечной недостаточностью, развившейся на фоне ишемической болезни сердца.

Материалы исследования: Обследовано 70 больных с ХСН (40-мужчин, 30-женщины, средний возраст -  $56 \pm 11$  лет). Пациенты разделены на 2 группы: первую составили 35 больных принимающие АРА, вторую 35 больных принимающие препараты АРНИ. Причиной ХСН у 21 (30%) была артериальная гипертензия, у 26 (37 %) - ИБС, у 23 (33 %) – их сочетание и 23 (33 %) больных перенесли инфаркт миокарда. Объективно выраженность симптоматики ХСН оценивали с помощью классификации NYHA.

Всем больным проведена эхокардиография в М-режиме импульсным датчиком 3б5 МГц в положении больного на левом боку и доплерография почечных артерии. Всем пациентам определяли уровень креатинина (Кр) и скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывали по формуле MDRD. Данные исследования обработаны с применением компьютерного пакета «STATISTICA 6.0» (Statsoft, USA)

Результаты. До лечения у 1-группы СКФ составляла  $66,2 \pm 7,28$  мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ , и у 9 (25,7 %) больных СКФ была  $<60$  мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ . После применения перпаратов АРА СКФ повысилась средне до  $68,92 \pm 6,32$  мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$  ( $p=0,05$ ). У больных 2-группы СКФ до применения препаратов АРНИ составляла  $66,04 \pm 8,60$  мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ , после 2 месяцев от начало лечения СКФ повысилась до  $72,24 \pm 7,20$  мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$  ( $p=0,01$ ). У большинства больных - 51 (73 %) фракция выброса левого желудочка была сохранена ( $\text{ФВ} > 50\%$ ). Больные со сниженной функцией почек имели больше диаметр левого предсердия. Фракция выброса левого желудочка составила  $58,2 \pm 10,4\%$ .

Выводы. Эпизоды улучшения функции почек встречались больше при лечении сакубитрил/вальсартаном (6%), чем при терапии вальсартаном (2%). Раннее применение комбинированного препарата сакубитрил/вальсартан у пациентов с ХСН может уменьшить частоту госпитализации по поводу ухудшения функции почек, при этом сохранить ФР ЛЖ.

#### Использованная литература:

1. Chronic kidney disease as a risk factor for heart failure with preserved ejection fraction : A focus on microcirculatory factors and therapeutic targets. Marianne C. Verhaar, Dirk J. Duncker, A. H. Jan Danser and Daphne Merkus <https://doi:10.3389/fphys.2019.01108>
2. Renal dysfunction in cardiovascular disease and its consequences“ Adriano Cipriani, Edoardo la Porta , Giacomo Deferrari .Journal of nephrology (2021)34:137-153 <https://doi.org/10.1007/s40620-020-00842-w>
3. Cardiovascular implications of proteinuria: an indicator of chronic kidney disease.” Agrawal, V., Marinescu, V., Agarwal, M., and McCullough, P. A. (2009) Nat. Rev. Cardiol. 6, 301–311. <http://doi:10.1038/nrcardio.2009.11>
4. Verbrugge FH, Dupont M, Steels P, Grieten L, Swennen Q et al (2014) The kidney in congestive heart failure: ‘are natriuresis, sodium, and diuretics really the good, the bad and the ugly?’. Eur J Heart Fail 16:133–142