

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TOSHKENT VRACHLAR MALAKASINI OSHIRISH INSTITUTI**

*«Tibbiyotni turli yo'nalishlarida metabolic
sindrom va dismetabolizmning boshqa toifalari»*

RESPUBLIKA ILMIY-AMALIY KONFERENSIYA

TEZISLARI

Toshkent 2017



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКИЙ ИНСТИТУТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ**

ТЕЗИСЫ

РЕСПУБЛИКАНСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

*«Метаболический синдром
и другие категории дисметаболизма
в различных областях медицины»*

Ташкент 2017

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ СПОНСОР



СПОНСОРЫ



O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TOSHKENT VRACHLAR MALAKASINI OSHIRISH INSTITUTI

*«Tibbiyotni turli yo'nalishlarida metabolic sindrom
va dismetabolizmning boshqa toifalari»*

RESPUBLIKA ILMIIY-AMALIY ANJUMANI

TEZISLARI

Toshkent, 2017 йил, 13 апрел

=====

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКИЙ ИНСТИТУТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ

ТЕЗИСЫ

РЕСПУБЛИКАНСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

*«Метаболический синдром
и другие категории дисметаболизма
в различных областях медицины»*

Ташкент, 13 апреля 2017 года

ТАҲРИР ХАЙАТИ:

Раис: Акилов Х.А., профессор

Аъзолар:

Сабиров Д.М., профессор

Атаханов Ш.Э., профессор

Алиджанов Ф.Б., профессор

Каюмов У.К., профессор (масъул мухаррир)

Мавлян-Ходжаев Р.Ш., профессор

Мухамедова Х.Т., профессор

Хамрабаева Ф.И., профессор

Хасанова Х.Д., доцент

Ша-Ахмедова Л.Р., катта ўқитувчи

Website: www.msuz.info

E-mail: conference@malaka.info

malaka@inbox.ru

Босишга рухсат этилди. 10.04.2017й.
Адади: 100 нусха. Буюртма № 12
ООО «Polisar-tech» босмахонасида чоп этилди
Тошкент ш., Фарғона йўли кўчаси 554/2 уй.

ОСОБЕННОСТИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ГРУПП РИСКА В ПЕРИОД АДАПТАЦИИ

Абдукадирова М.К., Исмаилова М.А., Саидумарова Д.С.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан.

Цель работы. Изучить особенности углеводного обмена у новорожденных детей групп риска в период адаптации.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 34 новорожденных со сроком гестации от 28 до 43 недель. Все новорожденные дети были разделены на 2 группы исследования: первую группу составили 13 детей (38,2%) – доношенные дети; вторая группа – 21 ребенок (61,8%) недоношенные новорожденные.

Результаты исследования. Состояние гипергликемии наблюдалось у 23,1% детей данной группы на третьем часе жизни. Через шесть часов гипергликемия сохранилась у двоих больных (15,4%), и к девятому часу жизни у всех этих детей уровень гликемии стабилизировался в пределах нормы. Надо отметить, что изменения состояния углеводного обмена различного характера наблюдались только в первые сутки жизни. К третьему часу жизни только у троих больных (23,1%) отмечалась легкая гипогликемия, не требующая вмешательства. К девяти часам количество детей с гипогликемией снизилось до двух, что составило 15,4%. Таким образом, в группе доношенных детей в первые 2 часа жизни имела место гипогликемия легкой степени, купировавшаяся в течении первых девяти часов жизни. У всех доношенных детей нормогликемия установилась со второго дня жизни.

Со второго дня у всех доношенных детей констатировались нормальные показатели. Гипогликемия встречалась у 70% доношенных детей в первые два часа жизни, причем более тяжелая ее степень была у одного ребенка, что составило 6,8% от наблюдаемых. Доношенных новорожденных, в род. зале отмечалось незначительное снижение уровня глюкозы до 3.12 ммоль/л, через 3 часа уровень гликемии восстановился до 4,62 ммоль/л, и в последующем колебания глюкозы были незначительны и в пределах нормы. В течении первых суток жизни этот уровень снизился до 4.25 ммоль/л и в последующем наблюдаемый уровень упал до 3.8 ммоль/л, что также находилось в зоне нормогликемии, т.е., в целом, гликемическая кривая представляла собой гармоничный осциллятор затухающего типа.

Выводы. Таким образом, у новорожденных в динамике раннего неонатального периода показал, ранняя адаптация к внешней среде, прекращение плацентарного кровообращения приводят к снижению уровня глюкозы рови в первые два часа жизни (родильный зал). Таким образом, сравнительный

нализ динамики углеводного обмена новорожденных в зависимости от сроков гестации выявил достоверную зависимость степени и характера нарушений углеводного обмена в зависимости от сроков гестации.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ СТАТИНОВ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА С НАРУШЕНИЯМИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА

Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Турсунов Р.Р., Исхаков Ш.А.,
Турдикулова Ш.У., Убайдуллаева З.З., Шарипова А.А.

АО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»;
Институт био-органической химии АН РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель работы. Изучение влияния статинов на течение ишемической болезни сердца (ИБС) и липиды у больных с нарушениями липидного обмена.

Материал и методы. Наблюдали больных ИБС узбекской популяции, получавших стандартное лечение, из статинов – аторвастатин (А) (20-40 мг/сут) или розувастатин (Р) (10-20-мг/сут). В динамике изучали общий холестерин (ОХС), ХС липопротеинов низкой и высокой плотности (ХСЛПНП и ХСЛПВП), триглицериды (ТГ), активности ферментов аланин- и аспаратаминотрансферазы (АЛТ и АСТ), общий билирубин (ОБ), генотипы (АроЕ и НMGCR). Проводилась электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография (ЭХОКГ) с оценкой левого желудочка (ЛЖ).

Результаты. До лечения были выявлено: ОХС до 6,9; ХСЛПНП до 3,6; ХСЛПВП - 1,1; ТГ – до 2,5 ммоль/л. Активность ферментов и содержание ОБ – в пределах нормы. Установлены детекции генотипов по НMGCR и АроЕ генам: аллели 2 класса нарушают транспорт на поверхность клетки любых синтезируемых рецепторов и аллели 3 класса вызывают образование рецепторов, не связывающих ЛПНП. Выявлены безопасные дозы испытанных препаратов. А и Р уменьшают ОХС на 25 и 30%; ХСЛПНП – на 26 и 36%; ТГ – на 30 и 38%, а ХСЛПВП увеличивают на 5 и 7%, соответственно. Активности ферментов и содержание ОБ особенно не изменились и были в пределах нормальных показателей. Под влиянием статинов улучшились показатели ЭХОКГ: фракция выброса ЛЖ (55,5 и 61,5%, соответственно А и Р); масса миокарда ЛЖ (210 и 181,5 г); толщина межжелудочковой перегородки (1,1 и 1,05 см); толщина задней стенки ЛЖ (1,0 и 1,05 г); конечный систолический размер ЛЖ (3,3 и 3,15 см); конечный диастолический размер ЛЖ (5,3 и 4,9 см); конечный диастолический объём (124 и 119 мл); конечный систолический объём (57,5 и 49,5 мл); ударный объём (82,5 и

77,5 мл). Безболевая ишемия миокарда (БИМ) у пациентов с гипертрофией ЛЖ была более выраженной, чем у больных без измененной геометрией ЛЖ. Некоторые данные могут быть применены в прогнозировании риска кардиальных осложнений. Ранним проявлением этих возможных осложнений является БИМ.

Выводы. Статины оказали благоприятное влияние на липидный обмен и течение ИБС, а проведенные генетические исследования позволили подобрать наиболее эффективные и безопасные дозы препаратов.

ОЦЕНКА ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ КОМПОНЕНТОВ КОМПЛАЕНТНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ПОВЫШЕННОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Абдумаликова Ф.Б., Нуриллаева Н.М.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель работы. Оценка взаимосвязи между психоэмоциональными характеристиками личности и уровнем комплаентности к гипотензивной терапии у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и ожирением.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 102 пациента с АГ I-III степени и ожирением 1-3 степени, обеих полов, возраст которых в среднем составил $59+7,23$ лет, обратившихся в консультативную поликлинику 1 клиники ТМА. С целью определения уровня комплаентности у пациентов, использован опросник Мориски-Грина. Определения уровня психоэмоционального статуса проводилось с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии - HADS (A.S. Zigmond).

Результаты проведенного анкетирования с целью выявления психоэмоциональных компонентов комплаентности пациентов с АГ и ожирением, что у преобладающего большинства диагностировались коморбидные тревожно-депрессивные расстройства (ТДР) различной степени выраженности у 79 (77,4%) исследуемых больных. Среди пациентов у 31 (30,3%) диагностировали депрессию, из них 17 (16,7%) имели субклинически выраженную и 14 (13,7%) клинически выраженную. Также 26 (25,4%) исследуемых пациентов с АГ были с тревогой, из них 13 (12,7%) с субклинически выраженной и 13 (12,7%) с клинически выраженной, а также у 22 (21,5%) больных была сочетанная тревожно-депрессивная симптоматика. Оценка результатов исследования психоэмоционального статуса выявила достоверное преобладание депрессии и сочетания ТДР у пациентов с АГ ($p<0,05$), что свидетельствует о сильной корреляционной взаимосвязи ожирения и депрессии ($r=0,83$). При обработке данных амбулаторных пациентов по опроснику по

Мориски – Гринна был подсчитан суммарный балл, который в среднем составил 1,65+0,94 баллов, тогда как комплаентными считаются больные, набравшие 4 балла, что указывает на низкую степень приверженности пациентов к фармакотерапии. При наличии депрессии значительно снижается степень приверженности до 0,82+0,70 баллов, что доказывает статистически значимое отрицательное влияние, в особенности клинически выраженной депрессии ($p < 0,005$), на уровень комплаентности пациентов с АГ и ожирением.

Выводы. У пациентов с АГ при наличии ожирения часто встречаются тревожно-депрессивные состояния в частности депрессия посредством которой снижается уровень комплаентности к фармакотерапии.

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ КРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Адилова И.Г., Тулабаева Г.М., Хусанов А.А., Нурмухамедова Н.С.
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан.

Цель работы. Изучение взаимодействие между показателями сахара в крови и поражения коронарных артерий у больных ИБС и сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы. Под наблюдением находились и обследованы 109 больных, из них 79 (86,11%) мужчин и 30 (13,89%) женщин с ИБС и СД 2 типа, средний возраст составлял 60,3±3,6 лет. Все пациенты обследованы (анамнез, объективные данные, общий анализ крови и мочи, биохимические анализы и специальные инструментальные данные), стандартные для диагностики ИБС, ХСН и СД 2 типа.

Результаты. Выявлено взаимодействие между уровнем сахара крови, артериального давления и поражению коронарных артерий. Продемонстрировано, что у большинства пациентов встречается ИБС Стенокардия напряжения ФК III класс – 72 (66%). Пациенты с ранней постинфарктной стенокардией – 13 (11,9%), прогрессирующей стенокардией - 7 (6,4%) и стенокардия напряжения ФК IV - 6(5,5%) и с острым инфарктом миокарда - 7 (6,4%). У всех пациентов отмечалась дестабилизация при гипергликемии. Средний показатель тощачковой гликемии в крови 9,7ммоль/л. По поражениям коронарных артерий: однососудитое поражение 45 пациентов, двухсосудитое поражение 34 пациентов, трехсосудитое поражение 30 пациентов. При этом однососудитое поражение встречалась в группе пациентов, у которых СД в стадии субкомпенсации 28 (62%), в стадии компенсации 10 (22%). Двухсосудитое поражение в стадии субкомпенсации 24 пациента (53%) и

компенсации 7 (29%). А трех сосудистое и больше в стадии субкомпенсации 19 (63%) и инсулинопотребная форма 5(16%). Поражение ствола левой коронарной артерии встречается 14% (13), часто у больных СД инсулинопотребной формой. 107 пациентам проведена операция: реканализация, ангиопластика коронарных артерий – 17 (15,9%), ангиопластика и стентирование коронарных артерий – 61 (57), прямое стентирование – 31 (29%). Параметры дисметаболических изменений в постоперационном периоде имели тенденцию к восстановлению.

Выводы. Таким образом, гипергликемия является одним из факторов, приводящих к дестабилизации течения ИБС. При этом у этих пациентов выявляются многососудистое поражение, в том числе поражение ствола левой коронарной артерии. В связи с этим интервенционное лечение показано больным ИБС и СД средней тяжести в стадии субкомпенсации и компенсации.

ОСОБЕННОСТИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МАССЫ ТЕЛА

Аль-Травнех Е.В., Беловол А.Н., Ильченко И.А.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель: изучить особенности прогрессирования метаболических нарушений у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и сахарным диабетом (СД) 2 типа в зависимости от массы тела.

Материалы и методы. Обследовано 86 пациентов (41 мужчина и 45 женщин) с АГ II стадии, 2 степени и субкомпенсированным СД 2 типа. В зависимости от наличия избыточной массы тела, пациенты разделены на группы: 1-я группа (n=42) с наличием избыточной массы тела и ожирения; 2-я группа (n=44) пациенты с нормальной массой тела. Средний возраст пациентов составил $48,5 \pm 4,5$ лет. Группа контроля 20 практически здоровых лиц. Клиническое обследование включало оценку антропометрических показателей, углеводного обмена, липидного спектра. Инсулинорезистентность оценивали по модели НОМА. Уровни С-реактивного протеина (СРП) и оментина в сыворотке крови исследовали иммуноферментным методом.

Результаты. Показатели АД у пациентов 1-й группы: САД $162,3 \pm 3,1$ мм.рт.ст. и ДАД $97,4 \pm 1,6$ мм.рт.ст., во 2-й группе $156,4 \pm 2,4$ мм.рт.ст. и ДАД $95,2 \pm 1,6$ мм.рт.ст. ($p < 0,05$). Уровни глюкозы крови натощак, инсулина и НОМА-IR были достоверно выше у больных с ожирением в сравнении с пациентами 2-й группы и группой контроля ($p < 0,01$). НОМА- IR в 2,5 раза

превышал показатели пациентов группы сравнения ($p < 0,01$) и коррелировал с показателем ИМТ ($r = 0,44$, $p < 0,001$), уровнем ОХС ($r = 0,48$, $p < 0,001$). Нарушения липидного обмена в 2,3 раза чаще встречались у пациентов с избыточной массой тела, чем в группе сравнения (85,4% и 38,0%, соответственно, $p < 0,01$). Содержание СРП у пациентов 1-й группы было на 47% выше в сравнении с показателями 2-й группы ($p < 0,01$). Установлено, что у пациентов 1-й группы уровень циркулирующего оментина был ниже, чем у пациентов 2-й группы в 1,3 раза ($p < 0,001$). Наблюдались отрицательные корреляционные взаимосвязи оментина сыворотки крови с НОМА-IR ($r = -0,44$; $p < 0,05$), уровнем ОХС ($r = -0,42$; $p < 0,05$), уровнем глюкозы ($r = -0,46$; $p < 0,05$), ИМТ ($r = -0,52$; $p < 0,05$), HbA1c ($r = -0,58$; $p < 0,01$) и положительная с ХСЛПВ ($r = 0,48$; $p < 0,05$).

Выводы. Установлено, что течение АГ и СД 2 типа у пациентов с ожирением сопровождается более высоким АД, прогрессированием инсулинорезистентности и дислипидемии, развитием системного воспаления и снижением уровня оментина в сыворотке крови.

ИЗМЕНЕНИЯ СПЕКТРАЛЬНЫХ И ВРЕМЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ ОСЛОЖНЕННОЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Аляви А.Л., Рахимова Д.А., Сабирджанова З.Т., Назирова М.Х.

Республиканский специализированный научно - практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации МЗ РУз, Ташкент.

Цель. Изучение взаимосвязи вариабельности сердечных ритмов и психоvegetативного состояния больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), легочной артериальной гипертензией.

Материал и методы. Вариабельность ритма сердца (ВРС) оценена при помощи программного обеспечения Холтерского мониторинга, и клинико-психологическое обследование проведено у 28 больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) III-IV степени. Проводили доплерэхокардиографическое исследование по методу Хатле и Ангельсону, определяли легочную артериальную гипертензию.

Результаты. При анализе спектральных параметров ВРС в группе больных с легочной артериальной гипертензией наблюдалось увеличение показателя низких частот (LF на 39,2%), отражающего симпатические влияния на сердце, снижение показателя высоких частот (HF на 51,7%), характеризующего влияние блуждающего нерва соответственно, повышение

соотношения LF/HF на 15,6 %. В группе больных ЛАГ с ремоделированием правого желудочка отмечалось нарастание выявленных изменений; наблюдалось снижение показателя высоких частот на 54,1% ($p<0,01$), повышение показателя низких частот на 48,6% и коэффициента LF/HF на 68,0% ($p<0,05$). У 56% обследованных больных определили тревожно-депрессивную симптоматику, повышение реактивной тревожности на 38,2 и 40,9 %. У данных лиц по сравнению с пациентами, не имевшими психических нарушений, при исследовании вариабельности сердечного ритма выявлялся более выраженный вегетативный дисбаланс, заключающийся в повышении симпатической и снижении вагусной активности. При корреляционном анализе психологических факторов с показателями вариабельности ритма сердца, прослеживается ухудшение этих показателей с нарастанием тревоги и депрессии ($r=0.51$, $r=0.42$). По мере прогрессирования ЛС средняя частота сердечных сокращений увеличилась с $86,1\pm 0,9$ ударов в минуту до $93,5\pm 0,8$ удара в минуту, схожим образом изменились максимальная и минимальная ЧСС.

Выводы. По мере нарастания тревоги и депрессии имеется явное преобладание симпатического звена вегетативной нервной системы над парасимпатическим. Изменения спектральных и временных показателей ВРС свидетельствуют о выраженном вегетативном дисбалансе, увеличивающемся у больных с ремоделированием правого желудочка сердца.

МНОГОФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ РИСКА РАЗВИТИЯ ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ С УЧЕТОМ ГЕНЕТИЧЕСКОГО МАРКЕРА

Акбаров З.С., Акрамова Г.Г., Тахирова Ф.А.

Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр Эндокринологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель. Проведение интегральной оценки факторов риска развития пролиферативной диабетической ретинопатии (ПДР) у больных сахарным диабетом типа 2 (СД2) с учетом генетического маркера.

Материалы и методы. В исследовании использовалась методика нормирования интенсивных показателей (НИП) Е.Н.Шигана основанная на вероятностном методе Байеса. Кроме стандартных методов клинико-биохимических исследований больным было проведено генотипирование методом ПЦР-амплификации.

Результаты. Оценка показателей относительного риска у больных СД2 показало, что ведущим в возникновении ПДР является продолжительность

СД (R=4,02), на втором месте возраст (R=2,97), на третьем нефропатия (R=2,68), на четвертом месте табакокурение (R=2,15), в последующим убывающим порядке: гипергликемия - HbA1c>7% (R=1,94), артериальная гипертония (R=1,60), генотип CG гена VEGF-A (R=1,43), ССЗ - (R=1,19), дислипидемия (R=1,15), ИМТ>30 кг\м² (R=1,06). После проведения расчётов показателей относительного риска развития ПДР был определен возможный диапазон риска по всем вышеуказанным факторам. Для этого мы суммировали минимальные и максимальные значения для каждого фактора и полученные отрезки делили на три части соответствующие степени риска возникновения осложнения. Диапазон риска возникновения ПДР при СД2 составил от 90,16 -190,48 баллов. Следовательно, чем больше величина НИП в результате воздействия комплекса исследуемых факторов, тем выше вероятность риска ПДР у больных СД2, в связи с этим, целесообразно выделение возможного диапазона риска путем разделение его на ряд поддиапазонов. Это позволяет выделить пациентов с разной вероятностью риска при существующих факторах риска.

Выводы. Таким образом, выделено три интервала со следующим шагом и критериями: 1) Низкий риск ПДР (90,16-123,60), пациенты, с этой суммой баллов, относятся к группе с благоприятным прогнозом и риск возникновения ПДР у них минимальный. 2) Средний риск ПДР (123,61-157,04), вероятность возникновения ПДР у пациентов существенно выше и они должны быть в центре внимания врачей. 3) Высокий риск ПДР (157,05-190,48). Пациенты, попавшие в этот поддиапазон имеют значительный неблагоприятный прогноз для развития ПДР.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА СРЕДИ ЛИЦ УЗБЕКСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ: РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГА

Алиева А.В., Исмаилов С.И., Рахимова Г.Н.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр эндокринологии, Ташкент, Узбекистан

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент Узбекистан

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

Цель работы. Изучение распространенности нарушений углеводного обмена среди лиц узбекской национальности.

Материалы и методы. Проведен скрининг СД и предиабета среди сельского и городского населения узбекской национальности старше 35 лет в 3 регионах Республики Узбекистан. Всего обследовано 2159 человек (67,8% -

женщины). Исследование включало 2 этапа: 1) заполнение опросника риска СД с выявлением групп высокого риска СД, 2) проведение орального теста толерантности к глюкозе с 75 г глюкозы. Диагноз предиабета и диабета ставился согласно рекомендациям IDF.

Результаты. Распространенность СД составила 8,3%, причем у 71% из них СД выявлен в ходе проведения исследования (частота впервые выявленного диабета составила 5,9% как среди женщин, так и среди мужчин). НГН выявлено у 1,1% (среди 1,4% женщин и 0,4% мужчин), НТГ у 3,8% (среди 4,2% женщин и 2,7% мужчин). Относительно низкая частота НТГ по отношению к СД непонятна. Однако необходимо отметить, что у 68,6% обследованных лиц (70% женщин и 65,6% мужчин) имелись избыточная масса тела или ожирение (ИМТ выше 25 кг/м²).

Выводы. Результаты исследования показали высокую распространённость избыточной массы тела/ожирения и СД среди лиц узбекской национальности, что подчеркивает необходимость регулярного активного скрининга данных нарушений.

МИНЕРАЛЬНЫЕ ВОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Арзамасцева О.В. , Овсиенко А.Б.

ФГБУ « ГНИИ Курортологии ФМБА России»; г.Пятигорск, Россия

Цель работы: Изучение воздействия природных факторов на инсулинорезистентность у женщин при синдроме поликистозных яичников (СПКЯ), имеющих ожирение и нарушение репродуктивной функции.

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 60 женщин в возрасте от 20 до 45 лет с СПКЯ, имеющих ожирение и инсулинорезистентность. Пациенткам проводилась оценка антропометрических данных (вес, объём талии) и данных объективного гинекологического статуса, биохимические исследования (инсулин, индекс НОМА); иммуноферментное исследование гормонов в крови, сонография малого таза. Указанные исследования проводились до и после лечения. Пациентки были распределены в две группы. В первой группе наблюдения (30 пациенток) назначалось лечение: глюкофаж Лонг 1 500 тыс. ед в сутки; фенотропил 200 мг в сутки – 30 дней; во второй группе (20 пациенток) принимали внутрь минеральную воду углекислую гидрокарбонатную (источник №17 г.Пятигорска) и лечение, аналогичное проводимому лечению в первой группе.

Результаты: Установлено при оценки натошачкового инсулина более значимое снижение показателей во второй группе, в том числе в отдаленных

результатах. Изменение антропометрических данных (массы тела и объема талии) так же было более выражено во второй группе. А именно, снижение массы тела в среднем составило 8% от исходной массы, уменьшение объема талии 5% от исходного объема.

По данным сонографии малого таза у 70% пациенток обеих групп была отмечена положительная динамика по формированию доминантного фолликула к периоду овуляции. При этом не наблюдалось значительного изменения показателей при иммуноферментном исследовании гормонов в крови. Более значительное уменьшение метаболических нарушений и улучшение показателей объективного статуса наблюдалось у пациенток во второй группе, получавших внутрь минеральную воду источника №17 г.Пятигорска наряду с указанным лечением.

Выводы: Минеральные воды источника №17 г.Пятигорска оказывают доказанное выраженное благоприятное воздействие на основные патогенетические звенья метаболических нарушений у пациенток с синдромом поликистозных яичников. При их применении стимулируются энтероинсулярные функциональные взаимосвязи, что способствует изменению секреции инсулина, снижению выраженности инсулинорезистентности и снижению избыточной массы тела.

ИЗУЧИТЬ ВЗАИМОСВЯЗЬ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА РАЗЛИЧНЫМ ТИПОМ КОНСТИТУЦИИ С НАРУШЕНИЕМ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

Аслонова И.Ж., Аслонова Ш.Ж.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Цель: Изучить частоту хронического пиелонефрита (ХП) среди лиц различным типом конституции с углеводного обмена

Материалы и методы. Репрезентативная выборка из неорганизованного населения в возрасте от 15 до 69 лет в количестве 797 человек. Выборка больных ХП, проходившим лечение в стационаре в количестве 120 больных в возрасте 40-60 лет. Исследование включало современные стандартные методы (опросники), инструментальные методы (2-х краткое измерение АД методом Короткова, антропометрия - рост, вес, объем талии (ОТ), объем бедра (ОБ), (ОТ/ОБ), биохимические исследования (общ. холестерин, липиды), определение толерантности к глюкозе (проведение ТТГ, определение сахара крови после нагрузки через 1 час и через 2 часа, исследование мочи (общий анализ, Нечипоренко, мочевины, креатинин, посев мочи на бактериальную флору), УЗИ почек.

Результаты: Наибольшая частота ХП отмечается среди лиц с гиперстенической конституцией (25,9%). Частота ХП среди нормостеников была в 1,7 раз ниже (14,47%), а наименьшая частота ХП имеет место среди астеников (8,33%). Приведенные сведения дают основание считать гиперстеническую конституцию фактором риска ХП. Распространённость ХП в определённой степени связана с гипергликемией. В связи с этим, была рассмотрена частота отдельных категорий гипергликемии у лиц с различной конституцией тела. Показано, что все категории гипергликемии достоверно чаще встречаются у лиц с гиперстенической конституцией. Вместе с тем, следует отметить, что наибольшие различия установлены в отношении сахарного диабета. Частота сахарного диабета среди лиц с гиперстенической конституцией (13,89%) оказалась более чем в 4 раза выше, чем среди лиц с нормальным типом конституции (3,34%). Следует обратить внимание также и на то, что частота НТГ среди лиц с гиперстенической конституцией (20,83%) была в 2,3 раза выше, чем у нормостеников (8,92%), а гипергликемия натощак среди гиперстеников (15,96%) имела место в 1,9 раз чаще, чем среди нормостеников (8,28%). Вместе с тем, частота гипергликемии натощак среди астеников (16,67%) была в 2 раза выше, чем частота этого показателя среди нормостеников. Частота гипергликемии натощак среди астеников практически не отличалась от величины этого показателя среди гиперстеников.

Вывод. Таким образом, не только манифестирующий сахарный диабет, но и скрытая гипергликемия тесно связана с конституцией тела.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА «СИОФОР» ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ С НАРУШЕННОЙ ТОЛЕРАНТНОСТЬЮ К ГЛЮКОЗЕ

Аслонова И.Ж., Аслонова Ш.Ж., Ражабова Г.Х.

Бухарский Государственный медицинский институт, Узбекистан

Цель: Изучить эффективность метформина (сиофор) в лечении хронического пиелонефрита у лиц с нарушенной толерантностью к глюкозе.

Материалы и методы. Выборка больных хроническим пиелонефритом (ХП), проходившим лечение в стационаре в количестве 120 больных в возрасте 40-60 лет. Исследование включало опросники, инструментальные методы (2-х краткое измерение АД методом Короткова, определение толерантности к глюкозе, исследование мочи (общий анализ, Нечипоренко, мочевины, посев мочи на бактериальную флору), УЗИ почек. Всем больным включенным в исследование, после первого этапа проведенного обследования был назначен

метформин (сиофор) в течении 30 дней, дозы подбирались индивидуально и составили в среднем 500 мг в день.

Результаты. Установлено, что в процессе применения Сиофора произошло снижение всех показателей гликемической кривой. Согласно протоколу исследования, в группу наблюдения были включены лица с ХП протекающим с частыми рецидивами. На фоне традиционного лечения с последующим включением в него Сиофора частота рецидивов этих симптомов значительно уменьшилась (83,33%; 60%; 76,67%; 63,33% и 66,67% соответственно). В большей степени снизились обострения головных болей и симптома Тофило. В группе лиц, получавших сиофор содержание лейкоцитов и эритроцитов по пробе Нечипоренко составили до и после лечения $3658 \pm 48,03$ и $2012,73 \pm 29,17$ (лейкоциты), $1821,82 \pm 51,64$ и $1021,82 \pm 36,16$ (эритроциты) соответственно. В группе пациентов ХП получавших традиционную терапию содержание лейкоцитов и эритроцитов также снизилось, однако среди них, это снижение было менее выражено. Количество лейкоцитов в группе получавших традиционную терапию снизилось с $3759,52 \pm 32,53$ до $2238,10 \pm 32,83$, а эритроцитов с $1695,24 \pm 48,53$ до $1195,24 \pm 26,33$. Наряду с этим выявлено более значительное снижение степени бактериурии при применении на фоне традиционной терапии сиофора, чем при проведении только традиционной терапии.

Выводы. Таким образом, коррекция гипергликемии с помощью метформина уменьшается частота обострений ХП, а также улучшение клинических и лабораторных показателей.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ СО СТРУКТУРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ МИОКАРДА

Ахмедова С.М., Миршарапов У.М.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Целью исследования явилось изучение характера изменений метаболических процессов в сердце крысы, и их сопоставление со структурными преобразованиями при действии пестицидов на этапе раннего постнатального онтогенеза.

Материалы и методы. Исследованию подвергались фрагменты левых желудочков сердца и крови крысят на 6, 11, 16, 21 день рождения от самок, которые затравливались котораном. Об интенсивности процесса перекисного окисления липидов в сыворотке крови сердца экспериментальных животных судили по содержанию диеновых и триеновых конъюгатов, а также

малонового диальдегида. Также определяли активности ферментов антиоксидантной системы. Для морфологического исследования срезы толщиной 8-10 мкм окрашивали гематоксилином и эозином.

Результаты. В экспериментальных группах кардиомиоциты разрыхлены с развитием дистрофии и вакуолизации в цитоплазме их. Миофибриллы имеют зернистый вид, разной толщины и плотности. Это в свою очередь усугубляет течение патологии миокарда. Результаты исследования показали, что у животных при воздействии пестицидов обнаруживается повышение накопление продуктов ПОЛ: МДА, ДК и ТК. Этот процесс нарастал параллельно с увеличением размеров повреждения миокарда. Следовательно, чем грубее патологический процесс в миокарде сердца, тем активнее процессе ПОЛ. Выявлено значительное увеличение уровня ДК и ТК во всех экспериментальных группах, однако наиболее существенное увеличения наблюдали у крысят 11 (91%) и 16 дневного (65%) возраста.

Увеличение количество продуктов ПОЛ и уменьшение активности СОД свидетельствовало о наибольшем токсическом действии пестицидов на протяжении раннего постнатального онтогенеза. Начиная с 11 дневного возраста эксперимента началось существенно понижение уровня активности АОС во всех экспериментальных группах по отношению к контрольной группе. По отношению к контролю содержание активности СОД снизилось от 18% (11 дневном возрасте) до 56% (на 16 й день постнатального онтогенеза).

Выводы. Таким образом, полученные биохимические исследований подтверждаются данными морфометрическими и морфологическими изменениями, которые выявили изменения в виде гемоциркуляторных нарушений, отека, дистрофических изменений кардиомиоцитов.

ХАРАКТЕР ИММУНОГЕНЕТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У ДЕТЕЙ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА С ДИСБИОТИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

¹Ахмедова Ш.У., ¹Даминова М.Н., ¹Шерматова З.А., ²Мирахмедова Н.Н.

¹Ташкентский медицинский педиатрический институт, Узбекистан

²Республиканский научный центр иммунологии МЗ РУз., Узбекистан

Цель исследования: изучить показатели клеточного иммунитета у детей с СД 1 типа с дисбиотическими нарушениями (с проявлениями диабетической энтеропатии).

Материалы и методы. Для проведения данного исследования нами была отобрана группа из 30 детей СД типа 1 с проявлениями диабетической энтеропатии, с различной продолжительностью данного заболевания. У

всех детей была взята кровь для определения HLA-ABC и CD45 проводилась с использованием моноклональных сывороток фирмы «ДНК-технология» (РФ). Оценку фагоцитарной активности нейтрофилов осуществляли общепринятым методом по их способности поглощать инертные частицы, подсчитывали процент фагоцитировавших клеток.

Результаты и обсуждение. У детей с сахарным диабетом выявлено снижение ФАН в среднем до $42,8 \pm 1,0\%$ с размахом индивидуальных значений от 31 до 54%, что достоверно отличается от контрольных значений (ФАН составил $52,6 \pm 1,5\%$). Спонтанный хемотаксис только у 3х детей был положительный и в среднем составил $0,013 \pm 0,008$ мм. Индуцированный хемотаксис был положительным у 46,7% больных со средним значением $0,348 \pm 0,08$ мм ($p < 0,001$). Использование экспрессии рецепторов HLA-ABC показало их достоверное снижение относительно данных контроля и в среднем составило $18,7 \pm 1,3\%$ с размахом индивидуальных значений от 10 до 39 (контроль $25,9 \pm 1,2\%$, $p < 0,001$). Возможно, что снижение экспрессии HLA-ABC является доказательством уменьшения к распознаванию на лимфоцитах антигенов гистосовместимости 1 класса. Отмечено достоверное снижение CD45 лимфоцитов $22,3 \pm 1,2\%$ (контроль $32,3 \pm 2,2\%$, $p < 0,001$).

Выводы. Таким образом, у детей СД типа 1 с дисбиотическими нарушениями, на фоне наблюдающегося снижения ФАН, уменьшение экспрессии рецепторов HLA 1 класса и экспрессии рецепторов CD45, указывающее на состояние вторичного иммунодефицита, требует коррекции дисбиотических нарушений кишечника. Программа по восстановлению нарушенного микробиоценоза кишечника, должна включаться не только комплексную терапию основной патологии, но и последующую реабилитацию пациента. Такое восстановительное лечение должно быть основано на лечебном, а затем функциональном питании, коррекции микробиологической диссоциации и дополнительной иммуномодуляции организма.

ПРИМЕНЕНИЕ СУКЦИНАСОЛА КОРРЕКЦИЯ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Бабажанов А.С., Тоиров А.С., Ахмедов А.И.

Самаркандский медицинский институт, г. Самарканд. Узбекистан

Ведущим фактором в патогенезе панкреатита является эндотоксикоз. Отсюда эффективность терапии данного заболевания, безусловно, зависит от возможности лечебного воздействия на весь спектр патогенетических факторов, в том числе и на синдром эндогенной интоксикации. Один из принципов детоксикационной терапии - влияние на процессы, приводящие

к повышенной продукции токсических субстанций, в частности на мембранодеструктивные явления, которые зависят и от объема хирургической агрессии.

Материалы и методы. В основу исследования положены результаты лечения 44 больных, разделенных на две группы: первую группу (сравнения) составили 24 (54,5%) пациента с острым тяжелым панкреатитом, которым проводили базисную стандартизированную комплексную терапию; во второй группе (основной) – 20 (45,5%) больных, комплексная терапия включала сукцинасол (ежедневные внутривенные капельные введения 400,0мл). В контрольные сроки исследовали уровни маркеров эндотоксикоза в плазме крови, показатели активности перекисного окисления липидов (ПОЛ), каталазы и супероксиддисмутазы плазмы крови.

Результаты. Исследования показали, что у больных острым панкреатитом поступление в клинику выявляли выраженные расстройства гомеостаза. Было выявлено, что при остром панкреатите в самые ранние сроки послеоперационного периода расстройства гомеостаза прогрессируют, что, безусловно, обусловлено хирургической агрессией (больным проводили лапароскопическое дренирование брюшной полости). Использование базисной терапии в раннем послеоперационном периоде у больных острым панкреатитом позволило уменьшить выраженность эндотоксикоза, активность свободно-радикальных процессов липоперекисления и восстановить состав липидного спектра плазмы крови. Однако темп нарастания положительных эффектов стандартизированной терапии был низким. Включение сукцинасола в комплексную терапию острого панкреатита позволило в послеоперационном периоде в более ранние сроки уменьшить воспалительные процессы в брюшной полости. Это подтверждалось укорочением температурной реакции, уменьшением продукции экссудата брюшной полости, сравнительно быстрым восстановлением функции кишечника. Клинический положительный эффект препарата с изменениями исследованных биохимических показателей. На фоне использования сукцинасол у больных острым панкреатитом синдром эндогенной интоксикации был выражен в меньшей степени.

Выводы. Включение сукцинасол в комплексную терапию больных острым тяжелым панкреатитом и использование миниинвазивных вмешательств позволяет оптимизировать лечебный процесс. Подтверждением является улучшения клинического течения раннего послеоперационного периода и сравнительно быстрое восстановление гомеостаза.

ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Бабажанов А.С., Курбанов Э.Ю., Ахмедов А.И.

Самаркандский медицинский институт, г. Самарканд. Узбекистан

Актуальность: Больные сахарным диабетом нередко становятся постоянными пациентами не только эндокринологов, но и хирургов. Каждый второй больной сахарным диабетом рано или поздно нуждается в оказании хирургической помощи. Актуальность и социальная значимость данной проблемы связаны, с одной стороны, с постоянным увеличением числа больных сахарным диабетом, частым развитием у них осложнений, требующих выполнения хирургических вмешательств.

Цель: Усовершенствовать стандартных методов диагностики и хирургического лечения диабетической стопы.

Материал и методы: В областном гнойно-септическом центре Самаркандское ГМО за последние годы обследовано 71 больных гнойно-некротическим осложнением, в том числе и диабетической стопой. Возраст больных были 30-74 лет: мужчин 37 (56,9%) и 28(43,1%) женщин. Установлен сахарный диабет I типа у 31 пациентов. Средней тяжести у 18 (27,5%) и лёгкая форма у 13 (19,5%) больных. Длительность сахарного в среднем составил 14,2 года и у 5 (9,1%) больных установлено впервые. У 47 (72,2%) больных сопутствовала сердечно-сосудистые патологии, у 52 (80%) пациентов имеется почечные патологии, с заболеваниями печени и желчных путей выявлено 32 (49,2%) больных. Нейропатическая форма диабетической стопы установлено у 48 (74%) больных, ишемическая 5 (7,6%), нейроишемическая форма у 11 (16,9%) больных. Для определения характера изменения всем больным нами проведены рентгенография пораженного стопа в двух проекциях. Уровень гликемии, биохимический исследование крови и мочи.

Результаты: В лечение гнойно-некротического осложнения сахарного диабета мы придерживаемся следующего принципа: специфический контроль уровень гликемии, определение чувствительность к антибиотикам, лечение сопутствующих заболеваний, своевременное определение синдрома диабетической стопы и местное лечение, вывести стопы ног из критического состояния ишемии. Каждый второй больной сахарным диабетом лечится хирургическим путём. Каждого четвертого больного наблюдались гнойно-некротические осложнения. У них после операционного осложнения доходит до 20-25%. Самое тяжелое из этих осложнений встречаются в нижних конечностях и большинство случаев заканчивается с ампутацией.

Приопределения оптимального уровня ампутации мы используем лабораторно-рентгенологических и данных доплерографии.

Выводы: Использование комплексное диагностики при лечение гнойно-некротических осложнений сахарного диабета значительно сократили количество высоких ампутаций конечностей до 7,9%.

НЕКОТОРЫЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ПАЦИЕНТОВ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Бабак О.Я., Лапшина Е.А.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Все чаще выявляется, что нарушение секреции адипокинов может играть ключевую роль в развитии метаболического синдрома, в том числе неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) и прогрессирования неалкогольного стеатогепатита (НАСГ). Избыточная висцеральная жировая ткань была определена в качестве одной из основных причин, которая ведет к развитию НАЖБП. В настоящее время проводятся многочисленные исследования метаболических изменений при НАЖБП.

Цель исследования: изучить уровни фактора роста фибробластов-21 (FGF21) и показатели липидного профиля в крови пациентов с НАСГ.

Материалы и методы: Было обследовано 90 пациентов с НАЖБП в стадии НАСГ, группу контроля составило 20 практически здоровых лиц. Среди обследованных было 67 мужчины и 53 женщин в возрасте от 30 до 60 лет. Проводилась оценка клинико-биохимических данных. Определение FGF21 проводились иммуноферментным методом в плазме крови.

Результаты: Показатели уровней FGF21у пациентов исследуемых групп имели достоверную разницу - средние показатели в первой группе составили: 343,74 (274,4; 413,94) пг/мл - медиана, 25й и 75й квартили соответственно; определение уровней FGF21 в группе контроля показало медиану 101,96 (91,87; 117,5) пг/мл, ($p < 0,001$). Средние показатели в первой группе составили: общий холестерин - $5,8 \pm 0,32$ ммоль/л, триглицеридов - $1,89 \pm 0,85$ ммоль/л, холестерин ЛПОНП - $0,7 \pm 0,16$ ммоль/л, ЛПВП - $0,72 \pm 0,3$ ммоль/л, ЛПНП - $3,71 \pm 0,7$ ммоль/л, КА - $3,46 \pm 1,2$; в группе контроля: общий холестерин - $4,25 \pm 0,6$ ммоль/л, триглицеридов - $0,89 \pm 0,09$ ммоль/л, холестерин ЛПОНП - $0,48 \pm 0,07$ ммоль/л, ЛПВП - $1,4 \pm 0,08$ ммоль/л, ЛПНП - $2,27 \pm 0,16$ ммоль/л, КА - $1,96 \pm 0,1$ ($p < 0,05$).

Выводы: Таким образом, анализ уровней FGF21 в плазме крови показал достоверные различия между группами пациентов НАЖБП в стадии НАСГ

и группой контроля. Показатели липидного профиля и уровни значительно превышали результаты группы контроля.

ПОВЫШЕНИЕ ЗНАНИЙ НАСЕЛЕНИЯ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА О НЕОБХОДИМОСТИ СНИЖЕНИЯ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Бадритдинова М.Н., Жураева Х.И., Ражабова Г.Х.

Бухарский медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Цель: Снижение избыточного веса среди женщин и мужчин с целью уменьшения риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Материалы исследований: Репрезентативная выборка из неорганизованного населения в возрасте от 20 до 69 лет в количестве 797 человек (242 мужчин и 555 женщин). Проведен опрос населения при помощи вопросника с целью выявления их знаний об избыточном весе, ожирения и его осложнениях. Избыточная масса тела рассчитано по формуле: вес(кг)/рост(м)², ≥ 25 , а уровни ИК ≥ 30 принимался за ожирение. Измерение А/Д проводилось дважды на обеих руках, с интервалом не менее 5 минут.

Результаты: Установлено, что достаточно высоко распространено ИМТ и ожирения, как среди женщин (20,65% и 18,48%), так и среди мужчин (37,34% и 12,03% соответственно). Среди обследованных пациентов у 42,01% мужчин и у 52,77% женщин было повышенное АД, а у 24,36% мужчин и у 41,20% женщин разные изменения на ЭКГ. Среди всех пациентов с проблемами веса был проведен опрос с целью выявления их знаний об избыточном весе и его осложнениях. Практически каждая третья женщина с ИМТ (35,96%) и ожирением (30,39%) не считает, что повышенный вес повышает сердечно-сосудистый риск. 21,93% женщин с ИМТ и 16,67% с ожирением вообще не считают имеющееся у них повышение массы тела фактором риска ССЗ. Мужчины с ИМТ (34,44%) и ожирением (37,93%) не считают повышенный вес важным фактором риска.

Далее всем мужчинам и женщинам при каждом их посещении, наряду с медикаментозным лечением, рекомендовано, чтобы их рацион питания больше содержал овощи и фрукты, меньше соли, животного жира и сахара и соблюдали здоровый образ жизни. Спустя 6 месяцев было проведено повторное обследование и получены следующие результаты: у 21(23,33%) из 90 мужчин с избыточной массой тела и у 11 (37,93%,) мужчин из 29 с ожирением улучшилось показатели ИМТ. Из 114 женщин с избыточной массой у 25 (21,92%) и из 102 женщин с ожирением у 19 (18,62%) нормализовались ИМТ, тем самым уменьшив риск сердечно-сосудистых заболеваний.

Вывод. Таким образом, немедикаментозное лечение является частью в ведении больных с ИМТ и ожирением приводящий к снижению риска ССЗ.

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН

Бадритдинова М.Н., Жураева Х.И., Кадыров Б.С.,
Бухарский медицинский институт, Бухара, Узбекистан.

Цель исследования: Изучить распространенность артериальной гипертензии (АГ) среди мужчин и женщин на уровне первичного звена здравоохранения.

Материалы и методы: проведено исследование распространенности АГ как один из компонентов метаболического синдрома среди населения от 20 до 69 лет 4-поликлиники г.Бухары. Проведено анкетирование 88 мужчин и 162 женщин. Измерение А/Д проводилось дважды на обеих руках, с интервалом не менее 5 минут и при оценке артериального давления (АД) учитывались средние значения 2-х измерений. За нормальное АД принимали значения систолическое артериальное давление (САД) ≤ 139 ; диастолическое артериальное давление (ДАД) ≤ 89 , Артериальная гипертензия (АГ) - САД ≥ 140 ; ДАД ≥ 90 .

Результаты и обсуждения. Полученные данные показывают, что распространённость артериальной гипертонии среди женской популяции оказалась достаточно высокой. Общая распространённость артериальной гипертонии среди женщин составила 25,30% (у 41 из 162 женщин), среди мужчин 25% (у 22 из 88 мужчин). Представленные данные свидетельствуют о том, что по мере увеличения возраста происходит рост частоты АГ. Следует обратить внимание на следующий факт – частота АГ особенно стремительно увеличивается после 30 лет (с 5,26% в возрасте 20-29 лет до 13,79% в возрастной группе 30-39 лет). В последующие возрастные периоды (40-49 лет, 50-59 лет и 60-69 лет) происходит увеличение частоты АГ (21,62%, 30,55% и 46,34% соответственно).

У мужчин наиболее молодой группе (20-29 лет) частота АГ составляет 10%, этот показатель несколько выше, чем среди женщин. В последующих возрастных группах 30-39 лет 13,33%, 40-49 лет 17,39%, 50-59 лет 31,57% и 60-69 лет 42,85% распространённость АГ среди женщин оказалась выше, чем среди мужчин. В возрасте 50-59 лет АГ чаще встречается у мужчин, а в возрасте 60-69 лет – у женщин. Далее изучалась выявляемость АГ врачами ЛПУ. Среди женщин, у которых в ходе скринирующего обследования была

выявлена АГ, у 12,19% из них АГ не была выявлена ранее в ЛПУ. У мужчин частота не выявленных случаев АГ ещё выше – 18,18%.

Выводы. Таким образом, можно заключить, что в обследованной популяции имеет место недостаточная выявляемость АГ.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ КАК ОСНОВНОЙ КРИТЕРИЙ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Бадритдинова М.Н., Жураева Х.И., Рауфов А.А.

Бухарский Государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан.

Цель: Изучить распространенность и выявляемость абдоминального ожирения (АО) среди неорганизованного населения в условиях первичного звена здравоохранения.

Материалы и методы: Репрезентативная выборка из неорганизованного населения в возрасте от 20 до 69 лет в количестве 250 человек. Исследование было проведено в 4-поликлиники г. Бухары среди 162 женщин и 88 мужчин. Метаболический синдром (МС) диагностировался при наличии абдоминального ожирения (окружность талии >94 см для мужчин и > 80 см для женщин) если индекс массы тела превышает 30 кг/м².

Результаты: Распространённость абдоминального ожирения среди женщин составила 42,59%, а среди мужчин 29,54%. Следует отметить, что в четвёртом десятилетии происходит большой прирост частоты АО. В возрасте 30-39 лет частота АО (44,82% в 2,84 раза выше, чем в возрасте 20-29 лет (15,78%). Затем, до 50 лет частота АО практически не меняется, но в возрастных группах 50-59 лет и 60-69 лет частота АО вновь значительно возрастает (47,22% и 48,78% соответственно). Учитывая то, что АО является одним из пусковых механизмов МС, следует признать, что в женской популяции имеет место очень высокий риск формирования ССЗ и связанной с ними смертностью населения. Среди мужчин абдоминальное ожирение встречается -18,18%, 28,57%, 26,08%, 42,10% и 28,57% соответственно. Частота АО у мужчин в возрасте 30-39 лет по сравнению 20-29 лет на 1,57 раз, а в возрасте 50-59 лет, чем в возрасте 40-49 лет возросло на 1,41 раз.

Как оказалось, у 53,84% мужчин, у которых при скринирующем обследовании было выявлено абдоминальное ожирение, врачи лечебно-профилактическом учреждении не диагностировали эту патологию. Вместе с тем, среди женщин процент не выявленных случаев абдоминального ожирения оказался несколько ниже – 47,82%.

Вывод. Таким образом, частота абдоминального ожирения как основной критерий МС после 30 лет очень высокая. Абдоминальное ожирение 1,44 раз больше встречается среди женщин, чем у мужчин.

ПАРАДОКС ОЖИРЕНИЯ ПРИ КОРОНАРНОМ ШУНТИРОВАНИИ: СВЯЗЬ ЧАСТОТЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА С ИНДЕКСОМ МАССЫ ТЕЛА

Безденежных А.В., Сумин А.Н., Иванов С.В., Барбараш О.Л.
ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем
сердечно-сосудистых заболеваний», Кемерово

Цель. Изучить связь индекса массы тела (ИМТ) и частоты госпитальных осложнений в послеоперационном периоде коронарного шунтирования (КШ).

Материал и методы. 839 последовательных пациентов (675 мужчин и 164 женщины, от 31 до 78 лет), подвергшихся плановому КШ в 2009 г. Выделены 4 группы пациентов: ИМТ $\leq 24,9$ кг/м² (нормальная масса и недостаток массы тела, n=178, возраст (Me \pm Q) 58 \pm 12 лет), ИМТ 25-29,9 кг/м² (избыточная масса тела, n=357, возраст 59 \pm 10,5 лет), ИМТ 30-34,9 кг/м² (ожирение 1 степени, n=253, возраст 57 \pm 10 лет), ИМТ ≥ 35 кг/м² (ожирение 2 и 3 степени, n=51, возраст 59 \pm 10 лет).

Результаты. Выявлен тренд к возрастанию частоты раневых осложнений с увеличением ИМТ, они выявлены у 10 (5,6%) пациентов с нормальной массой тела, 21 (5,9%) – с избыточной, 28 (11,1%) больных с ожирением 1 степени и 4 (7,84%) с ожирением 2-3 степеней (p=0,075 для тренда). Пароксизмы фибрилляции предсердий в послеоперационном периоде возникали достоверно чаще у пациентов с ожирением 1 степени, по сравнению с больными с нормальным весом (10,1 и 19,4% соответственно, p=0,009). Послеоперационный инфаркт миокарда развивался значимо чаще в группе больных с нормальным весом, как по сравнению с пациентами с избыточной массой тела (2,8 и 0,4% соответственно, p=0,009), так и по сравнению с больными с ожирением 1 степени (2,8 и 0% соответственно, p=0,007). Выявлена тенденция к большей распространенности инсульта в послеоперационном периоде КШ у пациентов с нормальной массой тела по сравнению с больными с ожирением 1 степени (2,4 и 0%, p=0,059). По остальным осложнениям достоверные межгрупповые различия отсутствовали.

Выводы. Инфаркт миокарда после КШ развивается чаще у пациентов с нормальной массой тела, чем у больных с избыточным весом и ожирением.

Полученные данные подтверждают наличие «парадокса ожирения» и требуют дальнейших исследований для выявления патогенетических механизмов этого явления.

ВКЛАД ПРЕДИАБЕТА В ОТДАЛЕННЫЙ ПРОГНОЗ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ

Безденежных Н.А., Сумин А.Н., Безденежных А.В., Барбараш О.Л.
Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» г. Кемерово, Россия

Цель. Оценить связь предиабета и сахарного диабета 2 типа (СД 2) с неблагоприятным прогнозом у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), перенесших коронарное шунтирование (КШ).

Материал и методы. Проведено наблюдение 347 пациентов с ИБС, подвергшихся КШ в 2006-2009 годах. Пациенты разделены на 3 группы: 148 пациентов с СД 2 типа (медиана возраста 58 лет, медиана срока отдаленного наблюдения - 1,8 года), 23 пациента с предиабетом – нарушение гликемии натощак, нарушение толерантности к глюкозе или их сочетание (медиана возраста 58 лет, медиана срока отдаленного наблюдения - 1,7 года); 176 пациентов без СД и других нарушений углеводного обмена (НУО) (медиана возраста 58 лет, медиана срока наблюдения - 1,7 года). Неблагоприятным прогнозом считался в случае наступления какого-либо из больших сердечно-сосудистых событий (БССС). В качестве БССС учитывались инфаркт миокарда, инсульт, сердечно-сосудистая смерть. Для выявления предикторов неблагоприятного прогноза использовалась логистическая регрессия.

Результаты. Пациенты трех групп были сравнимы по возрасту ($p=0,345$), медиане срока отдаленного наблюдения ($p=0,134$). При оценке отдаленного прогноза пациентов нельзя не отметить сравнимую частоту больших сердечно-сосудистых событий в группах с нарушениями углеводного обмена (НУО) - 14,2% среди пациентов с диабетом и 13,0% среди пациентов с предиабетом, в то время как среди пациентов без НУО она была значительно меньшей и составила 6,3% ($p=0,028$ при сравнении групп с СД и без НУО, $p=0,032$ – при сравнении групп с предиабетом и без НУО).

По результату регрессионного анализа СД 2 типа стал значимым фактором, ассоциированным с развитием БССС (ОШ 3,307; 95%ДИ 1,372-7,968, $p=0,007$). При добавлении предиабета в качестве потенциального предиктора неблагоприятного прогноза риск отдаленных БССС при наличии любого НУО возрастал до 3,6 раз (ОШ 3,617; 95 % ДИ 1,557-8,403, $p=0,001$).

Выводы. Предиабет вносит значимый вклад в формирование неблагоприятного прогноза пациентов после КШ, сравнимый с сахарным диабетом. Выявление нарушений углеводного обмена у пациентов, подвергающихся КШ, имеет существенное клиническое значение.

СВЯЗЬ ВИСЦЕРАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ, АРТЕРИАЛЬНОЙ ЖЕСТКОСТИ И НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА ПО ДАННЫМ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭССЕ-РФ В РЕГИОНЕ ЗАПАДНОЙ СИБИРИ

Безденежных Н.А., Сумин А.Н., Федорова Н.В., Безденежных А. В.,
Индукаева Е.В., Артамонова Г.В.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», г. Кемерово, Россия

Цель: изучить связь сердечно-лодыжечного сосудистого индекса (СЛСИ) и факторов сердечно-сосудистого риска (в том числе висцерального ожирения) с нарушениями углеводного обмена в популяционной выборке.

Материалы и методы. Одномоментное исследование проведено в рамках многоцентрового эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ с марта по октябрь 2013г. Исследовалась жесткость периферических артерий на аппарате VaSeraVS-1000 (Fukuda Denshi, Япония). Выборка составила 1617 человек, которые разделены на три группы: группа 1 – пациенты с сахарным диабетом 2 типа (СД 2) (n=272, 16,6% обследованных), группа 2 – пациенты с предиабетом – нарушением гликемии натощак, нарушением толерантности к глюкозе или их сочетанием (n=44, 2,7% от всей выборки), группа 3 – лица без каких-либо подтвержденных нарушений углеводного обмена (n=1301).

Результаты. Пациенты с диабетом и предиабетом были сравнимы по большинству показателей (частоте ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, ожирения, инсульта, болезней почек, ожирения, в том числе висцерального), но значимо отличались от лиц без НУО. Частота выявления патологического СЛСИ (>9,0) была выше среди больных с предиабетом и диабетом (15,9% и 16,8%) по сравнению с лицами с нормогликемией (9,0%, p<0,001). В общей выборке СЛСИ положительно коррелировал с возрастом (r=0,526, p<0,001), СД 2 (r=0,128, p<0,001), предиабетом (r=0,071, p=0,002), окружностью талии (r=0,125, p<0,001), висцеральным ожирением (r=0,097, p<0,001), но не с ИМТ (r=0,042, p=0,132). По результату регрессионного анализа повышение СЛСИ было ассоциировано как с наличием СД (ОШ 1,185 при повышении на каждую индексную единицу, 95% ДИ 1,100-1,276;

$p < 0,001$), так и предиабета (ОШ 1,179 95% ДИ 1,008-1,380; $p = 0,044$). Висцеральное ожирение было ассоциировано с СД 2 (ОШ 2,893(2,093-3,999, $p < 0,001$) и предиабетом (ОШ 2,350; 95% ДИ 1,119-4,935, $p < 0,001$).

Выводы. Предиабет в такой же степени, как и СД 2, ассоциирован с факторами сердечно-сосудистого риска, в том числе с висцеральным ожирением и повышенной жесткостью артерий.

ФАКТОРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Беловол А.Н., Бобронникова Л.Р.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель исследования – изучить факторы прогрессирования метаболических нарушений и их взаимосвязи у пациентов с сочетанным течением неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) и сахарного диабета (СД) 2 типа.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 95 пациентов с НАЖБП и СД 2 типа (субкомпесированным): 1-ю группу составили 48 больных с сочетанным течением НАЖБП и СД 2 типа, 2-ю группу – 47 пациентов с НАЖБП. Контрольная группа ($n = 20$) была максимально сопоставима по возрасту и полу к обследуемым больным. Средний возраст больных составил $56,4 \pm 4,6$ лет. Исследовали состояние углеводного обмена, липидограммы. Инсулинорезистентность оценивали по модели НОМА. Уровень галектина-3 и С-реактивного протеина (СРП) изучали иммуноферментным методом.

Результаты и их обсуждение. При оценке трофологического статуса у пациентов с сочетанным течением НАЖБП и СД 2 типа среднее значение ИМТ составило $35,26 \pm 4,6$ кг/м², при этом 1 степень ожирения была диагностирована у 51,4%, 2 степень – у 26,0% и 3 степень ожирения – у 22,5% больных ($p < 0,05$). При оценке показателей липидного спектра нарушения липидного обмена достоверно чаще встречались у больных с сочетанным течением заболевания, в сравнении с пациентами 2-й группы (92,6% и 45,2%, соответственно; $p < 0,05$). Установлено, что снижение уровня ХСЛПВП у больных с НАЖБП и СД 2 типа наблюдалось значительно чаще, чем в группе сравнения (54,2% и 20,0%, соответственно; $p < 0,05$). Уровень галектина-3 в сыворотке крови у пациентов 1-й группы был выше, чем у пациентов 2-й группы и контролем ($p < 0,001$) и коррелировал с ИМТ и степенью ожирения ($p < 0,001$). У пациентов 1-й группы выявлены положительные взаимосвязи галектина-3

сыворотки крови с уровнем ОХ ($r=0,46$; $p<0,001$) и СРП ($r=0,46$; $p<0,001$) и отрицательная с ХСЛПВП ($r=-0,52$; $p<0,001$). Установлена прямая корреляционная взаимосвязь галектина-3 с уровнем глюкозы ($r= 0,48$; $p<0,001$) и НОМА-IR ($r=0,46$; $p<0,001$).

Выводы: Доказано, что сочетанное течение НАЖБП и СД 2 типа сопровождается нарастанием проявлений инсулинорезистентности, атерогенной дислипидемии, нарушениями углеводного обмена, которые находятся в тесной взаимосвязи с показателями ИМТ, системным воспалением и дисбалансом галектина-3 в сыворотке крови.

ВЛИЯНИЕ ДИСБАЛАНСА ИРИСИНА НА ТЕЧЕНИЕ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Бобронникова Л.Р.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель: изучить особенности дисбаланса миокина ирисина и его влияние на течение неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) в сочетании с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материалы и методы. Обследовано 82 пациента с НАЖБП и СД 2 типа. Пациенты были разделены на две группы в соответствии с активностью трансаминаз: 1-я группа ($n=39$) пациенты с неалкогольным стеатозом (НАСЗ) и СД 2 типа, 2-я группа ($n=43$) с неалкогольным стеатогепатитом (НАСГ) и СД 2 типа. Группу контроля составили 20 практически здоровых лиц. Для верификации диагноза НАЖБП и оценки функционального состояния печени использовали биохимические и инструментальные методы исследований. Анализировали особенности липидного обмена: уровни общего холестерина (ОХ), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), триглицеридов (ТГ), коэффициента атерогенности (КА). Концентрацию ирисина и С-реактивного протеина (СРП) в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом.

Результаты. Установлено, что индекс массы тела (ИМТ) в среднем составил $29,2\pm 3,4$ кг/м² у пациентов 1-й группы и $33,4\pm 3,8$ кг/м² у пациентов 2-й группы ($p<0,05$). Нарушения липидного обмена достоверно чаще встречались у пациентов с НАСГ и СД 2 типа (62,5% и 47,6%, соответственно; $p<0,05$). У всех обследованных пациентов уровень ирисина сыворотки крови был статистически значимо ниже, чем в группе контроля ($32,6\pm 2,6$ нг/мл и $45,4\pm 3,8$ нг/мл, соответственно; $p<0,05$). В группе с НАСГ и СД 2

типа показатели ирисина были статистически значимо выше, чем у пациентов с НАСЗ и СД 2 типа ($35,6 \pm 2,2$ нг/мл и $29,4 \pm 1,6$ нг/мл, соответственно; $p < 0,05$). Установлено, что у пациентов 2-й группы установлены отрицательные корреляционные взаимосвязи концентрации ирисина сыворотки крови с ОХ ($r = -0,44$; $p < 0,001$), ХС ЛПНП ($r = -0,44$; $p < 0,001$), ТГ ($r = -0,42$; $p < 0,001$) и положительные с ХС ЛПВП ($r = 0,42$; $p < 0,001$), СРП ($r = 0,44$; $p < 0,001$).

Выводы. Доказано, что уровень ирисина сыворотки крови снижен у пациентов с НАЖБП и СД 2 типа. Установлены отрицательные связи ирисина с показателями проатерогенной дислипидемии и положительные с ХСЛПВП, что говорит о антиатерогенном характере данного миокина. У пациентов с НАСГ концентрация ирисина сыворотки крови выше, чем у пациентов НАСЗ и положительно коррелирует с СРП, что может говорить о взаимосвязях дисбаланса ирисина с процессами воспаления в печени.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Бобронникова Л.Р., Беловол А.Н., Ильченко И.А.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель: Выявить особенности изменений кардиогемодинамики и функционального состояния почек при различных клинических проявлениях метаболического синдрома (МС).

Материал и методы: У 65 больных (из них 30 женщин) с МС (средний возраст $49,3 \pm 6,2$ лет, индекс массы тела (ИМТ) $31,5 \pm 1,5$ кг/м²) изучалось суточное мониторирование артериального давления (СМАД); эхокардиография (ЭхоКГ); микроальбуминурия (МАУ); состояние углеводного и липидного обменов.

Результаты. У пациентов с профилем АД «non-dipper» и «night-peaker» чаще выявлялась гипергликемия (ГГ) («non-dipper» 58,7%; «night-peaker» 29,4%). У пациентов МС с артериальной гипертензией (АГ) и ГГ отмечена эксцентрическая (38,6%) и концентрическая (21,4%) гипертрофия левого желудочка (ЛЖ). У пациентов МС с ГГ и гиперлипидемией (ГЛ) чаще регистрировалась диастолическая дисфункция ЛЖ (62,8%), чем у больных с МС, но сохраненным углеводным обменом (29,6%). Снижение скорости клубочковой фильтрации (СКД-ЕПІ < 60 мл/мин/1,73м²) чаще встречалось у больных МС с АГ и ГГ (42,8%), чем без ГГ (17,2%). У всех пациентов МС с АГ и ГГ отмечалась МАУ.

Выводы. У пациентов с МС отмечаются однонаправленные нарушения кардиогемодинамики и функции почек. Наиболее неблагоприятное влияние на функциональное состояние миокарда и канальцев почек оказывает сочетание АГ и ГГ.

АНТИСТРЕССОВАЯ ПЛАСТИЧЕСКАЯ ГИМНАСТИКА В КОРРЕКЦИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ

Болтабоев С.А., Азизов С.В., Азизов Н.Н.

Наманганский государственный университет, Наманган, Узбекистан

Цель исследования. Изучения механизма влияния антистрессовая пластическая гимнастика (АПГ) на показатели липидного обмена в лечение и реабилитации больных диабетической нефропатией (ДН) с проявлениями метаболического синдрома (МС).

Материал и методы. Под наблюдением находилось 40 больных ДН с проявлениями МС в возрасте 18-83 лет. Из них 21 (52,5%) мужчин и 19 (47,5%) женщин. Давность заболевания от 2 года до 5 лет. До и после лечения и реабилитации оценивалось состояние основного признака МС, то есть ожирения, абдоминальное ожирения: объем талия (ОТ) и в липидном спектре обмена следующие дополнительные критерии: триглицериды (ТГ) и липопротеиды (ХС-ЛПВП, ХС-ЛПНП), глюкоза в плазме крови натощак. Исследуемые больные получили следующие процедуры: - АПГ в течение 2 года, основной частью которого являются вводная (разминка), суставный массаж и бег. Предусматривались постепенное увеличение объема материала и его расширение. Последовательно вводили техника перемещений, упражнения на растягивание, танцевальные шаги с использованием музыки; - базисная терапия [– антибактериальная терапия, – витамины группа В, - дезинтоксикационные средства, – уроантисептики]; - иммунокорректор - тимоптин, курс составляет 50 дней, курс повторили в начале 2 года лечение); - фитотерапия в течение 2 года.

Результаты. До лечения и реабилитации выявлено у всех больных ожирения: ОТ у мужчин в среднем 97 см, у женщин 86 см и в липидном спектре обмена: - повышение уровня ТГ $2,3 \pm 0,06$ ммоль/л; - снижение концентрации ХС-ЛПВП ($0,92 \pm 0,04$ ммоль/л у мужчин и $0,86 \pm 0,22$ ммоль/л у женщин); - повышение содержания ХС-ЛПНП $4,2 \pm 0,11$ ммоль/л; гипергликемия натощак - глюкоза в плазме крови натощак $9,8$ ммоль/л.

После лечения и реабилитации выявлено достоверное снижение ОТ у мужчин в среднем 94 см, у женщин 80 см и средних показателей липидного спектра обмена соответственно: ТГ–19,3%, 27%, 33,3%, 38,7% ($P<0,01$), ХС-ЛПНП–15,5%, 27,4%, 37%, 40,3% ($P<0,01$) и достоверное повышение средних показателей ХС-ЛПВП–95,8%, 113,7% 115,6%, 127% ($P<0,01$) и снижение содержание глюкоза в плазме крови натощак на 6,7 ммоль/л ($P<0,01$).

Выводы. Таким образом, выявлено достоверная ($P<0,01$) положительная динамика, показателей основного признака МС то есть ожирения, абдоминальное ожирения и липидного спектра обмена у больных ДН с проявлениями МС связанная с применением АПГ.

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

Болтаева Н.Н., Абзалова М.Я., Манашова А.Р., Умарова У.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Цель работы. Изучить возможности ультразвуковой диагностики в определении микролитиаза почек у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Нами в условиях клиники ТашПМИ было обследовано 38 детей. Исследование проводились на ультразвуковых диагностических аппаратах «MIRROR 2» и «SONOSCAPE-SSI 5000» с использованием конвексных датчиков частотой 5,0-7,5 МГц.

Результаты. При ультразвуковом обследовании почек и мочевого пузыря у 38 ребенка в возрасте от 3 месяцев до 3 лет были выявлены следующие изменения: гиперэхогенные мелкие включения в умеренно расширенной собирательной системе (чаще в чашечках), размерами от 2 до 4 мм, не дающие дистальной тени, гиперэхогенные точечной формы включения в собирательной системе почек, а также повышенной эхогенности точечные «плавающие» сигналы (взвесь) в просвете мочевого пузыря. Отмечалось уплотненные стенки сосудов собирательной системы и определялись множественные и/или единичные сигналы в просвете мочевого пузыря. Всем детям с перечисленными изменениями выполнены анализы суточных порций мочи с определением содержания фосфатов, уратов, кальция. В результате установлено, что повышенное содержание фосфатов в суточной моче отмечалось у 15 (39,5 %) детей, повышение уратов - у 7 (18,4%); при этом снижение уровня кальция в моче было отмечено у 16 (42,1%), а магния - у всех детей. При контрольных ультразвуковых и биохимических исследованиях, выполненных через 14 дней, указанные изменения сохранялись во всех случаях.

Выводы: Таким образом, видимые при ультразвуковых исследованиях изменения в паренхиме и собирательной системе почек связаны с наличием в них повышенного количества солей. Вместе с тем не было найдено зависимости между типом изменения эхограмм и солевым составом мочи.

КОАГУЛОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Борзова Н.С., Арипов О.А., Ша-Ахмедова Л.Р.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Цель работы: определить активность показателей свертывающей системы у больных сахарным диабетом.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 48 больных сахарным диабетом II типа в возрасте от 48 до 73 лет, 20 женщин и 28 мужчин, у которых методом на коагулометре (Human) определяли протромбиновое время (ПВ), МНО, фибриноген по Клауссу, активированное частичное тромбиновое время (АЧТВ), тромбиновое время (ТВ), гомоцистеин ИФА-методом, СРБ латекс-агломинации и Д-димеры - хроматографическим методом.

Результаты: при анализе показателей установлены определенные изменения. Так, снижение МНО за счет укорочения ПВ было у 22 больных (45,8%) и колебалось от 0,76 до 0,84. Уровень фибриногена превышал нормативные показатели (1,75-3,5 гр/л), но не выше 5,6 гр/л у 27 больных (56,2%). Значение АЧТВ было незначительно укороченным (менее 25 сек.) у 20% больных. Аналогичные тенденции определялись и при исследовании ТВ. Содержание гомоцистеина было выше нормативных показателей (10 мкмоль/л) у 18 больных (37,5%) и колебалось в пределах 18-24 мкмоль/л. Гомоцистеин является маркером эндотелиальной дисфункции и провоцирует активацию плазменных факторов свертывания с одновременной ингибацией физиологических антикоагулянтов (система протеина С). Увеличение СРБ было незначительным – до 10-15 мг/л при норме 5 мг/л у трети больных и говорило за вялотекущее воспаление. Самым надежным маркером тромбинемии является присутствие Д-димеров в кровяном русле, которые являются продуктом распада фибрина. Д-димеры определялись у 17 больных из 48 обследованных (35,4%).

Выводы: известно, что у больных сахарным диабетом самыми серьезными осложнениями являются сосудистые, которые вызваны формированием тромбов в кровяном русле. Предупредить их формирование необходимо, для этого достаточно систематически исследовать скрининговые тесты системы гемостаза и Д-димеры тест-полосками.

ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ИХ КОРРЕКЦИЯ АТОРВАСТАТИНОМ

Борзова О.Ю., Рындина Н.Г., Кожин М.И.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель работы. Изучение влияния аторвастатина на состояние липидного обмена у больных с метаболическим синдромом.

Материалы и методы. В исследование было включено 67 пациентов в возрасте от 43 до 75 лет с гипертонической болезнью II стадии, ожирением I-II степени и дислиппротеидемией II типа. В схему лечения пациентов вместе с антигипертензивными препаратами был включен аторвастатин в суточной дозе 10 мг. Продолжительность лечения составила 3 месяца. Для определения уровней общего холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) использовался энзиматический метод, холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) и очень низкой плотности (ХС ЛПОНП) определяли расчетным методом по формуле Фридвальда. С целью выявления возможных побочных эффектов проводилось определение уровней АСТ, АЛТ и КФК, как до начала исследования, так и на его этапах. Морфофункциональные параметры левого желудочка определяли ультразвуковым методом на аппарате Ultima PRO 30 (фирма RADMIR, Украина).

Результаты. При исследовании уровней липидов до начала терапии у всех пациентов было выявлено повышение общего ХС на 18,6%, ТГ на 13,4%, ХС ЛПНП на 19,8% от нормы, уровень ХС ЛПВП был снижен на 25,4%, КА составлял $6,7 \pm 1,5$, что свидетельствует о значительных нарушениях липидного обмена. При повторных исследованиях, проводившихся в процессе лечения, была отмечена постепенная нормализация уровня всех исследуемых показателей. Так через 2 месяца после назначения аторвастатина уровень общего ХС снизился на 19,7%, ТГ на 7,4%, ХС ЛПНП на 28,8%, а уровень ХС ЛПВП вырос на 12,5%, КА уменьшился до $4,1 \pm 1,4$. Исследование этих же показателей через 3 месяца лечения показало, что уровень ХС составлял 4,63 ммоль/л (-28,7%), ТГ 1,64 ммоль/л (-38,5%), ХС ЛПНП 2,93 ммоль/л (-10,6%), ХС ЛПВП 1,26 ммоль/л (+17,5%), КА составлял $3,5 \pm 1,3$. При ультразвуковом исследовании было зарегистрировано уменьшение степени выраженности гипертрофии миокарда левого желудочка в виде уменьшения толщины стенки и массы миокарда. Ни у одного больного не отмечено развития побочных реакций, что говорит о хорошей переносимости препарата.

Выводы. Больным с метаболическим синдромом целесообразно назначение аторвастатина, что обусловлено его положительным влиянием на обмен липидов и способностью уменьшать степень выраженности гипертрофии миокарда левого желудочка.

ПОКАЗАТЕЛИ УРОВНЕЙ ТРОМБОСПОНДИНА-2 У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Борзова-Коссе С.И., Писклова В.В.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель работы – сравнительная оценка уровней тромбоспондина-2 у больных с острым коронарным синдромом при развитии Q-позитивного и Q-негативного инфаркта миокарда.

Материалы и методы. Обследовано 104 больных с острым коронарным синдромом (ОКС) с элевацией сегмента ST в возрасте от 42 до 74 лет. Из них у 69 человек развился Q-позитивный инфаркт миокарда (ИМ) и у 35 - Q-негативный ИМ. В качестве контрольной группы было обследовано 15 практически здоровых людей. Критериями исключения были наличие у пациента сахарного диабета, острого нарушения мозгового кровообращения, заболеваний соединительной ткани, онкологических процессов. Определение уровня тромбоспондина-2 проводилось иммуноферментным методом с помощью набора реагентов «HumanThrombospondin-2» (KonoBiotecCo., Ltd). Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета статистических программ «Microsoft Excel».

Результаты. При анализе полученных данных было выявлено, что у пациентов с острым коронарным синдромом и ожирением, у которых развился Q-позитивный инфаркт миокарда уровень тромбоспондина-2 составлял $41,46 \pm 1,05$ нг/мл ($p < 0,05$), в то время как у больных с Q-негативным ИМ он был в среднем $38,43 \pm 0,81$ нг/мл ($p < 0,05$). При этом уровень повышения тромбоспондина-2 прямо пропорционален объему повреждения миокарда. Это говорит в пользу того, что у больных с ИМ тромбоспондин-2, вырабатывается в высоких концентрациях и вовлекается в процессы патологического ремоделирования, обуславливая нарушение структуры коллагенового матрикса миокарда за счет накопления аномальных фибрилл коллагена.

Выводы. У больных с ОКС при развитии Q-позитивного инфаркта миокарда отмечается более выраженное повышение уровня тромбоспондина-2 по сравнению с пациентами с Q-негативным инфарктом миокарда.

ВЗАИМОСВЯЗЬ КОНЦЕНТРАЦИИ ВИТРОНЕКТИНА С ИНДЕКСОМ МАССЫ ТЕЛА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И ОЖИРЕНИЕМ АБДОМИНАЛЬНОГО ТИПА

Боровик Е.Н., Рындина Н.Г.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель работы. Изучить активность витронектина у больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ) в зависимости от наличия или отсутствия ожирения и установить характер связей данного показателя с индексом массы тела (ИМТ).

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 66 пациентов с ОИМ в возрасте $72,43 \pm 0,78$ лет. Первую группу составили 43 больных с сопутствующим ожирением, вторую - 23 больных с нормальной массой тела. Больные обеих групп были сопоставимы по полу и возрасту. Ожирение I ст. было обнаружено у 26 человек, ожирение II ст. - у 15 человек, ожирение III ст. - у 2 человек. ИМТ в группе больных ОИМ с сопутствующим ожирением составил $35,47 \pm 0,62$ кг/м², тогда как в группе сравнения ИМТ был на уровне $22,86 \pm 0,41$ кг/м². Контрольную группу составили 15 практически здоровых лиц. Наличие ожирения устанавливалась согласно классификации ВОЗ, 1997г при ИМТ > 30 кг/м², который определяли по формуле: ИМТ (кг/м²) = масса тела / (рост)². Концентрацию витронектина определяли иммуноферментным методом с помощью коммерческих тест-систем «Human Vitronectin» ELISA Kit (Китай). Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета статистических программ «Microsoft Excel».

Результаты. У больных с ОИМ и ожирением было установлено достоверное увеличение концентрации витронектина сыворотки на 25,92% по сравнению с больными без ожирения и на 48,35% в сравнении с группой контроля. Что касается больных ОИМ без сопутствующего ожирения, концентрация витронектина превышала таковую в контрольной группе на 30,28%. Уровень ИМТ был достоверно выше у больных с ОИМ и сопутствующим ожирением, в сравнении, как с группой контроля, так и с больными ОИМ без ожирения.

Выводы. Таким образом значительное повышение концентрации витронектина плазмы крови у больных с острым инфарктом миокарда и абдоминальным ожирением свидетельствует о выраженных прокоагулятивных свойствах жировой ткани.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Бочкова Л.П., Носиров Ш.Н., Курбанова Ф.Р., Вахидова С.Б.
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) занимает одно из первых мест по инвалидности и смертности населения экономически развитых стран.

Целью исследования стала оценка влияния МС на клиническое течение острого инфаркта миокарда.

Материал и методы: в исследование были включены 35 больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) в возрасте от 60 до 80 лет. Из 35 больных, принявших участие в обследовании, было 20 мужчин и 15 женщин, средний возраст составил $74,7 \pm 9,8$ года. Наличие МС определялось на основании критериев, установленных в рекомендациях ВНОК 2010г. Лабораторные исследования включали определение глюкозы крови натощак, гликозилированного гемоглобина, липидного спектра крови – общий холестерин, липопротеины высокой плотности, низкой плотности, триглицериды.

Результаты: из 35 больных проявления МС отмечалось у 20 больных (57,1%). Из компонентов МС наиболее часто встречалось сочетание ожирения и АГ-у 83% пациентов группы МС, сахарный диабет и ожирение – у 18% больных. Анализ данных липидограммы показывает, что ИМ у б-ных с МС протекает на фоне прогностически неблагоприятных показателей липидного спектра крови – дислипидемия отмечалась у 88% больных, повышенный уровень триглицеридов был отмечен у 76,4% больных, а в группе без МС у 33,3%, а также более высоких значений уровня глюкозы. В группе больных с МС (20 чел) инфаркт миокарда с зубцом Q развился у 14 пациентов (70%), у 7 – инфаркт миокарда без зубца Q (30%). В группе больных без МС (15 чел) инфаркт миокарда с зубцом Q отмечался у 7 больных (46,6%), без зубца Q у 8 (53,4%), АГ отмечалась у 8 (53,3%). У больных с МС было более тяжелое течение ОИМ с проявлениями сердечно-сосудистой недостаточности по Killip II, чаще отмечались нарушения ритма сердца в виде желудочковой и наджелудочковой экстрасистолии и проводимости. В группе больных ИМ с МС доля лиц, имеющих осложненное течение ИМ составила 67,7%, без МС – 26,4%.

Выводы: у больных ИМ с МС больше склонность к развитию осложнений в остром периоде, что требует более тщательного динамического наблюдения и лечения данной категории больных.

ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА ТЕЧЕНИЕ ОСТЕОАРТРОЗА

Бочкова Л.П, Курбанова Ф.Р., Вахидова С.Б.
Ташкентский институт усовершенствования врачей.

Часто выявляемая взаимосвязь остеоартроза (ОА) и ожирения не вызывает сомнения. На настоящий момент установлена патогенетическая основа взаимосвязи ОА с метаболическими нарушениями. Это подтверждает необходимость поиска более эффективных путей коррекции метаболического синдрома у больных ОА.

Целью данного исследования явилось изучение особенностей течения ОА у больных МС.

Материал и методы: обследовано 28 больных с ОА с преимущественным поражением коленных суставов. Среди обследованных больных женщины составили 80%, средний возраст $56,4 \pm 12,6$ лет. Диагноз ОА устанавливали на основании критериев, рекомендованных Ассоциацией ревматологов России и Американским колледжем ревматологов. Для диагностики вторичного синовита использовали клинические критерии (Е.С.Цветкова). Диагностика МС базировалась на критериях, рекомендованных экспертами Всероссийского научного общества кардиологов. Объем обследования больных с ОА включал сбор анамнестических данных, объективного исследования, биохимические анализы (СРБ, холестерин, триглицериды, мочевина, мочевая кислота), рентгенография суставов.

Результаты: МС диагностирован у 57,1% больных, АГ у 75,8%, дислипидемия – 51,6%, ожирение у 64% больных. У 18,4% больных при поступлении выявлено повышение уровня глюкозы натощак, двум из них при выписке поставлен диагноз впервые выявленного сахарного диабета. Клинические признаки синовита выявлены у 48,7% больных. По результатам рентгенографии коленных суставов чаще выявлялась II стадия (41,6%). Установлено, что у больных с МС отмечались более ранние клинические проявления ОА, более частое развитие синовита коленных суставов, больше интенсивность болей в суставах. В этой же группе отмечено повышение маркеров воспаления – СРБ.

Выводы: установлено, что МС или отдельные его компоненты, особенно ожирение, влияют на интенсивность болевого синдрома, выраженность функциональных нарушений. Отмеченное у этих больных повышение содержания СРБ свидетельствует о формировании у них хронического воспаления. Это подтверждает необходимость более тщательного подхода к коррекции метаболического синдрома у пациентов с остеоартрозом.

РОЛЬ ИЗБЫТКА МАССЫ ТЕЛА В РАЗВИТИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ЖЕЛУДКА

Валиев Р.Р., Сидорова А.Г., Фаррахов А.М.

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. Шкляев А.Е.

Кафедра факультетской терапии с курсами эндокринологии и гематологии, Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск

В последние два десятилетия значительно возрос уровень встречаемости функциональных заболеваний органов желудочно-кишечного тракта. К данной группе заболеваний можно отнести патологию, связанную с нарушением аккомодации желудка. Аккомодация желудка, наряду с висцеральной гиперчувствительностью и медленным опорожнением желудка, является основной патофизиологической составляющей функциональной диспепсии.

Цель: выявить влияние избытка массы тела на результат питьевого теста.

Материалы и методы. Обследовано 62 студента медицинского вуза в возрасте $19,77 \pm 1,41$ лет. Основные методы обследования включали питьевой тест, антропометрию, расчет индекса массы тела (ИМТ). Все обследованные были поделены на группы по индексу массы тела. Питьевой тест осуществлялся натощак. Студенты пили негазированную питьевую воду комнатной температуры до достижения полного насыщения, после чего фиксировался объем выпитой жидкости. Статистическая обработка результатов включала расчет средних величин, ошибок средних и коэффициента корреляции(r).

Результаты и их обсуждение. Среди исследуемой группы студентов с ИМТ более 24 кг/м^2 выявлена обратная корреляционная связь средней силы между объёмом выпитой жидкости ($0,956 \pm 0,168$ л.) и массой тела ($76,38 \pm 3,99$ кг, $r = -0,373$), ростом ($1,727 \pm 0,036$ м., $r = -0,45$), сагиттальным диаметром ($22,41 \pm 1,01$ см., $r = -0,515$), курением ($r = -0,589$) и употреблением алкоголя ($r = -0,416$), что говорит о возникновении предрасположенности к нарушению аккомодации желудка у лиц высокого роста с увеличенной массой тела и имеющих вредные привычки.

Выводы. Применение питьевого теста в сочетании с антропометрией при функциональных расстройствах желудка позволяет выявить взаимосвязь нарушений аккомодации желудка и соматического статуса. Полученные результаты дают возможность сформировать антропометрический образ человека, предрасположенного к нарушению аккомодации желудка, что можно использовать для скрининговой оценки и выявления предрасположенности к данным нарушениям.

ИЗМЕНЕНИЕ АДИПОКИНОВОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПРИ ОЖИРЕНИИ И ПАТОЛОГИИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Вялкова А.А., Лебедева Е.Н., Афонина С.Н.

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет»
МЗ РФ, г. Оренбург, Россия

Ожирение – наиболее ранний и заметный признак нарушения обмена веществ у ребенка. Оно появляется значительно раньше, чем артериальная гипертензия, инсулинорезистентность и сахарный диабет. Почки – один из первых органов, берущих на себя компенсаторную функцию при нарастающей массе тела и одновременно подвергающийся патологическим изменениям.

Актуальность проблемы поражения почек у детей с ожирением обусловлена ростом частоты нефропатий, связанных с метаболическими нарушениями, склонностью к их прогрессирующему течению и необходимостью проведения ранней диагностики.

Цель работы. Изучение изменения некоторых гормонально-метаболических показателей у детей с патологией почек при ожирении.

Материалы и методы. Обследовано 50 детей (23 ребенка контрольной группы) в возрасте от 5 до 17 лет. Содержание в сыворотке крови лептина определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа с помощью наборов DRG Diagnostics (США), адипонектина – «Bio Vendor» (Cheshia) на оборудовании фирмы Multiscan MS (Финляндия). У всех детей был рассчитан индекс Лептин/Адипонектин (L/A ratio, Diamond, 2004).

Результаты. Обнаружены различия средней концентрации сывороточного лептина у детей с ожирением ($55,12 \pm 12,1$ нг/мл) по сравнению с детьми контрольной группы ($8,5 \pm 0,8$ нг/мл, $p < 0,05$). При этом, с увеличением доли жировой ткани у детей уровень сывороточного лептина достоверно увеличивается ($p < 0,01$). У детей с ожирением индекс Лептин/Адипонектин вдвое превышал среднее значение по сравнению с контролем ($47 \pm 0,035 / 23 \pm 0,033$ $p < 0,005$). У детей с ожирением выявлена положительная корреляция индекса Лептин/Адипонектин с скоростью клубочковой фильтрации (СКФ) ($r = 0,5$; $p = 0,001$).

Выводы. Определение индекса лептин/ адипонектин является перспективным для диагностики ренального поражения при ожирении у детей. В последующем, большое значение будет иметь проведение проспективного исследования с более строгими критериями при формировании групп.

АНАЛИЗ СТЕПЕНИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВИТАМИНОМ ДЗ ОРГАНИЗМА БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Гаджиева Л.У., Комиссаренко Ю.И.

Национальный медицинский университет имени О.О.Богомольца,
Киев, Украина.

Цель: Определение и анализ уровня обеспеченности организма больных сахарным диабетом 2-го типа с НАЖБП витамином Д3 (25-ОН D).

Материалы и методы: На базе Киевского Городского Клинического Эндокринологического Центра (КГКЭЦ) под наблюдением находились 25 больных СД 2-го типа с НАЖБП. 100% (25) больных имели артериальную гипертензию II ст., 80% (20) больных имели ожирение II ст., 68 % (17) больных с хроническим панкреатитом.

Уровень гидроксиколекальциферола (25-ОН витамин D) определялся иммунохимическим методом с хемилюминесцентной детекцией(СМИА)/Тест-система АВВОТ Diagnostics (США).

Результаты исследования: Было обследовано 25 больных СД 2-го типа с НАЖБП, из них 15 пациентов находились на терапии пероральными сахароснижающими препаратами(ПССП), 10 пациентов на инсулинотерапии. Средний возраст больных-61год, из 25 обследуемых-15 женщин(65лет),10 мужчин(57лет). Стаж диабета в среднем был около 10 лет (9,6). Средний ИМТ составил 36 кг/м² (муж. – 35,7 кг/м², жен.- 36,3 кг/м²). Средний уровень гликированного гемоглобина-9.5%.

Анализ дислипидемии показал средние показатели уровня холестерина-5.8 ммоль/л, триглицеридов-1.89 ммоль/л. Среди 25 обследуемых пациентов у 44%(11) была определена недостаточность (64.3 нмоль/л), у 56% (14) дефицит (31,2 нмоль/л), из них у 28% (7) выраженный дефицит (17.6 нмоль/л). *Примечание: недостаточность 50-75 нмоль/л, дефицит < 50 нмоль/л, выраженный дефицит <25 нмоль/л.

Выводы: Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о том, что все больные СД 2-го типа с НАЖБП имели неудовлетворительную обеспеченность организма витамином Д3, которая варьировала от недостаточности до выраженного дефицита, что могло влиять на стойкую декомпенсацию сахарного диабета.

СПЕКТРАЛЬНО-ЛЮМИНЕСЦЕНТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БЕЛКОВ ПЛАЗМЫ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА

Гармаза Ю.М., Зубрицкая Г.П., Кутько А.Г., Слобожанина Е.И.

Институт биофизики и клеточной инженерии НАН Беларуси, Минск

Известно, что у пациентов с сахарным диабетом II типа (СД II) происходит накопление амилоидогенного белка амилина в поджелудочной железе, который, как предполагается, частично попадает в периферическую кровь и может взаимодействовать с белками крови.

Цель работы. Проведение сравнительной оценки собственной и зондовой люминесценции белков плазмы крови доноров и пациентов с диагностированным СД II типа.

Материалы и методы. Периферическая кровь была получена от пациентов с диагнозом СД II типа и условно здоровых доноров (контроль). В работе были использованы флуоресцентные зонды: тиофлавин Т (ThT), N-(1-пирен)-малеимид (ПМ) и флуорескамин. Работа поддержана Белорусским фондом фундаментальных исследований, грант М15-112.

Результаты. Установлено, что интенсивность собственной флуоресценции белков плазмы крови в ультрафиолетовой области ($\lambda_{\text{возб./рег.}}=296/345$ нм) достоверно снижается у пациентов с СД II типа. В видимой области спектра флуоресценции ($\lambda_{\text{возб./рег.}}=350/470$ нм) плазмы крови пациентов с СД II типа наблюдалось появление дополнительных пиков, что может явиться результатом терапевтического лечения. Не обнаружено статистически значимых отличий между интенсивностью флуоресценции ThT ($I_{\text{фл.}}$), преинкубированного с плазмой крови пациентов с СД II типа, по сравнению с контролем, но наблюдалась тенденция к росту ее значений. в группе пациентов с патологией. Однако при инкубации плазмы крови пациентов с СД II типа с амилоидами из лизоцима *in vitro* (3 ч, 37°C) обнаружен сдвиг максимума спектра флуоресценции ThT в длинноволновую область (495 нм), что не выявилось в образцах плазмы крови доноров. Оценка $I_{\text{фл.}}$ зондов ПМ ($\lambda_{\text{возб./рег.}}=340/470$ нм) и флуорескамина ($\lambda_{\text{возб./рег.}}=380/474$ нм), добавленных к плазме крови, не выявила статистически значимых отличий в 2-х исследуемых группах.

Выводы. Таким образом, выявленные отличия в параметрах собственной флуоресценции белков плазмы крови пациентов с СД II типа указывают на конформационные изменения белковой компоненты. Полученные результаты могут быть использованы для разработки способов по раннему выявлению патологий, связанных с нарушением фолдинга белков.

РОЛЬ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В РАЗВИТИИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

Гуенько А. В.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков

Неалкогольная жировая болезнь печени является одним из ведущих хронических заболеваний печени с высокими показателями летальности в развитых странах. Прогрессирование НАЖБП коррелирует с наличием сахарного диабета 2-го типа, ожирения и метаболического синдрома. В настоящее время остаются не до конца изученными вопросы относительно влияния адипонектина и его рецепторов на регуляцию липидного и углеводного обмена.

Цель: определение активности адипонектина, а также его взаимосвязь с основными метаболическими нарушениями у больных с НАЖБП.

Материалы и методы. Объектами исследования стали пациенты с НАЖБП, большинство из которых имели избыточную массу тела, нарушения углеводного обмена (нарушена толерантность к углеводам или СД 2-го типа), признаки артериальной гипертензии, дислипидемии, ИБС, верифицировано наличие метаболического синдрома. Контрольную группу составили здоровые лица, репрезентативные по полу и возрасту. Всем пациентам была проведено УЗИ органов брюшной полости, исследование показателей липидного и углеводного обменов. С помощью ИФА определили уровень адипонектина в сыворотке крови и инсулина натощак.

Результаты и их обсуждение. По результатам исследований стало известно, что для больных с НАЖБП характерны нарушения липидного (достоверное повышение ОХС, ТГ, ЛПОНП) и углеводного обменов (достоверное повышение глюкозы натощак, уровня HbA1c) по сравнению с группой контроля, формирование инсулинорезистентности, а также наличие хронического воспаления низкой градации. У пациентов основной группы наблюдалось снижение уровня адипонектина по сравнению с контрольной группой. Механизм действия адипонектина, вероятно, проявляющийся в условиях инсулинорезистентности, включает его прямое влияние на липидный обмен, в результате которого снижается количество жира в печени.

Выводы. У пациентов с НАЖБП показатели адипонектина сопряжены с формированием более тяжелых степеней стеатоза печени и снижением чувствительности тканей к инсулину, что необходимо учитывать при разработке терапевтической тактики.

ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА РАЗВИТИЕ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Джамалова Ш.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель работы. Путем ретроспективного анализа изучить взаимосвязь степени тяжести диабетической ретинопатии (ДР) у пациентов с сахарным диабетом (СД) на фоне метаболического синдрома (МС) и без него.

Материалы и методы. Сплошным методом проведен анализ 4518 первичных и повторных актов ВТЭК больных СД, имевших офтальмологические осложнения (но инвалидность которых установлена по общесоматическому заболеванию) за период 2003-2012 гг. Все больные были разделены на две группы - больные с СД, сопровождающимся МС и без него – которые в свою очередь были распределены по типу ретинопатии (диабетическая ангиопатия, ДР I, ДР II и ДР III).

Результаты. Как показало наше исследование в группе инвалидов вследствие СД без МС, у более чем половины больных имеющееся осложнение по зрению было не столь тяжелым: значительная доля – 46,9% - страдали непролиферативной диабетической ретинопатией (ДР I) и 5,9% - диабетической ангиопатией. Тяжелыми формами ДР II и ДР III – препролиферативной и пролиферативной – страдало соответственно 27,7% и 19,5%. В группе инвалидов вследствие офтальмодиабета, протекающего на фоне МС, число пациентов, имеющих офтальмологические осложнения тяжелой формы – пролиферативную ретинопатию (ДР III) – было в 2 раза больше, чем в первой – 38,7%; больше доля лиц имеющих препролиферативную ДР II – 34,4%. В 1,3 уменьшилось число больных с непролиферативной ДР I – 26,9%, число пациентов с диабетической ангиопатией составило 3,1%.

Выводы. Таким образом наличие в анамнезе у пациента МС осложняет течение и прогноз заболевания, снижает эффект лечебных, профилактических и оперативных мероприятий.

МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ И ГЕНДЕРНАЯ КОМОРБИДНОСТЬ: ВЗАИМОСВЯЗИ С КОМПОНЕНТНЫМ СОСТАВОМ ТЕЛА

Долгова Л.Н., Голицын А.В., Долгов Н.В.

НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Ярославль ОАО «РЖД»
ФГБОУ ВО ЯГМУ МЗ РФ

Цель исследования. Установление различий компонентного состава тела (КСТ) в зависимости от пола и метаболической коморбидности.

Материал и методы: обследовано 123 человека (42 мужчины, 81 женщина), средний возраст $65,2 \pm 10,6$ лет. КСТ оценивали методом биоимпедансметрии аппаратом Диамант Аист мини (СПб). Учитывали содержание жировой (ЖМ), активной клеточной (АКМ) массы в абсолютных (кг) и относительных (%) значениях, объем внеклеточной жидкости (ОВнеЖ). Вычисляли индекс жировой массы (иЖМ), а также отношение %АКМ/%ЖМ (А/Ж). Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы STATISTICA 10.0.

Результаты: При отсутствии различий по возрасту женщины отличались большим на 22% ($p < 0,001$) ИМТ, на 50% ($p < 0,001$) иЖМ, но меньшим на 19% ($p < 0,001$) содержанием АКМ. У них в 2 раза чаще встречалось ожирение, в 3 раза чаще сахарный диабет 2 типа (СД2) и остеоартроз (ОА), почти в 2 раза реже ИБС. У больных ИБС независимо от пола при наличии фибрилляции предсердий (ФП) отмечалось значимое повышение ОВнеЖ на 10% ($p = 0,032$). У 7 мужчин и 39 женщин имелся СД2.

Различий КСТ в зависимости от наличия СД2 у женщин не выявлено, а мужчины с СД2 по многим характеристикам, в частности по %ЖМ и %АКМ приближались к женской группе. Женщины характеризовались более высоким индексом коморбидности: у них сочетание 3–5 заболеваний наблюдалось в 1,6 раза чаще ($\chi^2 = 8,8$; $p = 0,003$). Наиболее типичным для женщин было сочетание ожирения, АГ и СД2, четвертым коморбидным компонентом чаще выступал ОА. Индекс коморбидности имел прямые взаимосвязи не только с ИМТ (0,51), но и с иЖМ (0,47), а также обратную взаимосвязь с %АКМ (-0,41) и А/Ж (-0,38).

Выводы: Для женщин характерен более высокий индекс коморбидности и большее содержание жировой массы при меньшем количестве безжировой и активной клеточной массы. Превышение количества жировой массы и снижение активной клеточной массы сопряжено с более высоким индексом коморбидности.

Наличие сахарного диабета 2 типа у мужчин характеризуется изменениями состава тела, приближающимися к женским характеристикам. При отсутствии гендерных отличий по индексу внеклеточной жидкости данный параметр повышен у больных ИБС с нарушением ритма сердца, что может косвенно отражать более высокий функциональный класс сердечной недостаточности.

MRproADM КАК МАРКЕР МАНИФЕСТАЦИИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И ОЖИРЕНИЕМ

Ермак А.С., Гелдиев Д.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель работы - изучение работы вазоконстрикторной, представленной копептином, и вазодилаторной, представленной MRproADM, нейрогуморальных систем у больных острым инфарктом миокарда и ожирением с учетом осложнений и оценка прогностических свойств данных маркеров в отношении развития острой сердечной недостаточности.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 75 пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ) и ожирением, среди которых 38 больных имели осложненное течение заболевания в виде развития острой сердечной недостаточности (ОСН). 2 класс по Killip был у 44,8%, а в 55,2% пациентов обнаружили 3 класс по Killip. Копептин определяли иммуноферментным методом с помощью набора реагентов «Human Copeptin» (Biological Technology, Shanghai), а MRproADM - «Human mid-regional proadrenomedullin (MRproADM)» (Biological Technology, Shanghai). Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета статистических программ «Microsoft Excel». Данные представлены в виде средних величин и средней ошибка среднего. Статистическая значимость различных средних определялась по критерию F - Фишера.

Результаты. У пациентов с осложненным течением ОИМ в виде развития ОСН на фоне ожирения выявлено достоверно более высокий уровень MRproADM на 15,9 % ($p < 0,01$) в сравнении с больными с ОИМ и ожирением без осложнений. Что касается уровня копептина, то он показал тенденцию ($p = 0,05$) к росту при наличии ОСН у больных ОИМ и ожирением, которая не достигала уровня достоверности в сравнении с пациентами с ожирением и неосложненным течением ОИМ. С целью усовершенствования анализа полученных результатов было использовано ранжирование (по F-критерию) степени различий результатов у больных с ОСН в сравнении с больными без ОСН на фоне ОИМ и ожирения. Первое ранговое место занимал MRproADM ($F = 10,19$), второе - копептин ($F = 1,37$).

Выводы. Наличие осложнения в виде острой сердечной недостаточности у больных с острым инфарктом миокарда и ожирением ассоциировалось с повышенной активностью MRproADM, что дает возможность использовать его в качестве маркера прогноза.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ

Есламгалиева Ш.Н., Колмакова А.О., Передерина Е.А.

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

Цель исследования – оценить структурно-функциональные особенности УЗИ сердца у пациентов с АИТ в фазу субклинического гипотиреоза.

Материал и методы. В основную группу были включены 25 пациентов с верифицированным диагнозом АИТ в фазу субклинического гипотиреоза, 24 женщины (95,9%) и 1 мужчина (4,1%), средний возраст $43,4 \pm 12,3$ лет, ИМТ – $24,1 \pm 3,4$ кг/м², длительность заболевания АИТ, по анамнестическим данным, составила, в среднем $8,3 \pm 6,6$ лет. С целью верификации диагноза АИТ, помимо сбора анамнеза, оценки объективного статуса, использовались лабораторные и инструментальные методы: определение концентрации ТТГ, св. Т4 и Ат к ТПО в сыворотке крови радиоиммунным методом, эхография ЩЖ. Контрольную группу составили 24 практических здоровых чел, сопоставимые по возрасту и полу с основной группой, без патологии ЩЖ с нормальными показателями ТТГ, св. Т4, Ат к ТПО, УЗИ ЩЖ. ЭхоКГ выполнялась всем больным в соответствии со стандартами Американской ассоциации по эхокардиографии на аппарате "SIM-5000 Plus" фирмы "BIOMEDICA" (Италия) с фазово-электронным датчиком 3,5 МГц.

Результаты и обсуждение. Переднезадний размер ЛП у больных СГ был больше, чем в контрольной группе ($p < 0,001$). Анализ систолической функции левого желудочка показал, что УО, УИ, МОК и ФВ при СГ по сравнению с контрольной группой меньше ($p < 0,0001$). При нормальной ТЗСЛЖ и ТМЖП было небольшое увеличение ММЛЖ ($149,5 \pm 49,9$ г и $129,3 \pm 30,3$ г, $p > 0,05$), между группами не достоверно. ТМЖП левого желудка была нормальной, но по сравнению с контрольной группой достоверно больше ($p < 0,01$). Значение ОТС и ОПСС достоверно выше, чем в группе контроля. При исследовании диастолической функции левого желудочка установлено снижение пиков Е ($p < 0,001$) и А ($p < 0,005$), отношения VE/VA у больных СГ по сравнению с контрольной группой ($p < 0,00005$). При комплексной оценке структуры миокарда были выявлены следующие изменения: концентрическое ремоделирование ЛЖ было обнаружено у 4 больных (16%) с АИТ в фазу СГ и у одного человека (4,1%) в группе контроля ($p > 0,05$). Эксцентрическая гипертрофия миокарда определялась у 4 больных (16%) в основной группе.

МЕХАНИЗМЫ ЭСКАЛАЦИИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ДЕВИАЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОСТЬЮ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Железнякова Н.М., Зеленая И.И., Пасиешвили Т.М.,
Фролова-Романюк Э.Ю.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель работы: оценить вариабельность гликемии у больных с коморбидностью хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и хронического панкреатита (ХП).

Материалы и методы исследования. Обследовано 58 больных с ХОБЛ, 27 из которых имели изолированное течение заболевания (группа сравнения) и 31 - коморбидность ХОБЛ и ХП (основная группа). При сопоставлении биохимических показателей контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц, рандомизированных по полу и возрасту. При исследовании углеводного обмена определяли содержание глюкозы натощак в цельной капиллярной крови с помощью портативного глюкометра производства фирмы «Roche» (Германия).

Результаты. При определении содержания глюкозы натощак установлено повышение ее уровня по отношению к показателям практически здоровых лиц ($4,12 \pm 0,21$ мкмоль/л), как при изолированном ХОБЛ - до $4,31 \pm 0,29$ мкмоль/л, так и при его сочетании с хроническим панкреатитом - до $5,49 \pm 0,26$ мкмоль/л. Однако, если при сопоставлении показателей группы сравнения с контролем достоверных различий не наблюдалось, то уровень гликемии в основной группе был достоверно выше как показателей контроля, так и группы сравнения ($p < 0,05$), что указывает на значительное негативное влияние сопутствующего хронического панкреатита на течение основного заболевания.

Выводы. Проведенное исследование показало, что обострение ХОБЛ, как при изолированном его течении, так и при его сочетании с ХП сопровождалось увеличением уровня гликемии. При этом, показатели пациентов с коморбидностью были достоверно выше таковых у пациентов с изолированным течением ХОБЛ, что свидетельствует о значительной интенсификации метаболических нарушений у данной категории больных. Таким образом, усугубление метаболических нарушений у больных ХОБЛ в сочетании с ХП возникает при нарушении глюкозо-инсулинового гомеостаза, обусловленного, по видимому, прогрессирующей дисфункцией поджелудочной железы в условиях коморбидности, что позволяет считать данный нозологический тандем как прогностически неблагоприятный.

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА СРЕДИ НЕОРГАНИЗОВАННОГО ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Жураева Х.И., Бадридинова Б.К.

Бухарский медицинский институт, Бухара, Узбекистан.

Цель: Изучить распространенность сахарного диабета и нарушение толерантности к глюкозе среди женщин на уровне первичного звена здравоохранения.

Материалы и методы. Репрезентативная выборка из неорганизованного населения в возрасте от 20 до 69 лет в количестве 250 человек (88 мужчины и 162 женщины). Исследование было проведено в 4-поликлиники г.Бухары. Определение толерантности к глюкозе (проведение ТТГ, определение сахара крови после нагрузки через 1 час и через 2 часа). Состояние толерантности к глюкозе оценивалось на основании показателей стандартного теста толерантности к глюкозе (ТТГ) с определением гликемии натощак, а также через 1 и 2 часа после приема обследуемым 75 гр. глюкозы.

Результаты и обсуждение. Полученные данные показывают, что среди женщин НТГ встречается 25,30%, сахарный диабет 8,02%. Распространённость НТГ оказалась наименьшей самой молодой возрастной группе (20-29 лет) в которой она составила 10,52%. В следующем десятилетии (30-39 лет) происходит увеличение в 1,63 раза частоты НТГ (17,24%), последующих возрастных группах 40-49 лет, 50-59 лет и 60-69 лет идет возрастание частоты НТГ (24,32%, 30,55%, 34,14% соответственно). Далее изучена встречаемость сахарного диабета. Полученные данные показывают, что сахарный диабет в возрасте 20-29 лет не был выявлен. В возрастных группах 30-39 лет, 40-49 лет и 50-59 лет частота СД составила 6,89%, 8,10% и 13,88% соответственно. Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о высокой распространённости НТГ и сахарного диабета среди женского населения.

Далее была проанализирована выявляемость сахарного диабета и НТГ среди обследованного контингента. Согласно полученным данным, в лечебно-профилактическом учреждении (ЛПУ) среди женщин было выявлено только 17,07% НТГ, а СД не был выявлен у 30,76%.

Вывод. Таким образом распространённость НТГ составляет 25,30 %. С возрастом происходит увеличение частоты этих заболеваний и патологических состояний. Наибольший прирост НТГ и сахарного диабета происходит после 40 лет.

ОЦЕНКА МНЕНИЯ ЖЕНЩИН О СТЕПЕНИ РИСКА ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ

Жураева Х.И., Бадридинова Б.К.

Бухарский медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Цель. Изучить мнение женщин о степени риска избыточной массы тела (ИМТ) и ожирения как фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) на уровне первичного звена здравоохранения

Материалы и методы. Репрезентативная выборка из неорганизованного населения в возрасте от 20 до 69 лет в количестве 797 человек (242 мужчин и 555 женщин). Метаболический синдром (МС) диагностировался при наличии абдоминального ожирения (АО) - окружность талии >94 см для мужчин и >80 см для женщин. ИМТ рассчитали по формуле: $\text{вес(кг)/рост(м)}^2, \geq 25$, а уровни ИК ≥ 30 принимали за ожирение.

Результаты и обсуждения. При изучении степени сердечно-сосудистого риска у женщин с АО, ИМТ и ожирением, среди всех обследованных женщин менее половины (43,84%) считают абдоминальное ожирение серьёзным фактором риска ССЗ. Вместе с тем, каждая пятая женщина (19,96%) не считает АО фактором риска ССЗ. Необходимо отметить, что даже среди женщин, страдающих АО, только 2/5 признают ожирение серьёзным фактором риска ССЗ (41,01%), а 44,79% обследованных ответили, что ожирение является не очень важным фактором риска. Каждая седьмая женщина (14,2%) с АО не считает ожирение фактором риска ССЗ. Особенно важно то, что среди женщин без АО имеет место более критичное отношение к повышенному весу, чем у женщин с АО. Если 41,01% женщин с АО считают повышенный вес важным фактором риска ССЗ, то 47,66% женщин с нормальной массой тела придерживаются этого мнения. Причём, выявленные различия статистически значимы ($p < 0,05$). Далее анализировалась оценка степени риска среди женщин, страдающих ИМТ и ожирением, выявленным на основании повышенных показателей индекса Кетле. Установлено, что только около половины женщин с ожирением (52,94%) и 2/5 женщин с ИМТ (42,11%) считают ожирение серьёзным фактором риска ССЗ. Практически каждая третья женщина с ИМТ (35,96%) и ожирением (30,39%) не считает, что повышенный вес существенно повышает сердечно-сосудистый риск. 21,93% женщин с ИМТ и 16,67% с ожирением вообще не считают имеющееся у них повышение массы тела фактором риска ССЗ.

Вывод. Таким образом, среди женской популяции сложилась неблагоприятная ситуация в отношении оценки своей массы тела и значимости повышенного веса в формировании сердечно-сосудистого риска.

ВОЗМОЖНОСТИ НЕИНВАЗИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ СТЕАТОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Завгородняя Н.Ю., Коненко И.С., Ягмур В.Б., Петишко О.П., Лукьяненко О.Ю.
ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины»

Цель: Исследование антропометрических и сонографических параметров распределения жировой ткани и определение возможности их применения в качестве диагностических маркеров стеатоза печени у детей.

Материалы и методы. Обследовано 53 ребенка в возрасте 10-17 лет с избыточным весом и ожирением. Диагностику стеатоза печени проводили с помощью транзистентной эластографии (аппарат «FibroScan®502Touch», Echosens, Франция).

Определяли антропометрические параметры: рост, вес, окружность талии, индекс массы тела. Характер распределения жировой ткани оценивали путем измерения толщины подкожного жира (ПЖ), надчревного жира (НЧЖ) ультразвуковым сканером "Toshiba Xario SSA660-A" и расчета жирового индекса брюшной стенки (ЖИБС): $ЖИБС = НЧЖ_{max} / ПЖ_{min}$.

В зависимости от наличия стеатоза печени пациенты были разделены на 2 группы: основную группу составили 33 ребенка со стеатозом печени, контрольная группа была представлена 20 детьми без стеатоза печени.

Результаты исследования. Установлено, что избыточный вес наблюдался у 15%, ожирение - у 85% основной группы, тогда как в группе контроля эти показатели составили 35% и 65%, соответственно. Характерным признаком для детей со стеатозом было увеличение окружности талии в 1,8 раз, толщины надчревного жира - на 59 % в сравнении с группой контроля, что свидетельствует об абдоминальном типе распределения жировой ткани.

Рассчитанные показатели ЖИБС были сопоставлены с данными, полученными при транзистентной эластографии печени. По данным ROC-анализа превышение ЖИБС предельного значения 0,35 свидетельствовало о наличии стеатоза печени (чувствительность -88,9%, специфичность - 85,0%).

Выводы. Дети со стеатозом печени характеризуются наличием ожирения и избыточного веса с абдоминальным типом распределения жировой ткани.

Сонографическая оценка параметров распределения жировой ткани с расчетом жирового индекса является эффективным способом стратификации риска и неинвазивной диагностики стеатоза печени у детей.

ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Заикина Т.С., Бабаджан В.Д., Бегмурадова Л.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель: установить предикторы развития госпитальной летальности у больных с острым инфарктом миокарда на фоне метаболического синдрома на основании оценки индекса инсулинорезистентности QUICKI, липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), эндотелий-зависимого медиатора – sCD40-лиганда.

Материалы и методы: контингент исследования составил 70 больных: I группа – 8 больных, умерших в течение острого периода инфаркта миокарда, II группа – 62 больных, выживших в течение острого периода инфаркта миокарда.

Уровень sCD40-лиганда определялся иммуноферментным методом с использованием коммерческой тест-системы производства фирмы YN Biosearch Laboratory (Китай) в 1-й и на 10-14-й день инфаркта миокарда. Уровень ЛПНП и индекс QUICKI определялись по общепринятым формулам. Рассчитывали: среднее значение (M), стандартное отклонение (m), достоверность различий (p). Для определения диагностической эффективности исследуемых показателей использовали ROC-анализ, рассчитывая площадь под ROC-кривой.

Результаты: по итогам проведенного нами ROC-анализа установлено, что при уровне ЛПНП $\geq 1,79$ ммоль/л у больных с чувствительностью 87,5% и специфичностью 79,7% (AUC=0,820), при уровне индекса QUICKI $\leq 0,265$ у больных с чувствительностью 87,5% и специфичностью 74,7% (AUC=0,772) и при недостаточном снижении уровня sCD40-лиганда $< 10,2\%$ на фоне лечения с чувствительностью 62,5% и специфичностью 98,8% (AUC=0,810) в течение острого периода инфаркта миокарда у больных на фоне метаболического синдрома имел место летальный исход.

Выводы. У больных с острым инфарктом миокарда на фоне метаболического синдрома обнаружены предикторные свойства индекса инсулинорезистентности QUICKI, уровня липопротеидов низкой плотности, sCD40-лиганда в развитии госпитальной летальности, что позволяет использовать их для прогнозирования неблагоприятного исхода заболевания.

ЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС КАК ИНДИКАТОР ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ АНТРАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА ПРИ ЭРОЗИВНОМ ПОРАЖЕНИИ

Залюбовская Е.И., Шумова Н.В.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина.

Цель: Определить особенности цитокинового звена иммунорегуляции у больных с эрозиями антрального отдела желудка.

Материал и методы. У 82 больных в возрасте ($50,4 \pm 1,2$) лет с эрозивным поражением слизистой оболочки (СО) антрального отдела желудка изучен цитокиновый профиль сыворотки крови, в частности, содержание интерлейкинов (ИЛ): ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-8, фактора некроза опухоли-альфа (ФНО- α) методом иммуноферментного анализа с помощью тест-систем ЗАО «Вектор-Бест» (Новосибирск). Эрозии диагностировали при эзофагогастроудоденоскопии с использованием фиброгастроскопа «Olympus» GIF Q20 (Япония). Контрольная группа сформирована из 25 человек в возрасте $45,8 \pm 2,6$ лет. Обработка результатов осуществлена методами вариационной статистики с использованием программы SPSS 13.0 for Windows.

Результаты. При эндоскопическом исследовании у 56,1% больных выявлены острые эрозии (ОЭ), у 31,7% – хронические (ХЭ), у 12,2% пациентов наблюдались эрозии смешанного типа (ЭСм), т.е. наряду с ХЭ выявлялись ОЭ. Наиболее выраженный дисбаланс в цитокиновом звене регуляции выявлен при ЭСм, при которых наблюдалась максимальная концентрация провоспалительных цитокинов: по сравнению с контрольной группой уровень ФНО- α возрос в 20,1 раза ($p=0,001$), ИЛ-6 – в 3,8 раза ($p=0,001$), ИЛ-8 – в 2,4 раза ($p=0,01$). Концентрация ИЛ-4 была сниженной в 1,5 раза ($p=0,01$). Выявлена ассоциация между количеством эрозивных дефектов и уровнем ИЛ-6 ($r=0,70$; $p=0,001$), ИЛ-8 ($r=0,66$; $p=0,001$), ФНО- α ($r=0,63$; $p=0,001$), а также с депрессией ИЛ-4 ($r= -0,34$; $p=0,001$). Хронические эрозии, напротив, сопровождалась наименьшей экспрессией провоспалительных цитокинов, что, возможно, связано с меньшей выраженностью воспалительной реакции, которая сопровождала ХЭ лишь в 46,2 % случаев. При ОЭ количество эрозивных дефектов увеличивалось с возрастанием ИЛ-6 в 1,8 раза ($p<0,01$), ($r=0,38$; $p=0,001$), ИЛ-8 в 1,4 раза ($p<0,001$), ($r=0,40$; $p=0,001$), ФНО- α – в 8 раз ($p<0,001$), ($r=0,47$; $p=0,001$). С усилением экспрессии ИЛ-6 и ФНО- α возрастала тяжесть воспалительных изменений СО ($r=0,37$; $p=0,02$ та $r=0,48$; $p=0,001$, соответственно).

Выводы: полученные результаты перспективны для использования при разработке лечебно-профилактических мероприятий.

ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Захидова М.З., Кдырбаева Ф.Р.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить эффективность лечения абдоминального ожирения при метаболическом синдроме (МС).

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 125 пациентов (женщины—71,2 %, мужчины—28,8 % в возрасте 25–55 лет) с абдоминальным ожирением при метаболическом синдроме. Центральным типом ожирения, являющийся ведущим клиническим признаком МС (объем талии (ОТ) >94 см), выявили у 28,8 % мужчин и 71,2% женщин (ОТ >80 см). Избыточную массу тела диагностировали у 37,6%, ожирение 1-й степени—у 30,4 %, 2-й степени—у 20% и 3-й степени—у 12%.

После диагностики у пациентов абдоминального ожирения и основных компонентов метаболического синдрома были рекомендованы диетотерапия и метформин в дозе 850 мг утром и вечером. Диетотерапия была пониженной калорийности – 1200 ккал для женщин и 1500 ккал для мужчин, с включением углеводсодержащих продуктов с низким гликемическим индексом (ГИ) – менее 40. При снижении исходной массы тела на 5 % и более от исходного уровня и стабилизации веса в течение двух месяцев калорийность питания поднимали до расчетной величины, рекомендованной ВОЗ. В рацион питания вводили углеводсодержащие продукты со средним ГИ (40–69) до снижения веса до заданного уровня.

Результаты. Установлено, что после проведенного лечения у всех пациентов наблюдались снижение объема талии на 5–12 см, индекса массы тела – на 3,2–4,76 кг/м². При этом было отмечено снижение уровня триглицеридов на 0,5–2,3 ммоль/л, снижение ХС ЛПНП на 1,1–2,9 ммоль/л и повышение уровня ХС ЛПВП на 0,3–0,8 ммоль/л. У больных с артериальной гипертензией было зарегистрировано снижение систолического артериального давления на 25–30 мм рт. ст., диастолического артериального давления – на 20–25 мм рт. ст.

Выводы. Таким образом, диетотерапия с ограничением жиров, включением в рацион углеводов с низким гликемическим индексом и назначением метформина является эффективным методом лечения абдоминального ожирения при метаболическом синдроме, с помощью которого можно добиться стойкого и длительного снижения абдоминального ожирения и метаболических нарушений.

ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ (ПОЛ) И ИХ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОМ МЕХАНИЗМЕ РАЗВИТИЯ АНЕМИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Ибадова О.А., Курбанова З.П.

Самаркандский Государственный Медицинский институт, Узбекистан.

Цель. Изучение основных патогенетических механизмов АКМП, в частности показателей перекисного окисления липидов (ПОЛ): содержания промежуточных интермедиаторов тиобарбитуровой кислоты (ТБК-активных продуктов) в сыворотке крови и конечных продуктов ПОЛ - оснований Шиффа, а также активности антиоксидантов в эритроцитах крови больных с хронической ЖДА в зависимости от степени тяжести анемии и наличия АКМП.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 140 больных с различной степенью тяжести хронической ЖДА при наличии, или отсутствии АКМП и 30 практически здоровых лиц.

Результаты. Установлено увеличение концентрации ТБК-активных продуктов в сыворотке крови у пациентов с I, II и III степенью анемии на 4,9%, 6,0% и 15,8%, соответственно, по сравнению с контрольной группой ($p < 0,001$). По тяжести анемии были выявлены: легкой степени-у 28%, средней тяжести-у 57% больных и тяжелой степени-у 15% пациентов, уровень Нв-в среднем $85,6 \pm 1,24$ г/л, количество эритроцитов- $3,46 \pm 0,04 \times 10^{12}$ /л, уровень Ht в среднем $34,0 \pm 3,7\%$. Содержание оснований Шиффа в эритроцитах крови было повышено у больных легкой, среднетяжелой и тяжелой анемией на 16,1%, 34,5% и 50,6%, соответственно, по сравнению с контролем. При исследовании активности антиоксидантных ферментов крови было установлено снижение исследуемых показателей во всех группах больных ЖДА. Так, активность каталазы эритроцитов была снижена у больных с I, II и III степенью анемии на 24,3%, 24,8% и 26,2%, соответственно. Активность глутатионпероксидазы и глутатионредуктазы эритроцитов крови также снижалась у пациентов легкой, среднетяжелой и тяжелой анемией на 64,8%, 60,5%, 60,5% и 50,5%, 49,9%, 45,6%, соответственно, по сравнению с контролем ($p < 0,001$). Активность супероксиддисмутазы понижалась у больных ЖДА I, II и III степени на 33,7%, 32,0% и 43,4%, соответственно.

Выводы. Таким образом, ключевыми механизмами, запускающими каскад изменений в сердце у больных ЖДА, являются усиление продукции провоспалительных цитокинов, играющих роль в деградации фибриллярного коллагена и усилении апоптозакардиомиоцитов, что приводит к формированию АКМП. Глубина структурных изменений в сердце напрямую зависит от степени тяжести анемии.

ВЛИЯНИЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА НА ХРОНИЧЕСКИЙ СТРЕСС У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Исаева А.С., Буряковская А.А., Вовченко М.Н., Резник Л.А., Гопций Е.В.
ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т.Малой НАМНУ»,
Украина, Харьков

Целью настоящей работы было изучить поведенческие факторы риска у больных с ХНИЗ и их связь с реакцией на хронический стресс.

Материалы и методы. Обследовано 43 пациента со стабильным течением ишемической болезни сердца (ИБС), гипертонической болезни (ГБ) и сахарным диабетом (СД). Все пациенты получали постоянные дозы медицинских препаратов согласно действующих рекомендаций. Средний возраст пациентов – 63,25±8,6 лет. Из них женщин было 37 (86,1%) и 6 (13,9%) мужчин. СД страдали 10 (23,2%) человек, стабильной ИБС – 36 (83,8%), при этом у 83% был установлен II ФК и 17 % - III ФК. Инфаркт миокарда (ИМ) в анамнезе имели 16 (37,2%). ГБ была диагностирована у 42 (97,7%) пациентов. 22 (51,2%) - дислипидемия. Чрескожное коронарное вмешательство было проведено 7 (16,3%) пациентам в связи с ИБС. Определяли содержание холестерина и его фракций, глюкозы крови, уровня гликозилированного гемоглобина, а также уровень мочевой кислоты. Оценку качества жизни выполняли с помощью опросника SF-36 «Health Status Survey» и оценку уровня стресса - с помощью опросника The Depression Anxiety Stress Scale, DASS-21. На момент оценки стресса все пациенты были стабильны, в исследование не включались пациенты, перенесшие ИМ менее 1 года. Всем был выполнен биоэлектрический импеданс на приборе Omron Body Composition Monitor (масса тела, рост, ИМТ, % скелетных мышц, подкожного жира, висцерального жира); измерение толщины подкожно-жировой складки, динамометрию.

Результаты. Уровень качества жизни во всей группе составил 58,65 балла, уровень стресса 20,9 балла. Достоверной разницы между мужчинами и женщинами не установлено. Среди обследованных пациентов, курящих было 13,95 %. Средняя дистанция ходьбы в сутки составила 2438,09 метров. Регулярные тренировки посещали 20,93%. Из обследованных 76,75% пациентов употребляло овощей менее 500 г в сутки. Количество употребляемой соли точно не определялось, но 27,90 % отметили, что досаливают пищу. Был проведен корреляционный анализ между уровнем стресса и изучаемыми факторами. Коэффициент корреляции Пирсона составил: отрицательные корреляционные связи между качеством жизни, (-2,7, p<0,05), физической активностью, (-0,4, p<0,05), скелетными мышцами, (-0,15, p<0,05) и висцеральным

жиром (-0,11, $p < 0,05$). Получены положительные корреляции между уровнем стресса и мочевой кислотой и подкожным жиром.

Выводы. Реакция на хронический стресс может влиять на поведенческие факторы, антропометрические показатели, уровень мочевой кислоты.

ОПЫТ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ В ОРГАНАХ РЕПРОДУКЦИИ

Исанбаева Л.М., Нигматуллина И.И., Шаикрамова Н.Х.

Ташкентский Институт Усовершенствования врачей, Узбекистан.

Цель работы. Изучение эффективности использования АгГн РГ у женщин с метаболическим синдромом (МС) и гиперпластическими процессами эндо миометрии.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 46 больных активного репродуктивного возраста с миомой матки. Проведены определения гормонального профиля, онкомаркеры, цитология, определение липидного спектра, инсулина, проведение ТТГ. Критерии диагностики метаболического синдрома проводили по IDF (2005).

Результаты. У 28% (13) пациенток выявлен МС. У 80% (37) женщин имело место фиброзно кистозная мастопатия. У 46 % пациенток отмечалась сочетанная патология щитовидной железы. У пациенток с МС в 2 раза чаще была выявлена миома матки больших размеров и быстрый рост опухоли. У 98% (45) женщин отмечались нарушения менструальной функции, причем ановуляторные циклы были в 2 раза чаще выявлены у женщин с миомой матки в сочетании с МС. У 13 пациенток с МС и у 6 женщин без нее, имело место маточное кровотечение, по поводу чего было произведено кюретаж матки с гистоанализом соскоба. Отмечено, что у всех женщин с МС имело место более тяжелые стадии гиперплазии эндометрия, а именно железисто кистозная гиперплазия. Учитывая противопоказания к применению гормональных препаратов у данной категории лиц мы использовали АгГнРГ. Пациенткам с МС наряду с малокалорийной диетой и физическими нагрузками был назначен метформин, максимальная доза которой составила 3г в сутки. Отмечен положительный результат, который выявился в стабилизации роста миомы матки у 30% больных, уменьшение размеров опухоли у 45%, и уменьшении клинических симптомов мастопатии.

Выводы. Таким образом, своевременная коррекция МС способствует снижению темпов роста миомы матки.

БОШ МИЯ ҚОН АЙЛАНИШИ ЎТКИР БУЗИЛИШИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА МЕТАБОЛИЗМНИНГ БУЗИЛИШИНИ БАҲОЛАШ

Искандаров Э.Р., Эшбоев А.Т., Искандарова Д.Э., Дусалов И.Б.,
Алимардонова Қ.П.

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Республика шошилини тиббий ёрдам илмий маркази Сурхондарё филиали,
Термиз, Ўзбекистон.

Мақсад: Бош миё қон айланишининг ўткир бузилиши билан ҳасталанган беморларда метаболизм бузилиши билан кечадиган ҳамроҳ касалликларни динамик ўрганиш ва баҳолаш.

Материал ва методлар: Кузатувда РШТЎИМСФ шошилнч неврология бўлимида 2016-2017 (март ойигача) йиллар давомида бош миё қон айланиши ўткир бузилиши билан даволанган беморлар кузатувга олинди. Мазкур нозология бўйича саралаб олинган 103 та касаллик тарихининг 42 таси тасодифий танлаш усули билан ажратиб олинди ва таҳлил қилинди.

Натижалар: Аниқланишича, 42 та беморнинг 36 (85,7%) тасида гипертония касаллигининг II-III даражаси қайд этилган бўлиб, ЭКГ текширувларида миокарднинг турли даражадаги метоболик ўзгаришлари кузатилган. Беморларнинг 25 (59,5%) тасида турли даражадаги темир танқислиги, 8 тасида (19%) цианокаболамин танқислиги камқонлигининг ҳар хил даражаси қайд этилган. 19 (45,2%) нафар беморлар қандли диабет 2 тури оғир (32%) ва ўрта оғир (68%) кечиши билан йиллар давомида хасталанган бўлиб, 5 (26,3%) нафариди қандли диабет касалхонага келгач биринчи марта аниқланган. Беморларга стандарт бўйича даво муолажалари ўтказилди. Кузатувларга кўра, организмда кўшимча дисметаболик бузилишлар аниқланмаган 6 (14,3%) та беморнинг бош миёсида ишемик ёки геморрагик типдаги ўткир жараённи тўхташи ва ортга қайтиши нисбатан тезроқ бўлиб, даволашда юқори самарадорлик қайд этилган (ўртача 6 кун). Ҳамроҳ касалликлари бор беморларда, жумладан, қандли диабетда ўртача 9 кун ва 1 та ўлим холати, сурункали камқонликда ўртача 9 кун ва даволаш самарасининг нисбатан пастлиги, гипертонияда ўртача 10 кун ва инсулт қайталаниш хавфининг юқорилиги (5 (14%) та беморда қайта инсулт) кузатилган.

Хулоса: Шунга кўра, организмда метаболизмнинг бузилиши билан давом этадиган турли ҳамроҳ касалликларни ўз вақтида эрта аниқлаш ва олдини олиш инсултни даволашда юқори самарага эришиш ва асоратларни камайтириш гаровидир.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ КАК ФАКТОР ХРОНИЗАЦИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

Искандерова С.Дж., Кулдашев Т.А., Мусаева Ш.З., Максудова М.Б.
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

Цель: Изучение влияния компонентов метаболического синдрома на прогрессирование хронического пиелонефрита (ХП).

Материал и методы исследования: Были обследованы 132 человек в возрасте от 18 до 68 лет, средний возраст $45,6 \pm 13,6$ лет. Женщин 94 (71,2%), мужчин 38 (28,8%). Из них у 97 больных ХП был в стадии активного воспаления (1 группа), у 35 - в стадии латентного воспаления (2 – группа). Проведены общепринятые клинико-лабораторные и инструментальные исследования для верификации диагноза. Определялись компоненты метаболического синдрома: артериальная гипертензия, (АГ, САД /ДАД $>139/89$ мм.рт.ст.), превышение уровня глюкозы в крови ($>5,6$ ммоль/л), наличие центрального ожирения (ЦО, при окружности талии (ОТ) больше 94см). избыточная масса тела (ИМТ), индекс Кетле (ИК) $> 0,28$. Состояние липидного обмена было изучено по уровню ОХС, ТГ, ЛПВП, ХС ЛПОНП и ХС ЛПНП (моль/л), индексу атерогенности (ИА). Интенсивность ПОЛ оценивали по уровню МДА в эритроцитах крови (мкмоль/г Нв), а уровень антирадикальной защиты по интегральному показателю АОА (%) в плазме крови. Статистическая обработка проведена по программе MicrosoftExcel с определением $M \pm m$ и критерия Стьюдента, достоверности различий при значении $P < 0,05$.

Результаты исследования. В 1- группе САД/ДАД — $146,5 \pm 8,9/92,8 \pm 7,3$, глюкоза — $5,8 \pm 0,4$; ИК — $0,32 \pm 0,08$; ОТ — $106,4 \pm 8,8$; ОХС — $6,7 \pm 0,30$; ХС ЛПНП — $3,6 \pm 0,4$, ТГ $-3,6 \pm 0,5$; У больных ХП 2 группы САД/ДАД было равно $126,2 \pm 3,2/84,4 \pm 2,6$; показатели гликемии составили $5,3 \pm 0,06$; ИК - $0,26 \pm 0,01$, ОТ — $96,5 \pm 6,5$; Во 2 группе признаки метаболических нарушений были менее выраженными: У больных ХП в стадии активного воспаления выявлены значительные нарушения состояния липидного обмена - достоверное увеличение уровней ОХС ($6,2 \pm 0,29$), ТГ ($2,5 \pm 0,5$), ХС ЛПОНП и ХСЛПНП ($0,9 \pm 0,07$), ИА был равен $6,3 \pm 1,5$. Все изменения статистически достоверны. Эти сдвиги сохранялись и в стадии ремиссии. У больных ХП отмечено состояние оксидативного стресса, в фазе активного воспаления - дисбаланс в системе МДА-АОА-достоверное нарастание МДА ($8,8 \pm 1,5$), снижение АОА ($26,5 \pm 3,1$), увеличение коэффициента МДА/АОА ($0,5 \pm 0,09$), т.е, активация ПОЛ и угнетение антиоксидантной защиты. В фазе клинической ремиссии эти изменения сохранились. Истощение АОА

плазмы крови предполагает сниженную резистентность организма, скрытый вяло текущий воспалительный процесс с недостаточностью защитных реакций.

Выводы. По данным исследования у больных ХП имело место основные компоненты МС - артериальная гипертония, ИМТ, гипергликемия. У больных ХП в фазе активного воспаления выявлены выраженные нарушения липидного обмена, сопровождающиеся повышением коэффициента атерогенности. Дислипидемия сохранялась и в стадии клинической ремиссии.

БИГУАНИДЫ – В ПРОФИЛАКТИКЕ РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИПА 2

Исмаилов С.И.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Метформин появился на фармакологическом рынке в 1957 году и с тех пор пережил взлеты и падения. «Ренессанс» метформина начался с 90-х годов с появлением новых данных о механизме, эффективности и безопасности. В крупномасштабном исследовании UKPDS была доказана высокая эффективность оригинального препарата метформин (глюкофаж) при СД 2 типа. На фоне приема метформина снизились: летальность, обусловленная СД на 42%, общая смертность – на 36%, частота развития осложнений – на 32%, частота инфаркта миокарда – на 39%, инсульта – на 41% по сравнению с пациентами, находившимся на лечении инсулином или сульфаниламидами при одинаковой степени компенсации. В крупнейшем исследовании DPP, была поставлена цель - изучить может ли интенсивное изменение образа жизни или терапия метформином предотвратить или отсрочить развитие сахарного диабета. Были рандомизированы 3819 пациентов, наблюдение за пациентами продолжалось в течение 4-х лет. Пациенты были разделены на 3 группы: получавшие плацебо (1082 пациента), получавшие метформин (1073 пациента) и группа с изменением образа жизни (1079 больных). Заболеваемость сахарным диабетом по сравнению с плацебо в группе с модификацией образа жизни была ниже на 58%, а в группе терапии метформином на 31%. Метформин способствовал длительному снижению веса (-2кг).

В продолжении этого исследования (DPPOS) была поставлена цель оценить влияние модификации образа жизни и терапии метформином на заболеваемость СД, вес и факторы риска ССЗ, а также лечение на протяжении 10-летнего наблюдения после рандомизации в исследовании DPP. Всего было рандомизировано 3182 пациента. Всем пациентам давались рекомен-

дации по модификации образа жизни (16 групповых занятий, а затем каждые три месяца повторно занятия по модификации образа жизни). Пациенты, получавшие метформин в исследовании DPP, продолжили прием метформина в дозе 850мг два раза в день. Пациентам два раза в год определяли уровень ГПН и один раз в год проводили ОГТТ.

В исследованиях DPP и DPPOS было показано, что назначение метформина пациентам из группы высокого риска сахарного диабета 2 типа приводит к отсрочке развития этого заболевания по меньшей мере на 10 лет. В отсрочке развития сахарного диабета наиболее эффективным является сочетание модификации образа жизни и назначение метформина.

Метформин также эффективен в предотвращении повышения ГПН и HbA1c, как и модификация образа жизни. Метформин и модификация образа жизни оказывают положительное влияние на кардиоваскулярные факторы риска. Только в группе терапии метформином сохранялось снижение веса на протяжении 10 лет наблюдения.

DPPOS – единственное исследование по изучению отдаленных результатов применения метформина для профилактики сахарного диабета.

ОЦЕНКА 10-ЛЕТНЕГО РИСКА РАЗВИТИЯ СД 2 ТИПА СРЕДИ ЛИЦ УЗБЕКСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ: РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГА

Исмаилов С.И., Алиева А.В., Рахимова Г.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент Узбекистан
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эндокринологии, Ташкент, Узбекистан

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Цель работы. Оценка 10-летнего риска развития СД 2 типа у лиц узбекской национальности.

Материалы и методы. Проведен скрининг СД и предиабета среди сельского и городского населения узбекской национальности старше 35 лет в 3 регионах Республики Узбекистан. Всего обследовано 2159 человек (67,8% - женщины). Исследование включало 2 этапа: 1) заполнение опросника риска СД на основе анкеты FINDRISK, 2) проведение орального теста толерантности к глюкозе с 75 г глюкозы всем лицам независимо от результатов анкеты. Диагноз предиабета и диабета ставился согласно рекомендациям IDF.

Результаты. Среди лиц без нарушений углеводного обмена низкий, повышенный и умеренный риск (ниже 15 баллов) составили 94,6%. Среди лиц с НГН только 25% имели высокий риск развития СД 2 типа (от 15 до 20 баллов), 21% имели умеренный риск, 33% - повышенный риск (от 7 до 11 баллов)

и 21% - низкий риск (ниже 7 баллов). Среди лиц с НТГ только 28,4% имели высокий риск развития СД 2 типа, 25,9% имели умеренный риск, 28,4% - повышенный риск и 17,3% - низкий риск. Среди лиц с выявленным во время скрининга СД только 33,9% имели высокий (30%) и очень высокий (3,9%) риск развития СД2, тогда как 27,6% имели умеренный риск, 30% - повышенный, 8,7% - низкий риск развития СД 2 типа.

Выводы. При активном выявлении СД 2 типа среди лиц узбекской национальности проведение ОТТГ лицам только с высоким и очень высоким риском по анкете FINDRISK не выявило бы 66,3% лиц с СД. Вероятно, имеет значение необходимость применения специфических для узбекской национальности антропометрических референсных значений, а также необходима интегральная оценка факторов риска СД 2 типа для лиц узбекской национальности.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Исмаилов С.И., Абдувахабова М.Б.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Узбекистан

Цель работы. Изучение оптимизации лечения женщин фертильного возраста с метаболическим синдромом (МС).

Материал и методы. Под наблюдением находились 20 женщин с МС, обратившихся по поводу бесплодия в РСНПЦЭ с 2014–2015 г. Группа контроля - 20 женщин без ожирения и без нарушений менструального цикла. Возраст пациенток от 20 до 39 лет и в среднем составил $28,3 \pm 0,64$ года. Всем больным выполнялся комплекс исследований, включавший общеклинические (общий анализ крови и мочи), биохимические (глюкоза крови, тест толерантности к глюкозе), гормональные (ЛГ, ФСГ, пролактин, эстрадиол, прогестерон, свободный тестостерон, дегидроэпиандростендион (ДГЭА), 17- оксипрогестерон (17 ОКС), антимюллеров гормон (АМГ), инсулин на 14 день цикла), определение кортизола в крови и свободного кортизола в суточной моче. Пациенткам для снижения массы тела была назначена немедикаментозная и этиопатогенетическая терапия. Этиопатогенетическая терапия включала схему терапии в течение 6 мес: была назначена комбинация сиофора 1000 мг в сутки + верошпирон 100 мг дважды в неделю + йодмарин 100 мг утром + левотироксин 50 мг утром + антиандрогены (Ярина, Джес, дексаметазон и др.) + антидепрессанты курсами (амитриптилин, фенибут, рексетин и др).

Результаты. Установлено, что через 6 мес после лечения у пациенток отмечались достоверное снижение ИМТ 1 и 2 степени после 6 мес лечения и достоверное улучшение показателей по сравнению со средними данными ОТ, ОБ, ОТ/ОБ до лечения. Кроме того, восстановление фертильности и беременность была достигнута у пациенток в 19,5% случаев (у 10 больных).

Выводы. Таким образом, включение препарата «Сиофор» (метформин) в традиционное лечение больных с ожирением различных групп способствует достоверному улучшению клинических показателей - снижению ИМТ, что косвенно указывает на то, что в исследуемых группах женщин ожирение оказывается одним из проявлений метаболического синдрома.

ЭФФЕКТ МАТЕРИНСКОГО МОЛОКА НА ЖЕЛТУХИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ

Исмаилова М.А., Сулейманова Л.И., Нафасова Н.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан.

Цель работы. Изучить влияние кратности кормления и сроков прикладывания к груди на эффективность снижения уровня общего билирубина сыворотки крови (ОБС) при неонатальных желтухах.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 42 новорожденных с желтухами. Все новорожденные разделены на две группы: 1-ую составили 15 детей с физиологической желтухой (ФЖ) и во 2-ую включены 27 детей с затяжной желтухой (ЗЖ). Проводились мониторинг вскармливания детей и клинико-лабораторное обследование: биохимия крови, определение ОБС и его фракций в плазме крови, ферменты печени АЛТ, АСТ.

Результаты. Анализ уровней снижения ОБС в группе с ФЖ показал, что при раннем прикладывании к груди – в род.зале средний уровень ОБС на 3-5 сутки достигал $184 \pm 2,4$ мкмоль/л и достоверно снизился до $70,3 \pm 15,2$ мкмоль/л к 10 дню жизни ($p < 0,001$), что составило 61% снижения от первичного уровня ОБС. У детей этой группы приложенных к груди со 2го до 7го дня жизни первичный средний уровень ОБС составил $192,67 \pm 7,6$ мкмоль/л и достоверно снизился до $84,16 \pm 10,7$ мкмоль/л ($p < 0,001$). В группе детей с ЗЖ первичный уровень ОБС составил $191,53 \pm 10,2$ мкмоль/л и к 10-му дню жизни он снизился до $118,2 \pm 8,3$ мкмоль/л, то есть у этих детей отмечалось достоверно замедленное снижение относительно детей 1 группы ($p < 0,05$). У новорожденных с ЗЖ при раннем прикладывании, снижение ОБС до $90 \pm 5,1$ мкмоль/л наблюдалось только к 18-му дню жизни. Новорожденные группы сравнения, приложенные к груди на 2-7 дни жизни, характеризовались повышенным начальным образованием уровня ОБС $174,4 \pm 12,2$

мкмоль/л. К 10-му дню жизни их уровень ОБС оставался высоким $139,36 \pm 3,1$ мкмоль/л и только к моменту выписки, позже 18 дня, уровень ОБС снизился до $100,78 \pm 2,5$ мкмоль/л. Тогда как, у 12 % новорожденные с ЗЖ, приложенных к груди после 8-го дня жизни, показатель начального образования билирубина был «максимально высоким уровнем, с риском поражения мозга» $289 \pm 12,8$ мкмоль/л. К 10-му дню жизни ОБС оставался высоким $221,4 \pm 6,4$ мкмоль/л, отмечалась низкая эффективность снижения и сохранялась опасность по поражению мозга. К моменту выписки к 39 дню жизни ОБС снизился до $121,4 \pm 3,2$ мкмоль/л, то есть достоверно выше норм утилизации неконъюгированного билирубина.

Выводы. Таким образом, сравнительный анализ снижения уровня ОБС в зависимости от сроков прикладывания к груди показал, что раннее прикладывание к груди достоверно эффективно снижает уровень ОБС при неонатальных желтухах, особенно при ФЖ.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МОДИФИЦИРОВАННОГО МЕТОДА ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ОСНОВНЫХ ГРУПП НЕФЕРМЕНТИРУЮЩИХ ГРАМОТРИЦАТЕЛЬНЫХ БАКТЕРИЙ (НГОБ)

Исхакова Х.И., Шадманова Н.А., Саипова М.Л.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

Неферментирующие грамотрицательные бактерии (НГОБ) - огромная группа бактерий состоящая из различных семейств и родов, которые объединяет неспособность к ферментации углеводов. Они обычно слабовирулентны и при инфекциях человека большинство представителей группы встречаются чрезвычайно редко. Данная методика, в отличие от многих предлагаемых ранее, предполагает дифференциацию лишь тех НГОБ, которые имеют реальное клиническое значение в настоящее время - *P. aeruginosa*, АсВ-комплекс (два объединенных вида рода *Acinetobacter* - *A. calcoaceticus* и *A. baumannii*), *Burkholderia cepacia* и *Stenotrophomonas maltophilia* (оба ранее относились к роду *Pseudomonas*).

Синегнойная палочка наиболее распространенный возбудитель среди указанных видов. Она является возбудителем ряда нозокомиальных инфекций (сепсисы, нагноения ран (особенно ожоговых), отиты, инфекции глаз, урогенитального и респираторного тракта. Другие НГОБ включены в разработанную схему в связи с постепенным возрастанием их участия в инфекционной патологии человека. Для дифференциации этих видов во-первых, учитываются культуральные свойства: при первичном выделении на среде Эндо - колонии лактозоотрицательные, синегнойная палочка продуцирует

диффундирующий синезеленый (или бурый) пигмент и радужный феномен (у свежесыводенных культур). Недиффундирующий желтый или зелено-вато-желтый пигмент образуют *V. serasia* и *S. maltophilia*. Эти свойства можно наблюдать и на средах АГВ, Мюллер-Хинтона, нейтральном агаре. При отсевах на одну из комбинированных сред типа Клигlera (3-х сахарном агаре и др.) характерна полная инертность - отсутствие усвоения углеводов (глюкозы, лактозы, сахарозы) и продукции сероводорода. При микроскопии все грамотрицательные неспоровые, но ацинетобактерии - толстые палочки или хоккобациллы 0,9-1,6 мкм диаметром и 1,5-2,5 мкм в отличие от других 3-х видов, представляющих собой палочки средних размеров. Оксидазный тест положителен у *P. aeruginosa* и *V. serasia*, но не у *S. maltophilia* и у АСБ-комплекса. АСБ-комплекс четко дифференцируется также от других НГОБ отсутствием подвижности. Продукция аргининдекарбоксилазы характерна только для синегнойной палочки, продукция лизиндекарбоксилазы - для *V. serasia* и *S. maltophilia*.

Существуют дополнительные тесты, которые дают возможность дифференцировать беспигментную синегнойную палочку от ацинетобактерии - *P. aeruginosa* продуцирующая уреазу и способна расти при 41° -42° С.

Таким образом, предлагается модифицированная схема дифференциации самых главных и наиболее распространенных представителей НГОБ - учет культуральных свойств и определение оксидазы, уреазы, лизин- и орнитиндекарбоксилаз. Согласно этой схеме были изготовлены бумажные индикаторные тесты. Каждый тест был проверен на чувствительность (с эталонными штаммами, имеющими данное свойство) и на специфичность (с отсутствием данного свойства). Методика анализа: в 0,5 мл физиологического раствора вносится полная петля (3 мм) суточной агаровой исследуемой культуры, затем - индикаторный диск-носитель. Быстрое наступление реакции (6-8 час, для оксидазы 1-3 мин.) обеспечивается большой посевной дозой, малым объемом среды и оптимальным соотношением в ней (в диске) необходимых ингредиентов.

ГРАММАНФИЙ БАКТЕРИЯЛАРНИНГ БЕТАЛАКТАМ АНТИБИОТИКЛАРНИ ГИДРОЛИЗЛОВЧИ ФЕРМЕНТЛАР ИШЛАБ ЧИҚАРИШИНИ ТАСДИҚЛОВЧИ ФЕНОТИПИК УСУЛЛАР

Исхакова Х.И., Саипова М.Л.

Тошкент врачлар малакасини ошириш институти, Тошкент, Ўзбекистон

Текширув мақсади: Энтеробактерия (*Klebsiella pneumoniae* ва *E. Coli*) ларнинг пенициллин, цефалоспорин, карбапенем (металлбеталактамаза) ва

монобактамларга резистентлигини келтириб чиқаришга жавобгар ферментларни аниқловчи турли фенотипик усулларни таққослаш.

Материал ва усуллар: Шифохона ва шифохонадан ташқаридаги беморлардан ажратилган инфекциялар: 65 *Klebsiella pneumoniae*, 45 *E. Coli* полирезистент штамлари ўрганилди. Культураларнинг дифференциал ташхиси ва идентификацияси Bergey's Қўлланмасига (2007) асосан, антибиотикларга сезувчанлиги диск-диффузион усулда (2007) ўтказилди. Бирламчи скринингда қуйидаги культуралар ажратилди: 1. кенг спектрдаги беталактамаза (КСБЛ) ишлаб чиқаришига гумон қилинган, битта, иккита ёки учта 3-чи авлод цефалоспоринларга (ЦП) чидамли ва карбапенемларга сезувчан; 2. металлбеталактамаза (МБЛ) ишлаб чиқарувчи, беталактамларга барқарор. Тасдиқловчи тест сифатида (EUCAST Қўлланмаси, 2014) синергид диск-диффузион усул (СДД) ва комбинирланган дисклар усули (КДУ) қўлланилди.

Натижалар: Бу икки усул асосида беталактамазларнинг турли ингибиторларга сезувчанлиги ётади– КСБЛга клавулон кислотаси, МБЛга ЭТДА ёки дипикол кислотаси. ҚДУ тестда Мюллер-Хинтон агарига экиланган текширилаётган культура юзаси марказига амоксициллин/клавулонатли (20/10мкг) диск, ён тарафларига 20мм ва 30мм масофада 3чи авлод цефалоспорини – цефтазидим (30мкг) ва цефотаксим (30мкг)ли дисклар жойлаштирилди. Бир суткадан сўнг: агар культура КСБЛ ишлаб чиқарса - цефалоспорин диски атрофидаги ўсишни бостирувчи худуд амоксициллин/клавулонат диски тарафга “чўзилган” “тортилган” бўлади. ҚДУ тестида стандарт усул қўлланилди. Агар юзасига 3чи авлод ЦПли ва шу ЦП клавулан кислотаси билан бўлган дисклар жойлаштирилди. ЦПли диск ва шу ЦП+клавулан кислотали дискларнинг ўсишни бостирувчи худудлари диаметри фарқи 5мм ва ундан ортиқ бўлса, бу КСБЛ ишлаб чиқарилишидан далолат беради. ҚДУ да клебсиеллаларнинг 77% штамлари КСБЛ ишлаб чиқаришини тасдиқлади, улардан кўпчилиги (94%) шифохона штамлари; эшерихийлар -53,3% (73,3% госпитал шароитда).

Хулоса: Синергид диск-диффузион усул қўлланилганда КСБЛ ишлаб чиқарилишининг аниқ тасдиқланиши штамларнинг кўп бўлмаган қисмида кузатилди: клебсиеллаларнинг 53,8% ва эшерихийларнинг 33,3%да. Комбинирланган дисклар усули (КДУ) сезувчанлиги синергид диск-диффузион усулидан юқори бўлди.

ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДОГРАММЫ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ОЖИРЕНИЕМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕНОТИПОВ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ СИНТАЗА ОКСИДА АЗОТА (Glu298Asp).

Кадыкова О.И.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина.

Цель работы – оценить показатели липидного обмена у больных ишемической болезнью сердца и ожирением в зависимости от генотипов полиморфизма гена эндотелиальной синтаза оксида азота (Glu298Asp).

Материалы и методы. Под наблюдением находились 222 больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) и ожирением. Дополнительно больные основной группы были разделены на подгруппы в зависимости от генотипов полиморфизма гена эндотелиальной синтазы оксида азота (eNOS) (Glu298Asp): первую подгруппу составили 109 больных с G/G генотипом, во вторую вошли 91 пациент с G/A генотипом, в третью – 22 больных с A/A генотипом. Подгруппы были сопоставимы по возрасту и полу.

Результаты и их обсуждение. Анализ показателей липидного обмена у больных ИБС и ожирением в зависимости от генотипов полиморфизма гена eNOS (Glu298Asp) продемонстрировал отсутствие достоверных различий. У пациентов с генотипом G/G полиморфизма Glu298Asp гена eNOS уровень общего холестерина (ОХС) составил $5,68 \pm 0,07$ ммоль/л, триглицеридов (ТГ) – $1,76 \pm 0,08$ ммоль/л, холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП) – $1,07 \pm 0,04$ ммоль/л, холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) – $3,53 \pm 0,07$ ммоль/л, холестерина липопротеинов очень низкой плотности (ХС ЛПОНП) – $1,89 \pm 0,05$ ммоль/л, а коэффициент атерогенности (КА) – $4,85 \pm 0,06$.

У лиц с генотипом G/A уровень ОХС равен $5,63 \pm 0,09$ ммоль/л, ТГ – $1,72 \pm 0,06$ ммоль/л, ХС ЛПВП – $1,21 \pm 0,03$ ммоль/л, ХС ЛПНП – $3,49 \pm 0,05$ ммоль/л, ХС ЛПОНП – $1,86 \pm 0,07$ ммоль/л, КА – $4,82 \pm 0,07$. Пациенты с A/A генотипом имели ОХС на уровне $5,59 \pm 0,08$ ммоль/л, ТГ – $1,68 \pm 0,09$ ммоль/л, ХС ЛПВП – $1,23 \pm 0,02$ ммоль/л, ХС ЛПНП – $3,47 \pm 0,06$ ммоль/л, ХС ЛПОНП – $1,81 \pm 0,08$ ммоль/л, КА – $4,78 \pm 0,05$.

Выводы. Таким образом, нами не было найдено ассоциаций между полиморфизмом гена eNOS (Glu298Asp) и показателями липидограммы у обследованных больных.

ВЛИЯНИЕ НОРМАЛИЗАЦИИ МАССЫ ТЕЛА НА СУРОГАТНЫЕ И МЯГКИЕ КОНЕЧНЫЕ ТОЧКИ У ЛИЦ С НАРУШЕНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ ФАЗ ГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КРИВОЙ

Каландарова У.А., Каюмов У.К., Ибадова М.У.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан
Ургенчский филиал Ташкентской Медицинской Академии

Цель исследования: Изучить возможность снижения сердечно-сосудистого риска путём нормализации повышенной массы тела у больных метаболическим синдромом (МС) при нарушениях симпатoadренальной и вагоинсулярной фаз гликемической кривой.

Методы исследования. Под наблюдением находилось 127 пациентов, страдающих МС. Все пациенты были разделены на 2 группы: группа с нарушением симпатoadренальной фазы (гипергликемия через 1 час после нагрузки глюкозой) и группа лиц с нарушением вагоинсулярной фазы (гипергликемия через 2 часа после нагрузки глюкозой).

Среди обследованного контингента проводились мероприятия по нормализации массы тела, включающие диету (ограничение общей калорийности пищи, исключение легко усвояемых углеводов, дробное 3-5 разовое питание и др.), физические нагрузки и применение метформина. За сурогатные конечные токи принимали снижение показателей липидов, гликемии и артериального давления.

В качестве мягких конечных точек, учитывались случаи изменения частоты приступов стенокардии (у больных с ИБС), изменение частоты гипертонических кризов, изменение характера и частоты аритмии, изменение показателей НК. В этом исследовании роль жёстких конечных точек не изучалась.

Результаты исследования. Установлено, что у больных с нарушением симпатoadренальной фазы гликемической кривой большей эффективностью в отношении снижения массы тела обладают диетические мероприятия и повышенная физическая активность.

У больных с нарушением вагоинсулярной фазы гликемической кривой наряду с диетой и повышением физической активности достаточно эффективно применение метформина. У больных с нарушением симпатoadренальной фазы гликемической кривой в большей степени снижалось систолическое АД, а у больных с нарушением вагоинсулярной фазы – диастолическое АД. Снижение сердечно-сосудистого риска, обусловленное динамикой сурогатных и мягких конечных точек в большей степени имело место у больных с нарушением вагоинсулярной фазы гликемической кривой. У больных

с нарушением симпатoadреналовой фазы гликемической кривой снижение ЧСС (в случаях тахикардии) наблюдалось в меньшей степени, чем при нарушении вагоинсулярной фазы.

Вывод. При реализации лечебно-профилактических мероприятий по снижению повышенной массы тела у больных с метаболическим синдромом следует учитывать нарушение различных фаз гликемической кривой.

ПРИМЕНЕНИЕ КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЯ У ФУТБОЛИСТОВ 14-18 ЛЕТ, ИМЕЮЩИХ ДЕФОРМАЦИЮ СВОДА СТОПЫ, В ПРОЦЕССЕ УЧЕБНО-ТРЕНИРОВОЧНЫХ ЗАНЯТИЙ.

Каримов М.Ш., Юлчиев С.Т., Мавлянов И.Р.

Республиканский научно-практический центр спортивной медицины,
НОК РУз, Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования: Разработка, научное обоснование и экспериментальная апробация техники кинезиотейпирования голени и стопы у футболистов 14-18 лет имеющих деформацию свода стопы, в учебно-тренировочном процессе.

Материалы и методы исследования: Было исследовано 40 футболистов (30 мальчиков и 10 девочек) 14-18 лет, имеющих деформацию свода стопы на базе Республиканского научно-практического центра спортивной медицины. Были использованы обычной фиксирующие медицинский изделия (эластичный бинт) и кинезотейп.

Результаты. Результаты проведенных исследования показали, что обычные фиксирующие медицинские изделия (эластический бинт) могут быть эффективно использованы для фиксации голеностопа и свода стопы. При этом исчезновение отечности, болевого синдрома и нормализация функциональной функции мышц голеностоп и свода стопы отмечались через 7-8 сутки. В группе кинезиотейпирования голеностопа и свода стопы исчезновение отечности, болевого синдрома и нормализация функциональной функции мышц голеностоп и свода стопы отмечались через 3-4 сутки.

Выводы: Полученные данные позволяют оценить эффективность применения кинезотейпирования в учебно-тренировочном процессе подготовки спортсменов. Наиболее вероятно, эффект высокой эффективности кинезотейпирования основан на активации микроциркуляции в коже и подкожной клетчатке, уменьшении болевого синдрома, восстановлении функциональной активности мышц и нормализации функции суставов.

СОСТОЯНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ О ФАКТОРАХ РИСКА ПЕРЕЛОМОВ

¹Каримов М.Ю., ¹Якубджанов Р.Р., ²Ибадова М.У.

¹Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

²Ташкентский институт усовершенствование врачей, Узбекистан

В настоящее время накоплено достаточно большое количество научных фактов, свидетельствующих о том, что в развитии переломов конечностей и результатов лечения участвует ряд факторов риска. К числу этих факторов, в частности, относятся и основные компоненты метаболического синдрома (МС): ожирение или избыточная масса тела (ИМТ), сахарный диабет 2 типа (СД-2) или нарушение толерантности к глюкозе (НТГ), дислипидемия и артериальная гипертензия (АГ). На эффективность лечебно-профилактических мероприятий существенное влияние оказывает информированность пациентов о факторах риска, их значимости в формировании той или иной патологии, а также своевременная коррекция этих факторов риска.

Цель исследования: изучить информированность больных с переломами длинных трубчатых костей о наличии у них основных компонентов МС и их значимости в качестве факторов риска переломов костей.

Материал и методы: Под наблюдением находилось 23 пациента с переломами длинных трубчатых костей страдающих МС. Все больные обследованы по специально разработанной методике, предусматривающей алгоритм диагностики и лечения переломов с учётом особенностей метаболического синдрома. Больные опрашивались по специальной анкете, включающей вопросы об информированности пациентов о значимости основных компонентов МС в качестве факторов риска переломов конечностей.

Результаты исследования оказались неутешительны. Большинство пациентов ответили, что признают повышение риска переломов при повышенном весе, но практически не представляют себе роль повышенной массы тела в этом процессе. При этом более половины пациентов с ИМТ не считают, что у них есть избыточный вес. Признавая СД 2 типа в качестве фактора риска переломов, большинство пациентов имеют весьма поверхностные представления о роли нарушенной толерантности к глюкозе. Переломы костей относятся к критическим состояниям, при которых, наряду с другими патологическими процессами, имеет место и значительное повышение артериального давления (АД), нередко – гипертонические кризы. Как оказалось, более половины больных с АГ не лечатся или получают гипотензивную терапию нерегулярно.

Вывод: Среди травматологических больных имеет место неблагоприятная ситуация в отношении информированности их о факторах риска переломов. Представляется целесообразным совершенствовать санитарно-просветительную работу по информированию населения об основных компонентах МС и их роли в степени риска переломов конечностей.

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ ДИЕТЫ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Касимбекова Г.К.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

Метаболический синдром (МС) характеризуется комплексом нарушений, который включает ожирение, гипергликемию, дислипидемию (ДЛП) и гипертензию (АГ). С МС ассоциируются также микроальбуминурия (МАУ), воспалительные процессы, расстройства протромбинового статуса и «жирная» печень. Вместе эти нарушения формируют условия, в которых значительно возрастает риск развития сахарного диабета 2 типа (СД-2) и атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Цель работы. Изучение эффективного влияния диеты на течение МС.

Материалы и методы. Нами проводились наблюдения в СП №4 Мирзо-Улугбекского района 28 больных с МС, которым была назначена диета с ограничением животных жиров, соли и легкоусвояемых углеводов.

Результаты. Установлено у наблюдаемых пациентов достоверное снижение веса, уровня артериального давления, гликемии, общего холестерина по сравнению с больными, которые не находились на диете. Лечение МС - очень сложная задача и для врача, и для больного и нередко является пожизненной, поэтому данная категория пациентов должна быть правильно мотивирована на снижение массы тела и длительное соблюдение рекомендаций врача.

Программа обучения должна проводиться в школах по обучению больных с метаболическим синдромом. Обучение может быть групповым и индивидуальным. При этом пациенты приобретают психологический и жизненный комфорт. Ранняя диагностика и профилактика метаболического синдрома - это профилактика или отсрочка СД-2, атеросклероза, сердечно-сосудистых заболеваний.

Выводы. Использование врачами рекомендованных подходов и принципов лечения, несомненно, будет способствовать улучшению качества жизни пациентов. Главные цели лечения метаболического синдрома — снижение массы тела, достижение хорошего метаболического контроля с целью

максимального снижения общего риска ССЗ, СД. Таким образом, следует врачам обратить особое внимание на первичную профилактику МС и поощрение здорового образа жизни у людей любого возраста.

ОСНОВНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Касимбекова Г.К., Захидова М.З., Фазылов А.В.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

Как известно, распространенность метаболического синдрома (МС) продолжает расти, однако его причины и патогенез остаются во многом неясными. Проблема МС весьма актуальна и представляет собой кластер факторов риска ССЗ и СД2. Он включает абдоминальное ожирение, ИР, дислипидемию, АГ, а также ассоциирован с протромботическим, провоспалительным состояниями, неалкогольной жировой болезнью печени, нарушением функции репродуктивной системы. Распространенность МС зависит от пола, возраста и образа жизни.

Цель работы. Изучение основных причин развития МС у молодых людей в зависимости от образа жизни и привычек.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 36 пациентов на наличие ожирения, распределение жировой ткани, состояние тренированности сердечно-сосудистой и дыхательной систем, а также особенности образа жизни, начиная с 15-летнего возраста. Из которых у 10.4% участников развился МС - наличие как минимум 3 из 5 факторов риска: артериальное давление не ниже 130/85 мм рт. ст.; окружность талии - более 94 см у мужчин и более 80 см у женщин.

Результаты. Установлено уже в возрасте от 15-35 лет у лиц с МС было выше общее содержание жира в организме, с преимущественным отложением подкожного жира в абдоминальной области. Кроме того, у этих участников была ниже тренированность сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Уровень физической нагрузки был невысоким, потребление энергии с продуктами питания - увеличенным, а потребление алкоголя - сниженным, по сравнению с лицами без МС.

Выводы. Таким образом, контроль веса, увеличение физической активности, особенно интенсивной, начиная с молодого возраста, поможет снизить риск МС и его осложнений. Масса тела, физическая активность и образ жизни в целом - вот на что должна быть направлена профилактика МС и его осложнений (сердечно-сосудистая патология, сахарный диабет) у лиц молодого возраста.

ВЛИЯНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА НА РАЗВИТИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Касимбекова Г.К., Хасанова Д.А.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

Метаболический синдром — важный фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний и ранней смертности у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа. Он характеризуется объединением независимых сердечно-сосудистых факторов риска, включая нарушение глюкозного обмена, центральное ожирение, дислипидемию и повышение давления.

При сахарном диабете 2-го типа общий сердечно-сосудистый риск, относящийся к синдрому, превышает сумму риска от каждого из отдельных компонентов.

Цель работы. Изучение влияния ожирения на развитие метаболического синдрома.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 17 мужчин и 18 женщин в возрасте 18-30 лет при включении в исследование. В зависимости от значений индекса массы тела (ИМТ), все участники были разделены на группы: 20-24.9, 25-29.9, 30-34.9 кг/кв. м. ИМТ и наличие метаболических факторов риска уточнялись при последующих шести осмотрах, в течение 10 месяцев наблюдения. ИМТ считался стабильным, если он снижался или увеличивался не более чем на 2 кг/кв. м (у 18.1% участников).

Результаты. Установлено в этой группе значительных изменений профиля метаболических факторов риска отмечено не было. Напротив, у остальных участников (81.9%) достоверно ухудшились такие показатели, как уровень глюкозы, холестерина, повышался уровень артериального давления, особенно среди женщин. У 18.4% участников этой подгруппы развился МС, по сравнению с лишь 3.6% среди лиц со стабильным ИМТ. Эта тенденция была независимой от исходного ИМТ, что еще раз подчеркивает важность постоянного поддержания веса на одном и том же уровне.

Вывод. Таким образом, при стабильном индексе массы тела уменьшается вероятность развития метаболических факторов риска ИБС. Избыточное накопление висцеральной жировой ткани является одним из основных патогенетических факторов формирования синдрома инсулино-резистентности. Ведущее место в комплексном лечении больных должны занимать мероприятия, направленные на уменьшение массы абдоминально-висцерального жира. Это прежде всего рациональное питание.

РОЛЬ НАРУШЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФАЗ ГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КРИВОЙ В ФОРМИРОВАНИИ ЖЁСТКИХ КОНЕЧНЫХ ТОЧЕК

Каюмов У.К., Каландарова У.А., Зиямухамедова М.М.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Ургенчский филиал Ташкентской Медицинской Академии

Цель исследования: Изучить смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) среди лиц с нарушением симпатoadреналовой и вагоинсулярной фаз гликемической кривой.

Методы исследования. Под наблюдением находилась репрезентативная выборка мужчин в возрасте от 20 до 69 лет в количестве 2016 человек. Общее число человеко-лет наблюдений составило - 38.304. Программа исследования включала: изучение толерантности к глюкозе на основании показателей теста толерантности к глюкозе (ТТГ) с определением гликемии натощак, а также через 1 и 2 часа после приема обследуемым 75 грамм глюкозы. На основании результатов ТТГ лица с гипергликемией были разделены на 3 группы: группа лиц с нарушением симпатoadреналовой фазы (гипергликемия через 1 час после нагрузки глюкозой), группа лиц с нарушением ваго-инсулярной фазы (гипергликемия через 2 часа после нагрузки глюкозой) и группа лиц у которых имело место сочетание нарушения симпатoadреналовой и вагоинсулярной фаз гликемической кривой.

Изучались причины смерти от ССЗ на основании врачебных свидетельств о смерти, амбулаторных карт, истории болезни и патологоанатомических заключений. В качестве жёстких конечных точек фиксировались случаи смерти от ИБС, АГ, аритмии и острой сердечно-сосудистой недостаточности при отсутствии других, более важных причин, которые могли явиться основной причиной смерти

Результаты исследования. Установлено, что между гипергликемией и смертностью от ССЗ имеется достоверная связь. Смертность от ССЗ среди лиц, у которых при жизни было выявлено нарушение только вагоинсулярной фазы гликемической кривой была достоверно ($p < 0,05$) выше, чем среди лиц, не страдавших при жизни гипергликемией. Причём, лица, имевшие при жизни нарушение этой фазы, умирали от ССЗ в 2-3 раза чаще, чем лица с нормальным при жизни уровнем гликемии. Среди лиц с нарушением только симпатoadреналовой фазы гликемической кривой смертность от ССЗ была несколько ниже, чем при нарушении вагоинсулярной фазы. Однако в этой группе смертность от ССЗ была в 2 раза выше, чем среди лиц с нормальным

при жизни уровнем гликемии. При сочетании нарушения обеих фаз гликемической кривой смертность от ССЗ была также достоверно выше ($p < 0,05$), чем при нормальной толерантности к глюкозе.

Выводы. Нарушение симпатoadреналовой гликемической кривой, наряду с нарушением вагоинсулярной фазы может служить косвенным предиктором смертности от ССЗ.

ЧАСТОТА НЕКОТОРЫХ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ

Каюмов У.К., Хатамова Д.Т.

Ташкентский Институт усовершенствования врачей МЗ РУз., Узбекистан

Цель работы – Изучить связь между основными компонентами метаболического синдрома и ХОБЛ.

Материал и методы. Представлены результаты популяционного исследования, проведенного в репрезентативной выборке из мужского населения 20-69 лет г.Ташкента в количестве 923 человек. Среди обследованных лиц выявлялись основные компоненты МС – нарушение толерантности к глюкозе (НТГ), избыточная масса тела (ИМТ), гиперхолестеринемия, гипертриглицеридемия.

Результаты. Согласно полученным данным, все изученные компоненты МС встречались при ХОБЛ чаще, чем без ХОБЛ. Вместе с тем, наибольшие отличия частоты изучаемых компонентов МС в группах с наличием и отсутствием ХОБЛ наблюдались в отношении ИМТ и гипертриглицеридемии. Частота ИМТ среди лиц с ХОБЛ оказалась в 1,5 раз выше, чем без ХОБЛ (23,38% и 15,25% соответственно, $p < 0,05$).

Гипертриглицеридемия также встречается достоверно чаще при наличии ХОБЛ (35,59%), чем без ХОБЛ (25,55%). Частота НТГ и гиперхолестеринемии среди пациентов с ХОБЛ (37,14% и 20,04%) была также выше, чем среди лиц без ХОБЛ (33,43% и 18,06%). Однако эти различия оказались статистически не значимы.

Выводы. Представленные результаты свидетельствуют о том, что между ХОБЛ и некоторыми компонентами МС имеется определённая связь. Эта связь в большей степени характерна для ИМТ и гипертриглицеридемии. Вместе с тем, отсутствие достоверных различий в частоте НТГ среди лиц с наличием и отсутствием ХОБЛ свидетельствуют о целесообразности дальнейших исследований в данной области.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЗВЕНА

Кдырбаева Ф.Р.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить частоту факторов риска артериальной гипертензии (АГ) и нарушений углеводного обмена у больных с гипертонической болезнью (ГБ) в условиях поликлиники.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 65 больных с ГБ в возрасте 40–76 лет, из них мужчин – 23, женщин – 42. В зависимости от исходного уровня гликемии все пациенты разделены на три группы. Группу 1 (сравнения) составили 23 человека (8 мужчин и 15 женщин) с нормальными показателями гликемии; группу 2 – 18 человек (7 мужчин и 11 женщин) с нарушением толерантности к глюкозе (НТГ) и группу 3 – 24 человека (8 мужчин и 16 женщин) с сахарным диабетом (СД) 2-го типа.

Наиболее часто диагностирована АГ 2-й степени (69,3 %), реже – 3-й степени (29,2 %) и в 1,5% – 1-й степени. Обследование больных включало осмотр, расчет индекса массы тела (ИМТ), показатели липидного и углеводного обмена.

Результаты. Установлено, что распространенными факторами риска АГ во всех группах являются: наследственность (83,3–91,7%), избыточный прием поваренной соли (87,0–88,9 %), дислипидемия (87,0–88,9%), избыточная масса тела (72,2–83,3%), стресс и психическое перенапряжение (61,1–70,8%).

Анализ факторов риска нарушений углеводного обмена среди больных с ГБ свидетельствует, что дислипидемия наблюдалась в 87,0–88,9%, избыточная масса тела – 72,2–83,3%, курение – 55,6–66,7% отягощенная наследственность – 43,5–75,0%, малоподвижный образ жизни – 43,5–50,0%. При этом с увеличением степени нарушений углеводного обмена наблюдается повышение частоты встречаемости анализируемых факторов риска.

Выводы. Таким образом, высокая частота факторов риска АГ и нарушений углеводного обмена среди пациентов поликлиники определяет необходимость расширения медико-профилактических мероприятий на врачебном участке и в центрах здоровья, направленных на раннее распознавание социально значимой патологии, формирование групп риска и своевременную коррекцию выявленных изменений.

СОСТОЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ

Кириченко И.Н.

Цель - провести комплексное исследование антиоксидантной системы (АОС) в сравнительном аспекте у женщин с ожирением различного возраста.

Материалы и методы. Было обследовано 75 женщин пожилого (25), среднего (25), и молодого возраста (25). Определение содержания витаминов А и Е в сыворотке определяли по методу Thomson и соавт. в модификации Р.Г.Черняускене /1983/. Определение активности каталазы проводилось методом М.А.Королюк с соавт. (1988). Степень ожирения устанавливалась на основании параметров Егорова-Левитского (1964).

Результаты. Содержание ретинола в плазме крови у женщин с ожирением уже в молодом возрасте было снижено на 37% от такового у лиц с нормальной массой тела. Содержание витамина А в плазме крови также было снижено у женщин с ожирением среднего и пожилого возраста. Так, у женщин среднего возраста содержание ретинола было меньше на 12%, а лиц пожилого возраста эта цифра составила на 30% по сравнению с женщинами с нормальной массой тела. Изучение содержания токоферола у женщин с ожирением показало его снижение во всех возрастных группах. У женщин молодого возраста содержание витамина Е было снижено на 20,3% и было равно $18,38 \pm 0,15$ мкмоль/л. У пациенток среднего возраста с ожирением количество токоферола в плазме крови было снижено на 24,5%, у пожилых на 40%. Детальное исследование уровня каталазы у пациенток молодого возраста показало, что активность этого фермента в среднем составила $41,8 \pm 2,1$ Мкат/л. У женщин среднего возраста данный показатель снизился на 39,8%, а у лиц более пожилого возраста прогрессировало снижение активности каталазы до 66,5%. Изучение АОС у женщин с ожирением позволяет сделать выводы, что уже в молодом возрасте имеет место снижение жирорастворимых биоантиоксидантов, которое компенсируется повышением ферментативного звена АОС. У пациенток среднего и пожилого возраста идет снижение как жирорастворимого, так и ферментативного звена АОС, что естественно влечет за собой активацию процесса пероксидации с последующим повреждением биомембран и развитием целого симптомокомплекса осложнений.

Выводы. Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что по мере прогрессирования процессов старения имеет место снижение АОС. Наличие ожирения уже в молодом возрасте оказывает неблагоприятное влияние на систему АОС и создает условия для развития и прогрессирования различных патологических процессов.

ОКСИД АЗОТА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

Ковалёва Ю.А., Шелест Б.А., Майорова М.В., Шелест А.Н.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель работы. Изучение метаболитов оксида азота (МОА) S-нитрозотиолов у больных артериальной гипертензией (АГ) с ожирением.

Материалы и методы. Под наблюдением находились больные АГ с нормальной массой тела (НМТ) - 35 человек и 46 больных АГ с ожирением. Контрольная группа составила 20 человек. Исследование проводилось на базе ХМКЛ № 27. Определение S-нитрозотиолов проводилось спектрофотометрическим методом по методике Marzinzin M., et al., (1997) в модификации Ковалевой О.Н. и соавт. Статистическую обработку данных проводили с помощью программы «Microsoft Excel», 2010 и Windows STATISTIKA 6.0.

Результаты. Установлено, что, у больных АГ с НМТ уровень МОА S-нитрозотиолов составил $0,144 \pm 0,051$ ммоль/л по сравнению с контрольной группой $0,22 \pm 0,01$ ммоль/л ($p < 0,05$). Уровень этого показателя у больных АГ с ожирением составил $0,136 \pm 0,044$ ммоль / л, что значительно был снижен по сравнению с контрольной группой и с больными АГ с НМТ ($p < 0,05$). Также в группе больных 55-59 лет уровень МОА S-нитрозотиолов был ниже на 1,77% по сравнению с возрастной категорией до 54 лет ($p > 0,1$). У больных АГ также имело место недостоверное снижение уровня МОА S-нитрозотиолов с возрастом: с ожирением в среднем на 4,09% ($p > 0,1$) и на 3,93% ($p > 0,1$) без него. У лиц различных групп в возрасте 60-74 года АГ с НМТ уровень МОА S-нитрозотиолов был меньше контрольной группы в среднем на 34,11% ($p < 0,05$) и превышал значение этого показателя с повышенной массой тела на 5,6 % ($p > 0,1$). В возрастной категории старше 75 лет уровень МОА S-нитрозотиолов был ниже, чем в контрольной группе в среднем на 34,75% ($p < 0,05$), у больных АГ с НМТ и в то же время преобладал в группе с ожирением в среднем на 10,08% ($p > 0,1$).

Выводы. Таким образом, в крови больных артериальной гипертензией с нормальной массой тела отмечено снижение уровня метаболитов оксида азота S-нитрозотиолов в крови. Присоединение ожирения способствовало дальнейшему снижению их концентрации. Отмечено, что снижение уровня метаболитов оксида азота S-нитрозотиолов коррелирует с разной возрастной группой больных.

ВЛИЯНИЕ ИСХОДНЫХ УРОВНЕЙ АНГИОПОЭТИНА-2 НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНической БОЛЕЗНЬЮ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Коваль С.Н.¹, Снегурская И.А.¹, Хасанова Х.Д.², Мысниченко О.В.¹,
Пенькова М.Ю.¹, Божко В.В.¹

ГУ «Национальный Институт терапии имени Л.Т.Малой НАМН
Украины», Харьков, Украина¹

Ташкентский Институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан²

Цель работы. Изучить влияние исходных уровней ангиопоэтина-2 (Анг-2) в крови больных гипертонической болезнью (ГБ) с абдоминальным ожирением (АО) на эффективность антигипертензивной терапии.

Материалы и методы. В обследование включено 39 больных ГБ 2-3 степени с АО. Уровень Анг-2 определяли до и после лечения методом иммуноферментным методом с помощью стандартных планшетов ELISA (фирма «R&D Systems», США. Больным назначали сартан - оламесартан (О) по 20-40 мг в сут. и антагонист кальция 3-го поколения лерканидипин (Л) – по 20 мг в сут. в течение 4-х недель и оценивали эффективность по достижению целевого уровня артериального давления (АД ниже 140/90мм рт.ст.). Терапию О+Л продолжали еще 8 недель больным, у которых не были достигнуты целевые уровни АД (I группа). Остальным больным (II группа) терапию О+Л дополнили кардиоселективным бета-блокатором небиволол (Н) – по 5 мг в сут. в течение еще 8 недель.

Результаты. После 4 недель лечения О+Л у 24 (62%) больных были достигнуты целевые уровни АД (I группа). 15 (38%) пациентов не достигли целевых уровней АД (II группа). Установлено, что исходные уровни Анг-2 в I группе (1959,35 (1782,50; 2108,91) пг/мл) были достоверно ниже, чем во II группе больных (2604,25 (2373,00; 2754,30) пг/мл, $p < 0,05$). Еще через 8 недель терапии О+Л в I группе достижение целевого уровня АД было зарегистрировано у 79% (19) больных. Добавление Н позволило через 8 недель достичь целевого уровня АД у 80 % (14) пациентов II группы. Через 12 недель лечения уровни Анг-2 достоверно ($p < 0,05$) снизились, по сравнению с исходными, в обеих группах (до (1686,42 (1556,49; 1774,75) пг/мл в I группе, во II группе – до (1726,70 (1559,55; 2292,55) пг/мл) и достоверно не отличались между собой.

Выводы. Выявлено, что исходные уровни Анг-2 влияют на эффективность антигипертензивной терапии. Так больным ГБ с АО с более высокими исходными уровнями Анг-2 в крови необходима трехкомпонентная терапия

с добавлением, в нашем случае, кардиоселективного бета-блокатора к комбинации сартана с антагонистом кальция. Достижение же целевых уровней АД ассоциируется с достоверным снижением уровня Анг-2 в крови, что свидетельствует о роли этого мощного проангиогенного фактора в развитии ГБ.

ВЛИЯНИЕ БЛОКАТОРА РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II НА УРОВНИ АПЕЛИНА КРОВИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Коваль С.Н.¹, Хасанова Х.Д.², Юшко К.А.¹, Старченко Т.Г.¹, Конькова В.С.¹
ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т.Малой НАМН Украины»,
Харьков, Украина¹

Ташкентский Институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан²

Цель. Оценить влияние комбинированного лечения с применением блокатора рецепторов ангиотензина II (БРАП) олмесартана или ингибитора АПФ (иАПФ) рамиприла на уровни апелина в сыворотке крови.

Материалы и методы. Обследовано 36 больных АГ 2-3 степени с СД 2 типа (18 мужчин и 18 женщин) в возрасте от 43 до 70 лет. В зависимости от вида антигипертензивного лечения больные были разделены на две группы: больные, получавшие олмесартан (20-40 мг/сут) с лерканидипином (10-20 мг/сут) (n=18) и больные, получавшие рамиприл (5-10 мг/сут) с лерканидипином (10-20 мг/сут) (n=18). Обе группы были сопоставимы по возрасту, тяжести и продолжительности АГ и СД 2 типа. Все больные получали гипополипидемическую терапию аторвастатином (20 мг/сут) и антидиабетическую терапию метформином (1000 мг/сут). Уровни апелина определяли иммуноферментным методом в динамике 12 недельной указанной терапии.

Результаты. Обе группы достоверно не отличались по уровням апелина в начале лечения. В группе олмесартана уровни апелина составили 0,899(0,841;0,964) нг/мл, в группе рамиприла - 0,881(0,845;0,933) нг/мл ($p > 0,05$). В обеих группах отмечался достоверная отрицательная корреляционная связь уровней апелина с диастолическим артериальным давлением (ДАД): в группе олмесартана - $r = -0,43$, $p < 0,05$, в группе рамиприла - $r = -0,44$, $p < 0,05$. В динамике терапии уровни апелина достоверно изменялись только в группе больных, получавших олмесартан с лерканидипином - отмечалось достоверное его увеличение до 0,989(0,904;1,085) нг/мл ($p < 0,01$). Среди больных, получавших рамиприл с лерканидипином, уровни апелина достоверно не изменялись ($p > 0,05$). Среди получавших олмесартан, в конце терапии сохранялась достоверная отрицательная корреляция апелина с ДАД ($r = -0,73$, $p < 0,001$). В группе получавших рамиприл, апелин не коррелировал с ДАД.

Выводы. Применение БРАП олмесартана, в отличие от иАПФ рамиприла, достоверно увеличивает уровни апелина в сыворотке крови у больных АГ с СД 2 типа. При этом указанное повышение уровня апелина в крови ассоциируется со снижением ДАД.

ОСОБЕННОСТИ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ С СОПУТСТВУЮЩИМ ОЖИРЕНИЕМ

Корниенко Д.А.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель исследования. Выявить особенности показателей оксидативного стресса при ГЭРБ в зависимости от наличия сопутствующего ожирения.

Материалы и методы. В ходе исследования были обследованы 105 больных ГЭРБ, из которых в зависимости от наличия сопутствующего ожирения было сформировано 2 группы. Контрольная группа состояла из 20 практически здоровых лиц. Все группы были однородны по полу и возрасту. Диагноз ГЭРБ было верифицировано согласно МКБ-10, с учетом характерных анамнестических данных, данных клинических, лабораторных и инструментальных исследований. Для определения степени ожирения использовались классификационные критерии ВОЗ с определением индекса массы тела (ИМТ). Состояние процессов перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты (ПОЛ-АОЗ) определяли на основании содержания ТБК-активных продуктов и активности ферментов: супероксиддисмутаза (СОД) и глутатионпероксидаза (ГПО) по стандартным методикам. Проведение статистического анализа происходило с помощью Statistica.10. При нормальном распределении показателей использовали параметрические критерии, при отклонении от нормального распределения - непараметрические. Различия считались достоверными при значениях $p < 0,05$.

Результаты. При изучении состояния системы ПОЛ-АОЗ было обнаружено, что уровень СОД в группе больных ГЭРБ с сопутствующим ожирением оказался достоверно меньше, чем в группе больных ГЭРБ без сопутствующей патологии ($p < 0,05$), и уровни СОД достоверно отличались с показателями в группе контроля ($p < 0,05$). В уровнях ГТО не было выявлено статистически значимых различий между показателями больных ГЭРБ и показателями контрольной группы. Уровень ТБК-активных веществ был достоверно меньше в группе контроля по сравнению с группами больных ГЭРБ с сопутствующим ожирением и без сопутствующей патологии ($p < 0,05$).

Выводы. Было обнаружено, что у больных ГЭРБ с сопутствующим ожирением отмечается достоверно более выраженные нарушения системы ПОЛ-АОЗ, что проявляется в повышении уровней ТБК-активных продуктов и снижении уровня СОД, что может свидетельствовать о влиянии сопутствующего ожирения на возникновение специфического воспалительного процесса и на формирование оксидативного стресса у пациентов с ГЭРБ.

ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ МАТРИКСНОЙ МЕТАЛОПРОТЕИНАЗЫ-13 У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫБОРА ТАКТИКИ И ДИНАМИКИ ЛЕЧЕНИЯ

Котелюх М.Ю.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель исследования – изучение содержания матриксной металлопротеиназы-13 у больных острым инфарктом миокарда и сахарным диабетом 2 типа в динамике лечения.

Материалы и методы. Было обследовано 60 больных, которые находились на стационарном лечении в инфарктном отделении Харьковской городской клинической больницы № 27. Всех пациентов было поделено на группы: первая группа составила 15 больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) и сахарным диабетом (СД) 2 типа, которым проводилась имплантация стента; вторая группа – 45 больных ОИМ с СД 2 типа с адьюватной терапией. Содержание матриксной металлопротеиназы-13 (ММП-13) определяли иммуноферментным методом с помощью набора реагентов «Human MMP-13» (RayBiotech, Norcross, USA). Статистическая обработка результатов исследования проведена с помощью программного пакета Statistica 6,0. Для сравнительного анализа выборки проведено расчет средней арифметической и статистической ошибки среднего арифметического ($M \pm m$). Статистически значимыми показателями считали различия при ($p < 0,05$).

Результаты. Содержание ММП-13 на 1-2 сутки у больных ОИМ и СД 2 типа составило $57,9 \pm 10,9$ пг/мл по сравнению с уровнем ММП-13 на 10-14 сутки – $38,1 \pm 5,8$ пг/мл ($p < 0,05$). У больных ОИМ с СД 2 типа уровень ММП-13 составил $36,9 \pm 1,2$ пг/мл по сравнению с содержанием ММП-13 на 10-14 сутки – $44,4 \pm 1,7$ пг/мл ($p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, наличие сахарного диабета 2 типа ассоциируется с активацией показателей системы внеклеточного матрикса, а именно: матриксной металлопротеиназы-13. Изменения матриксной металлопротеиназы-13 зависят от выбора тактики лечения.

ВЫЯВЛЕНИЕ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА ПЕРЕД ПЛАНОВЫМ ЧРЕСКОЖНЫМ КОРОНАРНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ

Кочергина А.М., Игнатова Ю.С., Хорлампенко А.А., Каретникова В.Н.,
Барбараш О.Л.

НИИ КПССЗ, Кемерово, Россия, ФГБОУ ВО КемГМУ, Кемерово, Россия

Актуальность: Нарушения углеводного обмена - предиктор неблагоприятного прогноза, в том числе исходов коронарных вмешательств.

Цель исследования: оценить частоту выявления и структуру нарушений углеводного обмена (НУО) у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) перед плановым чрескожным коронарным вмешательством (ЧКВ).

Материалы и методы: Исследование носит проспективный характер. Критерии включения: верифицированная стабильная ИБС, отсутствие любой коронарной реваскуляризации ранее, планируемое ЧКВ. Ретроспективный анализ предполагал регистрацию НУО по данным 200 историй болезни. Перспективное исследование включило 90 пациентов (100%).

При ранее не установленном НУО пациенту выполнялся глюкозотолерантный тест, у всех обследованных пациентов проспективного исследования оценены уровень фруктозамина и HbA1c.

Результаты и их обсуждение: Наличие в анамнезе сахарного диабета (СД) 2 типа выявлено у 34%, нарушенная толерантность к глюкозе (НТГ) – не обнаружено.

При проведении перорального глюкозотолерантного теста впервые выявленный СД 2 типа зарегистрирован у 18% больных, НТГ – у 2%. В целом, СД 2 типа имел место у 52 % пациентов, а НТГ – у 2 %.

Средний уровень HbA1c с известным анамнезом СД составил $6,97 \pm 1,76\%$, у пациентов с впервые выявленным $6,53 \pm 0,41\%$ ($p=0,002$); уровень фруктозамина $407,81 \pm 156,9$ и $386,6 \pm 120,6$ мкмоль/л, соответственно ($p=0,031$).

Выводы. Активный скрининг нарушений углеводного обмена у пациентов перед плановым чрескожным коронарным вмешательством позволил выявить дополнительно 17% пациентов с СД 2 типа и 2% с НТГ.

Данные факты должны быть учтены при выборе стратегии ведения пациентов, в том числе при разработке комплекса мероприятий по профилактике ранних и поздних осложнений.

МОЛОДЫЕ МУЖЧИНЫ – ГРУППА ПОВЫШЕННОГО ВНИМАНИЯ В ОТНОШЕНИИ ФАКТОРОВ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА

Кочергина А.М., Каретникова В.Н., Барбараш О.Л.

НИИ КПССЗ, Кемерово, Россия, ФГБОУ ВО КемГМУ, Кемерово, Россия

Цель исследования: определить частоту выявления и ассоциации избыточной массы тела и ожирения с другими факторами сердечно-сосудистого риска у мужчин условно здоровой популяции.

Материал и методы: Всего в исследование включено 1628 обследованных, в возрасте от 25 до 64 лет включительно, 699 (42,9%) человек – мужчины, 929 – женщины (57,1%). Средний возраст $46,81 \pm 11,39$ лет. В качестве основных факторов сердечно-сосудистого риска рассматривались АГ, курение, наличие СД, гиперхолестеринемия (ГХЭ), ожирение. Также у обследуемых оценивали объем талии (ОТ) и объем бедер (ОБ). Регулярно курившими считали лиц, выкуривавших 1 сигарету и более в день.

Результаты: При оценке распространенности ожирения среди мужчин было установлено, что по мере увеличения возраста имеет место достоверный рост как показателя ИМТ, так и абдоминального ожирения. В группе лиц 25-44 лет повышенный ИМТ регистрировали у 62,14%, в то время как в группе мужчин старше 59 лет этот показатель достиг уже 88,33% ($p=0,004$). Подобные закономерности выявлены и в отношении патологического индекса ОТ/ОБ: доля лиц с признаками абдоминального ожирения возросла от 57,87% до 67,7% ($p=0,000$).

С увеличением возраста доля мужчин-курильщиков снижается (34,37%), в возрастной группе 60-73 года наблюдается наибольшая распространенность других ФР: абдоминальное ожирение - 73,82%, артериальная гипертензия - 70,82%, сахарный диабет 2-го типа – 2,08% (против 0,32% у молодых, $p=0,000$). Среди мужчин в возрасте 25-44 лет достоверно чаще по сравнению с женщинами этого возраста имели место практически все изученные ФР, в том числе, избыток массы тела (62,14% против 44,4%, $p=0,000$), преимущественно с отложением жира в области живота (патологический индекс ОТ/ОБ - 57,87% против 39,31%, $p=0,000$). Распространенность курения составила соответственно 57,87% против 39,31% ($p=0,000$); артериальной гипертензией молодые мужчины страдали практически вдвое чаще, чем женщины (37,82% против 15,09%, $p=0,000$).

Вывод: Полученные данные актуализируют необходимость активных профилактических мер в отношении снижения распространенности избыточного веса, курения и АГ у мужчин молодого возраста.

СОСТОЯНИЕ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ, САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ОЖИРЕНИЕМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВАСПИЕМИИ.

Кравчун П.Г.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина.

Цель работы – изучить показатели липидного обмена у больных с постинфарктным кардиосклерозом, сахарным диабетом 2 типа и ожирением в зависимости от васпинемии.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 71 больной ишемической болезнью сердца (ИБС), перенесшие инфаркт миокарда, с сопутствующими сахарным диабетом (СД) 2 типа и ожирением. Больные согласно цели были разделены на подгруппы в зависимости от уровня васпина: 1 подгруппа – <820 пг/мл (n=23); 2 подгруппа – 821–840 пг/мл (n=26); 3 подгруппа – > 841 пг/мл (n=22).

Всем больным проводили общие клинические и инструментальные обследования. Статистическая обработка полученных данных проведена с помощью пакета статистических программ «Statistica 8,0», Microsoft Office Excel-2003.

Результаты и их обсуждение. У пациентов 1 подгруппы уровень общего холестерина (ОХС) составил $5,76 \pm 0,08$ ммоль/л, триглицеридов (ТГ) – $1,83 \pm 0,07$ ммоль/л, холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП) – $1,11 \pm 0,06$ ммоль/л, холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) – $3,47 \pm 0,08$ ммоль/л, холестерина липопротеинов очень низкой плотности (ХС ЛПОНП) – $1,92 \pm 0,06$ ммоль/л, а коэффициент атерогенности (КА) – $4,33 \pm 0,06$.

У лиц 2 подгруппы уровень ОХС равен $6,33 \pm 0,08$ ммоль/л, ТГ – $2,06 \pm 0,06$ ммоль/л, ХС ЛПВП – $1,17 \pm 0,05$ ммоль/л, ХС ЛПНП – $3,91 \pm 0,04$ ммоль/л, ХС ЛПОНП – $2,16 \pm 0,08$ ммоль/л, КА – $5,32 \pm 0,08$. Пациенты 3 подгруппы имели ОХС на уровне $6,89 \pm 0,06$ ммоль/л, ТГ – $2,54 \pm 0,08$ ммоль/л, ХС ЛПВП – $1,14 \pm 0,05$ ммоль/л, ХС ЛПНП – $4,57 \pm 0,04$ ммоль/л, ХС ЛПОНП – $2,76 \pm 0,07$ ммоль/л, КА – $4,91 \pm 0,03$.

Выводы. Таким образом, полиморбидность ИБС, СД 2 типа и ожирения потенцирует ухудшение липидного обмена в виде увеличения уровней ОХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПОНП, ТГ и КА на фоне увеличения содержания в крови васпина.

ИЗМЕНЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ СТЕНОЗА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Кравчун П.Г., Сыпало А.О., Паштиани Р.В.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина, Харьков

Цель работы: оценить состояние липидного обмена в зависимости от степени стеноза коронарных артерий у больных ишемической болезнью сердца и сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы: было проведено комплексное обследование 75 больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и сахарным диабетом (СД) 2-го типа, находившихся на лечении в кардиологическом отделении ХГКБ № 27. Средний возраст больных составил $65,16 \pm 1,53$ лет. Все больные были разделены на подгруппы в зависимости от степени стеноза коронарных артерий (КА): в первую подгруппу вошли 32 больных, у которых по данным компьютерной томографии (КТ) регистрировался стеноз передней межжелудочковой ветви левой венечной артерии (ПМЖВ ЛВА) – 60%, стеноз обводящей ветви левой венечной артерии (ОВ ЛВА) – 55%. Вторую подгруппу составили 24 больных со стенозом ПМЖВ ЛВА - 30%, ОВ ЛВА – 35%. Третья подгруппа состояла из 19 больных со стенозом ПМЖВ ЛВА - 10%, ОВ ЛВА – 10%. Определение уровня общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХСЛПВП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХСЛПНП), холестерина липопротеидов очень низкой плотности (ХСЛПОНП) и коэффициента атерогенности (КА) проводили по стандартной биохимической методике. Всем больным для верификации диагноза была проведена мультidetекторная (64 срезовая) КТ - ангиография коронарных сосудов.

Результаты: в результате проведенного исследования было выявлено, что у больных первой подгруппы уровень ОХС был выше на 13,4% и 18,9% ($p < 0,05$), чем у больных второй и третьей подгруппы, уровень ХС ЛПН - на 21,7% и 26,3% ($p < 0,05$), а уровень ТГ - на 18,9% и 27,1% ($p < 0,05$) соответственно. В отношении других показателей липидного обмена у больных с ИБС и СД 2-го типа достоверных различий получено не было ($p < 0,05$).

Выводы: таким образом, полученные данные свидетельствуют о более значимых атерогенных перестройках липидного обмена у больных с большей степенью стеноза коронарных артерий с ишемической болезнью сердца и сахарным диабетом 2-го типа.

ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПОВ ДИСЛИПИДЕМИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Крапивко С.А., Некрасова Ю.В.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина.

Цель работы: изучение зависимости эндотелиальной дисфункции от типа дислипидемии у больных хронической сердечной недостаточностью, ишемического генеза, с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы: под наблюдением находились 98 больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) I-III функционального класса (ФК) по Нью-йоркской ассоциации сердца (НУНА). Контрольную группу составили практически здоровые лица, не имеющие признаков ХСН. Все пациенты были разделены на группы по типу дислипидемий по D. Fredrickson: 1 группа 22 больных IIa типом, 2 группа – 26 больных с IIb типом, 3 группа – 20 больных с III типом, 4 группа – 30 больных ХСН и сахарным диабетом (СД) 2 типа - IV тип дислипидемии. Все больные получали стандартную терапию, соответственно рекомендаций Европейского общества кардиологов и стандартов лечения ХСН и СД 2 типа.

Результаты. Установлено, что в первой группе больных уровень эндотелина-1 = $2,61 \pm 0,45$ фмоль/л, у больных 2 группы - $3,09 \pm 0,25$ ($p < 0,01$), в третьей группе больных уровень эндотелина-1 = $3,11 \pm 0,15$ ($p < 0,01$), в группе больных с ХСН и сопутствующим СД 2 типа уровень эндотелина-1 = $3,50 \pm 0,34^*$ ($p < 0,01$). Так же исследованы уровни метаболитов оксида азота (NO_2 и NO_3), и установлено, что в первой группе $NO_2 = 10,18 \pm 2,52$ мкмоль/л., $NO_3 = 21,22 \pm 3,18$, во второй группе - $9,40 \pm 0,80^*$ и $20,03 \pm 1,39$ мкмоль/л ($p < 0,01$ по сравнению с I группой), в третьей группе $NO_2 = 12,18 \pm 2,14$, $NO_3 = 17,08 \pm 3,02$ мкмоль/л соответственно, 4-я группа больных $NO_2 = 8,73 \pm 0,57^*$ мкмоль/л, $NO_3 = 18,46 \pm 0,78$ мкмоль/л ($p < 0,01$ по сравнению с I группой). Из приведенных данных, видно, что при нарушении липидного обмена у больных с ХСН происходит резкое снижения выработки NO, причем дефицит NO прямо пропорционален тяжести дислипидемии. Эндотелин являясь маркером ХСН, на 32% выше у больных с ХСН, по сравнению с группой контроля, и на 3,5% выше в сравнении с больными с ХСН без СД 2 типа. Метаболиты оксида азота (нитриты и нитраты) достоверно ниже на 67% и 28% соответственно у лиц с наличием ХСН и СД 2 типа, в сравнении с группой здоровых лиц

Выводы. Таким образом, установлено, что в группе с наиболее атерогенным типом дислипидемии (Пб) отмечается наивысший уровень вазоконстриктора эндотелин-1 и снижение синтеза NO эндотелиальными клетками сосудов, что является одним из патофизиологических факторов развития атеросклероза, а также прогрессирование ХСН.

СТРЕССОВАЯ ГИПЕРГЛИКЕМИЯ ПРИ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЯХ РИТМА СЕРДЦА

Красивина И.Г., Носков С.М., Лаврухина А.А., Крылова В.Н.,
Плужарова П.А., *Горшкова Н.Б., *Мельникова О.Л.
Ярославский государственный медицинский университет,
*ГАУЗ ЯО КБ № 9, Ярославль, Россия

Под стрессовой гипергликемией (СГ) понимают увеличение содержания глюкозы в крови до диабетического уровня при отсутствии указаний на наличие сахарного диабета (СД) в анамнезе.

Цель исследования: анализ частоты развития СГ и ее влияния на успешность купирования пароксизмальных нарушений ритма сердца (ПНРС).

Материалы и методы: ретроспективный анализ исходов ПНРС у больных, поступивших в кардиологическое отделение ГАУЗ ЯО КБ №9г.Ярославля по экстренным показаниям за июль-декабрь 2016 года, в анамнезе у которых не было СД. Учитывали уровень гликемии при поступлении (если анализ выполнялся) и/или натощак в первые сутки; причину экстренной госпитализации, ее исход. Статистическая обработка данных проводилась в программе Statistica-10, вычисляли средние значения, их стандартные отклонения, t-критерий Стьюдента, критерий χ^2 . Статистически значимыми считали различия при уровне $p < 0,05$.

Результаты: Проанализировано 262 клинических случая (средний возраст $68,8 \pm 12,4$ г), среди которых ПНРС были причиной поступления у 71,4% больных. СГ была выявлена у 10,3%. Гендерных и нозологических различий по частоте встречаемости СГ не отмечалось. У 9 пациентов со СГ при последующем наблюдении диагностирован СД 2 типа. У больных с ПНРС ($n=187$), при отсутствии СГ в 83% случаев был успешно восстановлен синусовый ритм, а из 18 человек, имевших СГ, восстановить ритм удалось лишь у 8 ($\chi^2=15,27$; $p=0,0001$). Больные, восстановившие синусовый ритм, характеризовались на 12,5% меньшей гликемией натощак в первые сутки от поступления ($p=0,017$).

Выводы: Частота встречаемости стрессовой гипергликемии при экстренной кардиологической госпитализации составила 10,3%. У одной трети пациентов, имевших стрессовую гипергликемию, имел место латентно протекавший сахарный диабет 2 типа. Стрессовая гипергликемия является прогностически неблагоприятным фактором при пароксизмальных нарушениях ритма сердца, которые в 2 раза реже успешно купируются при ее наличии.

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ УРСОСАНА И РОЗУВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Курбанова Ф.Р., Вахидова С.Б, Бочкова Л.П, Усманова Д.У.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Сердечно - сосудистая заболеваемость и смертность у больных, страдающих метаболическим синдромом (МС) и сахарным диабетом (СД) 2 типа существенно выше по сравнению с лицами без данной патологии.

Целью нашего исследования явилось изучения гиполипидемического эффекта урсосана у больных СД 2 типа.

Материал и методы: под наблюдением находились 30 больных с СД 2 типа, из них 15 больных составили контрольную группу, которой мы назначили розувастатин 20 мг/сут; основной группе – 15 больным был назначен урсосан 600 мг/сут в течение 3-х мес. в комбинации с розувастатином 10мг/сут. Больным проводились обследования: содержание глюкозы в крови, гликолизированного гемоглобина, уровень ТГ, ЛПНП, ЛПВП, ХС в крови, УЗИ печени. Для коррекции углеводного обмена больным назначен амарил 2 – 4мг/сут с учетом уровня глюкозы натощак.

Результаты исследования: уровень глюкозы натощак контрольной группе составил – $(10,2 \pm 0,95$ ммол/л), повышение гликогемоглобина ($8,6 \pm 0,45\%$), повышение уровня ХС ($6,7 \pm 0,54$ ммол/л), ЛПНП ($3,9 \pm 0,06$ ммол/л), ТГ ($2,9 \pm 0,04$ ммол/л), снижение уровня ЛПВП ($0,85 \pm 0,02$ ммол/л). В основной группе уровень глюкозы составил $(10,6 \pm 0,65$ ммол/л), гликогемоглобина ($8,9 \pm 0,46\%$), холестерина ($6,95 \pm 0,03$ ммол/л), ТГ ($2,8 \pm 0,02$ ммол/л), ЛПНП ($3,6 \pm 0,03$ ммол/л), ЛПВП ($0,85 \pm 0,04$ ммол/л). На УЗИ печени у 60% больных отмечались признаки гепатоза печени, у 65% больных признаки застоя желчи в печени и в желчном пузыре. В основной группе при комбинированной терапии урсосана с розувастатином выявлено достоверное снижения уровня ЛПНП ($p < 0,05$) по сравнению с контрольной группой, получавших розувастатин. Отмечалась также положительная динамика дислипидемии в обеих группах - снижение уровня холестерина до уровня $5,5 \pm 0,095$ ммол (на 17.9%), триглицеридов – $1,8 \pm 0,090$ ммол/л (на 30%), повышение уровня

ЛПВП– $2,3 \pm 0,005$ ммол/л (на 50,7%). При повторном УЗИ обследовании у 25% больных уменьшение признаков гепатоза печени и у 60% больных снижения застоя в желчном пузыре.

Выводы: таким образом, комбинированная терапия урсосаном с розувастатином положительно влияет на липидный обмен у больных с СД 2 типа, что проявляется гипохолестеринемией, снижением его синтеза в печени, литолитическим – уменьшение застоя желчи, что дает возможность рекомендовать включение урсосана в комплексную терапию больных с сахарным диабетом.

НЕБИВАЛОЛ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Курбанова Ф.Р., Бочкова Л.П., Вахидова С.Б., Усманова Д.У.

ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Снижение артериального давления (АД) и поддержание его в дальнейшем на целевом уровне является основной задачей лечения пациентов с АГ. Применение бета-блокаторов с вазодилатирующими свойствами (небивалол) более перспективно в плане лечения АГ у больных с СД II типа.

Цель исследования: изучение влияния небивалола на течение АГ, уровни липидного и углеводного обменов у больных с СД II типа.

Материалы и методы. Для оценки эффективности небивалола нами было проведено исследование, в которое вошли 30 пациентов с АГ и СД II типа от 46 до 59 лет (средний возраст $52,25 \pm 3,86$ лет). Программа обследования включала клиническое и лабораторное обследование. Определялись показатели углеводного и липидного обменов: уровень глюкозы натощак, гликогемоглобина, общего холестерина (ОХС), ЛПНП, ЛПВП, ТГ, измерение АД в динамике. При обследовании больных нами выявлено повышение АД I- II ст (среднее АД составило $163,7 \pm 7,8$ мм.рт.ст). У 22 больных отмечалось повышение глюкозы натощак $10,2 \pm 0,34$ ммоль/л (при норме не более $5,6$ ммоль/л), у 8 больных $9,5 \pm 0,24$; уровень гликогемоглобина был повышен у 26 больных – $7,3 \pm 0,43\%$. Содержание общего холестерина $6,04 \pm 1,14$ ммоль/л, (при норме $< 5,2$ ммоль/л), ЛПНП – $4,1 \pm 0,36$ ммоль/л (норма – до 3 ммоль/л), ЛПВП – $0,95 \pm 0,05$ (при норме $1 - 1,5$ ммоль/л), ТГ – $2,44 \pm 1,09$ ммоль/л (при норме – $1,7$ ммоль/л). Больным назначался небивалол в дозе 5 мг/сутки, для коррекции углеводного обмена – амарил 2 мг/сутки. Наблюдение проводилось в течение 2 месяцев. Кроме того, больным была рекомендована гипокалорийная диета. После 8 недель было проведено повторное обследование пациентов.

Результаты исследования показали некоторое снижение уровня ЛПНП, триглицеридов, а также глюкозы натощак и гликогемоглобина, однако эти показатели были статистически недостоверны. За период наблюдения отмечено достоверное снижение АД у 85% больных. Общий холестерин снизился до $5,7 \pm 1,3$ ммоль/л, ЛПНП до $2,86 \pm 0,23$ ммоль/л, триглицеридов до $1,89 \pm 0,95$ ммоль/л, глюкозы натощак $8,5 \pm 0,67$ ммоль/л, гликогемоглобина $6,4 \pm 0,05\%$, некоторое повышение уровня ЛПВП $-1,5 \pm 0,05$ ммоль/л.

Выводы. Таким образом, Небивалол не повышает коэффициент атерогенности, как это отмечается при приеме других бета-адреноблокаторов, что можно объяснить его очень высокой селективностью к бета-адренорецепторам. За счет NO- релаксирующего эффекта небивалол достоверно снижает уровень АД и не ухудшает показатели углеводного обмена, в связи с чем может быть рекомендован для лечения АГ у больных с СД II типа.

ВЗАИМОСВЯЗЬ Д-ВИТАМИННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ОЖИРЕНИЯ В ДЕТСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Лебедева Е.Н., Сетко Н.П.

ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Оренбург, Россия

В настоящее время недостаточный уровень витамина Д связывают с повышенным риском развития многих неинфекционных заболеваний, в том числе ожирения. Установлено, что витамин Д через свои рецепторы участвует в регуляции до 10% всех генов человека, ассоциированных с метаболическими и сердечно-сосудистыми факторами риска.

Цель работы: Проведение анализа современной литературы для выявления взаимосвязи между ожирением, уровнем 25(ОН) Д и риском метаболических и сердечно-сосудистых осложнений.

Материалы и методы. Для проведения анализа были использованы источники литературы, размещенные в базе PUBMED, за последние 5 лет. Данной тематике посвящено более 600 статей, в том числе для детской популяции 150 публикаций.

Результаты. Дефицит витамина Д широко распространен во всем мире, даже в относительно обеспеченных европейских странах, что связывают с распространением «вестернизации» питания и снижением двигательной активности. Установлена корреляция пониженных уровней 25(ОН) Д в сыворотке крови с наличием кардио-метаболических факторов риска. По данным исследования NHANES когорты 5867 подростков (12-19 лет), проведенного в 2001-2006г.г. риск метаболического синдрома был на 70% выше при

наименьших концентрациях 25(ОН) Д в сыворотке крови. Недостаточность 25-(ОН) Д также достоверно коррелировала с повышением артериального давления, увеличением окружности талии и снижением холестерина ЛПВП. Применение витамина Д в дозах 1500 и 2000 МЕ/сут в течение 6 месяцев нормализовало уровень 25(ОН) Д в крови, у 40% детей и сопровождалось повышением уровня адипонектина, снижением индекса НОМА и триацилглицерин у большинства детей с ожирением, однако степень ожирения и масса тела существенно не изменялись.

Выводы. Повышение уровня 25(ОН) Д оказывает благоприятное влияние на метаболические факторы сердечно-сосудистого риска, не приводя к значимому снижению массы тела и редукции ожирения у детей. Установленная взаимосвязь дефицита витамина Д с рядом хронических неинфекционных заболеваний — сердечно-сосудистой и цереброваскулярной патологией, артериальной гипертонией, диабетом, ожирением, опухолевыми и др. заболеваниями указывает на необходимость определения уровней метаболитов витамина Д для расширения диагностических возможностей.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПАПИЛЛОМАМИ НОСА И ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ

Лутфуллаев Г.У., Кобилова Ш.Ш., Нураддинов Х.Э., Тахиржанова П.К.
Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан

Папиллома- одна из наиболее часто встречающихся опухолей ЛОР-органов. Наиболее часто появление папиллом вызвано вирусом папилломы человека (ВПЧ), который является ДНК-содержащим вирусом. Процесс рецидивирования плохо поддается контролю лекарственными препаратами и поэтому хирургические методы продолжают быть единственным способом сохранения проходимости дыхательного тракта. Причина рецидивов заключается в том, что при хирургическом лечении иссекается только видимый патологический очаг, а не этиологический фактор. Оставшийся в тканях ВПЧ вновь приводит к развитию опухолевого процесса.

Цель работы – изучение эффективности применения тилорона (Лавомакса) и местного воздействия мази Виферон при комплексном лечении больных с папилломами носа и придаточных пазух.

Материал и методы. Обследовано 66 больных с папилломами носа и придаточных пазух. Возраст больных- от 24 до 52 лет, заболевание одинаково часто встречается среди лиц мужского 36 (54,5%) и женского пола 30 (45,5%). По результатам гистологического исследования у 36 (54,5%) пациентов вы-

явлена плоскоклеточная папиллома, у 30 (45,4%) переходно-клеточная папиллома. Все больные были разделены на две группы: основная (34 пациента) и контрольная (32 пациента). Пациенты основной группы получали комплексную терапию. В течении 7 дней до оперативного лечения применяли мазь Виферон. Мазь тонким слоем наносили на поражённую поверхность 3 раза в сутки. После оперативного лечения включили препарат Лавомакс по схеме: 0,125 г (1 таблетка) в сутки в течении 2 дней, далее по 0,125 г через 48 часов, на курс лечения 1,25 г (10 таблеток).

Результаты. На фоне комплексного лечения зафиксировано более раннее (уже к концу второй недели лечения, в среднем на 12-14-й день), по сравнению со стандартной терапией (в среднем на 17-18-й день лечения) улучшение самочувствия больных. Положительная клиническая картина сопровождалась улучшением иммунологических показателей. Через 3 недели лечения у пациентов основной группы происходило увеличение Т-лимфоцитов с $50,6 \pm 2,1$ до $53,4 \pm 2,1\%$, с полной нормализацией у 28 больных (82,3%), в то время как в контрольной группе этот показатель нормализовался лишь у 20 пациентов (62,5%). Лавомакс повысил функциональную активность Т-хелперов с $24,4 \pm 2,1$ до $40,2 \pm 2,5$ в основной группе и с $26,4 \pm 2,0$ до $36,7 \pm 2,3$ в контрольной. Лавомакс положительно повлиял на гуморальный иммунитет, повышая уровень IgA с $1,23 \pm 0,10$ г/л до $1,42 \pm 0,11$ г/л, в контрольной группе этот показатель достоверно не изменился. Комплексное лечение Виферон+Лавомакс позволило сократить число рецидивов в основной группе до 4,5% (один пациент), тогда как в контрольной группе рецидив заболевания наблюдался у 15% (3 пациента).

Выводы. Комплексная терапия с применением тилорона (Лавомакс) и местно мази Виферон показала свою высокую эффективность, благодаря которой происходило быстрое исчезновение клинических симптомов и наблюдалась нормализация больных с папилломой носа и придаточных пазух.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ СИНУСИТОВ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Лутфуллаев Г.У., Сафарова Н.И., Мухтарова Д.А., Нураддинов Х.Э.
Самаркандский Медицинский институт, Узбекистан

Несмотря на то, что за последние годы опубликовано множество работ посвященных диагностике и лечению заболеваний носа и околоносовых пазух (ОНП) в отечественной литературе недостаточно исследований по диагностике и лечению синуситов при доброкачественных НН и ОНП. В связи

с тем, что в их развитии имеют значение иммунный статус и процессы перекисного окисления липидов (ПОЛ), приводящие к эндогенной интоксикации организма, лечение синуситов при доброкачественных НН и ОНП с учетом вышеперечисленных факторов требует дальнейшей разработки.

Целью работы явилась оптимизация лечения синуситов при доброкачественных НН и ОНП.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 29 больных с синуситами при доброкачественных НН и ОНП. Для диагностики и оценки состояния больных кроме клинико-инструментальных, микробиологических и гистологических, проводились иммуно-биохимические исследования. Все больные получали иммуномодулятор синтетического происхождения полиоксидоний (по 6 мг в/м 1 раз в сутки в течение 5 дней в послеоперационном периоде, далее в этой же дозировке 1 раз в неделю в течение 5 недель) на фоне традиционного лечения (ТЛ). ТЛ включало в себя пунктирование и зондирование пазух, хирургическое удаление новообразования, противовоспалительную и симптоматическую терапию.

Результаты. После лечения при риноскопическом контроле и КТ-исследовании признаков воспалительного процесса, а также новообразования не выявлено. Повторно проведенный посев из ПН и соустья ОНП дал отрицательный результат.

Выводы. Констатируя вышеизложенное, можно сделать заключение, что после применения полиоксидония на фоне ТЛ у больных с синуситами при доброкачественных новообразованиях носа и ОНП, показатели иммунного статуса и эндогенной интоксикации приблизились к контрольным показателям, значительно сократилось количество рецидивов воспалительного процесса и новообразования, а это свидетельствует о высокой эффективности данного препарата.

РЕНТГЕНО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ЭЛЕМЕНТОВ ГЛОТКИ И МЯГКОГО НЁБА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ БОЛЬНЫХ ХРАПОМ И ОБ- СТРУКТИВНЫМ АПНОЭ ВО СНЕ

Лутфуллаев Г.У., Валиева Н.К., Тахирджанова П.К.

Самаркандский Государственный Медицинский институт, Узбекистан

Оценка влияния обструктивного апноэ сна на качество жизни пациентов с метаболическим синдромом определили влияние на качество жизни человека с метаболическим синдромом в сочетании с синдромом обструктив-

ного апноэ. Сочетание указанных состояний в большей степени способствует снижению показателей физического компонента здоровья. Привычный храп часто сочетается со стенокардией, у человека с храпом имеется достоверный коэффициент риска возникновения нарушений мозгового кровообращения во сне. Поэтому вопрос разработки и внедрения в практику скрининг метода, позволяющего отбирать больных для углублённого обследования - “группу риска”. Один из таких методов может стать рентгенологический-краниоэнцефалометрический профиль. На основании анализа больных рентгенограмм можно выделить несколько характерных признаков строения верхних дыхательных путей у лиц с синдромом обструктивной остановки дыхания во сне.

Цель работы: Уточнение возможностей рентгенологического метода при диагностике обструктивного апноэ во сне.

Материалы и методы: Изучены рентгено-анатомические параметры элементов глотки и мягкого нёба у лиц с храпом. Под наблюдением находилось 20 человек в возрасте от 25 до 46 лет, страдающих храпом, 18 мужчин, 2 женщины, длительность патологии от 1го до 3х лет. 3 пациента, от 4 до 5лет-7; от 6 до 10лет – 6; свыше 10 лет-4. Контрольная группа – 15 человек, возраст от 28 до 62 лет.

Результаты: Выявлены статистически достоверные различия в длине и ширине мягкого нёба у больных храпом с наличием обструктивного апноэ во сне по сравнению с аналогичными данными у лиц контрольной группы. Так в контрольной группе длина мягкого нёба– $31,4 \pm 3,2$ мм, то при храпе с обструктивным апноэ – $43,17 \pm 4,16$ мм. Ширина мягкого нёба у обследованных соответственно равнялась $10,13 \pm 1,03$ мм и $18,5 \pm 2,8$ мм.

Выводы: Таким образом у лиц с храпом при наличии обструктивного апноэ выявлены особенности рентгено – анатомических параметров элементов глотки и мягкого нёба, что может быть использовано для диагностики обструктивного апноэ.

СВЯЗЬ ПОЛИМОРФИЗМА K121Q ГЕНА ENPP1 У БОЛЬНЫХ С СД 2-ГО ТИПА С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ГЛЮКОЗЫ И ГЛИКОЗИЛИРО-ВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА

Марченко И.В., Гарбузова В.Ю.

Сумский государственный университет, Украина

Цель работы – Изучить связь между K121Q полиморфным вариантом гена ENPP1 у больных с сахарным диабетом (СД) 2-го типа с уровнем глюкозы и гликозилированного гемоглобина (HbA1c) плазмы крови.

Материал и методы. В исследовании была использована венозная кровь 163 больных с СД 2-го типа и 110 человек контрольной группы. Полиморфизм K121Q гена ENPP1 определяли методом полимеразной цепной реакции, с последующим анализом длинны рестрикционных фрагментов.

Результаты работы. Анализ величины концентрации глюкозы натощак у гомозигот по основному аллелю К/К и у носителей минорного аллеля К/Q+Q/Q достоверно не отличались между собой как у больных с СД 2-го типа ($P=0,688$), так и у практически здоровых лиц ($P=0,154$). Другие результаты были получены при анализе групп сравнения. Больные с СД 2-го типа, гомозиготы по основному аллелю (К/К), имели достоверно более высокие показатели концентрации глюкозы крови ($8,8\pm 0,26$ ммоль/л), чем лица контрольной группы ($5,3\pm 0,09$ ммоль/л) ($P<0,001$). У носителей минорного аллеля (К/Q+Q/Q), больных СД 2-го типа, величина глюкозы крови равнялась $8,4\pm 0,33$ ммоль/л, а у практически здоровых индивидуумов - $5,1\pm 0,14$ ммоль/л ($P<0,001$). У больных СД 2-го типа, с генотипом К/К, максимальный уровень глюкозы натощак равен $16,5\pm 0,36$ ммоль/л, а с генотипом К/Q+Q/Q - $15,9\pm 0,49$ ммоль/л. Сравнивая показатели HbA1c видим, что у носителей мажорного аллеля (К/К) среднее значение гликозилированного гемоглобина было $8,3\pm 0,17\%$, а у гетерозигот и у носителей минорного аллеля - $8,3\pm 0,25\%$. Не установлено достоверной разницы в показателях максимального уровня глюкозы крови натощак ($P=0,274$) и HbA1c ($P=0,877$) у больных СД 2-го типа с различными полиморфными вариантами.

Выводы. Полиморфизм K121Q гена ENPP1 не ассоциирован с показателями уровня глюкозы и гликозилированного гемоглобина (HbA1c) у больных с СД 2-го типа.

ИЗУЧЕНИЕ ТИПОВ ТЕМПЕРАМЕНТА У СПОРТСМЕНОВ-ФУТБОЛИСТОВ

Мавлянов И.Р., Каримов М.Ш., Мавлянов З.И.

Республиканский научно-практический центр спортивной медицины, НОК РУз, Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования: Изучение типов темперамента, уровня экстраверсии и нейротизма у спортсменов-футболистов.

Материалы и методы. Обследовано 1096 спортсменов - футболистов (женские и мужские команды) на базе Республиканского научно-практического центра спортивной медицины. Используются клинический и психологические методы исследования (тест Айзенка на определение темперамента). Результаты обрабатывали методом вариационной статистики.

Результаты исследования: Установлено, что среди опрошенных 1096 спортсменов у 28% имели место «ложные» результаты. А результаты остальных – 72% опрошенных нами в дальнейшем были подвергнуты анализу типов темперамента, уровня экстраверсии и нейротизма. При этом интроверты составили 52%, а экстраверты 48%. Определение темперамента показало, что флегматики составили 25,3%, меланхолики – 25,19%, холерики и сангвиники по 24,74%. Определение уровня нейротизма выявило его высокий уровень у 44 % спортсменов, средний уровень - у 29 % и низкий – у 27%. Анализ изучаемых показателей в зависимости от пола спортсменов выявили следующие различия: среди женщин: 51 %- экстраверты, 49%- интроверты, холерики и меланхолики составили по 28 %, сангвиники - 26%, и флегматики - 18%. Высокий уровень нейротизма был у 47%, средний уровень у 32% и низкий у 21% исследуемых. Среди мужчин: 52%-интроверты 48 % -экстраверты, холерики составили 27 %, меланхолики -25% сангвиники и флегматики по 26%. Высокий уровень нейротизма был у 43%, средний уровень у 29% и низкий - 28% исследуемых.

Выводы: Выявленные типы темперамента и ими обусловленные характерологические особенности спортсменов-футболистов являются важным подспорьем для планирования и проведения мероприятий по психологическому обеспечению спортсменов во всех периодах подготовки к соревнованиям.

ВЛИЯНИЕ РОЗУВАСТАТИНА НА ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ЭНДОТЕЛИАЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Майлян Д.Э.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Цель работы. Определить влияние розувастатина на диастолическую функцию левого желудочка (ЛЖ) и эндотелиальную функцию у пациентов с метаболическим синдромом.

Материалы и методы. Было обследовано 25 пациентов мужского пола с эссенциальной гипертензией 2 степени и признаками метаболического синдрома. Измерения проводились дважды: до назначения гиполипидемической терапии и через 3 месяца после включения в терапию 5 мг розувастатина. Дисфункцию эндотелия сосудов оценивали доплерографически по изменению диаметра плечевой артерии (ДДПА) на фоне реактивной гиперемии (РГ), на аппарате ULTIMA PA. Диастолическую функцию ЛЖ оценивали по изменению времени изоволюмического расслабления (ВИВР),

соотношению Е/А. Также оценивали толщину эпикардимального жира, концентрации ХС ЛПНП, ЛПВП и уровень глюкозы сыворотки крови натощак.

Результаты. Через 3 месяца после включения в терапию розувастатина отмечалось статистически значимое снижение ХС ЛПНП от $3,67 \pm 0,15$ ммоль/л до $2,97 \pm 0,07$ ммоль/л ($p < 0,05$). Уровень ХС ЛПВП повысился с $0,78 \pm 0,06$ ммоль/л до $1,01 \pm 0,05$ ммоль/л ($p < 0,05$). Таким образом, на фоне терапии 23 пациента (92%) имели нормальный ХС ЛПНП, хотя референсные пределы ХС ЛПВП были достигнуты только у 16 пациентов (64%). У всех пациентов было отмечено улучшение эндотелиальной функции: АДПА на фоне РГ увеличился от $0,36 \pm 0,03$ мм (8,1%) до $0,57 \pm 0,04$ мм (13,4%) ($p < 0,05$). ВИВР уменьшилось с $82,7 \pm 3,2$ мс до $63,1 \pm 2,9$ мс, отношение Е/А статистически значимо увеличилось от $0,61 \pm 0,04$ до $0,98 \pm 0,04$ ($p < 0,05$). Таким образом, нормализация диастолической функции ЛЖ отмечалась у 21 пациента (84%). Выявлена корреляционная связь средней силы между динамикой показателей ХС ЛПНП и АДПА, ВИВР ($r = +0,48$; $r = -0,58$ соответственно).

Вывод. Включению в терапию пациентов с метаболическим синдромом розувастатина улучшает липидный профиль. Трехмесячный курс розувастатина улучшает эндотелиальную функцию и диастолическую функцию ЛЖ.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВЗАМОДЕЙСТВИЙ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ АМИНОТРАНСФЕРАЗ И ЛИПИДАМИ КРОВИ У МУЖЧИН С ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛЬНЫМ ГЕПАТИТОМ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Матвеев В.А., Матвеева С.А.

ГБУ РО Городская клиническая больница №4,
Медико-психологический центр "Семь'Я", Рязань, Россия

Цель. Изучение взаимодействий между показателями аминотрансфераз: ас-партатаминотрансферазы (АСТ), аланинаминотрансферазы (АЛТ) и липидами крови: общим общим холестерин (ХС), триглицеридами (ТГ), ХС ли-попротеинами (ЛП) низкой плотности (ЛПНП), ХС ЛП высокой плотности (ЛПВП), ХС ЛП очень низкой плотности (ЛПОНП), коэффициентом атерогенности (КА), коэффициентом триглицеридным (КТ) у мужчин с хроническим алкогольным гепатитом (ХАГ) и ишемической болезнью сердца (ИБС), стабильной стенокардией напряжения (ССН).

Материалы и методы. Обследованы 95 мужчин (средний возраст $47,95 \pm 0,81$ г.) с ИБС, ССН. Программа обследования пациентов включала

сбор анамнеза, осмотр, общеклинические, биохимические анализы и инструментальные методы, позволившие диагностировать ХАГ и ИБС, ССН. Длительность злоупотребления алкоголем составила $28,40 \pm 0,99$ г. Проведён многофакторный корреляционный анализ взаимодействий показателей АСТ, АЛТ и липидов крови: общего ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ.

Результаты. Установлено, что у пациентов с ХАГ и ИБС, ССН между показателями варианты, ≤ 10 перцентиля и $>90\%$ перцентиля АСТ, АЛТ и соответствующими параметрами варианты, $\leq 10\%$ перцентиля и >90 перцентиля липидов крови: общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ определяется достоверная положительная (прямая) корреляция. Отрицательная/обратная достоверная связь определена между показателями ≤ 10 перцентиля АСТ, АЛТ и >90 перцентиля общего ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ. Отрицательная/обратная корреляция обнаружена между значениями >90 перцентиля АСТ, АЛТ и ≤ 10 перцентиля общего ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ.

Выводы. Таким образом, между показателями АСТ, АЛТ и липидами крови: общим ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ у пациентов с ХАГ и ИБС, ССН отмечаются достоверные взаимодействия. Знание взаимодействий между аминотрансферазами и липидами крови у пациентов с ХАГ и ИБС, ССН способствует проведению дифференцированной терапии и профилактике осложнений патологии.

ЗНАЧЕНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ АССОЦИАЦИЙ ПАРАМЕТРОВ АЦЕТИЛЯТОРНОГО/ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО СТАТУСА И ЛИПИДОВ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Матвеева С.А.

Медико-психологический центр «Семь'Я», Рязань, Россия

Цель. Комплексная оценка ассоциаций параметров ацетиляторного/энергетического статуса: степень ацетилирования в крови (СТАЦК), суммарная ацетилирующая способность организма (САЦСПО) и липидов сыворотки крови: общий холестерин (ХС), триглицериды (ТГ), ХС липопротеинов (ЛП) низкой плотности (НП), ХС ЛП высокой плотности (ВП), ХС ЛП очень низкой плотности (ОНП), коэффициент атерогенности (КА), коэффициент триглицеридный (КТ) у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), инфарктом миокарда (ИМ) и сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материалы и методы. Обследованы 100 пациентов в возрасте $52,37 \pm 0,88$ г. с ИБС, ИМ и СД 2 типа. Программа обследования включала сбор анамнеза, осмотр, общеклинические, биохимические анализы и инструментальные методы, позволившие диагностировать ИБС, ИМ и СД 2 типа. Проведён многофакторный анализ ассоциаций параметров ацетиляторного статуса: СТАЦК, САЦСПО и липидов крови: общего ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ.

Результаты. Установлено, что у пациентов с ИБС, ИМ и СД 2 типа между параметрами варианты, ≤ 10 перцентилья и $>90\%$ перцентилья СТАЦК, САЦСПО и соответствующими значениями варианты, $\leq 10\%$ перцентилья и >90 перцентилья общего ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ определяется достоверная положительная/прямая ($p < 0,001$) ассоциация. Отрицательная/обратная достоверная ($p < 0,001$) корреляция обнаружена между показателями ≤ 10 перцентилья СТАЦК, САЦСПО и >90 перцентилья общего ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ. Достоверная отрицательная/обратная ($p < 0,001$) корреляция отмечена между значениями >90 перцентилья СТАЦК, САЦСПО) и ≤ 10 перцентилья общего ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ.

Выводы. Следовательно, между параметрами ацетиляторного статуса: СТАЦК, САЦСПО и липидами крови: общим ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ у пациентов с ИБС, ИМ и СД 2 типа определены гетерогенные ассоциации. Одновременное изучение показателей ацетиляторного статуса: СТАЦК, САЦСПО и липидов крови: общего ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ способствует определению скорости метаболических (энергетических) процессов в организме, что необходимо учитывать в диагностике и при проведении лечебных мероприятий у пациентов с ИБС, ИМ и СД 2 типа.

ЗНАЧЕНИЕ ОЦЕНКИ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ КРЕАТИНФОСФОКНАЗЫ И ЭЛЕКТРОЛИТОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ У ЖЕНЩИН С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Матвеева С.А.

Медико-психологический центр «Семь'Я»,
Рязанский государственный медицинский университет, Рязань, Россия

Цель. Оценка взаимосвязей креатинфосфокиназы и электролитов сыворотки крови: калия, натрия, кальция, фосфора, магния, хлоридов у пациентов/женщин с ишемической болезнью сердца (ИБС), инфарктом миокарда (ИМ), артериальной гипертензией (АГ) и сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материалы и методы. Обследованы 53 женщины в возрасте $55,51 \pm 1,05$ г. с ИБС, ИМ, АГ и СД 2 типа. Программа обследования включала сбор анамнеза, осмотр, общеклинические, биохимические анализы и инструментальные методы, позволившие диагностировать ИБС, ИМ, АГ и СД 2 типа. Проведён многофакторный анализ взаимосвязей показателей креатинфосфокиназы и электролитов сыворотки крови: калия, натрия, кальция, фосфора, магния, хлоридов.

Результаты. Выявлено, что у женщин с ИБС, ИМ, АГ и СД 2 типа между показателями варианты и $>90\%$ перцентиля креатинфосфокиназы и соответствующими параметрами варианты и >90 перцентиля электролитов: калия, натрия, кальция, фосфора, магния, хлоридов определяется достоверная положительная/прямая корреляция. Отрицательная/обратная достоверная корреляция выявлена между показателями ≤ 10 перцентиля креатинфосфокиназы и >90 перцентиля калия, натрия, кальция, фосфора, магния, хлоридов.

Выводы. Показаны достоверные положительные/прямые и отрицательные/обратные взаимосвязи креатинфосфокиназы и электролитов сыворотки крови: калия, натрия, кальция, фосфора, магния, хлоридов. Изучение креатинфосфокиназы и электролитов сыворотки крови: калия, натрия, кальция, фосфора, магния, хлоридов у пациентов с ИБС, ИМ, АГ и СД 2 типа необходимо для оценки клинических и биохимических проявлений сочетанной патологии и предупреждения осложнений.

ВОЗМОЖНОСТИ ДИЕТОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ПРИЗНАКАМИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Милославский Д.К., Снегурская И.А., Божко В.В., Щенявская Е.Н.
ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т.Малой НАМН Украины»,
г. Харьков, Украина

Цель: изучение возможностей диетотерапии (ДТ) у больных гипертонической болезнью (ГБ) с признаками метаболического синдрома (МС).

Материалы и методы: под наблюдением находилось 37 больных ГБ II ст., 2-3 степени с признаками МС, которым была проведена ДТ. Мужчин

было 16 (43,3%), женщин - 21 человек (56,7%) соответственно. Группу сравнения составили 19 пациентов, которые не получали ДТ. Проводили антропометрические измерения, определяли показатели гемодинамики, уровни мочевой кислоты (МК), С-реактивного белка (СРБ), глюкозы крови натощак (ГлН) и в условиях глюкозо-толерантного теста (ГТТ), параметры развернутого липидного спектра. В качестве ДТ использовали адаптированную низкосолевою диету DASH с редуцированным калоражем, снижением насыщенных жиров, пищевого натрия (Na⁺). Эффективность ДТ оценивали через 6 месяцев по достижению целевых уровней артериального давления (АД), липидов, снижению массы тела (МТ).

Результаты: установлено, что в результате ДТ целевых уровней АД достигли 81,6% больных, липидный профиль улучшился у 77,4% пациентов, МТ снизилась на 6,8%, что было значительно выше, чем в группе сравнения (59,8%, 54,7%, 3,8% соответственно), ($p < 0,05$). Эффекты ДТ также ассоциировались со снижением уровней МК и СРБ ($p < 0,001$), улучшением показателей углеводного гомеостаза среди всего контингента больных в условиях ГТТ. У мужчин после ДВ высоко достоверно улучшились уровни МК, ГлН, общего и альфа - холестерина ($p < 0,001$), у женщин - уровни МК, СРБ, ГлН и в условиях ГТТ ($p < 0,001$). Желание продолжить в дальнейшем ДТ выразило 95,2% больных.

Выводы: таким образом, у больных ГБ с признаками МС использование диеты DASH с редуцированным калоражем приводило к достижению целевого АД, липидов крови, снижению МТ, уровней МК и СРБ крови, нормализации ГлН и после ГТТ, в большей степени, чем у лиц, которые не получали ДТ.

ВЛИЯНИЕ ФЕНОФИБРАТА НА МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ОЖИРЕНИЕМ

Молодан В.И., Железнякова Н.М., Просоленко К.А., Молодан Д.В.

Харьковский национальный медицинский университет,
Харьков, Украина

Цель работы. Изучить влияние фенофибрата на показатели липидного, углеводного и пуринового обменов у больных гипертонической болезнью с ожирением.

Материалы и методы. В работе обследовано 138 пациентов, из них 104 с гипертонической болезнью I-II стадии, 1-2 степени в сочетании с ожирением. Средний возраст больных составил ($54,0 \pm 4,5$) лет. Группу контроля

составили 20 испытуемых без патологии сердечно-сосудистой системы, сопоставимых по полу и возрасту. В исследовании определялся уровень общего холестерина, триглицеридов, липопротеидов высокой и низкой плотности, уровень глюкозы и инсулина. Лечение больных проводилось с использованием гипотензивных препаратов (ингибиторов АПФ, сартанов, антагонистов кальция и диуретиков) и фенофибрата, который назначался в дозе 200 мг/сут. Контроль состояния пациентов осуществлялся через 6 мес. Достоверными считались результаты при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Применение фенофибрата у больных гипертонической болезнью в сочетании с ожирением привело к снижению уровня общего холестерина на 19,4%, липопротеидов низкой плотности на 18,9%. Наиболее выраженным было снижение триглицеридов, оно составило 24,5% ($p < 0,01$). В процессе лечения так же изменялся уровень липопротеидов высокой плотности, происходило их повышение на 15,0% ($p < 0,001$). В ходе выполнения работы было установлено, что фенофибрат приводит к коррекции не только липидного метаболизма, но и снижает инсулинорезистентность, уменьшает нарушения обмена пуринов. Так через 6 мес. лечения у обследованных больных инсулинемия снизилась на 29,1%, а уровень мочевой кислоты на 26,3% ($p < 0,05$).

Выводы. Лечение с использованием фенофибрата сопровождается улучшением показателей липидного обмена и сопровождается снижением атерогенных фракций липидов, уровня триглицеридов и повышением липопротеидов высокой плотности. Фенофибрат так же уменьшает инсулинорезистентность и уровень мочевой кислоты.

ПЕНТРАКСИН-3 КАК ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Молоотягин Д.Г., Лучко Н.О.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина.

Связь маркеров воспаления с развитием и прогрессированием хронической сердечной недостаточности (ХСН) является наиболее изученной. В последние годы широко изучается вопрос о влиянии воспалительного компонента на развитие ожирения у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа на ранних стадиях его развития.

Цель работы. На основании обзора специализированной литературы показать значимость пентраксина-3 в диагностике хронической сердечной недостаточности у больных с метаболическим синдромом.

Результаты. Пентраксин-3 (РТХ-3), известный также как фактором некроза опухоли индуцируемый ген 14 – маркер иммунного воспаления, который ассоциируют с метаболическим синдромом – является маркером развития ХСН с сохранённой фракцией выброса левого желудочка (СФВ ЛЖ), а также используется в качестве предиктора прогноза при ХСН с систолической дисфункцией. При сопутствующем ожирении и сахарном диабете – коморбидной патологии, индуцирующей провоспалительный статус в коронарном микроциркуляторном русле – он демонстрирует четкую связь с ремоделированием желудочков и развитием ХСН с СФВ ЛЖ. Повышение уровня РТХ-3 в периферической крови ассоциировано с наличием диастолической дисфункции как у пациентов без признаков ХСН, так и при ХСН с СФВ ЛЖ (Sugiyama S., 2011). Также повышенные уровни этого маркера могут указывать на ишемию и воспаление при диастолической дисфункции и ХСН с СФВ ЛЖ (Kume N., Mitsuoka H., 2011). Было продемонстрировано, что уровни РТХ-3, наряду с интерлейкином-6 и С-реактивным белком, в меньшей степени были повышены при ХСН с СФВ ЛЖ и в большей – при ХСН с систолической дисфункцией (Matsubara J., 2011). Отмечено, что у больных с ХСН с сопутствующим СД 2 типа уровень РТХ-3 не изменялся после назначения гипогликемической терапии, в частности, глимепирида, в то время как уровень мозгового натрийуретического пептида достоверно снижался (Nakamura I., 2014).

Выводы. Рутинное определение уровня пентраксина-3 в широкой практике даст возможность более ранней и точной диагностики и соответствующей коррекции лечения хронической сердечной недостаточности у больных с метаболическим синдромом.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ (КПЛ) СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА ВТОРОГО ТИПА

Муминова Г.Г., Фаттахов Ш.А.

Ташкентский институт усовершенствования Врачей, Ташкент, Узбекистан

Цель работы: Изучение особенностей диагностики и лечения красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта на фоне сахарного диабета второго типа. При нарушении углеводного обмена в слизистой оболочке полости рта происходят изменения, выраженность которых зависит от тяжести и продолжительности диабета. Эти изменения иногда являются первыми признаками диабета, особенно в пожилом возрасте. Красный плоский лишай СОПР является одним из индикаторов СД2.

Материалы и методы исследования: Материалом для анализа и выводов послужили результаты обследования 64 больных КПЛ слизистой оболочки полости рта в возрасте от 30 до 60 лет. Из них у 32 выявлен СД2 (эрозивно-язвенная форма КПЛ, которая является синдромом Гриншпана). Всем больным были произведены лабораторные исследования (общий анализ крови, кровь на сахар и другие методы исследования по показаниям).

Результаты. При анализе больных, нами выявлено, что наиболее часто обращаются к стоматологу с эрозивно-язвенной формой. Это связано с тем, что у больных возникают болевой синдром и затрудненность приема пищи, которые вызывают беспокойство у них. Как показали наши исследования, лечение у врачей энтернистов, направленное на санацию организма, является ведущими в комплексном лечении КПЛ (особенно, при эрозивно-язвенной форме на фоне СД2). Лечение у стоматолога представляет следующие аспекты: 1. Тщательная санация полости рта, особенно следует обратить внимание на рациональное протезирование, как один из факторов лечения. Его необходимо проводить одновременно с медикаментозной терапией. При снятии слепков исключается применение гипса. Острые края зубов и протезов должны быть сошлифованы, съемные пластиночные протезы в области протезного ложа должны иметь эластический слой; 2. Больным рекомендуется щадящая диета, запрещается прием горячей, грубой, острой и пряной пищи. Исключаются цитрусовые, шоколад, кофе и др.; 3. Медикаментозное лечение зависит от формы заболевания. При экссудативно-гиперемической и эрозивно-язвенной формах врачу-стоматологу необходимо придерживаться следующих принципов: 1. Обезболивание; 2. Гигиена полости рта; 3. Местная противовоспалительная терапия. Особый интерес с точки зрения создания новых лекарственных форм для лечения СОПР представляют лекарственные формы содержащие хлоргексидин. В некоторых случаях, когда на поверхностях эрозии имеется пленчатый налет, рекомендуется применение фермента, который усиливает фагоцитоз, ускоряет эпителизацию. В противовоспалительную терапию включают также кортикостероидные препараты. Врач-стоматолог должен принять к сведению, что кортикостероидные мази должны применяться не более 5-7 дней, так как они тормозят эпителизацию слизистой оболочки; 4. Эпителизирующая терапия включает препараты на основе витамина А. Общее лечение включает: 1. Седативную терапию которая устраняет чувство напряжения, волнения, страха, при невротических расстройствах, стрессовых ситуациях; 2. Витаминотерапия уменьшает экссудацию, повышает сопротивляемость орга-

низма; 3. Противовоспалительная терапия. Глюкокортикостероиды назначаются внутрь курсом на 1-2 месяца по схеме. Делагил (хингамин) внутрь по 0.25 в течении 10 дней. 4. Антигистаминная терапия.

Выводы: Таким образом, исходя из нашего клинического опыта, течение КПЛ на фоне СД2 является длительным, хроническим заболеванием. Врачам-стоматологам необходимо при приеме данных групп больных учитывать длительность заболевания, сопутствующую общую патологию, обратить внимание на стоматологическую санацию и динамическое наблюдение за уровнем сахара в крови.

КОМПОНЕНТЫ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ СКВ, ЛЕЧЕННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМИ

Мусаева Ш.З., Искандерова С.Дж., Махмудова З.Х.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Городская клиническая больница №1, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Определить компоненты метаболического синдрома (МС) при системной красной волчанке (СКВ), леченных длительно и постоянно глюкокортикостероидами (ГКС).

Материал и методы. В исследование включены 56 больных СКВ (диагноз был поставлен согласно критериям Американской Ассоциации Ревматологов), женского пола, в возрасте 17-55 лет, средний возраст $27,6 \pm 2,9$ лет, длительность болезни $8,5 \pm 1,6$ лет. ГКС терапию больные получали с момента установления диагноза в дозе, соответствующей активности процесса и варианту течения. При высокой степени активности процесса и при волчаночном кризе больные получали комбинированную пульс-терапию в течение 3-х дней (метилпреднизолон, циклофосфамид в стандартных дозировках), в последующем ГКС (преднизолон) назначался перорально в дозе 1 мг/кг ежедневно, с постепенным снижением до поддерживающей дозы (20-25 мг в день). В зависимости от длительности ГКС терапии больные разделены на 3 группы: до 5 лет (I группа) - 18; до 10 лет (II группа) - 34; свыше 10 лет (III группа) — 14 человек. Наряду со стандартными методами исследования, подтверждающими диагноз – общий анализ крови, общий анализ мочи, СРБ, LE клетки, определялись компоненты метаболического синдрома: артериальная гипертензия (АГ) - САД/ДАД $>139/89$ мм.рт. ст.), превышение уровня глюкозы в крови ($> 5,6$ ммоль/л), наличие центрального ожирения (ЦО, при окружности талии ОТ больше 94см). избыточная масса тела (ИМТ), (индекс Кетле ИК $> 0,28$ | дислипидемия (ДЛП, уровень общего холестерина ОХС $>4,6$ ммоль/л, ХС ЛПНП $>2,5$ ммоль/л, ТГ $>1,2$ ммоль/л.)

Результаты исследования. У больных СКВ I группы САД/ДАД было равно $126,2 \pm 3,2 / 84,4 \pm 2,6$; показатели гликемии составили $5,3 \pm 0,06$; ИК - $0,26 \pm 0,01$, ОТ - $96,5 \pm 6,5$; уровень ОХС - $4,8 \pm 0,24$; ХС ЛПНЛ - $3,3 \pm 0,4$; ТГ - $1,7 \pm 0,24$. Во II и III группах признаки метаболических нарушений были более выраженными: во II группе САД/ДАД - $146,5 \pm 8,9 / 92,8 \pm 7,3$, глюкоза - $5,8 \pm 0,4$; ИК - $0,32 \pm 0,08$; ОТ - $106,4 \pm 8,8$; ОХС - $6,7 \pm 0,30$; ХС ЛПНП - $3,6 \pm 0,4$, ТГ - $3,6 \pm 0,5$; в III группе САД/ДАД - $160,4 \pm 15,2 / 104,4 \pm 11,7$; глюкоза - $6,9 \pm 0,9$; ИК - $0,37 \pm 0,08$; ОТ - $116,4 \pm 5,6$; ОХС - $6,7 \pm 0,7$; ХС ЛПНП - $4,2 \pm 0,8$, ТГ - $7,1 \pm 0,9$. Изучаемые показатели больных II и III групп были достоверно большими в сравнении с показателями больных I группы. В целом компоненты метаболического синдрома наблюдались у 48 больных (85,7%), число больных с СКВ, имеющих компоненты МС, увеличивалось соответственно длительности болезни и глюкокортикоидной терапии.

Выводы. Таким образом, при длительном течении СКВ на фоне постоянного приёма адекватной ГКС терапии нарастали признаки метаболических нарушений: повышение АД, уровня гликемии, увеличение ИМТ, центрального ожирения, нарастание ОХС и ХС ЛПНП, что имело клинико-инструментальное подтверждение. Это диктует необходимость постоянного мониторинга и коррекции выявленных компонентов МС у больных СКВ.

ИЗУЧЕНИЕ АНТИОКСИДАНТНЫХ СВОЙСТВ НЕКОТОРЫХ СУПРАМОЛЕКУЛЯРНЫХ КОМПЛЕКСОВ ГЛИЦИРРИЗИНОВОЙ КИСЛОТЫ С ПРИРОДНЫМИ ПОЛИФЕНОЛЬНЫМИ СОЕДИНЕНИЯМИ

Мустафакулов М.А., Иргашева С.У., Ибрагимов З.З., Эсанов Р.С.,
Матчанов У.Д.

Институт биоорганической химии АН РУз, г. Ташкент.

В последнее время наблюдается повышенный интерес к созданию препаратов нового поколения с улучшенными фармакологическими характеристиками на основе природных соединений. Известно, что глицирризиновая кислота (ГК), основной тритерпеновый гликозид корня солодки, не обладает антиоксидантными свойствами. Полифенолы благодаря своим структурным особенностям проявляют выраженное антирадикальное и антиоксидантное действие. Супрамолекулярные комплексы ГК с полифенолами природного происхождения обладают рядом преимуществ - растворимостью, и в связи с этим биодоступностью, низкой токсичностью, возможностью длительного применения без риска возникновения побочных явлений.

Цель: Изучение антиоксидантной активности супрамолекулярных комплексов глицирризиновой кислоты и природных полифенольных соединений.

Материалы и методы. Объектом исследования служили супрамолекулярные комплексы ГК и полифенолов, содержащие различные молярные соотношения исходных веществ. Антиоксидантную активность препаратов оценивали по их способности ингибировать аутоокисление адреналина *in vitro* и тем самым предотвращать образование активных форм кислорода.

Результаты. Установлено, что исследуемые вещества ингибируют аутоокисление адреналина в большей степени, чем глицирризиновая кислота. Антиоксидантная активность исследуемых препаратов зависела от соотношения исходных компонентов и составляла от 11,7% до 17,6%.

Выводы. Супрамолекулярные комплексы глицирризиновой кислоты и природных полифенольных соединений обладают более высокой антиоксидантной активностью, чем сама глицирризиновая кислота, что улучшает их фармакологические свойства.

СОСТОЯНИЕ ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ С ХСН НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ТОРАСЕМИДОМ

Мухамедова М.Г.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан.

Цель. Проанализировать динамику сократимости левого желудочка (ЛЖ) у больных метаболическим синдромом с ХСН на фоне лечения ФК 2-3 по NYHA торасемидом.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 32 больных (средний возраст $55,5 \pm 6,3$ лет). Контрольную группу составили 14 практически здоровых людей в возрасте $52,2 \pm 7,2$ лет, сопоставимых с основной группой. Больным, получавшим базисное лечение к терапии добавляли торасемид в дозе 5 мг в сутки. Обследование больных проводилось сразу после прибытия в стационар, на 3-6-7 сутки в динамике лечения. Измерения параметров гемодинамики, эхокардиография проводилась по стандартной методике. Клиническое состояние пациентов оценивали по Миннесотскому опроснику качества жизни больных с ХСН по бальной системе.

Результаты. Установлено, что динамика артериального давления к 3-му дню наблюдения достоверно уменьшилось (САД на 1,5%, $p < 0,05$, ДАД – на 4,5%, $p < 0,001$), что вероятно, больше связано с диуретическим эффектом торасемида, к 3-м суткам наблюдалось улучшение систолической функции

ЛЖ - ФВ ЛЖ увеличилась на 5,5% ($p < 0,01$) за счет объемной разгрузки и снижения напряжения стенок левого желудочка. Свидетельство тому - уменьшение КСР ЛЖ на 1,7% ($p < 0,05$), в то время как КДО показал достоверную тенденцию к уменьшению (на 0,3%, нд). Максимальная скорость кровотока на аортальном клапане также достоверно увеличилась (на 5,60%, $p < 0,01$), что подтверждает значительное улучшение систолических свойств миокарда ЛЖ. КДО ЛЖ к концу 5-7 суток наблюдения сократился на 3,3% ($p < 0,05$), а КСР – на 3,4% ($p < 0,01$), что привело к увеличению ФВ на 15,5% ($p < 0,001$), однако УО достоверно не изменился. Улучшение систолических свойств миокарда подтверждает увеличение максимальной скорости изгнания на аорте (на 3,6%, $p < 0,01$) и клапане ЛА (на 4,10%, $p < 0,001$). Сравнение динамики исследуемых параметров выявило значительно больший эффект применяемой терапии на КСР ЛЖ на 5-7 сутки по сравнению с 3-ми сутками наблюдения (-3,4 против 1,7%, $p < 0,01$), на КДО (2,9 против нд изменений, $p < 0,05$) и ФВ (15,08 против 5,5%, $p < 0,001$).

Вывод. Таким образом применение диуретика торасемида способствовало достоверному улучшению систолических свойств миокарда ЛЖ на ранних этапах лечения на фоне базисной терапии и улучшению клинического состояния пациентов метаболическим синдромом с ХСН.

БЕЗБОЛЕВАЯ ИШЕМИЯ МИОКАРДА ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Мухамедова М.Г., Тулобаева Г.М., Хусанов А.А., Сагатова Х.М.
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан.

Цель. Изучение частоты встречаемости безболевого немой ишемии (ББИМ) миокарда у пациентов с метаболическим синдромом и провести сравнительный анализ клиничко-anamнестических и лабораторно-инструментальных результатов исследований у пациентов с ИБС и МС.

Материалы и методы. Под наблюдением находились и исследованы 63 больной в возрасте от 40 до 69 лет (средний возраст составил $60,7 \pm 10,2$ года). Группы были сопоставимы по полу, возрасту. Проводились биохимические анализы крови, ЭхоКГ, суточное мониторирование (СМ) ЭКГ, нагрузочные пробы – тредмил-тест.

Результаты. Установлено, что у пациентов с метаболическим синдромом (4х компонентным, в т.ч. гипергликемия) частота встречаемости ББИМ на 28% превышает частоту встречаемости при 2х или 3х компонентном МС без гипергликемии. При этом в 32% случаев у исследованных пациентов отмечались только эпизоды ББИМ как на нагрузку, так и в покое, у остальных

в сочетании с типичной стенокардией напряжения. Исходя из этого и по результатам СМ ЭКГ все больные разделены на 2 группы: у 1-й - группы исследования регистрировались эпизоды депрессии ST ишемического генеза по типу ББИМ; 2-ю сочетание ББИМ с типичным болевым синдромом. В 1-ю группу вошли 37 (60%) больной, 2-ю группу составили больных 26 (40%). Выявлено, что у пациентов 1-й группы достоверно выше цифры АД и ИМ-МЛЖ. Также нарушения липидного обмена, увеличение ХС ЛПНП и ТГ достоверно чаще наблюдались у больных ББИМ и были выявлены у пациентов 1-й группы. Средние показатели ИМТ у больных с безболевым ишемией миокарда были достоверно выше. При этом ожирение III степени было выявлено только у больных с безболевым ишемией миокарда с частотой 5,3 %. Кроме этого 84,75% больных с безболевым ишемией миокарда (1-й группы) было выявлено сочетание 2-х и более факторов риска (курение и гиподинамия). Тредмил-тестирование продемонстрировало сопоставимое снижение толерантности к физическому напряжению у пациентов обеих групп соответствующего II классу стабильной стенокардии напряжения.

Вывод. Безболевая ишемия миокарда значительно чаще встречается у больных с метаболическим синдромом, имеющих факторы риска и ассоциированные клинические состояния. При этом абсолютно безболевая ишемия миокарда имеет прямую корреляцию с гипергликемией и гипертриглицеридемией, характеризуется снижением толерантности к физическому напряжению, что позволяет отнести таких пациентов в группу высокого и очень высокого риска сердечно-сосудистых осложнений и смерти.

МОНИТОРИНГ ГЛЮКОЗЫ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Насирова У.Ф., Юсупова З.З.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент.
Узбекистан.

Цель исследования: изучить уровни глюкозы в крови у недоношенных детей, родившихся от матерей с сахарным диабетом, в соответствии с гестационным возрастом (ГВ).

Материалы и методы: В нашем исследовании в течение 7 дней, в режиме реального времени проводился непрерывный мониторинг гомеостаза глюкозы у недоношенных новорожденных от матерей с сахарным диабетом. В группу исследований были включены 15 недоношенных новорожденных с гестационным возрастом <34 недель.

Все данные проанализированы с учетом уровня глюкозы в крови, ГВ, массы тела и оценки по шкале Апгар в первые 7 дней после рождения. Гипогликемию определяли по уровню глюкозы в крови $<2,2$ ммоль/л до 24 часов после рождения, и как $<2,8$ ммоль/л после первых суток жизни. Гипергликемия определялась по уровню глюкозы в крови > 10 ммоль/л.

Результаты: Через 30-60 мин после рождения было проведено первое определение глюкозы крови у детей, а далее в течение первых 2-х суток. Последующие 2 дня – каждые 6 часов, затем – 2 раза в сутки до конца 7-х суток. В течение 7 дней после рождения гипогликемия у 12 (80%) и гипергликемия наблюдалась у 3 (20%) новорожденных, соответственно. В течение первых 2 часов у 10 (66,6%) новорожденных наблюдалась гипогликемия, и только у 1 (6,6%) развилась гипергликемия. От 6 до 24 часов гипо- и гипергликемия наблюдались у 0 и 1 (6,6%) новорожденных, соответственно. У младенцев, маленьких к ГВ, риск развития гипогликемии высоким как в течение 24 часов (отношение шансов [ОШ], 2,718, $P = 0,045$), и в динамике последующие 2-7 суток риск снижения уровня сахара в крови возрастал (ОШ, 4,445; $P = 0,006$). У новорожденных детей с гипергликемией в 1 сутки жизни в динамике на 2-7 дней (ОШ, 3.200, $P = 0.005$) также сохранялся высокий риск повышенного содержания сахара в крови. Низкий балл по шкале Апгар на 1-минуте так же явился фактором риска как для гипо-, так и для гипергликемии в течение 2-7 суток (ОР 0,756; $P = 0,035$ для гипогликемии и ОР 0,789; $P 0,016$ для гипергликемии). Раннее начало грудного вскармливания были менее частыми причинами как гипо-, так и гипергликемия в течение 24 часов, (ОР, 0,294; $P = 0,013$ для гипогликемии и ОР, 0,162; $P = 0,011$ для гипергликемии).

Выводы: Тщательный мониторинг уровня глюкозы в крови необходим у недоношенных новорожденных, особенно у детей от матерей с сахарным диабетом, маленьким к сроку гестации и с низкой оценкой по шкале Апгар. Раннее кормление является положительным фактором для поддержания эугликемии.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФЕНОФИБРАТА ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Несен А.А., Шкапо В.Л., Измайлова Е.В., Валентинова И.А.

ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины»

Цель работы. Изучение влияния фенофибрата на показатели липидного обмена и пуринового обменов у пациентов с метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы. Под наблюдением находились (n=32) больных с МС - 18 (56,3%) мужчин и 14 (43,7%) женщин; средний возраст - (48,5±4,6) лет. Поскольку в настоящее время не существует фармакологических препаратов, специфичных относительно МС - масштабно проводятся исследования различных групп препаратов, которые могут оказывать влияние на патогенетические составляющие данной коморбидности.

Базовая антигипертензивная терапия включала фиксированную комбинацию ингибитора АПФ – периндоприла и тиазидподобного диуретика - индапамида в дозах соответствующих уровню АД; дополнительно назначалась индивидуальная гипогликемическая и дезагрегантная терапия.

В течение 4 недель пациенты дополнительно принимали микронизированный фенофибрат (трайкор, abbott) в дозе 145 мг 1 раз в сутки. В динамике лечения исследовались уровень мочевой кислоты сыворотки крови и показатели липидного обмена.

Результаты. Установлено снижение уровня мочевой кислоты у женщин с (354,6±20,5) мкмоль/л до (296,8±18,4) мкмоль/л (p<0,05); у мужчин с (395,8±21,6) мкмоль/л до (312,4±16,2) мкмоль/л (p<0,05) через 4 недели от начала приёма фенофибрата и сопутствующей терапии; кроме этого, достигнуто существенное улучшение показателей липидного обмена - достоверное снижение уровней общего холестерина на 18,8 % (p<0,05) и триглицеридов на 37,9 % (p<0,01). При этом не выявлено негативного влияния на показатели углеводного обмена и азотовыделительной функции почек.

Выводы. Таким образом, в связи с положительной динамикой приёма фенофибрата (трайкор, abbott) - препарат может применяться для эффективной коррекции метаболических нарушений при МС.

Применение микронизированного фенофибрата, в связи с его действием на пероксисомальные пролифераторы (агонисты PPAR_α) позволяет эффективно влиять на процессы обмена мочевой кислоты и углеводов у пациентов с МС.

ЗНАЧЕНИЕ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Нургалиева Ж.Ж.

Казахский Национальный медицинский университет
им.С.Д.Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан

Интерес специалистов к проблеме метаболического синдрома (МС) увеличивается и представляет собой совокупность взаимодействия инсули-

норезистентности, артериальной гипертензии, дислипидемии (ДЛП), сахарного диабета 2-го типа (СД2) и других, связанных с ними метаболических нарушений. Основопологающим фактором в развития метаболического синдрома является абдоминальное ожирение.

Цель: выявить диагностические критерии метаболического синдрома (МС) у детей с абдоминальным ожирением (АО).

Материал и методы: обследованы 105 детей и подростков (от 6 до 15 лет) с АО (применялись центильные таблицы, IDF, 2007) по единому протоколу: измерялись антропометрические данные (рост, вес, окружность талии (ОТ), ОТ, АД, ЧСС; исследовались лабораторные показатели углеводного (определение уровня глюкозы натощак и после нагрузки через 2 часа, исследование уровня иммунореактивного инсулина (ИРИ), расчёт индекса НОМА) и липидного (ОХ, ТГ, ЛПВП) обменов.

Все обследованные согласно диагностическим критериям МС (IDF 2007) были разделены на две группы: 1-я группа – это дети от 6 до 10 лет, имеющие риск развития МС, 2-я группа – от 10 лет и старше, у которых при наличии абдоминального ожирения и 2 и более критериев устанавливается диагноз МС.

Результаты. У детей с АО выявлены гемодинамические нарушения: АГ – у 23,8%, тахикардия у 60,9%. У детей 2-й группы чаще определялись учащенное сердцебиение в 1,5 раза, АГ в 3 раза. Лабораторные изменения: 8,6% – нарушенная гликемия натощак, 5,7% – нарушенная толерантность к глюкозе, 20% – гиперхолестеринемия, 17,1% – гипертриглицеридемии. В сравниваемых группах достоверных отличий в нарушениях углеводного и жирового обменов не выявлено. У 57,1% детей с АО наблюдался повышенный индекс НОМА, у 28,6% – гиперинсулинемия. В 1-й группе повышение ИРИ определилась в 1,3 раза чаще, однако во 2-й группе СД2 выявлен в 1,3% случаев, что вероятно связано с длительной хронической гипергликемией у этой категории детей.

Совокупность диагностических критериев у детей с АО 1-й группы позволили выявить в 84,6% риск развития МС, у 56,9% детей во 2-й группе верифицировать МС.

Выводы. Таким образом, раннее выявление детей с АО, входящих в группу метаболического риска, способствует своевременной профилактики осложнений, как сахарный диабет 2-типа, заболеваний сердечно-сосудистой системы.

ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Нурмухамедов А.И., Абдуллаев А.Х., Туляганова Д.К.,
Югай Л.А., Рузметова И.А.

АО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»;
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Цель работы. Оценка эффективности местных растительных сборов КардиоХелп у СтрессХелп у женщин с метаболическим синдромом и вегетосо-судистыми нарушениями в перименопаузальном периоде.

Материал и методы. Женщины с эстрогендефицитным состоянием с различными метаболическими и вегетососудистыми нарушениями получали на фоне менопаузальной гормональной терапии (МГТ) растительный сбор КардиоХелп (HealthHelpers) (экстракты Каперсы, Зеленого чая, Боярышника, Красного винограда, Мелиссы, Мята перечной) или СтрессХелп (HealthHelpers) (экстракты Мелиссы, Мята перечной, Чабреца, Пустырника, Хмеля, Валерианы). Проводили необходимые исследования, изучали общий холестерин (ОХС), триглицериды (ТГ), ХС липопротеидов высокой плотности (ХСЛПВП) и ЛП низкой плотности (ХСЛПНП), гормоны, показатели коагулограммы.

Результаты. МГТ купировала «приливы», слабость и депрессии, кардиалгии, лабильность артериального давления. При этом выявлена тенденция к улучшению изученных показателей липидного обмена, гормонов, показателей коагулограммы. Лечение КардиоХелп и СтрессХелп не сопровождалось осложнениями «классической» менопаузальной гормонотерапии (МГТ) и практически отсутствием осложнений. Отмечена более благоприятная динамика изменений фракций ЛП, что проявилось в снижении индекса атерогенности, уменьшении ОХС, ХСЛПНП, ТГ. КардиоХелп оказал эффект, схожий с таковым МГТ, у пациенток, не переносивших МГТ. Состояние пациенток, принимавших СтрессХелп, также улучшалось в более ранние сроки (уменьшились раздражительность, чувство внутреннего напряжения, возбудимость нервной системы, стал более глубоким и спокойным сон, повысилась трудоспособность). Отмечена положительная корреляция лабораторных данных, параметров ЭХОКГ и других показателей. Оба растительных сбора хорошо переносились, не вызывали побочных эффектов. Благодаря своим свойствам, они усиливали эффекты МГТ.

Выводы. Своевременное назначение КардиоХелп и СтрессХелп женщинам с эстрогендефицитным состоянием и метаболическими нарушениями улучшает состояние больных, нормализует показатели липидов, что способствует профилактике кардиоваскулярных заболеваний и неврологических осложнений.

АССОЦИАЦИЯ C+70G ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА EDNRA С ОЖИРЕНИЕМ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ АТЕРОТРОМБОТИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Олешко Т.Б., Юрченко В.С., Гарбузова В.Ю.

Сумский государственный университет, Сумы, Украина

Цель работы. Изучение ассоциации C+70G полиморфных вариантов гена рецептора эндотелина типа А (EDNRA) с ожирением у больных с ишемическим атеротромботическим инсультом (ИАТИ).

Материалы и методы. Для исследования использовали венозную кровь 170 больных с ИАТИ (42,4% женщин и 57,6% мужчин) в возрасте от 40 до 85 лет и 124 человек без признаков сердечно-сосудистых заболеваний, составивших контрольную группу. Определение C+70G полиморфизма 8-го экзона гена EDNRA проводили с помощью метода полимеразной цепной реакции с последующим анализом длины рестрикционных фрагментов. Статистический анализ проводили с использованием программы SPSS-17. Достоверность различий определяли по χ^2 -критерию. Значение $P < 0,05$ считали достоверным.

Результаты. Установлено, что соотношение генотипов у больных с ИАТИ составляет 24,1%, 57,6% и 18,2%, а в контрольной группе - 29,0%, 50,0% и 21,0% соответственно. При этом различия частоты указанных генотипов между группой больных с инсультом и группой контроля были не достоверными ($P=0,426$). Каждая из исследуемых групп была разделена на подгруппы в зависимости от наличия или отсутствия ожирения. При сравнении распределения генотипов по C+70G полиморфизму гена EDNRA в контрольной группе и в группе больных с ИАТИ статистически значимых различий не было обнаружено как у лиц с ожирением () так и у лиц без него ($P=0,335$).

Сравнение частоты лиц с нормальной массой тела и ожирением, разделенных на подгруппы по генотипам исследуемого полиморфизма, дало следующие результаты. Частота лиц с разной массой тела, которые являются гомозиготами по основному аллелю в данных группах сравнения достоверно не отличается ($P=0,212$). Различия в частоте лиц с ожирением и нормальной

массой тела с C/G генотипом в группе больных с ИАТИ и в контроле также отсутствуют ($P=0,221$). Частота лиц, являющихся гомозиготами по минорному аллелю в группах сравнения не входит в пределы статистической значимости ($P=0,164$).

Выводы. Таким образом проведенный анализ ассоциации C+70G полиморфизма гена EDNRA с развитием ишемического атеротромботического инсульта в украинской популяции не дал достоверных результатов как в группах в целом, так и у лиц с ожирением.

ДИНАМИКА И ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМАХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Опарин А.А., Кудрявцев А.А., Яранцева Н.А., Семенова Н.В., Лаврова Н.В.
Харьковская медицинская академия последипломного образования

На сегодняшний день гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) является одной из самых актуальных проблем в современной медицине. Это обуславливается рядом причин: частотой встречаемости заболевания, особенно в молодом возрасте, формированием осложнений, а также длительностью течения. Поэтому изучение и повышение показателей качества жизни составляет важную научно-практическую значимость.

Цель исследования – определение динамики и особенностей показателей качества жизни при различных клинических формах ГЭРБ.

Материалы и методы. Для исследования нами была взята группа студентов, страдающих ГЭРБ в составе 45 человек (27 девушек и 18 юношей) в возрасте от 18 до 25 лет. Первую группу составили 27 человек с эрозивной формой ГЭРБ и 18 человек с неэрозивной формой. Данные о качестве жизни изучались с помощью опросников GERD-HRQL, депрессии Бека, шкалы «Показатель качества жизни» Mezzich Joop E., etc, клинической шкалы тревоги (CAS) и Новой действующей шкалы депрессии prof. Ramio K.R. Диагноз ГЭРБ выставлялся согласно классификации ВООЗ. Лечение проводилось согласно Монреальскому консенсусу, 2006. Контроль составили 18 практически здоровых лиц того же возраста и пола.

Результаты исследований. В ходе исследований было установлено, что у больных ГЭРБ отмечалось достоверное снижение показателей качества жизни и психосоматические расстройства по всем пяти шкалам. При этом, у больных первой группы на передний план выходили нарушения, характерные для повышения показателей реактивной и личностной тревожности,

в то время как у больных второй группы преобладали нарушения, характерные для фобического, ипохондрического и депрессивного синдромов. При этом была установлена четкая корреляционная зависимость между степенью выраженности клинической картины заболевания и снижением показателей качества жизни. После проведенной терапии были отмечены улучшения показателей качества жизни, но если у больных второй группы они носили достоверный характер, то у пациентов первой группы нет.

Вывод. Таким образом, исследование показателей качества жизни является важным и высокоинформативным тестом при ГЭРБ.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ СРЕДИ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Очилова Д.А.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Цель: изучить распространенность артериальной гипертензии (АГ) и факторы риска (ФР) атеросклероза (АС) среди молодых женщин.

Материал и методы. Обследованы 259 женщин 18–60 лет, среди которых 106 лиц молодого возраста (18–29 лет). С учетом особенностей трудовой деятельности были сформированы 2 группы: I-я (физического труда) – 72 чел; II-я (умственного труда) – 81 чел.

Результаты. Несмотря на молодой возраст женщин, АГ (9,2%), ИБС (4,8%), а также гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ, 6,9%), низкая физическая активность (НФА, 48,3%), курение (К, 13,%) и употребление алкоголя (А, 66,6%), избыточная масса тела (ИМТ, 18,4%), дислиппротеидемии (ДЛП, 13,7%) наблюдались достаточно часто у лиц I-й группы. Однако во II-й (АГ – 10,5%, ИБС – 8,8%, ГЛЖ – 14,0%, НФА – 64,9%, К – 15,7%, А – 66,6%, ИМТ – 22,8% и ДЛП – 24,6%) имели тенденцию к росту ($p < 0,05$), что демонстрирует наличие связи распространенности АГ, ИБС и их ФР с особенностями профессиональной деятельности женщин молодого возраста. При этом показательной оказалась степень осведомленности о наличии АГ – в I-й группе никто не был информирован о гипертонии, а более половины (60,0 %) женщин II-й группы знали о болезни. Наряду с этим дополнительное обследование (специальный опрос и ЭКГ-мониторинг) обнаружило клинические признаки заболевания (8,0%) и ЭКГ-признаки (12,0%) такие как нарушение ритма сердца (НРС) у первых и 3,7 и 7,4% соответственно – у вторых ($p < 0,05$).

Вывод. Частоты АГ и ФР АС от специфики труда женщин молодого возраста, что предполагает создание базы данных и осуществление адекватного диспансерного наблюдения на первичном звене.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА У МУЖЧИН

Очилова Д.А., Хусанов С.А.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Цель: изучить клиническую частоту и особенности течения инфаркта миокарда (ИМ) среди мужчин (М).

Материал и методы: клинико-статистический анализ медицинской документации случаев ИМ за десятилетний период (2001–2011 гг.).

Результаты: в течение последних 10 лет заболеваемость ИМ среди М имела волнообразный характер – 34,4% (2009) и 23,8% (2003). В течение периода мониторинга ИМ доминировал среди М (76,2 %). При этом у М в возрасте 20–29 лет зарегистрирован в 0,3% случаев; в 30–39 лет – в 4,9%; в 40–49 лет – в 22,1%; в 50–59 лет – в 27,5%, в 60–69 лет – в 15,7%; в 70–79 лет – в 21,1%, в 80–89 лет и старше – в 8,2%.

Клинические варианты ИМ классической (типичной) (58 %) и абдоминальной (34%) формами; существенно реже – аритмической (6%) и церебральной (2%). На догоспитальном этапе неотложная помощь в полном объеме оказана лишь в 41,0% наблюдений; соответственно, осложнения ИМ зарегистрированы примерно у 1/3: кардиогенный шок (1,3%), в состоянии гипотонии (5,1%); нарушения атриовентрикулярной проводимости II (24,7%) и III (11,7%) ст., фибрилляция желудочков (8,4%) и предсердий (12,3%), желудочковая тахикардия (2,4%), отек легких (12,3%). С улучшением после стационарного лечения выписаны 62,1 % М, с незначительным улучшением – 15,2%; госпитальная летальность составила 9,5%.

Вывод: Несмотря на относительно стабильные показатели заболеваемости ИМ среди мужчин, следует обратить внимание на ранняя диагностика и своевременная неотложная помощь лицам с ИМ, а также регулярное (эффективное) диспансерное наблюдение лиц с АГ, стенокардией, СД и факторами риска атеросклероза на амбулаторном этапе.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ (ГЭРБ) ПРИ ОЖИРЕНИИ

Пасиешвили Л.М.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель работы: определение влияния адипокинов жировой ткани на течение ГЭРБ у больных с ожирением.

Материалы и методы. Обследовано 32 пациента с ГЭРБ и ожирением 1-й (19) и 2-й степени (13). Группа сравнения была представлена 16 лицами с изолированной ГЭРБ. Пациенты были сопоставимы по возрасту, полу и длительности анамнеза по заболеванию пищевода.

Изучено содержание гормонов жировой ткани резистина и апелина (иммуноферментный метод) у данных больных. Показатели контроля получены у 20 практически здоровых лиц, репрезентативных обследованным пациентам. Математическая обработка результатов проведена с использованием программного пакета «Statistica 6,0».

Результаты. Установлено, что синтропия ГЭРБ и ожирения приводит к снижению уровня апелина-12 сыворотки крови более чем на 48%, а изолированное течение ГЭРБ – на 29% ($p < 0,05$). Учитывая тот факт, что апелин рассматривается как пептид, участвующий в регенерации слизистой оболочки ЖКТ и способен влиять на энергетический метаболизм, можно говорить о значительном истощении синтеза указанного адипокина при присоединении ожирения, следствием чего может быть замедление процессов репарации в пищеводе.

Уровень резистина в сыворотке крови пациентов основной группы превышал показатели нормы ($11,2 \pm 0,2$ нг/мл и $4,27 \pm 0,12$ нг/мл соответственно, $p < 0,05$). В группе сравнения данный показатель составил $8,1 \pm 0,1$ нг/мл. Установлено, что резистин является патогенным фактором риска развития ожирения и инсулинорезистентности; в таком случае можно ожидать прогрессирования метаболических нарушений.

Изменения в данных показателях не коррелировали с возрастом, полом и длительностью анамнеза по ГЭРБ, что может быть следствием малых количеств пациентов в группах.

Выводы. При сочетанном течении ГЭРБ и ожирения отмечаются разнонаправленные изменения содержания адипокинов жировой ткани, а именно: снижение уровня апелина-12 и повышение содержания резистина. Учитывая роль данных адипокинов в организме, можно предположить формирование предпосылок для дальнейшего прогрессирования заболевания, итогом которого может стать усугубление метаболических расстройств и формирование «полного» метаболического синдрома.

СОЧЕТАНИЕ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА, ОЖИРЕНИЯ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ ЖЕНЩИН УЗБЕКСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ

Рахимова Г.Н., Алиева А.В., Исмаилов С.И.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эндокринологии, Ташкент, Узбекистан

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент Узбекистан

Цель работы. Изучение распространенности сочетания нарушений углеводного обмена, ожирения и артериальной гипертензии среди женщин узбекской национальности.

Материалы и методы. Обследовано 1464 женщины узбекской национальности в возрасте старше 35 лет, проживающих в сельской и городской местности 3 регионов Республики Узбекистан. Средний возраст составил $46 \pm 0,27$ лет. Исследование включало заполнение опросника риска СД на основе анкеты FINDRISK, неинвазивное измерение артериального давления дважды на плечевой артерии, проведение орального теста толерантности к глюкозе с 75 г глюкозы. Диагноз предиабета и диабета ставился согласно рекомендациям IDF. Артериальная гипертензия устанавливалась при двукратном обнаружении АД 140/90 мм рт.ст. и выше или при указании на прием антигипертензивных препаратов в анамнезе. Ожирение/избыточный вес диагностировались при ИМТ выше 30 и 25 кг/м² соответственно.

Результаты. 24,5% обследованных женщин не имели ни нарушений углеводного обмена (НУО), ни избыточного веса/ожирения, ни артериальной гипертензии (АГ). У 13% выявлены СД и предиабет, из них только у 7,7% НУО не сопровождалось избыточным весом или АГ; 6,7% имели АГ, 31% - избыточный вес/ожирение; у 54% женщин НУО сочетались с избыточным весом/ожирением и АГ (7,2% от числа всех обследованных женщин). Высокий процент избыточного веса/ожирения среди женщин без выявленных НУО: 67,6% имели ожирение, включая 22,9%, у которых также имела место АГ. У 4,1% женщин имелась изолированная АГ.

Выводы. У 7,2% женщин узбекской национальности старше 35 лет в нашем исследовании имелось сочетание 3 грозных состояний: ожирения/избыточной массы тела, нарушений углеводного обмена (СД или пре-диабет) и артериальной гипертензии. Высокая распространенность ожирения/избыточной массы тела требует большего внимания к данной проблеме с ранних лет жизни.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПЕРЕНОСИМОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТФОРМИНА «Radiks», (Узбекистан) ПРИ СД 2 ТИПА

Рахимова Г. Н., Джураева А.Ш., Шарустамова З.А., Хайдарова Р.Т.,
Кадирханова М. Т, Маннапова У.Р., Юлдашева Н.У.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, РСНПМЦЭ.

Цель работы: Оценить эффективность Метформина «Radiks» в коррекции углеводного обмена и его переносимость у больных с впервые выявленным сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы: В исследование было включено 60 больных с впервые выявленным СД 2 типа в возрасте от 32 до 68 лет. Больным группы сравнения (30 человек) был назначен Метформин «Radiks» (Узбекистан), по 850 мг 3 раза в сутки, в течение 3-х месяцев. Пациенты контрольной группы (30 человек), получали препарат Сиофор, «Berlin Chemie AG» (Германия), по аналогичной схеме назначения. Оценивали симптомы, ИМТ, гликемию, показатели липидного профиля, HbA1c, АЛТ, АСТ, креатинина, а также переносимость, побочные эффекты. Повторное обследование проводили через 1 и 3 месяца. Оценку компенсации проводили согласно критериям EASD от 2012- 2015 г.

Результаты. Анализ результатов показал, что на фоне применения препарата Метформин «Radiks» в дозе 850 мг 3 раза в сутки в течение 3 месяцев достоверно снизился уровень HbA1c в среднем на 2,8%. Из 30 больных, получавших препарат Метформин «Radiks», 63% достигли целевых уровней терапии согласно критериям EASD от 2012-2015 г. (целевого уровня HbA1c <7%), 23% достигли приемлемого уровня HbA1c <8%, у 13% соответствовали критериям низкой эффективности (HbA1c >8%). Из 30 больных, получавших препарат Сиофор, «Berlin Chemie AG», 70% достигли целевого уровня HbA1c <7%, 10% уровня HbA1c <8%, и у 20% HbA1c был более 8%. Выраженных гипогликемических состояний не отмечалось за весь период исследования. Побочные явления наблюдались в начале лечения в виде незначительной тошноты, послабления стула у 6% пациентов в группе контроля, у 3% - в группе сравнения.

Выводы: Результаты исследования показали, что у больных с впервые выявленным СД 2 типа применение препарата Метформина «Radiks» в течение 3 месяцев достоверно снижает уровни ГН и ППГ, что подтверждается значительным снижением уровня HbA1c на 2,8%. В целом 63% больных достигли целевых уровней терапии. Аллергических реакций и побочных явлений, требующих отмены препарата у больных основной и контрольной групп не отмечено. Высокая эффективность и хорошая переносимость пре-

парата Метформин «Radiks» в терапевтических дозах сопоставима с аналогичными показателями группы контроля, что обосновывает применение данного отечественного препарата у больных СД 2 типа.

ВЛИЯНИЕ 3 МЕСЯЧНОЙ ТЕРАПИИ ЛИРАГЛУТИДА (ВИКТОЗА) НА УРОВЕНЬ ТРАНСАМИНАЗЫ И ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПРИ СД 2 ТИПА С ЖИРОВОЙ ДИСТРОФИЕЙ ПЕЧЕНИ

Рахимова Г.Н., Исмаилов С.И., Алиханова Н.М., Убайдуллаева Н.Б.,
Есимова Д.М., Тахирова Ф.А., Икрамова Ф.А., Джураева А.Ш.,
Тилляшайхова И.М.

ТашПМИ, ТашИУВ, РСНПМЦЭ МЗ РУз., Ташкент, Узбекистан

Цель работы: Изучение влияния лираглутида на функциональное состояние печени и липидный спектр у больных с СД 2 типа и жировой дистрофией печени.

Материалы и методы: Всего в исследование было включено 14 больных с СД 2 типа, из них 6 мужчин и 8 женщин, с избыточным весом и ожирением, в возрасте от 45 до 65 лет, в стадии декомпенсации. Продолжительность заболевания в среднем $13,2 \pm 2,6$ лет. 1 пациент был на монотерапии метформин, 1 пациент был на комбинированной терапии метформин с СМ с инсулином, 12 пациентов получали метформин с инсулином. Препарат лираглутид назначался в первые 4 недели в дозе 0,6 мг, с последующим увеличением до 1,2 мг в день. Определяли уровень АЛТ, АСТ, УЗИ печени, липидный спектр. Повторное обследование проводили через 3 месяца.

Результаты: Добавление препарата лираглутид в терапевтической дозе от 1,2 мг до 1,8 мг в день в течение 3 месяцев вызывало достоверное снижение уровня общего ХС на 12,3% ($P < 0,01$), ТГ на 21,7% ($P < 0,05$), другие показатели в ходе лечения изменились не достоверно ХС ЛПНП снизился на 10,5%, ХС ЛПВП снизился на 1,6%. Значимым достоверным снижением в ходе лечения лираглутидом (Виктоза) в течение 3 месяцев выделились показатели АЛТ на 22% ($P < 0,05$) и АСТ на 30% ($P < 0,05$).

Выводы: Результаты исследования показали, что у больных с СД 2 типа с жировой дистрофией печени применение препарата лираглутида (Виктоза) в течение 3 месяцев достоверно снизило показатели трансаминаз и уровень триглицеридов и общего холестерина. Уровни ХС ЛПНП, ХС ЛПВП достоверно не изменились. Более активное использование при лечении СД 2 типа с ожирением агонистов рецепторов ГПП-1 на любой стадии заболевания дает дополнительную возможность существенно и безопасно улучшить комплексный контроль СД 2 типа с жировой дистрофией печени.

КЛИНИЧЕСКИЕ И НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С СД 1 ТИПА С ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ ДИАБЕТА ВЫШЕ 10 ЛЕТ

Рахимова Г.Н.¹, Садыкова А.С.²

Ташкентский Институт Усовершенствования врачей
Республиканский Специализированный Научно-практический Медицинский Центр Эндокринологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: Выявить распределение некоторых клинических и наследственных показателей в зависимости от степени тяжести ДН у детей и подростков с СД 1 типа с продолжительностью заболевания выше 10 лет.

Материалы и методы. Обследовано 33 детей и подростков с СД 1 типа (14 м/19 д), средний возраст $18,5 \pm 1,2$ лет, возраст дебюта заболевания $7,1 \pm 0,98$ лет, продолжительность заболевания $12,65 \pm 0,75$ лет.

Результаты и обсуждение. СКФ в группе с МАУ повышается по сравнению с группой НАУ в 3 раза, но в группе с ВП наблюдается снижение в 2 раза по сравнению с МАУ. Активность нейтральной α -ГЛ мочи в группе с НАУ по сравнению с контролем увеличивается в 28 раз, но по мере прогрессирования тяжести ДН наблюдается снижение её активности. Частота встречаемости Наследственной предрасположенности по артериальной гипертензии (АГ) пропорционально увеличивалась по мере прогрессирования ДН и в группе с ВП в 100 % случая. Самый высокий процент встречаемости по паротиту, кори и ОРВИ наблюдался в группе больных с ВП. Случаи краснухи и гепатита чаще встречались в группе у больных с МАУ.

Выводы: Факторами риска, влияющими на прогнозирование течения ДН, явились показатели НБА1с, СКФ, холестерина и активности фермента нейтральной α -АГ мочи. В группу с высоким риском развития ДН входят дети и подростки с СД 1 типа, перенесшие вирусные инфекции, такие как: корь, краснуха, гепатит, ОРВИ и имеющие наследственную отягощенность по АГ.

ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПРИ ЭКЗОГЕННО–КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОМ ОЖИРЕНИИ

Рахимова Г.Н., Азимова Ш.Ш.

Таш ИУВ МЗ РУз., РСНПМЦ Эндокринологии МЗ РУз., г. Ташкент.

Цель исследования: определить референсные значения индекса НОМА в здоровой узбекской популяции и оценить наличие инсулинорезистентности (ИР) у детей и подростков с экзогенно–конституциональным ожирением (ЭКО) в зависимости от стадии полового развития

Материалы и методы исследования: Под наблюдением находились 100 детей и подростков с ЭКО узбекской популяции с 6 до 16 лет (средний возраст $11,7 \pm 0,3$ лет). Контрольную группу составили 71 здоровых детей соответствующего возраста (средний возраст $11,1 \pm 0,3$ лет). Критерии избыточной массы тела и ожирения у детей определялись по данным перцентильных таблиц ИМТ (ВОЗ 2007). Уровень ИРИ натошак определяли методом РИА («Immunotech», Чехия). Показатели индекса НОМА-IR высчитывали по формуле НОМА (Homeostasis Model Assessment). Оценка полового статуса проводилась согласно классификации Tanner.

Результаты и обсуждение: Была выявлена верхняя граница нормы индекса НОМА у здоровой узбекской популяции детей и подростков в зависимости от стадии полового развития. На стадии полового развития Таннер 1 показатель НОМА-IR составил $>1,4$ (> 90 перц), а у детей и подростков со стадией Таннер 2-5 НОМА-IR $>1,8$ (> 90 перц), разница недостоверна, но некоторое повышение свидетельствует о физиологической ИР пубертатного периода. Индекс НОМА-IR значимо выше был у пациентов с ЭКО, чем у здоровых детей в независимости от пола и стадии полового развития. ИР (значения НОМА-IR >90 перц.) обнаружены при ЭКО соответственно у 44,4% и 18,2% мальчиков и девочек на 1 стадии полового развития, на 2-3 стадии у 65,5% мальчиков и у 40,9% девочек и на 4-5 стадии у 68,8% мальчиков и 61,5% девочек. Большая частота состояния ИР встречались у мальчиков, чем у девочек на всех стадиях полового развития.

Выводы: Таким образом, были разработаны референсные значения НОМА-IR для здоровой узбекской популяции детей и подростков. При ЭКО показатели ИР имели достоверную взаимосвязь от стадии полового развития. Состояние инсулинорезистентности при ЭКО чаще встречалось у мальчиков, чем у девочек на всех стадиях полового развития.

ВЗАИМОСВЯЗЬ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Рахимова Д.А. Сабирджанова З.Т., Закирова У.Р., Назирова М.Х.

Республиканский специализированный научно- практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Ташкент.

У больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) имеет место вазоконстрикция сосудов малого круга кровообращения ведущая к легочной артериальной гипертензии (ЛАГ) и гипертрофии правого желудочка

сердца. По мнению большинства исследователей, ведущим фактором развития изменений гемодинамики у больных с хроническими заболеваниями легких являются нарушения вентиляционной способности легких и гипоксия.

Цель. Анализ взаимосвязи ремоделирования периферического кровообращения и функциональных сдвигов в респираторной системе при развитии легочной артериальной гипертензии, у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) осложненной легочной артериальной гипертензией.

Материал и методы. У 24 больных ХОБЛ с легочной артериальной гипертензией (среднее легочное артериальное давление >25 мм.рт.ст.) и у 18 больных без ЛАГ проведена доплерография на плечевой артерии методом S. Solomon. Измеряли исходную максимальную систолическую скорость кровотока (МСС, м/с), индекс циркуляторного сопротивления сосудов (ИЦС, ед.) и их прирост в ответ на компрессионную пробу (КП). Функциональное состояние бронхолегочной системы определяли на аппарате Medikor (Венгрия) по оценке показателей: жизненной емкости легких (FVC), объема форсированного выдоха за 1 сек (FEV1) и индекса Тиффно (FEV1/ FVC).

Результаты. У больных ХОБЛ с ЛАГ выявлено значительное снижение МСС $0,49 \pm 0,02$ м/с, у больных ХОБЛ без ЛАГ умеренное снижение до $0,67 \pm 0,05$ м/с. В ответ на компрессионную пробу происходил недостаточный прирост максимальной систолической скорости кровотока у больных с ЛАГ по сравнению с группой без ЛАГ ($p < 0,05$). Индекс циркуляторного сопротивления у больных ХОБЛ с ЛАГ продемонстрировал сравнительно меньшую реакцию сосудов на КП ($p < 0,05$). Повышение показателей ИЦС выявлено при выраженном нарушении бронхиальной проходимости FEV1 на $38,2 \pm 0,5$ %, FVC на $56,8 \pm 1,1$ %, FEV1/ FVC на $42,2 \pm 0,5$ % в группе больных ХОБЛ с легочной артериальной гипертензией, у больных ХОБЛ без легочной артериальной гипертензии выявлены умеренные нарушения функции внешнего дыхания ($p < 0,03$).

Выводы. У больных с легочной артериальной гипертензией, наблюдается ремоделирование периферического кровообращения: повышение индекса циркуляторного сопротивления сосудов на плечевой артерии, ухудшение способности сосудов к активной вазодилатации, приводящий к увеличению тонуса легочных сосудов. Эти изменения коррелируют со степенью обструктивных нарушений в респираторной системе и прогрессированием легочной гипертензии у больных хронической обструктивной болезнью легких.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЦЕНТРАЛЬНОЙ, ЛЕГОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ

Рахимова Д.А., Сабирджанова З.Т., Закирова У.Р., Назирова М.Х.
Республиканский специализированный научно - практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации МЗ РУз, Ташкент.

В последние годы в Узбекистане отмечается увеличение распространенности и смертности от заболеваний легких, осложненных хроническим легочным сердцем (ХЛС). Согласно статистическим данным, ХЛС диагностируется своевременно только в 25% случаев.

Цель. Исследовать состояние центральной, легочной гемодинамики и эндотелиальной функции (ЭФ) у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) III-IV степени тяжести, осложненной хроническим легочным сердцем (ХЛС).

Материал и методы. У 40 больных ХОБЛ III-IV степени тяжести проводились доплерэхокардиографические исследования параметров диастолической дисфункции правого желудочка (ПЖ) сердца. Больные имеющие признаки легочной артериальной гипертензии (ЛАГ) и гипертрофии правого желудочка сердца, подтвержденные доплерэхокардиографией (в соответствии с рекомендациями Американского общества эхокардиографистов по Хатле и Ангелсону, 1985 г), были разделены на 2 группы: 1– 22 больных с ЛАГ (среднее легочное артериальное давление >25 мм.рт.ст.); 2 - 18 больных с гипертрофией ПЖ (ГПЖ) (толщина передней стенки ПЖ по данным ЭхоКГ >5 мм, при передне-заднем размере ПЖ > 2,5 см) и 20 здоровых лиц. Оценивались уровни стабильных метаболитов оксида азота (CMNO) в плазме крови

Результаты исследования. У больных 2-й группы прослеживалась отчетливая тенденция к более выраженному снижению фракции выброса ПЖ. Параллельно изменяются параметры диастолического наполнения и функция активного расслабления ПЖ сердца. Показатели систолического давления в легочной артерии почти у 1/2 больных превышали нормальные значения. Признаки дисфункции эндотелия выявлены у 97,4% больных с ДПЖ до $6,12 \pm 0,1$ мкм/л у всех больных с ГПЖ до $8,35 \pm 0,06$ мкм/л. Были выявлены умеренные отрицательные корреляционные связи между уровнем CMNO в плазме крови и среднего давления в легочной артерии.

Выводы. Степень нарушения легочной гемодинамики, гемодинамическая нагрузка на правые отделы сердца, увеличение размеров ПЖ и толщины ПЖ у больных ХЛС прямо зависят от выраженности системной эндотелиальной дисфункции и давности заболевания.

УРОВЕНЬ ЭССЕНЦИАЛЬНЫХ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ

Рахманкулова З.Ж., Сайдалиева Н.М., Ходжамова Н.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент,
Узбекистан.

Цель работы. Изучение содержания некоторых эссенциальных микроэлементов у новорожденных с задержкой внутриутробного развития.

Материал и методы. Под наблюдением находились 35 новорожденных детей. Все дети были разделены на 2 группы: 1-ю основную группу составили - 20 новорожденных с ЗВУР, 2-ю группу сравнения - 15 новорожденных детей без ЗВУР. Наблюдаемые новорожденные находились в отделении патологии новорожденных на базе 5-й городской детской больницы г.Ташкента. Проводили определение содержания эссенциальных микроэлементов (Na, Ca, K, Zn, Fe) в волосах нейтронно-активационным методом в институте Ядерной Физики АН РУЗ на реакторе ВВРС. Проведены клинико-анамнестические исследования. Статистическая обработка материала проведена по методу Фишера- Стьюдента.

Результаты исследования. Установлено, что задержка внутриутробного развития чаще встречалась у мальчиков (62%), чем у девочек (38%). При изучении гестационного возрастного наблюдаемых новорожденных выявлено, что большинство из них (50%) родилось при сроке гестации 29-35 недель, со сроком гестации 36-37 недель было 31% детей, а при сроке гестации 38-39 недель было 19% детей. Обнаружено, что у новорожденных детей основной группы содержание некоторых эссенциальных микроэлементов в волосах соответствует следующим показателям: натрий - $930,76 \pm 12,7$ мкг/г, кальций - $1460,76 \pm 10,8$ мкг/г, калий - $1230,5 \pm 14,9$ мкг/г, цинк - $173,3 \pm 14,9$ мкг/г, железо - $25,87 \pm 2,77$ мкг/г. Наши исследования показали что, у новорожденных группы сравнения содержание натрия составляло $753,03 \pm 13,2$ мкг/г. Уровень кальция у детей группы сравнения был равен $737,03 \pm 12,9$ мкг/г. Содержание калия у детей этой группы было $1317,49 \pm 15,3$ мкг/г. Определение таких микроэлементов, как цинк и железо, у новорожденных детей группы сравнения показало, что их содержание составляет, соответственно – $202,47 \pm 13,7$ мкг/г и $30,19 \pm 3,34$ мкг/г.

Выводы: Таким образом, у детей с ЗВУР выявлен дисбаланс элементов в волосах, выражающийся в значительном повышении эссенциальных (Ca, Na,) элементов, а также снижении железа, цинка и калия, что может являться одним из важнейших патогенетических звеньев формирования задержки внутриутробного развития плода.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С РИСКОМ ВНУТРИУТРОБНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ

Рахманкулова З.Ж., Бекчанова Б.Б., Амизян Н.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан.

Цель работы. Изучить особенности функционального состояния печени у новорожденных детей с риском внутриутробного инфицирования.

Материал и методы. Обследовано 67 новорожденных детей, родившихся у матерей с ЦМВИ (18), ВПГИ (22) и сочетанной ЦМВИ и ВПГИ (27). Наблюдаемые новорожденные находились в отделении патологии новорожденных на базе 5-й городской детской больницы г.Ташкента. Определяли уровень содержания билирубина и его фракций, АЛТ, АСТ в крови у новорожденных. Проведено клиническое обследование детей. Статистическая обработка материала проведена по методу Фишера-Стьюдента.

Результаты исследования. Установлено, что гепатомегалия отмечалась при сочетании ЦМВИ с ВПГИ - у новорожденных 86,7%, при ЦМВИ - у 78,3%, при ВПГИ - у 77%. Увеличение размеров печени у новорожденных сопровождалось ее умеренной плотной консистенцией, края были ровными, поверхность гладкой. Размеры печени увеличивались в среднем до $2,7 \pm 0,1$ см и колебались в пределах от 2 до 4,5 см. Увеличение венозной сети на животе, также свидетельствовало о нарушениях функций печени у новорожденных, которое при ЦМВИ было замечено у 33,4% детей, при ВПГИ - у 41,6%, при сочетании ЦМВИ с ВПГИ - у 57,8%. Желтушный синдром у новорожденных при ЦМВИ отмечался у 58,8% детей, при ВПГИ - у 59,2%, при сочетании ЦМВИ с ВПГИ - у 64,7%. При этом преобладала желтуха с увеличением фракций непрямого билирубина (91,2%). Содержание непрямого билирубина у этих детей составило в среднем $172,64 \pm 16,5$ ммоль/л с пределом колебаний 122-340 ммоль/л. В 45,5% случаев у новорожденных отмечалось увеличение фракции прямого билирубина, что было связано с явлениями холестаза, Уровень прямого билирубина составил $165,07 \pm 46,3$ ммоль/л (34,2-359 ммоль/л). Повышение непрямого и прямого билирубина происходило у 37,9% новорожденных детей. Функциональные пробы активности ферментных систем печени у новорожденных детей были изменены: активность фермента АЛТ повышалась в среднем в 3-4 раза, АСТ – в 2-3 раза, щелочной фосфатазы – в 1,5-2 раза по сравнению с нормой.

Выводы. Изменения функционального состояния печени у новорожденных детей, родившихся от матерей с сочетанными внутриутробными инфекциями, носят более выраженный характер.

ХАВФ ОМИЛЛАРИНИ КОРРЕКЦИЯ ҚИЛИШ- ЮРАК ҚОН ТОМИР КАСАЛЛИКЛАРИ ТЕРАПИЯСИНИНГ МЕЗОНИ СИФАТИДА

Рузиев О.А., Очилова Д.А.

Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро, Ўзбекистон.

Мақсад. Юрак ишемик касалликлари (ЮИК) терапиясида хавф омилларининг самарали коррекциясининг аҳамиятини ўрганиш.

Материал ва услублар. Тадқиқотлар стабил зўриқиш стенокардияси (СЗС) ташхиси билан назоратга олинган 48 та эркакларда амбулатор шароитда олиб борилди. Беморлардаги ХО сўров (зарарли одатлар), инструментал (АГ, ОТВ), ва лабаратор (ДЛП ва ҚД) усулларда аниқланди. Беморлар 2 та гуруҳга бўлинди. 1-гуруҳдаги 24 та беморда (асосий гуруҳ) медикаментоз терапия билан бир қаторда ХО ни номедикаментоз коррекция қилишга асосий эътибор қаратилди. 2-гуруҳдаги 24 та беморда (назорат гуруҳи) фақат стандарт асосида медикаментоз даво олиб борилди. Ҳар иккала гуруҳда стандарт асосида антиангинал (нифедипин ретард 20 мг), А2РА (валз 80 мг), антиагрегант (тромбопол 75 мг) ва гиполипидемик даво (мертенил 40 мг) ўтказилди. 1-гуруҳда кўшимча равишда ХО ни номедикаментоз коррекцияси қўлланилди. Даво курси 6 ой давомида назорат қилинди.

Натижалар. Текширишларда СЗС турли функционал синфлари (ФС) билан назоратда турувчи беморлар иштирок этишди. 1-гуруҳдаги беморларнинг 11 таси (45,8%) 1-ФС, 8 таси 2-ФС (33,3%), 4 таси 3-ФС (16,6%) ва 1 таси (4,2%) 4-ФС ни ташкил қилди. 2-гуруҳ беморларнинг 9 таси (37,5%) 1-ФС, 11 таси 2-ФС (45,8%), 2 таси 3-ФС (8,3%) ва 2 таси (8,3%) 4-ФС ни ташкил қилди. Жисмоний зўриқишга толерантликнинг ошиши асосий гуруҳда 54,2 % беморларда кузатилган бўлса, 2-гуруҳда 37,5% беморларда қайд этилди. Асосий гуруҳдаги беморларнинг 70,8% да, назорат гуруҳидаги беморларнинг 58,3%ида касалликнинг симптомлари камайди. Қон босимининг меъерий кўрсаткичлардан баландлиги текширув бошланишида асосий гуруҳда 62,5% (15 нафар), назорат гуруҳида 54,2% (13 нафар) беморларда қайд этилган эди. Юқори қон босими мавжуд беморларнинг артериал қон босими мос равишда 73,3% ва 53,8% ҳолларда меъёрлашди. Гипергликемия қайд этилган 1 гуруҳдаги 6 та беморларнинг 4 тасида (66,7%), 2 гуруҳдаги 5 та беморларнинг 2 тасида (40%) стабил нормогликемия қайд қилинди. Шунингдек, тадқиқотлар бошида турли кўринишдаги дислипидемиялар 1-гуруҳдаги 79,2% беморларда, 2-гуруҳдаги 70,8% беморларда аниқланган эди. Қондаги липидлар спектрининг меъерий кўрсаткичларгача камайиши 1-гуруҳда 78,9% ни, 2-гуруҳда 64,2% ни ташкил қилди.

Хулоса. СЗС даволашда ХО ни коррекция қилиш муҳим аҳамиятга эга. Хавф омилларини номедикаментоз коррекция қилиш медикаментоз терапиянинг самарадорлигини оширади.

ДИСЛИПИДЕМИЯНИНГ ҚОН БОСИМИ НАЗОРАТИГА ТАЪСИРИ

Рузиев О.А., Таиров М.Ш., Бакаев И.К.

Бухоро вилоят кардиология диспансери, Бухоро, Ўзбекистон

Мақсад. Дислипидемияси бор беморларда эссенциал артериал гипертензиянинг кечиш хусусиятларини ўрганиш.

Материал ва услублар. Тадқиқотларда ГК ташхиси қўйилган (ЖССТ,1999) ва дислипидемия аниқланган 46-72 ёшдаги (ўртача ёши $59,8 \pm 7,71$) 56 та киши қатнашди. Назорат гуруҳи сифатида артериал гипертензия ташхиси қўйилган 28 нафар шу ёшдаги қонда липидлар миқдори меъёрда бўлган беморлар олинди. Барча беморларда қондаги артериал қон босимини суткалик мониторинги (АБСМ) ва липидлар спектри - умумий холестерин (УХ), триглицеридлар (ТГ), зичлиги паст липопротеидлар (ЗПЛП) ва зичлиги юқори липопротеидлар (ЗЮЛП) миқдори аниқланди.

Натижалар. Тадқиқот гуруҳидаги беморларнинг 30 тасида (53,6%) 1 даражали АГ, 19 тасида (33,9%) 2 даражали АГ ва 7 тасида (12,5%) 3 даражали АГ аниқланди. Назорат гуруҳида 17 та (62,7%) 1 даражали АГ, 8та (28,5%) 2 даражали АГ ва 3 та (10,7%) 3 даражали АГ қайд қилинди. Тадқиқот гуруҳида беморларнинг систолик қон босими $165,7 \pm 52,3$ мм.сим. уст.ни, диастолик қон босими $97,6 \pm 27,4$ мм.сим.уст.ни ташкил қилди. Назорат гуруҳида систолик ва диастолик қон босими мос равишда $157,3 \pm 48,9$ ва $99,1 \pm 26,7$ мм.сим.уст.ни ташкил қилди. Асосий гуруҳда қонда УХ миқдори ($7,8 \pm 2,83$ ммоль/л)ни, триглицеридлар миқдори ($2,82 \pm 1,33$ ммоль/л)ни, шунингдек, ЗПЛП миқдори ($5,4 \pm 2,13$ ммоль/л), ЗЮЛП миқдори ($0,94 \pm 0,28$ мг/дл) ни ташкил қилди. Назорат гуруҳида УХ миқдори ($4,2 \pm 1,54$ ммоль/л)ни, триглицеридлар миқдори ($1,22 \pm 0,42$ ммоль/л)ни, шунингдек, ЗПЛП миқдори ($2,49 \pm 1,03$ ммоль/л), ЗЮЛП миқдори ($1,24 \pm 0,32$ мг/дл) ни ташкил қилди. Барча беморларда АБСМ ўтказилди ва қон босимининг тунги пасайиш даражасига кўра диппер (АБ тунги пасайиш даражаси 10-20%), нон-диппер (0-10%) овер-диппер ($\geq 20\%$) ва найт-пикер ($\leq 0\%$) гуруҳларга ажратилди. Асосий гуруҳда 27 (48,2%) беморда тунги пасайиш даражаси 13,4% (диппер), 21(37,5%) беморда тунги пасайиш даражаси 8,8% (нон-диппер), 5 (8,9%) беморда тунги пасайиш даражаси 21,7% (овер-диппер), 3(5,3%) беморда тунги пасайиш даражаси -5,3% (найт-пикер) эканлиги аниқланди. Назорат гуруҳида 19 (67,8%) беморда тунги пасайиш даражаси 16,4% (диппер), 6 (21,4%) беморда тунги пасайиш

даражаси 7,9% (нон-диппер), 2 (7,1%) беморда тунги пасайиш даражаси 23,6% (овер-диппер), 1 (3,6%) беморда тунги пасайиш даражаси -3,2% (найт-пикер) экани қайд этилди.

Хулоса. Дислипидемия АГ кечиши ва унинг коррекциясига салбий таъсир кўрсатади. Дислипидемия аниқланган пациентларда АБнинг тунги пасайиш даражаси липидлар алмашинувининг бузилиши қайд этилмаган гипертоникларга нисбатан сезиларли камлиги аниқланди.

ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ НА ТРОМБОЦИТЫ И ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Садыкова Г.А., Абдуллаев А.Х., Арипов Б.С., Таджиходжаева Ю.Х.,
Узенбаева Ф.В., Турсунбаев А.К.

АО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»,
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Цель работы. Изучить влияние медикаментозных и немедикаментозных методов на показатели тромбоцитограммы и липидного обмена при хронической обструктивной болезни лёгких (ХОБЛ) в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС) и метаболическим синдромом.

Материал и методы. На фоне стандартного лечения: I группа (26) (лечебная физкультура (ЛФК) и синусоидальный модулированный ток (СМТ)); II группа (27) (4-5 курса гирудотерапии, ЛФК и СМТ) и больные III группы (26) (только стандартное). Изучали тромбоциты (Наджимитдинов С.Т.), общий холестерин (ОХС), ХС липопротеинов низкой и высокой плотности (ХСЛПНП и ХСЛПВП), триглицериды (ТГ) и другие необходимые показатели (коагулограммы, углеводного обмена).

Результаты. У всех больных отмечено уменьшение ОХС, ХСЛПНП, ТГ и тенденция к повышению ХСЛПВП. Такие же благоприятные изменения выявлены при изучении других биохимических показателей крови. С учётом изменения цитоморфологии тромбоцитов, проведён сравнительный анализ качественной характеристики по количеству адгезированных тромбоцитов, их агрегации в зависимости от потенциальных тромбоцитарных тромбов, содержания фибриногена, состояния коронарного кровообращения, функции внешнего дыхания. В препаратах-мазках крови встречались адгезированные тромбоциты, малые, средние и крупные агрегаты, что имеет существенную роль в образовании тромбоцитарных тромбов. По мере

прогрессирования адгезии тромбоцитов, поверхность тромбоцитов становится шероховатой, появляются псевдоподии, и адгезия персистирует в агломерацию 1, 2 степени с выделением тромбоксана А2 и других веществ, вследствие чего молодые тромбоциты становятся отработанными. Данный процесс коррелировал с клиническим течением заболевания. После 4-5 процедур гирудотерапии (поочередно на проекции печени, сердца) выявлено уменьшение степени адгезии и агломерации тромбоцитов.

Выводы. Включение немедикаментозных методов лечения при ХОБЛ с сопутствующей коморбидной патологией значительно улучшает показатели свёртывания крови и липидного обмена, что предупреждает развитие грозных осложнений у данной категории больных.

КАРДИОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАРИДАН КЕЛИБ ЧИҚУВЧИ ЎЛИМ ХОЛАТЛАРИДА УГЛЕВОД АЛМАШИНУВИ БУЗИЛИШИНING УРНИ

Саипова М.Л., Алимов С.С., Хатамова Д.Т.,
Зиямухамедова М.М., Ибадова М.У.

Тошкент врачлар малакасини ошириш институти, Тошкент шаҳри.

Ишнинг мақсади. Углевод алмашинуви турли бузилишларида юрак қон томир касалликларидан юзага келувчи ўлим ҳолатларини ўрганиш.

Материал ва усуллар. Илмий текшириш ишлари икки босқичда олиб борилди. Биринчи босқичда 1635 нафар киши эпидемиологик текширувдан ўтиб, уларда метаболик синдром компонентлари аниқланган. Тадқиқотнинг 14 йилдан кейин ўтказилган иккинчи босқичда текширилган контингент орасида ўлимга олиб келувчи хавф омиллари ўрганилди.

Натижалар. Илмий текширувда олинган натижаларга кўра қандли диабет бўлган ва глюкозага толерантлиги нормал бўлганларда юрак қон томир касалликларидан келиб чиққан ўлим кўрсаткичлари ўртасида энг катта фарқ аниқланди (мос равишда 26,79% ва 5,32%). Ҳаётлик даврида глюкозага толерантликнинг зўриқишдан 2 соатдан кейинги бузилиши бўлган беморларда ўлим глюкозага толерантлик бузилиши бўлмаганларга нисбатан ишончли равишда юқорилиги аниқланди (14,52%). Глюкозага толерантлиги зўриқишдан 1 соатдан кейинги бузилиши бўлган беморларда ўлим, глюкозага толерантликнинг зўриқишдан 2 соатдан кейинги бузилиши бўлган беморларга нисбатан бирмунча пастроқлиги (11, 61%), глюкозага толерантлик бузилиши йўқларга нисбатан эса ишончли равишда юқорилиги аниқланди. Глюкозага толерантликнинг бузилиши зўриқишдан 1 ва 2 соатдан кейинги бузилишлари кўшилиб келганда ҳам ўлим кўрсаткичи (15,15%) глюкозага

нормал толеранликка эга бўлган беморлардаги ўлимга нисбатан ишончли равишда юқори эканлиги аниқланди.

Хулоса. Демак, кардиологик касалликларидан келиб чиқувчи ўлим кўрсаткичлари билан гликемик эгриликнинг турли бузилишлари ўртасида маълум боғлиқлик мавжудлиги аниқланди. Гликемик эгриликнинг симпато-адренал фазаси бузилиши билан бир қаторда вагоинсуляр фазасининг ҳам бузилиши юрак қон томир касалликларидан келиб чиқувчи ўлимнинг билвосита предиктори ҳисобланади.

АССОЦИАЦИЯ K121Q ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ENPP1 С ОЖИРЕНИЕМ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Снегирева И.А., Гарбузова В.Ю., Швачко Д.В.

Сумской государственной университет, Сумы, Украина

Цель работы. Изучение ассоциации K121Q полиморфизма гена ENPP1 с ожирением у больных с острым коронарным синдромом (ОКС).

Материалы и методы. Для исследования использовали венозную кровь 118 больных с ОКС и 110 лиц контрольной группы. Определение K121Q полиморфизма гена ENPP1 проводили с помощью метода полимеразной цепной реакции с последующим анализом длины рестрикционных фрагментов. После рестрикции амплификаты изученного фрагмента гена ENPP1 разделяли в 2,5% агарозном геле, содержащем 10 мкг / мл бромистого этидия. Горизонтальный электрофорез (0,13А; 200V) проводили в течение 25 мин. Визуализацию ДНК после электрофореза осуществляли с помощью трансиллюминатора ("Биоком", Россия). Статистический анализ проводили с использованием программы SPSS-17. Достоверность различий определяли по χ^2 -критерию. Значение $P < 0,05$ считали достоверным.

Результаты. Установлено, что у пациентов с ОКС с ожирением и без ожирения частота генотипов по K121Q полиморфизму гена ENPP1 достоверно не отличалась. Так, среди больных с ОКС с ожирением гомозигот по основному K-алелю было 70,0 %, а носителей минорного алеля K/Q + Q/Q – 30 %. Частота генотипов (K/K и K/Q + Q/Q) у больных с ОКС без ожирения составляла 65,4 и 34,6 % соответственно ($\chi^2 = 0,255$; $P = 0,614$). Анализ распределения генотипов среди больных с ОКС с разной степенью ожирения свидетельствует про отсутствие связи K121Q полиморфизма с различным уровнем повышения индекса массы тела. Так, пациентов с ОКС без ожирения с генотипом K/K было 52,4%, а с генотипом K/Q + Q/Q – 29,8 %. Соотношение больных с ОКС с I ст. ожирения (ИМТ=25–30 кг/м²) составляло 70,2 и 29,8 %. Гомозигот по основному K-алелю со II ст. ожирения (ИМТ=30–

40 кг/м²) было 70,3 %, а носителей минорного алеля K/Q + Q/Q –29,7 %. Пациентов с III ст. ожирения (ИМТ \geq 40 кг/м²) больных с ОКС с разными вариантами генотипов (K/K и K/Q + Q/Q) по K121Q полиморфизму было 66,7 и 33,3 % соответственно ($\chi^2 = 2,467$, P = 0,481).

Выводы. У больных с острым коронарным синдромом не выявлено ассоциации между K121Q полиморфизмом гена ENPP1 и развитием ожирения. Среди пациентов с ОКС частота полиморфных K121Q вариантов гена ENPP1 достоверно не отличалась у лиц с разной степенью ожирения

ОЦЕНКА КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ И МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ, КОНЦЕНТРАЦИИ АПЕЛИНА-12 И ОБЕСТАТИНА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА ФОНЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Табаченко Е.С., Кравчун П.Г., Олефир А.С.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель работы: Оценить изменения структурно-функциональных параметров миокарда, метаболических показателей, апелина-12 и обестатина на фоне антигипертензивной терапии у больных артериальной гипертензией и сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы: Больные с артериальной гипертензией и сахарным диабетом 2 типа были разделены на две группы больных: первая группа (n=32) получала квинаприл в дозе 5 мг в сутки, вторая группа (n=35) получала азилсартана медоксомил в дозе 40 мг в сутки в течение двух недель. В качестве гиполипидемической терапии больные обеих групп получали розувастатин и метформин, как гипогликемический препарат.

Результаты: Применение в схеме терапии азилсартана медоксомила в комбинации с метформином и розувастатином выявило более отчетливый положительный терапевтический эффект в отношении нормализации атерогенных изменений липидограммы (снижение общего холестерина на 28,8% (p<0,05), липопротеидов низкой плотности на 31% (p <0,05), триглицеридов на 16,5% (p<0,05) и рост липопротеидов высокой плотности на 16,5% (p<0,05) соответственно), адипоцитокинового обмена (снижение апелина-12 на 10,6% и увеличения уровня обестатина на 14,8% (p<0,05)), уровня глюкозы и гликозилированного гемоглобина (снижение на 27,5% (p<0,05) и 23,4% (p<0,05) соответственно) и уменьшение степени ремоделирования миокарда за счет снижения гипертрофии миокарда левого желудочка по сравнению со схемой с использованием квинаприла.

Выводы: Обе схемы терапии обнаружили положительную терапевтическую направленность в отношении компенсации нарушений углеводного обмена и атерогенных изменений липидограммы на основании снижения уровня глюкозы крови, гликозилированного гемоглобина, общего холестерина, липопротеидов низкой плотности и рост липопротеидов высокой плотности, а также рост обестатина и тенденцию к снижению апелина-12.

ВЛИЯНИЕ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ, ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Таирова З.К.

Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан

Цель исследования. Изучение влияния анемии на клиническое течение, толерантность к физической нагрузке и качество жизни пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 100 пациентов с верифицированным ревматическим пороком сердца. Среди больных преобладали женщины (71,0%). Средний возраст составил $47,5 \pm 1,02$ лет. Средняя продолжительность ХСН составила $4,85 \pm 0,26$ лет. Для определения выраженности клинических проявлений ХСН использовали шкалу оценки клинического состояния (ШОКС), для оценки уровня качества жизни больных ХСН использовали Миннесотский опросник качества жизни, для определения функционального класса сердечной недостаточности был проведен тест с шестиминутной ходьбой.

Результаты исследования. Установлено, что у больных с I степенью анемии ($n=27$) показатель ШОКС составил 4-8 баллов ($5,58 \pm 0,25$), II степенью анемии ($n=58$) - 4-10 баллов ($6,26 \pm 0,25$), III степенью анемии ($n=15$) - 7-14 баллов ($9,6 \pm 0,52$). Это подтвердило то, что при снижении уровня Hb повышается ФК ХСН. Показатель качества жизни больных с ХСН и I степенью тяжести анемии составил $36 \pm 1,25$ балла, при II степени – $47,4 \pm 1,03$ балла, при III степени – $59,9 \pm 2,46$ балла. Усиление декомпенсации ХСН у больных I, II и III степенью анемии сопровождается достоверным, ступенчатым ухудшением показателя качества жизни. Между показателем качества жизни и уровнем Hb выявилась обратная корреляция $r=-0,8$. Больные с ХСН и наличием сниженного уровня Hb продемонстрировали худшую толерантность к физической нагрузке. Была выявлена обратная корреляция между показателем теста с шестиминутной ходьбой и величиной ФК ХСН $r=-0,82$. Так,

больные с ХСН и I степенью тяжести анемии прошли дистанцию от 335 до 400 (в среднем $348,33 \pm 10,55$) метров, больные с II степенью тяжести анемии от 120 до 370 (в среднем $270 \pm 8,24$) метров, больные с III степенью тяжести анемии - 110-205 ($152 \pm 8,33$) метров.

Выводы. Таким образом, повышение ФК ХСН и степени анемии способствует ухудшению качества жизни пациентов. Выраженность клинических проявлений ХСН по ШОКС имеет высокую связь со степенью анемии. У больных с ХСН при наличии пониженного уровня Hb диагностируется худшая толерантность к физической нагрузке.

ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ НЕКОТОРЫХ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Таиров М.Ш., Рузиев О.А. Очилова Д.А.

Бухарский областной кардиологический диспансер, Бухара, Узбекистан

Цель: Изучение взаимосвязи некоторых компонентов метаболического синдрома (МС).

Материалы и методы. Обследованы 40 мужчин и женщин с ожирением различной степени, из них 30 женщин и 10 мужчин в возрасте от 37 до 68 лет (средний возраст $54,5 \pm 2,5$ года). ИМТ варьировался от 24 до 41 ($37,6 \pm 3,3$ кг/м²). У всех больных имелась ГБ 1,2 степени. САД составляло $135,7 \pm 3,35$ мм.рт.ст., ДАД составляло $86,47 \pm 2,1$ мм.рт.ст. определяли содержание липидов, глюкозы и мочевой кислоты. Кроме того, проводилось СМАД.

Результаты. Полный МС был выявлен у 22 обследованных, в том числе у 15 женщин и 7 мужчин. Неполный МС, соответственно, у 18 обследованных, из них у 15 женщин, 3 мужчин. Диагноз МС (IDF, 2005) устанавливается при наличии 3-х или более признаков. Выявлены следующие различия: возраст обследуемых женщин был меньше возраста обследуемых мужчин, но длительность АГ была больше, у женщин. В группе обследуемых женщин была выше степень ожирения, что проявлялось большим значением ИМТ ($36,1 \pm 1,6$ и $30,5 \pm 1,9$ соотв.). При СМАД выявлена тенденция к меньшей степени ночного снижения АД у женщин. Достоверны различия в вариабельности систолического и диастолического АД в течение суток, у женщин вариабельность АД в течение суток составила $18,6 \pm 1,0$ мм рт.ст., а у мужчин - $16,0 \pm 0,9$ мм рт.ст.

Выводы. Выявлен половой диморфизм в некоторых клинических проявлениях и лабораторных показателях. Среди женщин обнаружена достоверная корреляционная связь уровня глюкозы и длительности АГ, степени АО, нарушения липидного обмена, среднесуточного САД.

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ГЕСТАЦИОННОЙ ГИПЕРТОНИИ

Талипова Ю.Ш., Мамадалиева Я.С.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан.

Цель. Изучение антигипертензивной активности и предупреждение развития преэклампсии (ПЭ) у пациенток с гестационной гипертензией.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 25 женщин с ожирением II – III ст. в возрасте 21–40 лет (ср. возраст $34,6 \pm 3,7$ лет), ИМТ $37,5 \pm 3,2$ кг/м² с первой беременностью в анамнезе, со сроком беременности 20–30 недель и умеренной гестационной артериальной гипертензией (АГ), которым с целью оценки антигипертензивной эффективности и снижения частоты развития преэклампсии в качестве гипотензивных препаратов использовали метопролол SR в дозировке 23,75–47,5 мг/сут (13 женщин – 52%) – группа I или бисопролол в дозировке 2,5–5 мг/сут (12 женщин – 48%) – группа II. До и после 3–недельного курса гипотензивной терапии выполняли стандартное клиническое и лабораторно–диагностическое обследование матери и плода, самоконтроль АД (СКАД) – по данным дневников пациенток по домашним измерениям АД.

Результаты. Установлено, что гипотензивная эффективность метопролола SR и бисопролола были сопоставимы. Основным условием терапии была ее краткосрочная максимальная эффективность, без рикошетного синдрома. Среднее САД при приеме метопролола SR уменьшилось с 158 до 121 мм рт.ст. ($p > 0,05$), ДАД – с 102 до 80 мм рт.ст. ($p > 0,01$). Под влиянием бисопролола среднее САД уменьшилось со 159 до 120 мм рт.ст. ($p < 0,01$), ДАД – со 121 до 78 мм рт.ст. ($p > 0,01$). Терапия бета-блокаторами не влияла на состояние плода и не вызывала задержки внутриутробного развития или гипотрофии по мониторингу состояния плода при помощи скрининговых ультразвуковых методов диагностики. ПЭ в III триместре развилась только у 1 (7,7%) женщин группы I и у 1 (8,3%) пациентки II группы. Определялась хорошая переносимость в обеих группах.

Выводы. Таким образом, результаты проведенного исследования показали, антигипертензивную эффективность, хорошую переносимость, а также снижение риска преэклампсии и бисопролола и метопролола SR при гестационной АГ. При применении бета-блокаторов, необходимо проводить мониторинг состояния плода на определение задержки внутриутробного развития или гипотрофии, в связи с этим терапия должна быть краткосрочной. Проблема АГ у беременных еще далека от разрешения и требует объединения усилий акушеров и терапевтов для подбора оптимального метода лечения.

ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ УРОВНЯ КАРНИТИНОВОГО СТАТУСА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Тастанова Р.М., Насирова У.Ф.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Цель. Изучение физиологических границ содержания карнитина и его производных в крови недоношенных новорожденных.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 22 недоношенных детей со сроком гестации от 28 до 37 недель. Контрольную группу составили условно здоровые доношенные дети (n=10) от физиологических беременности и родов без факторов риска в перинатальном периоде с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов. Исследование проводилось на базе РПЦ и 5 городской больницы города Ташкента.

Результаты. Установлено, что средний уровень общего карнитина не выходил за рамки установленных норм (30-60 мкмоль/литр). Показатели общего карнитина в группе исследования (50,2±0,6 мкмоль/литр) были достоверно ниже показателей контрольной группы. (65±2,1 мкмоль/литр). Также в исследовании определилась взаимосвязь содержания общего карнитина и веса при рождении. Средний уровень свободного карнитина у недоношенных с ОНМТ был несколько выше в исследуемой группе и составил 37,3±2,5 мкмоль/литр; против 36±3,7 мкмоль/литр у доношенных. Уровень связанного карнитина был несколько ниже в исследуемой группе в основном с ЭНМТ и составил 14,2±1,7 мкмоль/литр против 15±1,2 мкмоль/литр у доношенных.

Выводы. Таким образом средние значения общего карнитина не выходили за рамки нормы, но были ниже чем у доношенных детей. В группе детей с ОНМТ уровень свободного карнитина был выше чем у контрольной группы. При анализе групп с ЭНМТ было установлено снижение уровня связанного карнитина. Так абсолютная карнитиновая недостаточность определилась у 9% исследованных недоношенных детей, а у остальных исследованных отмечалась относительная карнитиновая недостаточность, что приводило к затруднению течения адаптационного периода.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ РАННЕЙ ПОСТИНФАРКТНОЙ СТЕНОКАРДИИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Ташкенбаева Э.Н., Мирзаев Р.З., Насырова З.А., Хасанжанова Ф.О.,

Кадырова Ф.Ш

Самаркандский Государственный Медицинский Институт,

Самаркандский филиал РНЦЭМП, Узбекистан

Цель работы. Изучить особенности развития ранней постинфарктной стенокардии у больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST и метаболический синдром выявить возможные факторы риска.

Материалы и методы. Исследование проводилось в Самаркандском филиале РНЦЭМП. Было отобрано 64 больных, из них 40 мужчин и 24 женщин в возрасте в среднем 45-70 лет. Критериями включения в исследования были: наличие документированного ИМПСТ, срок развития ИМПСТ не более 12 часов, согласие больного на исследование, способность больного адекватно выполнять протокол исследования. У каждого больного подробно уточняли все данные анамнеза.

Результаты исследования. Анализ клинических данных позволил установить, что наиболее часто больные страдали гипертонической болезнью, которая отмечена у 82,7% пациентов. Максимальный уровень АД в течение года, предшествующего ИМПСТ было 160-180/100-110. Кроме того, сопутствующим заболеванием у 26 больных были ожирение, остеохондроз позвоночника, из них 16 женщин и 10 мужчин. 21,7% больных выполняли тяжелую физическую нагрузку. На догоспитальном этапе признаки сердечной недостаточности достоверно часто регистрировали у 33 больных. Анализ физикальных данных на момент поступления больных в стационар позволил установить у 40,23% больных явления застоя в легких при аускультации. Частота использования основных групп лекарственных препаратов, применяемых при лечении больных достоверно не различалась. При наблюдении больных в течении первых 12 дней установлено, что развитие РПИС у 24 больных отмечено в покое, у остальных совпало с расширением двигательной активности. Средний срок развития РПИС составил 3-5 дней. Наиболее частым осложнением ИМПСТ при наблюдении больных в стационаре было развитие рецидива ИМ, который отмечен у 7 больных.

Вывод. Одним из возможных факторов развития РПИС с подъемом ST является фактор воспаления. Курение, злоупотребление алкоголем, перенесенный инфаркт миокарда, наличие нарушений липидного обмена, высокое АД в течение последнего года. Предиктором РПИС являются: рецидивы ангинозных болей в течение первых суток заболевания, нестабильная стенокардия, артериальная гипертензия. Больные, перенесшие инфаркт миокарда с подъемом ST сегмента, осложненный развитием ранней постинфарктной стенокардии, имеют повышенный риск повторного инфаркта миокарда, а также высокую частоту летального исхода в первые 3 года после инфаркта миокарда с подъемом ST сегмента.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В ПРАКТИКЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Ташкенбаева Э.Н., Хасанжанова Ф.О., Хайдарова Д.Д., Суннатова Г.И.
Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самаркандский филиал РНЦЭМП, Самарканд, Узбекистан.

В настоящее время метаболический синдром (МС) рассматривается как фактор риска развития различных нозологических форм ССЗ и их осложнений. Множественная патология, разнообразие сочетания тех или иных клинических вариантов МС создают определенные трудности, как в диагностике ассоциированных заболеваний, так и в подборе лекарственных препаратов.

Цель. Изучить частоту встречаемости и коморбидность МС и его клинических вариантов в практике стационара экстренной медицинской помощи.

Материалы и методы: методом случайной выборки проведен анализ 286 историй болезни больных, выписанных из терапевтического стационара за период с 2015 по 2016 г. Изучаемые параметры включали: наличие основных критериев метаболического синдрома (по IDF, 2005).

Результаты. Распространенность МС среди больных терапевтического стационара составила 153 человек (76,5%), среди них мужчин 96 (62,7%), женщин 57 (37,2%). Встречаемость МС в возрасте 18–44 лет –7,5%, 45–60 лет –33,6%, старше 60 лет –58,9%. Выделены шесть клинических вариантов МС. Клинические варианты МС: гипертонический –24 человек (15,6%), дислипидемический –29 (18,9%), коронарный –27 человек (17,6%), диабетический –26 человека (16,9%), печеночный –24 человека (15,6%), желчекаменный –23 человек (15,0%). Изучены коморбидные состояния МС. Достоверно чаще выявлена причинная коморбидность, связанная с инсулинорезистентностью – абдоминальное ожирение у всех больных МС, артериальная гипертензия (АГ) у 34 больных (22,2%), дислипидемия – у 23 больных (15,0%), ИБС у 27 больных (17,6%), неалкогольный жировой гепатоз печени (НАЖБП) у 29 человека (18,9%), сахарный диабет у 40 больных (26,1%).

Выводы. Частота встречаемости МС в терапевтическом стационаре составила 76,5%, наиболее часто МС встречается в возрасте старше 60 лет – 58,9%. Достоверно чаще встречается причинная коморбидность МС с компонентами АГ, дислипидемии, ИБС, НАЖБ и хронический панкреатит. Наличие МС у данной группы больных усугубляет развития сердечно-сосудистых катастроф. Однако, МС – потенциально обратимое состояние, и при соответствующем лечении можно добиться исчезновения или, по крайней мере, уменьшения выраженности основных его проявлений, предотвращая тем самым развитие сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета.

ВЛИЯНИЕ БЕССИМПТОМНОЙ ГИПЕРУРИКЕМИИ НА ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОИМ

Ташкенбаева Э.Н., Тогаев Д.Х., Кадырова Ф.Ш.

Самаркандский медицинский институт

Самаркандский филиал РНЦЭМП, Самарканд, Узбекистан

В настоящее время нарушению обмена мочевой кислоты (МК), прежде всего гиперурикемии (ГУ), отводят важное место, так как МК является не только одним из патогенетических механизмов поражения почек, но и фактором риска формирования метаболического синдрома (МС), и развития кардиоваскулярных расстройств.

Цель исследования: Изучить особенности клинического течения и диагностики ОИМ у больных в зависимости от уровня МК в крови.

Материалы и методы. Исследование проведено у 105 больных острого инфаркта миокарда (ОИМ), поступивших в первые 2-6 ч от начала ангинозных приступов. В обследование включали оценку клинических параметров ЭхоКГ, ЭКГ; одновременно в сыворотке крови определяли уровень креатининфосфокиназы (КФК) и его метаболического белка (МВ КФК). В зависимости от содержания МК в крови при поступлении в клинику были выделены две условные группы больных с ОИМ: с умеренно высоким содержанием в крови МК – $401,7 \pm 14,8$ ммоль/л ($P < 0,001$), который находится в пределах верхних границ контроля, и чрезмерно высоким содержанием ($581,0 \pm 23,2$ ммоль/л), превышающим среднее значение контроля на 116,5% ($P < 0,001$).

Результаты. Оценивая показатели обменных процессов в организме больных с ОИМ, следует подчеркнуть, что в целом отличие средних показателей 105 больных от контроля формировались за счет изменений показателей в группе больных с ОИМ с чрезмерно высоким содержанием МК в сыворотке крови. Следовательно, можно предположить, что выявленная закономерность чрезмерно высокого содержания в крови больных с ОИМ МК определяет некоторый фон нарушений метаболических процессов в тканях организма, что в конечном итоге должно повлиять на тяжесть клинического течения заболевания. Действительно, у больных с ОИМ с чрезмерно высоким содержанием МК в крови отмечают более низкие показатели ЭхоКГ. В среднем по группе у больных с ОИМ ФВЛЖ составила $38,9 \pm 1,20\%$, КДИ – $65,5 \pm 2,42$ мл/м², КСИ – $33,6 \pm 2,21$ мл/м².

Выводы. У больных с ОИМ с чрезмерно высоким содержанием в крови МК ФВЛЖ был на 1,4% ($P < 0,05$) ниже, чем в группе больных с умеренно высоким содержанием в крови этого пуринового основания. Та же тенденция сохраняется и в показателях КДИ и КСИ. У больных с чрезмерно высоким

содержанием в крови МК на 16,7% больше частота случаев элевации и/или депрессии сегмента ST, на 12,7% случаев инверсии зубца T.

**МЕТАБОЛИК СИНДРОМ КУЗАТИЛГАН ФЕРТИЛ ЁШДАГИ
АЁЛЛАРДА ЛИПИДЛАРНИНГ ПЕРОКСИД ОКСИДЛАНИШ
ЖАРАЁНИ ВА ДИСЛИПИДЕМИЯ ХОЛАТЛАРИДА
ЛИПАНТИЛ БИЛАН ДАВОЛАШ**

Таштемирова И.М., Хужамбердиев М.А., Узбекова Н.Р., Кадирова Г.И.,
Усманов Б.Б.

Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон, Ўзбекистон

Метаболик синдром дунё цивилизациясида янги ноинфекцион пандемия бўлиб, бу юрак кон томир касалликлари асоратларини ривожланишини асосий сабабчиси булиб, ўлим кўрсаткичини ортиши ва хаёт сифатини пасайишига сабабчи бўлади. Ушбу патологияни ташхислаш ва даволаш масалалари hozirgi даврга кадар мухим муаммолардан бўлиб келмокда. Кўп адабиётларда ва hozirgi замон тиббиётида липидлар спектрига ижобий таъсир килувчи самарали дори воситаларидан бири фенофибратлар деб айтилмокда.

Текширишнинг мақсади. Метаболик синдром (МС) кузатилган фертил ёшдаги аёлларда липидларнинг пероксид оксидланиш жараёни ва дислипидемия холатларида липантил билан даволашни ўрганиш.

Текшириш методлари. Биз текширувларимизда МС кузатилган фертил ёшдаги аёлларни олдик. Улар 12 хафта мобайнида одатий давога кушимча равишда Липантил 200 мгр билан даволаш ўтказилди.

Текшириш натижалари. Даволашдан сўнг олинган натижалар липидлар спектрини яхшиланганлигини кўрсатган. Умумий холестерин-26,4%, Триглицеридлар-35,2%, паст зичликдаги липопротеидлар-33%, жуда паст зичликдаги липопротеидлар кўрсаткичи 19,8%га кўрсаткичлари пасайган ($p<0,001$). Юқори зичликдаги липопротеидлар эса олдинги кўрсаткичларга нисбатан 22,6%га ошган ($p<0,001$). Атерогенлик индекси 27,8%га даволашгача бўлган кўрсаткичлардан пасайган. Бизнинг текширишларимиз фенофибратларни сезиларли антиоксидант хусусиятлари борлигини, малоновиодиальдегид даражасини пасайтириши оркали курсатди. Унинг микдори даволашгача бўлган кўрсаткичлардан 44,2% га пасайган ($p<0,001$). Илмий изланишлар шуни кўрсатдики липидларнинг пероксид оксидланиш жараёнлари ва дислипидемия холатларида фенофибратлар билан даволаш ижобий натижалар бермокда.

Хулоса. Метаболик синдром кузатилган фертил ёшдаги аёлларда липан-тил билан даволашдан сўнг липидлар спектрини яхшиланиши ва малоново-диальдегид даражасини пасайишига олиб келди яъни липопероксидация жа-раёнларининг кўрсаткичлари пасайган. Липид алмашинувини яхшилаш учун профилактик ва даволаш тадбирларини ўтказишда фенофибратларни меъёрий дозасини қўллаш самарали натижа беради деб ўйлаймиз.

ПОЭТАПНАЯ ДИАГНОСТИКА И ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Таштемирова И.М., Хужамбердиев М.А., Узбекова Н.Р., Кадирова Г.И.,
Таджибаева М.И.

Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан

В последние годы многочисленные наблюдения и исследования подтвер-дили: избыточное накопление абдоминальной жировой ткани, как правило, сопровождается метаболическими нарушениями и в значительной мере уве-личивает риск развития АГ, СД 2 типа, атеросклеротических заболеваний.

Диагностика: среди больных с метаболическим синдромом (МС) смерт-ность от ИБС в 23 выше, чем в общей популяции. Схема обследования боль-ных на стадии доклинических проявлений: выявление наследственной пред-расположенности к ожирению, СД, ИБС, АГ, социальный анамнез, антро-пометрические измерения, мониторинг артериального давления, ЭКГ-ис-следование определение биохимических показателей уровня триглицери-дов, холестерина, определение глюкозы крови натощак, инсулина крови натощак, по показаниям проведение глюкозо-толерантного теста. Выде-ляют полную и неполную формы МС. Наличие 23 составляющих свидетель-ствует о неполной форме, более 4-х нарушений о полной форме МС.

Лечение: метформин улучшает чувствительность периферических тка-ней к инсулину, способствует торможению процессов глюконеогенеза и гликогенолиза в печени. Препарат способствует снижению системной гипе-ринсулинемии. Показано также гиполипидемическое, гипотензивное дей-ствие метформина и его влияние на фибринолитическую активность крови. Имеются сообщения об успешном применении препарата в лечении боль-ных с МС без НТГ и СД 2 типа. Больным с выраженной дислипидемией, назначаются гиполипидемические препараты: статины (ловастатин, симва-статин, правастатин) или фибраты. Решение о медикаментозном лечении дислипидемии базируется как на данных определения уровня липидов после соблюдения гиполипидемической диеты не менее 36 мес., так и на данных

определения суммарной степени риска развития атеросклероза. b-блокаторы, особенно неселективные, в высоких дозах могут увеличивать уровень триглицеридов, приводить к усугублению инсулинорезистентности, развитию дислипидемии и снижению уровня ХЛ ЛПВ.

Следует учитывать, что при наличии у больного высокого суммарного риска развития СД 2 типа или сердечно-сосудистых заболеваний используется весь комплекс немедикаментозных и медикаментозных мероприятий.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕЛМИСАРТАНА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Тулабаева Г.М., Талипова Ю.Ш., Хусанов А.А.,
Шаропова Д.С., Назирова Н.В.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан.

Цель работы. Изучение сравнительной клинической, антигипертензивной эффективности и переносимости отечественного препарата телмисартан (мирел) с оригинальным препаратом у пациентов высокого сердечно-сосудистого риска с метаболическим синдромом.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 60 больных с метаболическим синдромом, с артериальной гипертонией (АГ) 1, 2, 3 степени, группы высокого или очень высокого риска, рандомизированных в две группы параллельного наблюдения сопоставимы по полу, возрасту и диагнозу: I группа (n = 30, основная гр.), средний возраст $61,3 \pm 3,3$ года, получали исследуемый препарат мирел таблетки по 40-80 мг, «NIKA PHARM» Узбекистан, II группа (n = 30, гр. сравнения), средний возраст $65,2 \pm 2,5$ лет, получали оригинальный препарат по 40-80 мг.

Результаты. Установлено, что из общего количества пациентов 60 (100%) выявлено - АГ 1 ст. – 38 (63,3%) пациентов, АГ 2 ст. 18 (30%), АГ 3 ст. – 4 (6,7%), с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа в стадии компенсации 3 (5%), другие сопутствующие хронические заболевания (бронхолегочная патология, патология ЖКТ и др.) в стадии ремиссии 24 (40%) пациентов, гиперурекемия 18 (30%) случаев. Из числа обследованных I группы (n=30) выявлено - у 13 (43,3%) больных по данным ЭКГ и ЭхоКГ 27 (90%) умеренная тахикардия, у 5 (16,7%) пациентов выраженная тахикардия. У 22 (73,3%) больных выявлена умеренная гипертрофия левого желудочка, у 8 (26,7%) выраженная гипертрофия левого желудочка сердца с признаками систолической перегрузки, у 5 (16,7%) в анамнезе частые гипертонические кризы и у 2 (6,7%) ночные подъемы АД. В группе сравнения выявлены аналогичные изменения. Результаты применения препарата Мирел

показали положительный антигипертензивный эффект у 21 (70%) со стойким гипотензивным эффектом (по динамике нагрузочной пробы); у 9 (30%) сохранялась нагрузочная гипертензия, 6 (20%) – уменьшилась частота кризов. Выраженных побочных метаболических эффектов не наблюдалось. В группе сравнения наблюдалась сопоставимая эффективная динамика по снижению параметров артериального давления.

Вывод. Таким образом сравнительная оценка эффективности применения отечественного препарата МИРЕЛ 40-80 мг/сут, в сравнении с оригинальным препаратом продемонстрировали сопоставимую эффективную динамику по снижению параметров артериального давления, статистически недостоверному улучшению параметров гемодинамики.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕБИВАЛОЛА И МЕТАПРОЛОЛА В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Тулабоева Г.М., Исмаилова М.Ш., Атаханова Л.Э., Мирзаахмедова Н.А.
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан.

Цель. Изучить эффективность небиворда (небивалол) в лечении артериальной гипертензии у женщин на фоне метаболического синдрома в постменопаузальном периоде.

Материалы и методы. Под наблюдением были 60 женщин с артериальной гипертензией по классификации ВОЗ/МОГ (1999). Возраст пациентов составил от 49 до 58 лет. Длительность АГ составила от 5 до 6,2 месяца. Определяли ЧСС, ИМТ, качество жизни, сахар крови, липидный профиль. Проводили доплер-ЭХОКГ, состояние эндотелиальной функции изучали с помощью пробы с реактивной гиперемией и нитроглицерином. Пациенты были распределены на 2 группы в зависимости от проведенной терапии антигипертензивными препаратами. Первая группа (n=30) пациенткам назначался небиворд в дозе 5–10 мг один раз в день, вторая группа (n=30) пациенткам назначался метопролол в дозе 50-100 мг один раз в день.

Результаты. Установлена положительная динамика по измерению офисной ЧСС, которая снизилась в группах на 7,85 и 10,40 %. Достижение целевых уровней АД к концу лечения составило 93 % в группе небиворд и 94 % в группе метапролола. Результаты анализа липидного состава на фоне проведенной терапии выявили снижение ОХ на 22%% в 1 группе (p<0,001). Триглицериды на фоне небивалола снизились на 14%. В наших исследованиях положительная динамика наблюдается и со стороны ЛПВП, характеризующейся достоверным повышением изучаемого показателя на 31%

($p < 0,05$). Влияние небиворда и метопролола на параметры эндотелиальной дисфункции показали, что 1-группе прослеживается более значимая достоверная положительная динамика на 48% ($p < 0,001$), а во 2-группе на 29% ($p < 0,05$) имеет тенденцию к повышению по отношению к исходным данным. Со стороны ЭХОКГ данных значимой динамики не было выявлено, возможно это связано с коротким периодом наблюдения.

Вывод. Таким образом, терапия небивордом по сравнению метопрололом достоверно уменьшала уровень САД и ДАД, улучшала упругоэластические свойства артерий, липидного обмена и качество жизни у пациенток в постменопаузальном периоде с АГ на фоне метаболического синдрома.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ

Турдиева Д.Э., Мухамедова Х.Т., Турсунова Н.Э., Алимова З.А.
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить иммунный статус новорожденных внебольничной пневмонией с применением аппарата лазерной терапии (АЛТ) «Восток».

Материалы и методы. Обследовано 36 новорожденных с внебольничной пневмонией. Наблюдаемые новорожденные с внебольничной пневмонией были разделены на 2 группы: I группа - новорожденные с внебольничной пневмонией, получавшие только симптоматическую и базисную терапию в соответствии с современными рекомендациями и стандартами; II группа – новорожденные, получавшие традиционную комплексную терапию, рекомендованную современными программами по лечению внебольничной пневмонией с подключением ЛТ. Использовали моноклональные антитела по следующим кластерам дифференцировки: СД 3, СД 4, СД 8, СД 19, ИРИ (СД 4/СД 8). Лазерная терапия проводилась по разработанной схеме с учётом имеющихся рекомендаций. Области воздействия: надключичные области; тело грудины на уровне III-ребра; паравертебрально (Th4 – Th 8). Общее число сеансов - 5-7, число сеансов в сутки - 1, время проведения сеансов - утром до кормления, площадь облучения (на коже) - 1-1,5 см².

Результаты. Иммунологические исследования показали, что после традиционной терапии и при использовании ЛТ, в клеточном звене иммунитета регистрировалось статистически достоверное увеличение относительных показателей СД3 и СД4 лимфоцитов ($P < 0,05$), на фоне снижения относительного содержания СД8. Достоверно сниженный до лечения ($0,9 \pm 0,04$, $P < 0,001$) ИРИ, после традиционной терапии не изменился. Однако, после

ЛТ его значение достоверно повысилось до $1,5 \pm 0,07$ ($P < 0,001$) и статистически не отличалось ($P > 0,05$) от уровня контроля ($1,7 \pm 0,08$).

Также было выявлено, что применение ЛТ способствовало снижению относительного числа СД19 клеток до $28,5 \pm 0,83\%$, а в группе детей, получавших традиционное лечение наблюдалось снижение - $33,9 \pm 1,62\%$, против показателей до лечения $34,0 \pm 1,21\%$ соответственно.

Выводы. Анализ иммунологических параметров позволяет считать, что ЛТ имеет высокую степень метаболической эффективности по сравнению с традиционным лечением. Неинвазивность поверхностного воздействия, через кожу и экологическая безопасность ЛТ позволяет рекомендовать у новорожденных с внебольничной пневмонией на всех этапах восстановительного лечения.

ЧАҚАЛОҚЛАР ПНЕВМОНИЯСИДАГИ МЕТАБОЛИК ЎЗГАРИШЛАРГА ИНФРАҚИЗИЛ НУРЛАРИНИНГ ТАЪСИРИ

Турдиева Д.Э.

Тошкент врачлар малака ошириш институти, Тошкент, Ўзбекистон

Тадқиқотнинг мақсади. Чақалоқлар пневмониясидаги метаболик ўзгаришларга ноинвазив даво усулининг таъсирини аниқлаш.

Тадқиқот методи ва манбалари. Илмий тадқиқот 1-сонли шаҳар болалар клиник шифохонасида, чақалоқлар патология ва реанимация бўлимларида олиб борилди. Чақалоқлар ҳаётининг 3-5 кунларида даволанишнинг кинчи босқичига пневмония ташхис билан келтирилди. Биз кузатган чақалоқлар сони 35-нафарни ташкил этиб, даволанишнинг турига қараб икки гуруҳга бўлинди. 15 нафар чақалоқ умумий одатдаги муолажаларни қабул қилди, 20 нафар чақалоқ эса, базис даво муолажаларига қўшимча метаболик тизим ўзгаришларига таъсир этувчи нуктали инфрақизил нурлар (ИФҚ) билан даволаш ўтказилди.

Натижалар. Кузатиш шуни кўрсатдики, одатдаги базис даво олган чақалоқлар орасида 2 нафарида сепсис ривожланди. Қўшимча нуктали инфрақизил нурлар даво олган чақалоқлар гуруҳида эса, онадан ўтган ЦМВ ва герпес инфекциялари кучли бўлсада сепсис клиникаси келиб чиқмади, аксинча тана вазнининг ошиши, қондаги гемоглабин миқдорининг кўтарилиши, лейкоцитларнинг меъёрига келиши ва цитокин тизимида интерлейкин II-6 нинг юқори кўрсаткичдан пасайиши кузатилди. Нуктали ИФҚ нурлар билан даволаш чақалоқларнинг касалхонада бўлиш кунига ҳам ижобий таъсир кўрсатди.

Хулоса. Шундай қилиб, бажарилган илмий тадқиқот шуни кўрсатадики, чакалоқлар пневмониясидаги метаболик ўзгаришларга нўқтали ИФК нурларини қўллаш, клиник ҳолатларнинг тезроқ тикланишига, йиринглисептик касалликлар ривожланишининг олдини олишга ва улардан келиб чиқадиган асоратларни камайишига, умумий тўшак кунларининг қисқаришига олиб келар экан.

СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЙ ЗАВИСИМОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО КРОВОТОКА И ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ОСЛОЖНЕННОЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Убайдуллаев А.М., Рахимова Д.А., Сабирджанова З.Т.,
Закирова У.Р., Назирова М.Х.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Ташкент.

Цель исследования. Изучить влияние активности перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной системы (АОС) на состояние эндотелий зависимой регуляции периферического кровотока у больных бронхиальной астмой (БА) осложненной легочной артериальной гипертензией (ЛАГ) в динамике лечения базисной терапии (БТ) и амлодипином.

Материал и методы. Было исследовано 22 больных тяжелой БА III-IV степени осложненной ЛАГ и 30 здоровых лиц (ЗЛ). Анализировали активности перекисного окисления липидов - малонового диальдегида (МДА), хемилюмениценцию (ХЛ) и антиоксидантной системы - супероксиддисмутазы (СОД) и каталазы (КАТ). Проведена доплерография на плечевой артерии методом S. Solomon. Измеряли исходную максимальную систолическую скорость кровотока (МСС, м/с), индекс циркуляторного сопротивления сосудов (ИЦС, ед.) и их прирост в ответ на компрессионную пробу (КП). Функциональное состояние бронхолегочной системы определяли на аппарате Medikor (Венгрия) по оценке показателей: жизненной емкости легких (FVC), объема форсированного выдоха за 1 сек (FEV1) и индекса Тиффно (FEV1/FVC).

Результаты. Интенсификация процессов ПОЛ т.е. оксидативный стресс, сопровождалась высокими показателями хемилюмениценции мембран эритроцитов по сравнению с ЗЛ в 2,7 и 3,2 раза соответственно. Снижение коэффициентов МДА/ХЛ на 16,8% по сравнению с данными у здоровых лиц ($p < 0,05$). Выявлена прямая зависимость нарушения системы ПОЛ и АОС с функциональной активностью эндотелия периферических сосудов.

Исходно у больных хроническим легочным сердцем МСС достоверно ниже чем у ЗЛ ($p < 0,05$), в то время как ИЦС, характеризующий сосудистый тонус, соответственно выше чем в группе ЗЛ ($p < 0,01$). У больных получавших на амлодипин фоне базисной терапии, отмечено улучшение способности сосудов к активной вазодилатации и процессов АОС.

Выводы: Оксидативный стресс у больных тяжелой БА носит не только местный, но и системный характер. У больных с легочной артериальной гипертензией, наблюдается ремоделирование периферического кровообращения: повышение индекса циркуляторного сопротивления сосудов на плечевой артерии. Эти изменения коррелируют со степенью оксидативного стресса и обструктивными нарушениями в респираторной системе. Амлодипин на фоне БТ улучшает процессы АОС и эндотелий зависимую регуляцию периферического кровотока у больных тяжелой БА III-IV степени, осложненный ЛАГ

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ И СИМПАТИКО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ В РАЗВИТИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Узбекова Н.Р., Хужамбердиев М.А., Таштемирова И.М., Китьян С.А.,
Кадырова Г.И.

Андижанский медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Важную роль в развитии и прогрессировании инсулинорезистентности (ИР), гиперинсулинемии (ГИ) при метаболическом синдроме (МС) и связанных с ней метаболических расстройств играют нейрогуморальные нарушения с повышением активности симпатико-адреналовой системы (САС). Гиперактивация САС приводит к появлению артериальной гипертонии (АГ) за счёт симпатической стимуляции сердца, сосудов и почек. Иммунная и нейрогуморальная системы тесно взаимосвязаны между собой. Тесное взаимодействие нейрогуморальной и иммунной систем обеспечивает присутствие рецепторов к норадреналину (НА) на иммунных клетках.

Цель работы. Изучение взаимосвязи провоспалительных цитокинов и функционального состояния симпатико-адреналовой системы при МС.

Материалы и методы. В исследование было включено 70 пациентов МС в возрасте от 35 до 67 лет, средний возраст больных $55,6 \pm 2,9$ лет. Контрольную группу составили 30 здоровых лиц. У всех больных проводили комплексное клинико-биохимическое исследование.

Результаты исследования показали, что суточная экскреция катехоламинов (КА) и ДОФА была достоверно повышена, особенно НА – в 3,7 раза

($p < 0,001$). Обнаружена прямая корреляционная связь суточной экскреции НА с гиперинсулинемией (ГИ) ($r=0,4237$; $p=0,0001$), НА с индексом массы тела ($r=0,3949$; $p=0,0001$), НА с повышенным уровнем АД ($r=0,5128$; $p=0,0001$). Иммунная система реагировала дисбалансом про- и противовоспалительных цитокинов – повышением уровней интерлейкина-6 (ИЛ-6) ($p < 0,001$), фактора некроза опухолей (ФНО- α) ($p < 0,001$) и незначительным снижением интерлейкина-10 (ИЛ-10) ($p < 0,05$). Обнаружена положительная корреляционная связь между ИЛ-6 и повышенным уровнем АД ($r=0,4966$; $p=0,0001$), уровнем ИЛ-6 и индексом массы тела ($r=0,4283$; $p=0,0001$), ИЛ-6 и повышением суточной экскреции НА ($r=0,4438$; $p=0,0001$).

Выводы. Таким образом, высокая активность САС ведёт к иммуннодисбалансу гуморального иммунитета, что играет немаловажную роль в патогенезе МС, являясь маркерами прогрессирования заболевания. Эти изменения обуславливают необходимость разработки тактики патогенетически обоснованного медикаментозного лечения данной категории больных

ЗНАЧЕНИЕ СВОБОДНЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ В РАЗВИТИИ ИНСУЛИНРЕЗИСТЕНТНОСТИ И ФОРМИРОВАНИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Узбекова Н.Р., Хужамбердиев М.А., Таштемирова И.М., Усманова Д.Н.,
Тошматов Б.

Андижанский медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Формированию инсулинрезистентности (ИР) при метаболическом синдроме (МС) предшествует нарушение переноса в крови и поглощение клетками насыщенных жирных кислот (ЖК). При этом основная роль в развитии ИР принадлежит свободным жирным кислотам (СЖК).

Целью исследования явилось изучение уровня свободных жирных кислот в крови и их роль в развитии инсулинрезистентности у больных метаболическим синдромом.

Материалы и методы. Обследовано 45 больных МС (20 мужчин и 25 женщин, средний возраст $48,2 \pm 1,8$ года). МС диагностировали согласно критериям IDF (2005). Липидный спектр изучали путем определения ОХС, ХС ЛПВП, ТГ в сыворотке крови биохимическим методом с использованием экспресс – анализатора «Reflotron Plus» («Roche», Германия). Концентрацию СЖК в сыворотке крови определяли с помощью тест-системы NEFAFS («Disus», Германия). Состояние гиперинсулинемии (ГИ) определяли по уровню иммунореактивного инсулина (ИРИ) в сыворотке крови натощак. Уровень ИРИ $>12,5$ мкЕд/мл оценивался как ГИ. Состояние ИР

определяли по индексу НОМА. Индекс НОМА = ИРИ (мкЕд/мл) x ГН (ммоль/л): 22,5. При индексе НОМА >2,77 пациентов считали инсулинрезистентными.

Результаты исследований показали, что МС характеризуется резко выраженной дислипидемией с повышением уровня ТГ до $1,76 \pm 0,12$ ммоль/л и СЖК – до $0,84 \pm 0,11$ ммоль/л. В крови уровень глюкозы натощак возрастает до $6,91 \pm 0,52$ ммоль/л. Гипергликемия и повышение СЖК сопровождается гиперинсулинемией до $21,3 \pm 1,64$ мкЕд/мл. Это свидетельствует о том, что формированию ИР предшествует нарушение переноса в крови и поглощение клетками СЖК. Вследствие этого нарушаются функции рецепторов к инсулину, вторичная система передачи сигнала и поглощение клетками глюкозы. Нарушение липидтранспортного звена влечет за собой изменения в углеводном гомеостазе, обуславливая МС.

Выводы. Проведенные исследования показали, что в основе формирования ИР лежит нарушение транспорта ЖК с активацией липолиза, усиливается экскреция инсулина, приводящая к ГИ. Нарушение рецептор-опосредованного транспорта ЖК изменяет структуру клеточных мембран, что и приводит к формированию инсулинрезистентности и гиперинсулинемии.

ОСТРОФАЗОВЫЕ РЕАКТАНТЫ ВОСПАЛЕНИЯ И ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Узбекова Н.Р., Хужамбердиев М.А., Таштемирова И.М., Усманова Д.Н., Китьян С.А.

Андижанский медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Актуальной проблемой современной медицины является метаболический синдром (МС). Ведущая роль в развитии МС отводится гиперинсулинемии (ГИ) и инсулинрезистентности (ИР). Концепция ИР включает возможность влияния на липидный, белковый обмены, эндотелиальную функцию, запускает оксидативный стресс и процессы перекисного окисления липидов, развивается иммунное воспаление, с повышением содержания его маркеров – высокочувствительный С-реактивный белок, цитокины. Показатель СРБ при МС выделяют как независимый фактор риска, имеющий высокое прогностическое значение.

Целью работы. Оценка зависимости концентрации вч-СРБ от показателей липидного спектра у больных МС.

Материалы и методы. Обследовано 40 больных в возрасте 45-58 лет, с диагнозом МС. Больные рандомизированы на две группы: I-группа составила 20 больных МС+АГ; II-группа – 20 больных МС+АГ+ИБС. Контроль составили 20 волонтеров аналогичного возраста.

Результаты. Показано, что вч-СРБ имел значительный разброс значений внутри каждой группы и составил в среднем: в 1 группе – $2,95 \pm 0,13$ мг/л, во 2 группе – $4,1 \pm 0,19$ мг/л. Отмечалось повышение ОХС ($5,9 \pm 0,23$ ммоль/л) ($p < 0,01$), ЛПНП ($2,99 \pm 0,16$ ммоль/л) ($p < 0,01$), ТГ ($1,8 \pm 0,17$ ммоль/л) ($p < 0,01$), снижение ЛПВП ($0,99 \pm 0,05$ ммоль/л) ($p < 0,01$). Во 2 группе отмечалось значительное повышение ОХС ($6,14 \pm 0,28$ ммоль/л) ($p < 0,001$), ЛПНП ($3,49 \pm 0,18$ ммоль/л) ($p < 0,001$), ТГ ($2,1 \pm 0,18$ ммоль/л) ($p < 0,001$), снижение ЛПВП ($0,91 \pm 0,06$ ммоль/л) ($p < 0,001$). Отмечена достоверная прямая корреляция содержания вч-СРБ и концентрации ЛПНП ($r = 0,3647$, $p = 0,0501$), и содержания вч-СРБ и концентрации ТГ ($r = 0,4732$, $p = 0,0001$).

Выводы. Таким образом, показано, что даже так называемые «высокие нормальные» значения вч-СРБ являются прогностически неблагоприятным фактором развития ССО при МС. Диагностическая значимость данного маркера существенно возрастает при одновременном определении вч-СРБ и липидного профиля, что у больных МС с коронарной патологией является независимым фактором риска ССО.

ЭФФЕКТ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Узбекова Н.Р., Тошматов Б., Хужамбердиев М.А., Таштемирова И.М.,
Усманова Д.Н.

Андижанский медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Цель работы. Изучение влияния комбинированной антигипертензивной терапии (АГТ) на клинико-метаболические показатели у больных артериальной гипертонией (АГ) при метаболическом синдроме (МС). Из группы АГТ использованы блокаторы рецепторов АП II (БРА II) и агонисты I₁ имидазолиновых рецепторов.

Материалы и методы. Обследовано 42 больных МС, средний возраст составил $55,33 \pm 7,12$ лет, длительность заболевания от 3 до 6 лет. Диагноз МС выставлен с учётом критериев IDF (2005). Валсартан (В) назначен в дозе 80 мг в сутки и моксонидин (М) – в дозе 4 мг в сутки в течении 12 недель.

Результаты. Применение В+М дало положительные результаты по уровню АД и ряду клинико-метаболических показателей. Так, по данным офисного измерения, целевого уровня АД (130/85 мм.рт.ст.) удалось достичь у 92,0 % больных. Отмечена положительная динамика в отношении массы тела: снижение ИМТ на 12,0% ($p < 0,05$) и общей массы тела на 14% ($p < 0,05$). Уровень глюкозы крови натощак изменился недостоверно. Достоверно изменился уровень инсулина натощак на 27,0% ($r = 0,3347$; $p = 0,0507$). Гликемический индекс повысился на 41,0% ($r = 0,6850$; $p = 0,0001$). Лечение В+М оказало, в том числе, значительный симпатолитический эффект и положительно влияло на показатели САС и параметры конечных продуктов КА: А – уменьшился на 30,3% ($r = 0,5430$; $p = 0,0001$) и особенно НА – уменьшился на 38,2% ($r = 0,6656$; $p = 0,0001$). Достоверно улучшились показатели липидного обмена: ОХС уменьшился на 21,0% ($r = 0,3433$; $p = 0,0501$); ХС ЛПНП – на 17,0% ($r = 0,2705$; $p = 0,0501$); ТГ – на 22,0% ($r = 0,3992$; $p = 0,0015$); СЖК – на 35% ($r = 0,5997$; $p = 0,0001$); ИА – на 39,0% ($r = 0,6982$; $p = 0,0001$), ХС ЛПВП повышался на 15,0% ($r = 0,2505$; $p = 0,0530$). Изменились гормоны жировой ткани: уровень лептина снижался на 28,0% ($r = 0,2885$; $p = 0,0501$), уровень АН достоверно повышался на 36,0% ($r = 0,4539$; $p = 0,0001$).

Выводы. Таким образом, комбинированная АГТ больных АГ при МС воздействовала на основные звенья патогенеза МС, а именно достигла выраженного гипотензивного и симпатолитического эффекта, повысила чувствительность тканей к инсулину, сбалансировала уровень гормонов жировой ткани, улучшила липидный обмен и является препаратами выбора в лечении АГ при МС.

ОСОБЕННОСТИ СУБКЛИНИЧЕСКОГО СИНДРОМА КУШИНГА У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Урманова Ю.М., Халимова З.Ю., Наримова Г.Дж, Мадаминова Х.Р., Холова Д.Ш., Алимухамедова Г.О., Каримова М.М., Сафарова Ш.М.
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Узбекистан

Цель работы. Изучение особенностей субклинического синдрома Кушинга у женщин (СК) с метаболическим синдромом (МС).

Материал и методы. Под нашим наблюдением в отделе нейроэндокринологии РСНПМЦ Эндокринологии МЗ РУз. амбулаторно по поводу первичного или вторичного бесплодия в период с сентября 2015 по июль 2016 года было обследовано 120 пациенток фертильного возраста с МС при синдроме поликистозных яичников (СПКЯ). Средний возраст больных составил $25,5 \pm 4$ лет. 20 здоровых женщин соответствующего возраста составили

группу контроля. Всем больным выполнялся комплекс исследований, включавший общеклинические (общий анализ крови и мочи), биохимические (глюкоза крови, тест толерантности к глюкозе), гормональные (ЛГ, ФСГ, пролактин, эстрадиол, прогестерон, свободный тестостерон, дегидроэпиандростендион (ДГЭА), 17- оксипрогестерон (17 ОКС), антимюллеров гормон (АМГ), инсулин на 14 день цикла), определение кортизола в крови и свободного кортизола в суточной моче.

Результаты. Установлено, что пациентки были разделены на три группы: 1 гр. – больные с первичным СПКЯ– 23 случая (19%), 2 гр. – больные со вторичным СПКЯ при ожирении – 89 случаев (74%), 3 гр. – больные со вторичным СПКЯ и субклиническим СК - 8 случаев (7%).

В 1 группе пациенток отмечалось достоверное снижение как гипофизарных, так и овариальных гормонов на фоне гиперандрогенемии. Далее во второй группе пациенток также было выявлено достоверное снижение гипофизарных гормонов на фоне гиперандрогенемии, в то время как овариальная функция была в пределах нормы. В третьей группе пациенток также было выявлено достоверное снижение гипофизарных гормонов на фоне гиперандрогенемии, гиперкортизолемии, с гиперинсулинемией.

Выводы. Таким образом, во всех группах на 14 день цикла отмечалось достоверное снижение базальных значений ЛГ, ФСГ, ИФР-1, прогестерона, эстрадиола на фоне гиперандрогенемии. При этом во 2 и 3 группах отмечалась гиперинсулинемия. Только у пациенток 3 группы отмечалось достоверно повышенные значения ДГЭА, 17 ОКС и кортизола крови. Средние значения пролактина, АМГ были в норме.

СЛУЧАЙ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У МУЖЧИНЫ 28 ЛЕТ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ СИНДРОМА КУШИНГА

Урманова Ю.М., Ахмедова Ш.У., Ходжаева Ф.С., Рихсиева Н.Т.,
Насырова Х.К., Мирзаева У.З.

Ташкентский Педиатрический Медицинской Институт, Узбекистан

Цель работы. Изучение случая метаболического синдрома у мужчины с АКТГ зависимым синдромом Кушинга.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находится пациент Гайнуллин Н., 28 лет. Жалобы на стрии на руках, бедрах, животе, подъем артериального давления выше 150/100 мм.рт.ст., повышение веса за последние 3-4 мес, снижение потенции. Из анамнеза: считает себя больным последние 6 мес. Больному был выполнен спектр исследований, включав-

ший общеклинические, биохимические (липидный спектр, глюкозо-толерантный тест), гормональные (АКТГ, СТГ, ЛГ, ФСГ, ИФР1, пролактин, свободный тестостерон, кортизол в крови), нейро-визуализационные (МРТ гипофиза) исследования.

Результаты исследования. Установлено, что у больного при объективном исследовании было выявлено повышение АД до 150/100 мм.рт.ст., повышен индекс массы тела (ИМТ = 31,5 кг/м²). Со стороны биохимических показателей была выявлена дислипидемия, а также нарушение толерантности к глюкозе (через два часа после нагрузки уровень глюкозы составил 8,1 ммоль/л, натощак 5,3 ммоль/л). Гормональные исследования крови выявили: снижение базальных уровней СТГ (0,3 нг/мл), ЛГ (1,2 мМЕ/Л), ФСГ (2,1 мМЕ/Л), ИФР-1 (98 нмоль/л), свободного тестостерона (10,3 нмоль/л) на фоне нормального содержания пролактина, повышения АКТГ и кортизола. МРТ гипофиза выявило наличие микроаденомы гипофиза размером 5-8 мм, эндолатероселлярной локализации.

На основании вышеуказанных исследований больному выставлен клинический диагноз – осн. Кортикотропинома, эндо-латероселлярной локализации. Осл. осн.дз. Гипопитуитаризм (дефицит СТГ, ИФР-1, ЛГ, ФСГ). Вторичный гипогонадизм. Метаболический синдром (артериальная гипертензия, дислипидемия, ожирение 1 ст., инсулинорезистентность).

Выводы: Таким образом, кортикотропиномы эндолатероселлярной локализации сопровождаются в первую очередь выпадением тропной функции гипофиза в отношении СТГ, ЛГ, ФСГ, что и обуславливает развитие метаболического синдрома на фоне гиперкортизолемии.

КОРРЕЛЯЦИОННАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ КАРОТИДНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ И УРОВНЯМИ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ, ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ

Усманова З.А., Розыходжаева Г.А., Арипов А.Н.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан.

Цель работы. Изучить уровень микроэлементов, тяжелых металлов в волосах и их связь с каротидным атеросклерозом.

Материалы и методы. Были обследованы 30 лиц. Лица, вошедшие в выборку, были в возрасте 45-89 лет, средний возраст 62,82±1,17 лет. Всем пациентам проведено цветное дуплексное сканирование внечерепных отделов брахиоцефальных артерий на ультразвуковом сканере HD3 (Phillips, Нидерланды). Количественное определение уровня микроэлементов в

волосах осушествлялось методом оптико-эмиссионной спектрометрии с индуктивно-связанной аргонной плазмой на анализаторе Optima 2100 DV (Perkin Elmer, США).

Результаты. Как показали полученные результаты средний уровень Fe в волосах у больных каротидным атеросклерозом была $292,91 \pm 156,26$ мкг/г, Cu $27,28 \pm 3,6$ мкг/г, Hg $0,58 \pm 0,15$ мкг/г, Mg $510,76 \pm 83,6$ мкг/г, Ca $23928,48 \pm 4050,78$ мкг/г, K $1617,14 \pm 385,34$ мкг/г, Na $5915,096 \pm 1106,273$ мкг/г, Cd $0,60 \pm 0,19$ мкг/г, Se $37,45 \pm 4,21$ мкг/г, Zn $203,41 \pm 9,95$ мкг/г, Li $0,57 \pm 0,09$ мкг/г, Cu/Zn $0,14 \pm 0,02$. Среднее значение степени стеноза сонных артерий (СССА) составляло $75,43 \pm 2,9\%$. При проведении корреляционного анализа выявлена корреляционная обратная взаимосвязь СССА с Cu ($r = -0,26$, $p < 0,05$), Mg ($r = -0,30$, $p < 0,05$), Na ($r = -0,31$, $p < 0,05$), Zn ($r = -0,33$, $p < 0,05$), Li ($r = -0,35$, $p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, минералы прямо или косвенно могут быть вовлечены в атеросклеротические процессы. С увеличением СССА снижается уровень Cu, Mg, Na, Zn, Li в волосах.

ОСОБЕННОСТИ НУТРИГЕНЕТИКИ И ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ НА ФОНЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Фадеевко Г.Д., Никифорова Я.В., Вовченко М.Н., Буряковская А.А.
ГУ «Национальный институт терапии им. Л. Т. Малой НАМН Украины»,
Украина, Харьков

Цель: изучить взаимосвязь различных типов пищевого поведения (ПП) и особенностей нутригенетичних полиморфизмов у больных неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) на фоне гипертонической болезни (ГБ).

Материалы и методы. Обследовано 26 больных в возрасте ($51,0 \pm 2,4$) лет с НАЖБП на фоне ГБ. У всех пациентов изучены особенности ПП (с помощью опросника DEBQ) и фактического питания (ФП) (с помощью дополнительно разработанного для целей настоящего исследования опросника), проведено нутригенетическое исследование - определение нуклеотидных полиморфизмов генов PPARG2 и ADRB3 с помощью полимеразной цепной реакции с использованием наборов теста обмена веществ «Литех» (ООО НПФ).

Результаты. Установлено, что среди больных НАЖБП на фоне ГБ встречаются три типа нарушения ПП с достоверным преобладанием экстернального типа ХП над эмоциогенным и ограничительными типами 61,5% ($n=16$), 26,9% ($n=7$) и 11,6% ($n=3$), соответственно). Все обследованные

больные (n=26) были носителями полиморфизмов Pro12Ala и Trp64Arg. Из них гомозиготами Pro/Pro (носителями аллели CC) - 73% (n=19), гетерозиготами Pro/Ala (носителями аллели CG) (n=7) и гомозиготами Trp/Trp (носителями аллели TT) - 88,5% (n=23), гетерозиготами Trp/Arg (носителями аллели TC) - 11,5% (n=3). Максимальную степень выраженности нарушений ПП имели носители аллелей CC, CG и TC (для экстернального - 4,5 (4,0; 5,0) баллов, 3,8 (3,2; 4,0) баллов и 3,2 (3,0; 3,8) баллов, соответственно) ($p < 0,05$), для эмоциогенного 4,2 (4,4; 4,8) баллов, 3,6 (3,2; 4,0) баллов и 2,8 баллов (2,2; 3,2), соответственно ($p < 0,05$)). У всех больных выявлены нарушения ФП: злоупотребление «легкими» углеводами, насыщенными жирами (в т. числе fastfood), наличие недостаточного количества полиненасыщенных жирных кислот, свежих фруктов и овощей, нарушение режима питания (промежутки между приемами пищи больше, чем 4 часа, калорийный поздний ужин).

Выводы. Таким образом, максимальная степень нарушений ПП обнаружена у больных гомозигот Pro/Pro и гетерозигот Trp/Arg, что свидетельствует о наличии помимо генетической склонности к повышенному риску развития и прогрессирования метаболических нарушений еще и нарушений в питании, требующих своевременной индивидуальной коррекции с учетом выявленных полиморфизмов и типов ПП.

РОЛЬ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ИБС И ОЖИРЕНИЕМ НА УРОВНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Фазилов А.В., Кучкаров Х.М., Султанова А.И.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан
Центральная поликлиника АО «УТИ», Ташкент, Узбекистан

Инсулинорезистентность является базовым дефектом у больных ожирением с признаками метаболического синдрома, которая, как известно, определяет формирование многочисленных полиорганных осложнений, продолжительность и качество жизни больных. При этой патологии недостаточно выяснена роль печени, почек, нервной и сердечно-сосудистой систем и других органов.

Цель работы. Изучение влияния коррекции диабетической дислипидемии у больных с ИБС ФК II-III ст. в сочетании с алиментарным ожирением с признаками метаболического синдрома на липидный обмен.

Материал и методы. Обследовано 66 пациентов в возрасте от 42 до 65 лет, из них 42 пациента страдали ИБС, и 24 пациента - ИБС в сочетании с

ожирением, мужчин – 46 и 22 – женщин, длительность заболевания составило от 12 лет до 54 года. Обследованные больные прошли комплексное клиничко-биохимическое исследование: общий белок в крови и моче, общий холестерин, липопротеиды высокой, низкой и очень низкой плотности, триглицериды, показатели коэффициента атерогенности и индекс атерогенности, ферменты: АСТ, АЛТ, ЛДГ; мочевины и уратина в крови, на биохимическом анализаторе Minzdrav DS-200; также ЭКГ, УЗИ гепато-билиарной и мочевыделительной систем.

Результаты. Результаты проведенных комплексное клиничко-биохимических и функциональных методов исследования указывают, на то что, у больных ИБС в сочетании с алиментарным ожирением наряду со снижением инсулинорезистентности наблюдались снижение функционального состояния печени и почек, микроальбуминурия и изменения на ЭКГ.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о том, что у больных ИБС с повышенной массой тела возрастает риск развития не только печеночно-почечной дисфункции, но и поражение сердечно-сосудистой системы а также других органов и систем.

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

Халмухамедов Б.Т.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель: Изучить особенности проявлений метаболического синдрома (МС) у женщин в климактерическом периоде в зависимости от возраста больных и продолжительности менопаузы.

Материалы и методы: Исследование выполнено на 42 больных с МС: 22 женщин в постменопаузе в возрасте от 45 до 68 лет (средний возраст обследованных женщин составил $55,4 \pm 6,1$ года) и 20 женщин репродуктивного периода (средний возраст женщин в контрольной группе составил $34,3 \pm 2,5$ лет). Комплексное обследование больных включало в себя сбор жалоб, анамнеза, ЭКГ. Исследование биохимических показателей крови, включавшее определение содержания в сыворотке уровня базальной и постпрандиальной гликемии, липидного спектра, гликированного гемоглобина.

Результаты исследования: Основные проявления в частности сухость во рту, жажда и полидипсия достоверно чаще встречались в группах больных с менопаузальным метаболическим синдромом, одновременно с этим частота встречаемости полиурии уменьшалась с увеличением возраста. При оценке лабораторных показателей углеводного обмена (гликемия натощак,

постпрандиальная гликемия, гликированный гемоглобин) в группах обследованных отличий не было установлено – все больные находились в стадии субкомпенсации. Нами установлена выраженная дислипидемия во всех группах обследованных, а также статистически значимое нарастание показателей липидограммы (холестерина, ЛПНП, ЛПОНП, ТГ), в том числе и индекса атерогенности в группе больных с наибольшей продолжительностью менопаузы. В ходе корреляционного анализа была обнаружена сильная отрицательная корреляция между уровнем МАУ и ХС ЛПВП, и положительная с ТГ ($r=-0,79$ и $r=0,72$ соответственно, $p<0,005$). Кроме того, также была обнаружена положительная корреляция между уровнем МАУ и длительностью СД ($r=0,87$, $p<0,05$), а также между уровнем МАУ и длительностью АГ ($r=0,77$, $p<0,05$). При исследовании связи ОТ и ИМТ была обнаружена статистически значимая тесная прямая корреляция ($r=0,89$, $p<0,05$), что отражает увеличение ОТ при увеличении массы тела.

Выводы: Выраженность основного клинического комплекса метаболического синдрома нарастает с возрастом и продолжительностью периода менопаузы у женщин; метаболические нарушения проявляются степенью выраженности дислипидемии, микроальбуминурии, гипоэстрогемии, гиперлептинемии и гиперинсулиемии.

ОЦЕНКА ХАРАКТЕРА МОРФОЛОГИЧЕСКИХ СДВИГОВ СО СТОРОНЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ КРЫС С УЧЕТОМ ДОЗЫ И ДЛИТЕЛЬНОСТИ ИЗЛУЧЕНИЯ В ОСТРОМ ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Хамидова Г.М.

Ташкентский институт усовершенствование врачей, Ташкент, Узбекистан.

Цель: оценить характер морфологических изменений сердечно-сосудистой системы крыс с учетом дозы и длительности воздействия ЭМИРЧ в остром эксперименте.

Материалы и методы. Эксперимент проводили на 36 белых крысах массой 220–280 г. Для опыта крысы были разделены на 4 группы (по 10 крыс в каждой опытной и 6 в контрольной группе): 1 группа, подвергшаяся воздействию ЭМИ 50мкВт/см² и частотой 1800МГц; 2 группа - с воздействием ЭМИ в 500мкВт/см²; 3 группа - с воздействием ЭМИ в 1000мкВт/см²; 4 группа – контрольная без воздействия ЭМИРЧ. Облучения крыс было произведено в течение 1 мес. Забой крыс проводили согласно рекомендациям IACUC. Морфологические исследования проводили с помощью стандарт-

ных методов световой микроскопии, образцы ткани фиксировали в 10% растворе формалина на фосфатном буфере. Парафиновые срезы окрашивали гематоксилином и эозином (Г-Э.). Светооптические микрофотографии получали при различных увеличениях на микроскопе Axioscop–ZEISS, Биолам-И, Биолам-И2 с цифровой фотокамерой.

Результаты и их обсуждение. При исследовании структуры миокарда крыс в 1 группе животных при остром облучении ЭМИРЧ выявлены нарушения микроциркуляции миокарда с развитием его гипертрофии без признаков воспаления, нарушением тонуса артериальных и венозных сосудов, деформацией мембран клеток крови, с их агрегацией и адгезией к эндотелиальным клеткам, нарушением реологии крови и кровотока. Наблюдалась венозная гиперемия миокарда, расслоение волокон кардиомиоцитов, значительные разрывы и разволокнение фибромускулярных волокон, гиперволемиа микро- и макрососудов миокарда в субэпикардальных зонах. У 2 группы крыс отмечались более выраженные структурные изменения с гипертрофией и увеличением кардиомиоцитов, пролиферацией в области ушек сердца и предсердий, готовность к митозу. В 3 группе крыс отмечалось разволокнение и разрывы между группами миофибрилл по направлению к перикарду, с неравномерной гипертрофией волокон кардиомиоцитов с продольными надрывами. В собственном сосудистом русле наблюдались единичные и множественные форменные элементы крови, дилатация сосудов, внутривенное скопление крови, стаз с эффектом «фракционирования».

Выводы. Таким образом, по результатам морфологических исследований следует, что ЭМИРЧ оказывает значительное влияние на различные структуры сердца и сосудов, выраженность которого зависит от длительности и мощности воздействия.

ВЫЯВЛЕНИЕ ПРОЯВЛЕНИЙ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Хамраев Х.Т., Ким О.В., Хамраева Д.Х., Собирова Д.Ш., Хамраев Ш.Х.
Самаркандский Государственный Медицинский институт

Цель исследования. Установить частоту встречаемости клинических и обменных проявлений компонентов метаболического синдрома (МС) у больных с абдоминальным ожирением (АО).

Материалы и методы. Нами было проведено обследование 75 больных с (АО) в возрасте от 25 до 60 лет. Всем больным проведены следующие исследования: определение индекса массы тела, объема талии, определение

уровня гликемии натощак, постпрандиальной гликемии, липидного спектра крови, измерение артериального давления (АД).

Результаты исследования. Проведенное нами исследование выявило: у 32 больных (43%) отмечалось повышение уровня тощачевой глюкозы выше 6,1 ммоль/л, при этом средний уровень ее составил $7,1 \pm 1,3$ ммоль/л. При проведении теста толерантности к глюкозе, у 41 больного (54,6%) имело нарушение толерантности к глюкозе, при этом в эту группу вошли больные с повышением уровня тощачевой глюкозы. Так средний уровень постпрандиальной гликемии находился в пределах $9,5 \pm 1,7$ ммоль/л. При анализе уровня триглицеридов (ТГ) было выявлено, что у 46 больных (61,3%) наблюдалась триглицеридемия. В среднем уровень ТГ составил $2,4 \pm 0,28$ ммоль/л. Повышение уровня общего холестерина выше нормы наблюдалось в 60% (46 больных) случаев, средний уровень холестерина крови составил $6,4 \pm 1,1$ ммоль/л. Исследования ЛПВП показали понижение его уровня у больных с АО 56% (42 больных) случаев, его средние показатели составили в среднем $0,94 \pm 0,11$ ммоль/л. Уровень ЛПНП составил $4,5 \pm 0,5$ ммоль/л у 46,6% (35) больных. Повышение АД отмечалось у 74,6% (56 больных), из них у 26,6% (20 больных) была установлена гипертоническая болезнь I и II степени. Так, средний уровень АДс составил $150,2 \pm 9,8$ мм.рт.ст и АДд $100,3 \pm 6,7$ мм.рт.ст

Выводы. Таким образом, можно сделать вывод о том, что у большинства больных с АО (61,9%), наблюдаются проявления МС, выражающиеся высоким процентом триглицеридемией, нарушением толерантности к глюкозе, артериальной гипертензией, что требует проведения у данных больных терапии, для предотвращения осложнений компонентов МС.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ОМАКОРА И α - ЛИПОЕВОЙ КИСЛОТЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ

Хамраев Х.Т., Курбанова Н.С., Ким О.В., Хамраева Д.Х., Хамраев Ш.Х.
Самаркандский Государственный Медицинский институт

Ожирение – серьезная проблема современного общества, которая является одним из главных факторов риска многих заболеваний. Наиболее неблагоприятным является абдоминальное ожирение, сочетающийся комплексом гормональных и метаболических нарушений.

Цель исследования. Изучить эффективность применения Омакора и α -липоевой кислоты у больных абдоминальным ожирением (АО).

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 40 больных с (АО). Из общего числа пациентов были составлены 3 группы: 1гр. (13

чел.), получала традиционную терапию метформамой, гипокалорийную диету и ежедневные физические нагрузки. 2 гр. (13 чел.) - помимо традиционной терапии получила Омакор (1000 мг) по 1 капсуле 2 раза в сутки и 3 гр. (14 чел.) - традиционную терапию в сочетании Омакор и α -липоевой кислоты (300) mgos по 1 капсуле 2 раза в день.

Результаты исследования: Результаты были оценены через 12 недель комплексного лечения. Индекс Кетле был существенно снижен у больных 3 гр. в среднем на $2,7 \pm 0,6$ кг/м², у больных 2 гр. несмотря на снижение массы тела, она не входила в пределы доверительных границ. У больных 1 гр. отсутствовала динамика. Лучший результат динамики объема талии был выявлен в 3 гр. Так при изначальном объеме талии $98,4 \pm 1,8$ см у женщин и $107,9 \pm 3,8$ см у мужчин, после терапии составило $91,3 \pm 1,2$ см у женщин и $102,2 \pm 2,9$ см у мужчин. Во 2 и 3 гр. произошло снижение АД по сравнению с 1 гр. больных. Уровень ОХ исходно во всех 3 гр. превышал приемлемый показатель $6,2 \pm 1,2$ ммоль/л; $6,3 \pm 1,6$ ммоль/л и $6,3 \pm 1,4$ ммоль/л в 1, 2 и 3 группе соответственно. Лучший результат был констатирован у больных 3 гр. - $4,9 \pm 1,4$ ммоль/л, тогда как в 1 группе он оставался почти на тех же цифрах. Уровень ХС ЛПНП показал положительную динамику во всех группах. ХС ЛПВП находился в нормальных пределах только в 3 гр. и составил $1,32 \pm 0,09$ ммоль/л (при исходном $0,99 \pm 0,08$ ммоль/л). Положительная динамика отмечалась в уровне ТГ 2,3 гр. $1,6 \pm 0,14$ ммоль/л, $1,6 \pm 0,12$ ммоль (при начальном уровне $2,4 \pm 0,18$ ммоль/л, $2,4 \pm 0,18$ ммоль/л соответственно). Тошачковая гликемия во всех группах имела положительную динамику, наиболее выразившаяся в 3 группе.

Выводы. Таким образом, данные проведенного нами исследования позволяют сделать вывод о высокой эффективности проводимых терапевтических мероприятий у больных, получивших сочетание препаратов Омакор и α -липоевой кислоты.

ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕВОЧЕК ПОДРОСТКОВ С ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ

Хасанова Д.А.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, г.Ташкент

Цель: Улучшить качество профилактики метаболического синдрома среди девочек подростков страдающих гиперандрогенией (ГА) в амбулаторных условиях.

Материалы и методы: Изучены клинико-лабораторные показатели 36 девочек подростков, в возрастном интервале от 14 до 18 лет обратившихся

в семейную поликлинику с жалобами на нарушение менструального цикла. Критерии отбора: наличие признаков синдрома гиперандрогении, нарушения менструального цикла, акне, себорея, гирсутизм, избыточный вес и ожирение. В течении 9 месяцев ввелся контроль нормализации менструального цикла и МС. Все пациенты прошли индивидуальное консультирование и получили подробные рекомендации по ведению ЗОЖ и профилактики МС. Для лечения назначался комбинированный оральная контрацептив Белара содержащий этинилэстрадиол 30 мкг и хлормадинон ацетат 2 мг в циклическом режиме на 3 месяца.

Результаты. За период исследований знания и информированность девочек подростков в вопросах ГА и профилактики МС повысился с 24,5% до 72%. Приверженность к профилактике если к началу проекта по ответам составило 35%, то через 9 месяцев выросло только на 58%. Из всех опрошенных пациентов, только 8 (22%) соблюдали полный объем профилактических мер. 16 (44,4%) пациентов имели погрешности. У 14 (38,8%) приверженность к лекарственной терапии и мероприятиям по ЗОЖ был очень низкий. При осмотре девочек подростков кроме жалоб характерными на синдром ГА были выявлены следующие результаты: ИМТ в пределах нормы 18-24,9 кг/м² у 20%, избыточный вес (26-29 кг/м²) у 42%, ожирение 1 ст (30-34,9 кг/м²) у 22%, ожирение 2 ст (35-39,9 кг/м²) у 16% девочек подростков с синдромом ГА. После проведенной лечебно профилактических мероприятий ИМТ снизился в среднем на 32% за 9 месяцев в случаях избыточности массы тела и ожирения.

Выводы: Таким образом, учитывая различные индивидуальные возможности девочек подростков, наблюдение за ними должно включать не директивные методы консультирования, где пациент принимает участие в менеджменте своего состояния, и убеждение пациентов по приверженности к рациональной терапии этинилэстрадиолом 30 мкг и хлормадиноном ацетат 2 мг (Белара) и соблюдению принципов ЗОЖ, в целях профилактики МС вытекающими из состояния гиперандрогении.

НЕКОТОРЫЕ СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ ПРОТЕКАЮЩЕЙ В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Хатамова Д.Т., Саипова М.Л., Зиямухамедова М.М.,

Ибадова М.У., Самандаров А.Р.

Ташкентский институт усовершенствование врачей, Ташкент.

Цель работы. Частота встречаемости МС у больных подагрой среди лиц с различным уровнем образования.

Материалы и методы. Под наблюдением находились две выборки: 1. Репрезентативная выборка из неорганизованного населения в возрасте от 40 до 69 лет в количестве 1335 человек. 2. Выборка больных подагрой, проходивших лечение в отделении Республиканского ревматологического центра ТМА в количестве 120 человек в возрасте 40 - 69 лет.

Результаты. Наиболее часто МС встречается у больных подагрой с высшим образованием. Несколько реже МС имеет место у больных со средне-техническим и наименее часто МС – у больных подагрой со средним образованием. Различия частоты встречаемости МС у больных подагрой с высшим образованием имели статистически значимые отличия от аналогичного показателя в группе лиц со средним образованием. Одним из показателей активности пациентов в лечении того или иного заболевания является следование рекомендациям врача и применение не медикаментозных методов лечения и профилактики. К одному из таких методов относится занятие физической культурой. Поэтому, с целью оценки этого показателя была проанализирована ситуация среди обследованных пациентов в отношении занятия ими физической культурой.

Согласно полученным данным только каждый четвёртый больной подагрой регулярно занимается физкультурой. Каждый восьмой занимается физкультурой не регулярно. Озабоченность вызывает тот факт, что практически 2/3 пациентов игнорируют занятия физической культурой.

У больных подагрой, страдающих МС отмечается несколько лучшая ситуация в отношении занятий физкультурой, чем среди лиц без метаболического синдрома. В этой группе пациентов 29% больных занимаются физкультурой регулярно и ещё 13% занимаются, но не регулярно. Среди пациентов с подагрой без МС ситуация удручающая – только 5% больных регулярно занимаются физическими упражнениями, а 85% больных игнорируют физическую культуру. Этот факт можно объяснить тем, что среди врачей имеется определённая настороженность в отношении МС, вследствие чего им даются соответствующие рекомендации пациентам с МС.

Выводы. Полученные сведения указывают на то, что созрела необходимость в разработке новых подходов к просветительной работе среди пациентов с целью совершенствования принципов самоконтроля больными своего состояния.

ОЦЕНКА ПАЦИЕНТАМИ РИСКА СМЕРТНОСТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВЫЗЫВАЕМОГО ГИПЕРЛИПИДЕМИЕЙ, ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

Хатамова Д.Т., Саипова М.Л., Зиямухамедова М.М.,
Ибадова М.У., Соипова Г.А.

Ташкентский институт усовершенствование врачей, Ташкент.

Цель работы. Изучить оценку пациентами риска смертности от сердечно-сосудистых заболеваний,

Материалы и методы. Под наблюдением находились две выборки: 1. Репрезентативная выборка из неорганизованного населения в возрасте от 40 до 69 лет в количестве 1335 человек. 2. Выборка больных подагрой, проходивших лечение в отделении Республиканского ревматологического центра ТМА в количестве 120 человек в возрасте 40 - 69 лет.

Результаты. Установлено, что 6,73% пациентов с гипертриглицеридемией считает, что гиперлипидемия повышает риск сердечно-сосудистой смертности. Более чем каждый четвёртый пациент (28,85%) считает, что гиперлипидемия не увеличивает или незначительно увеличивает риск сердечно-сосудистой смертности. Большая часть больных подагрой (64,42%) уверены, что риск сердечно-сосудистой смертности обусловлен другими, отличными от гиперлипидемии причинами.

Далее был проведен аналогичный анализ в отношении связи подагры с избыточной массой тела и ожирением. Среди 120 пациентов, страдающих подагрой, ИМТ выявлена у 64 человек (53,33%), а ожирение у 38 человек (31,66%). Таким образом, выявлена высокая частота встречаемости ИМТ и ожирения среди больных подагрой, которая в целом составила 84,99%.

В такой ситуации большое значение приобретает проведение лечебно-профилактических мероприятий в отношении ИМТ и ожирения. В этом процессе, пожалуй, ведущую роль играет отношение пациентов к ИМТ и ожирению и оценка ими состояния своего веса тела. В связи с этим проанализирована оценка состояния своего веса среди больных подагрой имеющих различную массу тела. Как оказалось, только 37,5% лиц с ИМТ критически оценивают свой вес. Вместе с тем, более половины больных с ИМТ считают, что у них нормальный вес. Особо следует отметить тот факт, что 6,25% больных с ИМТ уверены, что у них имеет место пониженный вес тела. Аналогичный анализ среди лиц с ожирением показал, что среди этой категории больных имеет место более адекватная оценка состояния своего веса. Так

78,95% пациентов с ожирением признают, что у них имеет место повышенная масса тела. Вместе с тем, более чем каждый пятый пациент с ожирением (21,05%) оценивает состояние своего веса как нормальное. Из этих данных следует, что среди больных подагрой страдающих ИМТ и ожирением имеет место довольно неадекватная оценка состояния своего веса. При этом, менее критично относятся к своему весу больные с ИМТ.

Выводы. Изучения мнения пациентов о роли факторов риска в смертности от сердечно-сосудистых заболеваний показало, что большая часть больных не признают значение этого фактора в увеличении риска сердечно-сосудистой смертности. Полученные сведения указывают на то, что созрела необходимость в разработке новых подходов к просветительной работе среди пациентов с целью совершенствования принципов самоконтроля больными своего состояния

ВЗАИМОСВЯЗЬ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ, ГИПЕРИНСУЛИНЕМИИ И ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Хужамбердиев М.А., Узбекова Н.Р., Тоштемирова И.М., Усманов Б.Б.
Андижанский медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Распространенность метаболического синдрома (МС) имеет эпидемические масштабы и требует своевременной диагностики, эффективного лечения и профилактики. В основе развития МС лежит целая группа факторов риска с повышенным риском возникновения ИБС. В развитии ИБС большое значение имеют механизмы атеросклероза и оксидативный стресс (ОС).

Цель работы. Анализ взаимосвязей инсулинемии и параметров оксидативных нарушений при метаболическом синдроме.

Материалы и методы. Обследовано 30 мужчин и 50 женщин в возрасте $50,2 \pm 0,7$ года с диагнозом МС. Контроль составили 20 волонтеров.

Результаты исследования показали, что у мужчин базальная инсулинемия (БИ) превышала контроль в 2 раза, подтверждая наличие гиперинсулинемии (ГИ). Аналогично отмечены высокие уровни САД ($p < 0,01$) и ДАД ($p < 0,01$). Отмечена более высокая степень отложения абдоминальной жировой ткани ($p < 0,001$), триглицеридов (ТГ) ($p < 0,001$), ХС ЛПНП ($p < 0,001$). Так же отмечена прямая корреляция БИ с параметрами массы тела: индексом массы тела (ИМТ) ($r = 0,3247$; $p = 0,0501$), объемом талии (ОТ) ($r = 0,3033$; $p = 0,0501$). Уровень БИ прямо коррелировал с ТГ ($r = 0,3146$; $p = 0,0501$), обратно – с ХС ЛПВП ($r = -0,2749$; $p = 0,0530$). Концентрация малонового диальдегида (МДА) у мужчин превышала контроль в 2 раза ($p < 0,001$). Уровень

МДА коррелировал с ОТ и объемом бёдер (ОБ). Уровень каталазы (КА) резко снижался ($p < 0,001$). Отмечена обратная корреляционная связь уровня КА с БИ ($r = -0,2817$; $p = 0,0537$) и ОТ ($r = -0,2949$; $p = 0,0501$). У женщин уровни БИ были значительно ниже. Уровень БИ коррелировал с ОТ ($r = 0,3065$; $p = 0,0501$). Повышенный уровень МДА коррелировал с инсулином. Аналогично мужчинам, у женщин уровень КА резко снижен и отмечена обратная корреляционная связь КА с инсулином ($r = -0,2956$; $p = 0,0501$). Инсулинемия влияет на параметры ОН двояким образом – прямо (корреляция МДА), обратно (корреляция с КА) и опосредованно через характеристику более выраженного у них АО (корреляции БИ с ОТ и ОТС с МДА и КА).

Выводы. Полученные результаты позволяют говорить о важной патофизиологической роли ИР и гиперинсулинемии в индукции механизмов абдоминального ожирения и реализации половых различий в интенсивности оксидативных нарушений при метаболическом синдроме.

ВКЛАД КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ СТРУКТУРНО-ГЕОМЕТРИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Хужамбердиев М.А., Узбекова Н.Р., Таштемирова И.М., Китьян С.А.,
Усманов Б.Б.

Андижанский медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Несмотря на то, что связь метаболического синдрома (МС) с гипертрофией левого желудочка (ГЛЖ) хорошо установлена, до настоящего времени роль метаболических нарушений в развитии и прогрессировании структурных изменений левого желудочка (ЛЖ) сердца полностью не определена.

Целью работы явилось изучение клинико-патофизиологических особенностей структурно-геометрических изменений левого желудочка у больных МС и определение факторов, вносящих существенный вклад в развитие и прогрессирование структурных изменений ЛЖ у этих больных.

Материалы и методы. Обследованы 60 пациентов с диагнозом МС (30 мужчин и 30 женщин) в возрасте 35-60 лет (в среднем $47,5 \pm 5,1$ года). Контроль составил 20 человек, сопоставимых по возрасту и полу. МС диагностировали согласно критериям IDF (2005). Состояние структуры ЛЖ оценивали по данным ЭхоКГ. Толщину стенок и размеры полостей сердца в фазы систолы и диастолы измеряли в М-режиме по формуле L. Teichhoeltz. ММЛЖ рассчитывали по формуле R. Devereux.

Результаты исследования показали, что ИМТ у пациентов с МС в среднем составил $34,4 \pm 3,8$ кг/м², вес пациентов – $110 \pm 12,2$ кг, уровень глюкозы

натошак – $7,1 \pm 2,3$ ммоль/л, инсулин натошак – $19,6 \pm 10,8$ мкЕд/мл, С-пептид – $1553,3 \pm 401,7$ пмоль/л, НВА1С – $8,8 \pm 1,8\%$. При анализе данных ЭхоКГ была выявлена гипертрофия ЛЖ у 62,5% пациентов: 38,3% – концентрическая гипертрофия, 18,2% – эксцентрическая гипертрофия, 6,0% – концентрическое ремоделирование ЛЖ. Нарушения диастолической функции ЛЖ определялись у 39,2% пациентов. Дилатация левого предсердия имела у 28% больных. Корреляционный анализ показателей ЭхоКГ и углеводного, жирового обменов выявил следующие взаимосвязи: ММЛЖ и ИМТ ($r=0,3725$; $p=0,0501$), ММЛЖ и вес пациента ($r=0,5311$; $p=0,0001$), ММЛЖ и глюкоза натошак ($r=0,4237$; $p=0,0001$), ММЛЖ и НВА1С ($r=0,7128$; $p=0,0001$), размер полости левого предсердия и вес пациента ($r=0,4325$; $p=0,0001$), размер полости левого предсердия и уровень инсулина натошак ($r=0,5436$; $p=0,0001$), размер полости левого предсердия и С-пептид ($r=0,3568$; $p=0,0501$), размер полости левого предсердия и ИМТ ($r=0,6247$; $p=0,0001$).

Выводы. Таким образом, полученные результаты указывают на роль углеводных нарушений и абдоминального ожирения у больных МС в развитии ремоделирования миокарда.

ЮИК ВА АБДОМИНАЛ СЕМИРИШ АНИҚЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ЛИПИДЛАР СПЕКТРИНИ АНИҚЛАШ

Хўжамбердиев М.А., Бўстанов Ш., Таштемирова И.М., Узбекова Н.Р.,
Қодирова Г.И.

Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон, Ўзбекистон

Охирги йилларда ЮИК муаммоси касалланишлар сонини кўпайиши, ўлим кўрсаткичларининг ортиши, турли ёш ва касбдагиларни меҳнат қобилиятини йўқотаётганлиги туфайли нафақат тиббий аҳамиятга, балки ижтимоий аҳамиятга ҳам эга бўлмоқда. Кўп ҳолатларда ЮИК, хатарли омилларнинг биргаликдаги таъсири сабабли ривожланиши мумкин, шулар қаторига қон зардобдаги паст зичли липопротеидлар (ЛПЗЛП) миқдорини ортиши қиради. Ёғ кислоталар тутувчи ҳайвон ёғларини ортиқча истеъмоли хужайралар мембранасидаги фосфолипидларнинг структур ўзгаришлари ва хужайра ичида инсулин сигналлар ўтишини назорат қилувчи генлар экспрессиясининг бузилишига олиб келади. Дунёнинг бир қатор мамлакатларида ўтказилган илмий тадқиқотлар маълумотларига кўра, абдоминал семизлик қандли диабет ва ЮИК нинг шаклланишида асосий хавф омиллари ҳисобланади.

Мақсад: ЮИК ва абдоминал семириш билан оғриган беморларда липидлар алмашинувини ўрганиш.

Олинган натижалар: Жаъми 20 та беморлар текширувга олинди 2 гуруҳга бўлиб олинди. I гуруҳ – назорат гуруҳ (10 та) соғломлар, II гуруҳ – ЮИК ва абдоминал семириш булган беморлар (20 та). Беморларнинг ёши 29-69 ёшни ташкил қилган. Бизнинг текширишларимиз мобайнида қуйидагича натижалар олинди. Липидлар спектри эса II-гуруҳда УХС-5,9±0,1ммоль/л, назорат гуруҳга нисбатан 34,4%га ошган. ТГлар миқдори II-гуруҳда I-гуруҳга караганда 12%га ортган. ЮЗЛП II-гуруҳда назорат гуруҳга нисбатан 18,7%га пасайган. ПЗЛПлар 3,1±0,07ммоль/лгача сезиларли бу I-гуруҳга нисбатан 45,8%га ошганлиги аниқланди. АИ кўрсаткичи 3,05±0,06 бирлик, бу I-гуруҳга нисбатан 38%га юқори бўлди (P<0,05).

Хулоса: Шундай қилиб, ЮИК ва абдоминал семириш аниқланган беморларда липидлар спектрининг сезиларли ўзгаришлари аниқланди. Қон зардобиди умумий холестерин ва ПЗЛПнинг ортиши ва ЮЗЛПни камайиши билан номоён бўлди. Бу текширишлар ЮИКни олдини олиш ва бу хасталикда статинларни тавсия этишга кўрсатма бўлади.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ РЕФРАКТЕРНОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ ИБС С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Хусанов А.А., Талипова Ю.Ш., Азизова Ф.Ф., Адилова И.Г.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан.

Целью. Изучение эффективности препарата ранолозин (ранекса) при рефрактерной к лечению нитратами ишемии миокарда у больных ишемической болезнью сердца на фоне метаболического синдрома (МС).

Материалы и методы. Под наблюдением находились и включены в исследование 57 больных (ср. возраст 64,6±3,2 года) с диагнозом ИБС. Стабильная стенокардия напряжения ФК II-III, с проявлениями кардио-метаболического синдрома. У 38 (66,7%) больных в анамнезе перенесенный инфаркт миокарда, у 42 (73,7%) больных артериальная гипертензия. Больные принимали бета-блокаторы, аспирин (и/или клопидогрель), ингибиторы АПФ, статины и др. Все больные отмечали отсутствие эффекта на различные принимаемые во время приступа быстродействующие нитраты. При этом приём пролонгированных форм нитратов также не оказывали влияния на частоту, количество и продолжительность приступов стенокардии, а также на длительность и переносимость физической нагрузки. Всем пациентам к стандартной антиишемической терапии добавлен препарат ранекса по 1000 мг 2 раза в день.

Результаты. Установлено, что применение ранолазина удовлетворительно переносился, у пациентов не было отмечено клинически значимых

изменений ЧСС или АД в покое или при нагрузке, не проявлялись другие побочные эффекты и жалобы. Результаты исследования показали, что ранекса оказывает антиангинальные по уменьшению количества и продолжительности приступов стенокардии в неделю и противоишемические эффекты по динамике ЭКГ показателей в покое и при нагрузке у пациентов с тяжелой стенокардией, симптомы которой ранее сохранялись, несмотря на регулярное лечение стандартными препаратами.

Выводы. Таким образом, препарат ранолазин рекомендуется для применения больным со стабильной стенокардией, при рефрактерной, малоэффективной стандартной терапии (бета-адреноблокаторы, антагонисты кальция, нитраты) или в случаях, а также препарат выбора при наличии выраженных побочных эффектов антиангинальных препаратов в частности нитратов. У больных стенокардией напряжения ранолазин эффективно повышает толерантность к физической нагрузке и уменьшает тяжесть постишемических нарушений диастолической функции миокарда, не влияя на факторы, определяющие потребность миокарда в кислороде (частоту сердечных сокращение и артериальное давление). Хорошая переносимость и малое количество побочных эффектов позволяют рекомендовать его для широкого применения у пациентов с резистентной ИБС на фоне МС.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИЕЙ

Ша-Ахмедова Л.Р., Борзова Н.С., Азимова М.И.

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Цель: Изучение факторов предрасположенности метаболического синдрома и состояния фактического питания детей раннего больных пневмонией с бронхиальной обструкцией.

Материалы и методы: Всего обследованы 138 детей раннего возраста, из которых у 117 была пневмония с бронхиальной обструкцией и у 21 - пневмония без бронхиальной обструкции. В процессе выполнения работы нами было изучено фактическое питание детей раннего возраста, больных пневмонией с бронхиальной обструкцией, учет и оценка которого, проводились анкетно-опросным методом.

Результаты: Из анамнеза в группе детей больных пневмонией с бронхиальной обструкцией паратрофией страдали 16,7% детей с БО, тогда как в контрольной группе она не наблюдалась. При анализе питания детей, боль-

ных пневмонией с бронхиальной обструкцией в возрасте до 1 года, находящихся на естественном, смешанном и искусственном вскармливании, было выявлено, снижение содержания белка на 7,2% (2,7г/кг) и 13,7% (3 г/кг) ниже нормы соответственно, а потребление жиров было снижено на 12% (4,4г/кг), в том числе дефицит жиров растительного происхождения. Содержание углеводов в пище было выше норм на 9,3% (15,3г/кг), среднесуточный набор продуктов существенно отличался от рекомендуемого. Анализ питания детей старше 1 года в группе больных пневмонией с бронхиальной обструкцией, также выявил снижение содержания в нем белков на 13,5% (3,4 г/кг), в частности белков животного происхождения - в 1,7 раза по сравнению с нормой. Потребление жиров было снижено на 15% (3,3 г/кг), в частности жиров растительного происхождения - в 1,4 раза, в то время как содержание углеводов в рационе было увеличено на 13,2% (15,5 г/кг) за счет легкоусвояемых сахаров. В питании детей старше 1 года в группе больных пневмонией без бронхиальной обструкции, выявлено снижение содержания белков на 9,7% (3,6 г/кг). Содержание жиров снижено на 10,3% (13,59 г/кг), а углеводов увеличено на 11,4% (13,4 г/кг), что лишь незначительно отличалось от нормы.

Выводы: Таким образом, нерациональное питание детей раннего возраста могут стать предпосылкой развития метаболического синдрома в старшем возрасте. Кроме того, избыточное потребление пищевых веществ, и как следствие этого –ожирение связано с состоянием хронического субклинического воспаления, в связи с чем, значительно возрастает риск связанных с ним заболеваний, включая атеросклероз, диабет, воспалительные заболевания дыхательных путей и жировой гепатоз.

УРОВЕНЬ ГОМОЦИСТЕИНА И СРБ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПАЦИЕНТОВ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ И СОПУТСТВУЮЩИМ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Шадманова Л.А.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

В последние годы появляется все больше данных, свидетельствующих о важной роли воспаления, «эндотелиоза» и других метаболических изменений в патогенезе сердечно-сосудистых, неврологических заболеваний. По результатам многих исследований, маркеры воспаления могут являться независимыми факторами риска в патогенезе артериальной гипертензии и ме-

таболического синдрома. В этой связи особый интерес представляет гипергомоцистеинемия (ГГЦ), способствующая повреждению эндотелия и формированию сосудистой воспалительной реакции.

Цель исследования: оценить уровень гомоцистеина и СРБ в сыворотке крови у больных с дисциркуляторной энцефалопатией.

Материалы и методы. Обследовано 50 пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией в возрасте от 45 до 60 лет. У пациентов определялись: ГЦ (методом иммуноферментного анализа с использованием диагностических наборов фирмы Axis, Норвегия) в сыворотке крови, СРБ (методом иммуноферментного анализа).

Результаты. У обследованных нами пациентов средние значения ГЦ составили 12,2 ммоль/л, СРБ – 5,3 мг/л. У пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией мы выявили достоверную коррелятивную связь между повышенными уровнями СРБ и ГЦ в сыворотке крови.

Выводы. Концентрация СРБ в сыворотке крови пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией находится в прямой корреляционной связи с уровнем ГЦ в сыворотке крови, что свидетельствует о повреждающем действии ГЦ на сосудистую стенку, что влечет за собой гиперпродукцию СРБ, как одного из маркеров сосудистой воспалительной реакции.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Шкапо В.Л., Несен А.А., Валентинова И.А.

ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков, Украина

Цель работы. Оценить качество жизни (КЖ) у пациентов с метаболическим синдромом (МС) и коморбидной патологией.

Материалы и методы. Обследованы 95 пациентов с абдоминальным ожирением (АО) и артериальной гипертензией (АГ) а также коморбидной патологией. В исследовании приняли участие 35 (36,8%) мужчин и 60 (63,2%).

Диагностику компонентов МС проводили согласно критериев Международной федерации по изучению диабета (IDF, 2005). Все больные, вместе с МС, имели сопутствующие заболевания: ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, сахарный диабет, хроническую болезнь почек. КЖ определяли с помощью специального опросника Sf-36 в соответствии с 36 пунктами, сгруппированных в восемь шкал.

Результаты. Обследованные больные имели значительное, по сравнению со здоровой популяцией, снижение оценок по всем шкалам. Особенно низкими были показатели по шкалам, которые характеризовали ролевую деятельность ($42,1 \pm 4,6$) и ($49,5 \pm 3,2$). Общие показатели физического и психологического компонента здоровья были значительно меньшими по сравнению с нормальными для популяции значениями ($42,0 \pm 5,1$) и ($40,8 \pm 2,7$).

При сравнении КЖ больных с ожирением II и III степени было обнаружено незначительное снижение показателей по всем шкалам во второй категории больных. КЖ больных с ожирением III степени было достоверно ниже по таким шкалам, как – физическое функционирование на (9,46%), ролевая деятельность на (6,27%), общее состояние здоровья на (9,35%), социальное функционирование на (6,74%), по сравнению с КЖ больных с ожирением I степени ($p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, больные с ожирением III степени чувствуют значительные трудности, как при выполнении физических нагрузок (уборка, подъем и перенос небольших грузов) так и при общении с людьми (друзьями, родственниками), в результате ухудшения физического и эмоционального состояния.

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ГЛИКЕМИИ И ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

Шодикулова Г.З., Бабамурадова З.Б.

Самаркандский Государственный медицинский институт,
Самарканд, Узбекистан

Цель работы. Изучить взаимосвязь показателей гликемического и липидного спектра у больных хронической сердечной недостаточностью при сахарном диабете 2 типа.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 42 больных с ХСН в сочетании СД 2 типа в возрасте от 50 до 65 лет. Всем больным было выполнено биохимический анализ крови для определения уровня общего холестерина, триглицеридов, липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), липопротеиды высокой плотности (ЛПВП), а также определение глюкозы натощак и гликозирированного гемоглобина (HbA1C). Первую группу составили 20 больных с ХСН без СД 2 типа, во второй группе 22 больных с ХСН в сочетании СД 2 типа.

Результаты. Установлено, что у больных входящие в первую группу было выявлено такие осложнения как атеросклеротическая ангиопатия у 9

больных. Функциональный класс (ФК) ХСН – I степени (ст) у 11 больных, II ст у 9 больных. У этих больных средний показатель фракция выброса (ФВ) составило – 52%. У исследуемых во второй группе - полинейропатия у 8, ретинопатия у 6, нефропатия у 8 больных. ФК ХСН – II и III ст у 19 больных, ФВ – 48% соответственно. Анализ лабораторных исследований первой группы показало следующее: общий холестерин – 7,1 ммоль/л, триглицериды – 4,1 ммоль/л, ЛПНП – 5,68 ммоль/л, ЛПВП – 0,69 ммоль/л, глюкоза – 5,8 ммоль/л, HbA1C – 6,9%. Во второй группе эти показатели значительно изменились общий холестерин – 8,2 ммоль/л, триглицериды – 5,3 ммоль/л, ЛПНП – 6,43 ммоль/л, ЛПВП – 0,54 ммоль/л, глюкоза – 8,3 ммоль/л, HbA1C – 9,4%.

Выводы. Таким образом, у больных ХСН в сочетании с СД 2 типа уровень липидного и гликемического спектра значительно меняется, так как при СД 2 типа микро и макроангиопатия сосудов является фактором для развития атеросклеротических изменений, которые в свою очередь приводит к грозным осложнениям, такие как, инсульт, инфаркт миокарда, тромбоэмболия легочной артерии.

ПРИМЕНЕНИЕ БЕТА-БЛОКАТОРОВ ТРЕТЬЕГО ПОКОЛЕНИЯ ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА, КАК ПОЛИМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

Шумова Н.В., Залюбовская Е.И.

Харьковский национальный медицинский университет,
г. Харьков, Украина.

Цель исследования. Улучшение диагностики и лечения больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с инсулиннезависимым сахарным диабетом, обусловленной ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы исследования. Было обследовано 104 больных. Уровень про- и противовоспалительных цитокинов определяли иммуноферментным методом. Учитывая специфику поражений миокарда и развития ХСН на фоне сахарного диабета II типа, лечение карведилом проводилось с применением стандартной терапии вазодилататорами (изодинит динитрат), диуретиками (фуросемид), дигоксином и сахароснижающими препаратами (метформин+глибенкламид). Эффекты медикаментозной терапии оценивались при курсовом лечении по истечении 4-6 недель после проведенных исследований.

Результаты. При исследовании было выявлено повышение уровней ($P < 0,05$) фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа) - $78 \pm 6,1$ (пг/мл), интерлейкина (ИЛ)-1бета - $47 \pm 3,1$ (пг/мл), ИЛ-4 - $48 \pm 2,8$ (пг/мл), ИЛ-6 - $59 \pm 4,8$ (пг/мл) у больных ХСН II функционального класса. При III функциональном классе ХСН показатели цитокинов были несколько выше и составили: ФНО-альфа - $89 \pm 5,3$ (пг/мл), ИЛ-1бета - $59 \pm 5,4$ (пг/мл), ИЛ-4 - $55 \pm 3,9$ (пг/мл), ИЛ-6 - $73 \pm 1,9$ (пг/мл). На фоне лечения карведилолом отмечалось снижение цитокинов у больных со II функциональным классом до следующих цифр: ФНО-альфа - $60 \pm 3,5$ (пг/мл), ИЛ-1бета - $36 \pm 5,8$ (пг/мл), ИЛ-4 - $37 \pm 3,8$ (пг/мл), ИЛ-6 - $47 \pm 4,6$ (пг/мл) и у пациентов с III функциональным классом ХСН до: ФНО-альфа - $68 \pm 4,8$ (пг/мл) ИЛ-1бета - $48 \pm 3,8$ (пг/мл), ИЛ-4 - $46 \pm 3,5$ (пг/мл), ИЛ-6 - $60 \pm 2,8$ (пг/мл).

Выводы. Полученные нами данные свидетельствуют о том, что лечение ХСН, обусловленной ИБС с сахарным диабетом с применением карведилола способствовало снижению цитокиновой активности и дают основание широко применять этот препарат в лечении полиморбидной патологии в клинике внутренних болезней.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА АССОЦИИРОВАННОГО С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Юлдашева Г.Р., Хамрабаева Ф.И.

Ташкентский институт усовершенствование врачей, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучение эффективности комплексной терапии с включением энзимов, статинов и инсулиновых сенситайзеров у больных хроническим панкреатитом ассоциированным с метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы. Под наблюдением находились 60 больных с хроническим панкреатитом ассоциированным с МС в возрасте от 18 до 60 лет. Контрольную группу составили 14 здоровых лиц. Больным было проведено: антропометрия, клиничко-биохимические (амилаза, АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТП, ТГ, ОХ, ЛПНП, ЛПОНП, ЛПВП) и инструментальные (УЗИ, КТ) методы исследования. Исследовали концентрацию глюкозы крови, уровень инсулина, индекс инсулинорезистентности по формуле НОМА-IR. В ходе исследования пациенты с ХП ассоциированным с МС были разделены на 2 подгруппы в равных количествах в зависимости от получаемой терапии. В первой подгруппе больные принимали в составе традиционной терапии таблетированный панкреатин 6 табл./сут.+ препарат сульфанилмочевины (амарил 1мг/сут.) + статины (симвастатин 20мг/сут.); вторая подгруппа прини-

мала комплексную терапию с включением микрокапсулированного панкреатина (Тризим Микрокапс 60000 Ед/сут), статинов (Аторвастатин 20 мг/сут) и инсулиновых сенситайзеров (Диаформина 500-1000 мг/сут.)

Результаты. Показана патогенетическая обоснованность проводимой терапии по сравнению с традиционной терапией. После проведенного комплексного лечения болевой синдром купировался у 95%; метеоризм исчез у 20% больных первой подгруппы и 92% пациентов второй подгруппы; признаки учащенного стула нормализовались у 45% первой и 75% пациентов второй подгруппы; стеаторея исчезла у 40% больных первой, против 89% второй подгруппы. А также комплексная терапия больных с ХП ассоциированного с МС привела к разнонаправленным изменениям в показателях липидного и углеводного спектра крови, в частности, уменьшение уровня общих ХС, ТГ, ХС ЛПНП до 37%, увеличение уровня ХС ЛПВП на 70%; снижение глюкозы на 17%, инсулина в крови на 12 % и индекса НОМА-IR на 30%.

Выводы. Таким образом, проведенная комплексная терапия при ХП ассоциированного с МС оказывает выраженное положительное влияние на функциональное состояние ПЖ, улучшая пищеварения, на липидный обмен, препятствуя атерогенной дислипидемии, на углеводный обмен, восстанавливая чувствительность тканей к инсулину в организме.

РОЛЬ АДИПОКИНОВ В ФОРМИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Юлдашева Г.Р.

Цель работы. Изучение роли адипокинов (адипонектина, резистина, лептина) в формировании хронического панкреатита у больных метаболическим синдромом.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 50 больных хроническим панкреатитом с метаболическим синдромом в возрасте от 18 до 60 лет. Контрольную группу составили 14 здоровых лиц. Исследовали глюкозу глюкозооксидазным методом используя наборы фирмы «HUMAN». Индекс инсулинорезистентности рассчитывался по формуле НОМА-IR. Значение больше чем 2.27 рассматривался как наличие инсулинорезистентности. Уровень инсулина в крови исследовали иммуноферментным методом, наборами фирмы «DBG- Diagnostics». При уровне инсулина натошак выше 12,5 мкЕД/мл диагностировали гиперинсулинемию. Уровень лептина

адипонектина и резистина в крови исследовали иммуноферментным методом, используя наборы фирмы «DBC» и BioVendor», поставляемым компанией «БиоХимМак».

Результаты. Доказано, что уровень общего холестерина был повышен у 53% пациентов, триглицерид - у 72,4%, ХС ЛПНП - у 58% больных. Установлено, у всех больных достоверное повышение показателей гликемии натощак, а также после орального глюкозотолерантного теста по сравнению с контрольной группой, однако не достигающих критериев диагностики сахарного диабета. Индекс НОМА-IR был достоверно выше у больных по сравнению с группой контроля, что указывало на прогрессирование нарушений метаболизма глюкозы у этих пациентов. Обращает на себя внимание более высокий уровень лептина на 46% в сыворотке крови у больных хроническим панкреатитом с метаболическим синдромом. Концентрация резистина и адипонектина в исследуемой группе не имели статистически значимых различий. Наблюдаемое повышение уровня лептина в сыворотке крови у обследуемых больных, концентрация которой почти в 1,5 раза возрастает при рассматриваемой патологии, можно рассматривать одним из факторов патогенеза инсулинорезистентности. Уровень лептина положительно коррелирует с массой и индексом массы тела. Динамика снижения уровня адипонектина, видимо была обусловлена развитием состояния инсулинорезистентности и ожирения. При снижении резистина повышается чувствительность клеток адипоцитов к инсулину и захвату этими клетками глюкозы, т.е. способствует увеличению массы тела и ожирению.

Выводы. У больных ХП ассоциированной МС отмечаются достоверно высокие значения липидного и углеводного спектра крови, состояние гиперлептинемии, гиперрезистинемии и более низкое содержание адипонектина, что следует учитывать при лечении таких больных.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Ярмухамедова Г.Х., Хидоятова М.Р., Ярмухамедова С.Х., Абдуллаева Ч.А.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан.

Цель работы. Изучение «качества жизни» больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и метаболическим синдромом (МС) на фоне применения препарата венорм.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 32 больных в возрасте 45-65 лет со стенокардией напряжения II- III ФК и МС. Больные были

разделены на 2 группы. 1-ая (основная) группа больных получали стандартную терапию ИБС и дополнительно принимали венорм по 0,4 г 2 раза в сутки. Для оценки качества жизни больных использовали опросник Seattle Angina Questionnaire (SAQ).

Результаты. Установлено достоверная положительная динамика субъективной оценки и особенно физической работоспособности больных после лечения, в группе, дополнительно получавших венорм. Анализ результатов шкалы PL (ограничение физических нагрузок), у больных до лечения показало выраженное снижение физической активности, составив 61,8%, после лечения отмечалось увеличение среднего показателя на 10,1% vs 2,6 % в контрольной группе, при более детальном анализе эти улучшения были обусловлены с лучшей переносимостью физических нагрузок при занятиях спортом. При анализе ответов по шкале AS и AF (шкалы стабильности приступов и частоты приступов) у более половины больных основной группы, отмечалось значительное урежение приступов и количества применяемых таблеток нитроглицерина. По вопросам шкалы TS (шкала удовлетворенности лечением), при анализе ответов основной группы, получены наиболее лучшие результаты, что было обусловлено со снижением сердечных болей, но и к тому же объясняется отсутствием побочных эффектов при приёме препарата и хорошей его переносимостью. Венорм способствовал существенному и достоверному уменьшению частоты приступов стенокардии (причём у половины пациентов приступы совсем прекратились). Лучшие показатели были получены при оценке шкалы TS (шкала удовлетворенности лечением), возможно связанные хорошей переносимостью препарата. Ни у одного больного не наблюдались побочные явления, связанные с приёмом препарата. Средняя оценка переносимости в баллах составила 4 балла (очень хорошая).

Выводы. Таким образом, МС в общей клинической картине ИБС у больных снижает их качество жизни, существенно снижая трудовую и повседневную активность. Венорм хорошо переносится и является эффективным и безопасным препаратом в терапии больных с ИБС и МС.

ASSESSMENT OF THE LEVEL OF DAMAGE TO THE HEART AND BLOOD VESSELS UNDER THE INFLUENCE OF RADIO FREQUENCY ELECTROMAGNETIC RADIATION IN THE EXPERIMENT

Kayumov U.K., Khamidova G.M.

Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education, Tashkent, Uzbekistan

Introduction. The aim of the study was to investigate the level of antigen-binding lymphocytes (ABL) to tissue antigens (TAG) of the pericardium, endocardium, myocardium, arteries and veins, as a prognostic criterion of the degree and depth of defeat of the cardiovascular system depending on the different doses and exposure to radio frequency electromagnetic radiation (RF-EMR) in the experiment.

Materials and methods. The experiment was conducted on 72 white male rats weighing 220 -280 g, contained on a conventional diet and microclimatic conditions, in accordance with current regulations. For the experiment, rats were divided into 4 groups: - Group 1 (n = 20), RF-EMR 50 mW / cm², a frequency of 1800 MHz; 2nd group (n = 20) - RF-EMR 500 mW / cm²; 3rd group (n = 20) - RF-EMR 1000 mW / cm²; 4th group (n = 12) - control intact rats without RF-EMR exposure. Duration of RF-EMR exposure: acute - 1 month, and chronic - 3 months. Slaughter of rats performed on the IACUC recommendations. The level of damage to the heart (pericardium, myocardium, endocardium) and blood vessels were determined to identify ABL specifically sensitized to TAG of the heart and blood vessels in the laboratory of clinical morphology and immunology at the Institute of Epidemiology, microbiology and infectious diseases.

Results and Conclusions. The results show that the development of pathological processes in organs and systems of the living body occurs at even the low doses. As the dose and duration of exposure increases, we observe the destructive changes in the organs and tissues, which indicator is antigen-binding lymphocytes specifically sensitized to the appropriate tissue antigens, dynamics of which is a specific diagnostic and prognostic criterion for lesion depth.

DETERMINATION OF MELDONIUM IN URINE OF SPORTSMEN WITH USE OF CHROMATOGRAPHY-MASS SPECTROMETRY METHODS

Soliev A.B., Mamadrahimov A.A., Mavlyanov I.R.1,
Hojimetov A.A., Karimov M.Sh.
Republican scientific center of sports medicine, NOC,
Tashkent, Republic Uzbekistan

Aim of study: Development of method of qualitative and quantitative determination of meldonium in urine of sportsmen.

Materials and methods of study: For study method of high pressure reverse-phase chromatography (RP HPLC) on chromatograph Ultimate 3000 Quaternary Standard with triple quadrupole mass spectrometer TSQ Quantum Access Max Thermo Fisher Scientific (USA) has been used.

Results of study: Method of qualitative and quantitative meldonium determination was developed with use of high pressure reverse-phase chromatograph (RP HPLC) Ultimate 3000 Quaternary Standard with triple quadrupole mass spectrometer TSQ Quantum Access Max Thermo Fisher Scientific (USA) using an obreshchenno-phase chromatography of a high pressure (OF ВЭЖХ) Ultimate 3000 Quaternary Standard with threefold квадрупольным mass spectrometer TSQ Quantum Access Max firms Thermo Fisher Scientific (USA) on octadecyl silane column. As mobile phase was used H₂O for isocratic elution and acetonitrile/water in the ratio 80:20 for gradient elution. The Mass Spectrometer data has been received at ionisation of analyzed substance heated up by electronic shock. It is necessary to notice that earlier published studies on determination of meldonium in human biological liquids are based on hydrophilic interacted liquid chromatography because of high polarity of molecule.

Meldonium content has been defined on the basis of the peak areas of standard solutions, prepared by us on the basis of preparations. The calibration curve of chromatography analyses has shown good linearity. Values of limit of concentration determination were between 0.02 – 0.025 ng/μl and value of limit of concentration determination was within 0.040 – 0.050 ng/μl. Linear regress has shown good linear relations for meldonium standards in RP HPLC (R²=0.9997).

Conclusion: Developed method has been successfully used in practice for determination of content of meldonium in samples of urine of sportsmen and it has shown high informativeness. It is established that by means of developed method it is possible to define trace quantities of meldonium even in presence of undesirable impurity.

СОДЕРЖАНИЕ

Абдукадирова М.К., Исмаилова М.А., Саидумарова Д.С. ОСОБЕННОСТИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ГРУППЫ РИСКА В ПЕРИОД АДАПТАЦИИ	1
Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Турсунов Р.Р., Исхаков Ш.А., Турдикулова Ш.У., Убайдуллаева З.З., Шарипова А.А. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ СТАТИНОВ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА С НАРУШЕНИЯМИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА	2
Абдумаликова Ф.Б., Нуриллаева Н.М. ОЦЕНКА ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ КОМПОНЕНТОВ КОМПЛАЕНТ-НОСТИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ПОВЫШЕННОЙ МАССОЙ ТЕЛА	3
Адилова И.Г., Тулабаева Г.М., Хусанов А.А., Нурмухамедова Н.С. ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	4
Аль-Травнех Е.В., Беловол А.Н., Ильченко И.А. ОСОБЕННОСТИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МАССЫ ТЕЛА	5
Аляви А.Л., Рахимова Д.А., Сабирджанова З.Т., Назирова М.Х. ИЗМЕНЕНИЯ СПЕКТРАЛЬНЫХ И ВРЕМЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ ОСЛОЖНЕННОЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	6
Акбаров З.С., Акрамова Г.Г., Тахирова Ф.А. МНОГОФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ РИСКА РАЗВИТИЯ ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ С УЧЕТОМ ГЕНЕТИЧЕСКОГО МАРКЕРА	7
Алиева А.В., Исмаилов С.И., Рахимова Г.Н. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА СРЕДИ ЛИЦ УЗБЕКСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ: РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГА	8

Арзамасцева О.В. , Овсиенко А.Б. МИНЕРАЛЬНЫЕ ВОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ	9
Аслонова И.Ж., Аслонова Ш.Ж. ИЗУЧИТЬ ВЗАИМОСВЯЗЬ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА РАЗЛИЧНЫМ ТИПОМ КОНСТИТУЦИИ С НАРУШЕНИЕМ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА	10
Аслонова И.Ж., Аслонова Ш.Ж., Ражабова Г.Х. ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА «СИОФОР» ПРИ ХРО- НИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ С НАРУШЕННОЙ ТОЛЕРАНТНО- СТЬЮ К ГЛЮКОЗЕ	11
Ахмедова С.М., Миршарапов У.М. ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ СО СТРУКТУРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ МИОКАРДА	12
Ахмедова Ш.У., Даминова М.Н., Шерматова З.А., Мирахмедова Н.Н. ХАРАКТЕР ИММУНОГЕНЕТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У ДЕТЕЙ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА С ДИСБИОТИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ	13
Бабажанов А.С., Тоиров А.С., Ахмедов А.И. ПРИМЕНЕНИЕ СУКЦИНАСОЛА КОРРЕКЦИЯ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ	14
Бабажанов А.С., Курбанов Э.Ю., Ахмедов А.И. ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА	16
Бабак О.Я., Лапшина Е.А. НЕКОТОРЫЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ПАЦИЕНТОВ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ	17
Бадритдинова М.Н., Жураева Х.И., Ражабова Г.Х. ПОВЫШЕНИЕ ЗНАНИЙ НАСЕЛЕНИЯ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА О НЕОБХОДИМОСТИ СНИЖЕНИЯ РИСКА СЕРДЕЧНО-СО- СУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	18
Бадритдинова М.Н., Жураева Х.И., Кадыров Б.С. АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН	19

- Бадритдинова М.Н., Жураева Х.И., Рауфов А.А.** 20
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ
СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ КАК ОСНОВНОЙ КРИТЕРИЙ МЕТАБОЛИЧЕ-
СКОГО СИНДРОМА
- Безденежных А.В., Сумин А.Н., Иванов С.В., Барбараш О.Л.** 21
ПАРАДОКС ОЖИРЕНИЯ ПРИ КОРОНАРНОМ ШУНТИРОВАНИИ:
СВЯЗЬ ЧАСТОТЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ИНФАРКТА МИО-
КАРДА С ИНДЕКСОМ МАССЫ ТЕЛА
- Безденежных Н.А., Сумин А.Н., Безденежных А.В., Барбараш О.Л.** 22
ВКЛАД ПРЕДИАБЕТА В ОТДАЛЕННЫЙ ПРОГНОЗ ПАЦИЕНТОВ,
ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ
- Безденежных Н.А., Сумин А.Н., Федорова Н.В.,** 23
Безденежных А. В., Индукаева Е.В., Артамонова Г.В.
СВЯЗЬ ВИСЦЕРАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ, АРТЕРИАЛЬНОЙ
ЖЕСТКОСТИ И НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА ПО
ДАНЫМ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭССЕ-РФ В РЕГИОНЕ ЗАПАДНОЙ СИБИРИ
- Беловол А.Н., Бобронникова Л.Р.** 24
ФАКТОРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ
НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ
БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
- Бобронникова Л.Р.** 25
ВЛИЯНИЕ ДИСБАЛАНСА ИРИСИНА НА ТЕЧЕНИЕ
НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ В СОЧЕТАНИИ
С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА
- Бобронникова Л.Р., Беловол А.Н., Ильченко И.А.** 27
ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ
И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК
ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ
- Болтабоев С.А., Азизов С.В., Азизов Н.Н.** 27
АНТИСТРЕССОВАЯ ПЛАСТИЧЕСКАЯ ГИМНАСТИКА В
КОРРЕКЦИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ДИА-
БЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ
- Болтаева Н.Н., Абзалова М.Я., Манашова А.Р., Умарова У.А.** 28
УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ
НАРУШЕНИЙ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

Борзова Н.С., Арипов О.А., Ша-Ахмедова Л.Р. КОАГУЛОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	29
Борзова О.Ю., Рындина Н.Г., Кожин М.И. ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬ- НЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ИХ КОРРЕКЦИЯ АТОРВАСТАТИНОМ	30
Борзова-Коссе С.И., Писклова В.В. ПОКАЗАТЕЛИ УРОВНЕЙ ТРОМБОСПОНДИНА-2 У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	31
Боровик Е.Н., Рындина Н.Г. ВЗАИМОСВЯЗЬ КОНЦЕНТРАЦИИ ВИТРОНЕКТИНА С ИНДЕКСОМ МАССЫ ТЕЛА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И ОЖИРЕНИЕМ АБДОМИНАЛЬНОГО ТИПА	32
Бочкова Л.П., Носиров Ш.Н., Курбанова Ф.Р., Вахидова С.Б. КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.	33
Бочкова Л.П., Курбанова Ф.Р., Вахидова С.Б. ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА ТЕЧЕНИЕ ОСТЕОАРТРОЗА.	34
Валиев Р.Р., Сидорова А.Г., Фаррахов А.М. РОЛЬ ИЗБЫТКА МАССЫ ТЕЛА В РАЗВИТИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ЖЕЛУДКА	36
Вялкова А.А., Лебедева Е.Н., Афонина С.Н. ИЗМЕНЕНИЕ АДИПОКИНОВОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПРИ ОЖИРЕНИИ И ПАТОЛОГИИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ	37
Гаджиева Л.У., Комиссаренко Ю.И. АНАЛИЗ СТЕПЕНИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВИТАМИНОМ ДЗ ОРГАНИЗМА БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА С НЕАЛКОГОЛЬ- НОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ	38
Гармаза Ю.М., Зубрицкая Г.П., Кутько А.Г., Слобожанина Е.И. СПЕКТРАЛЬНО-ЛЮМИНЕСЦЕНТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БЕЛКОВ ПЛАЗМЫ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА	38

Гунько А. В. РОЛЬ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В РАЗВИТИИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ	39
Джамалова Ш.А. ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА РАЗВИТИЕ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА	40
Долгова Л.Н., Голицын А.В., Долгов Н.В. МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ И ГЕНДЕРНАЯ КОМОРБИДНОСТЬ: ВЗАИМОСВЯЗИ С КОМПОНЕНТНЫМ СОСТАВОМ ТЕЛА	40
Ермак А.С., Гелдиев Д. MRproADM КАК МАРКЕР МАНИФЕСТАЦИИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И ОЖИРЕНИЕМ	41
Есламгалиева Ш.Н., Колмакова А.О., Передерина Е.А. СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ	42
Железнякова Н.М., Зеленая И.И., Пасиешвили Т.М., Фролова-Романюк Э.Ю. МЕХАНИЗМЫ ЭСКАЛАЦИИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ДЕВИАЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОСТЬЮ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУК- ТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА	44
Жураева Х.И., Бадридинова Б.К. ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА СРЕДИ НЕОРГАНИЗОВАННОГО ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ	45
Жураева Х.И., Бадридинова Б.К. ОЦЕНКА МНЕНИЯ ЖЕНЩИН О СТЕПЕНИ РИСКА ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ	46
Завгородняя Н.Ю., Коненко И.С., Ягмур В.Б., Петишко О.П., Лукьяненко О.Ю. ВОЗМОЖНОСТИ НЕИНВАЗИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ СТЕАТОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ	47
Заикина Т.С., Бабаджан В.Д., Бегмурадова Л. ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА	48

- Залюбовская Е.И., Шумова Н.В.** 49
ЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС КАК ИНДИКАТОР ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ АНТРАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА ПРИ ЭРОЗИВНОМ ПОРАЖЕНИИ
- Захидова М.З., Кдырбаева Ф.Р.** 50
ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ
- Ибадова О.А., Курбанова З.П.** 51
ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ (ПОЛ) И ИХ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОМ МЕХАНИЗМЕ РАЗВИТИЯ АНЕМИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ.
- Исаева А.С., Буряковская А.А., Вовченко М.Н., Резник Л.А., Гопций Е.В.** 52
ВЛИЯНИЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА НА ХРОНИЧЕСКИЙ СТРЕСС У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
- Исанбаева Л.М., Нигматуллина И.И., Шаикрамова Н.Х.** 53
ОПЫТ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ В ОРГАНАХ РЕПРОДУКЦИИ
- Искандаров Э.Р., Эшбоев А.Т., Искандарова Д.Э., Дусалов И.Б., Алимардонова Қ.П.** 54
БОШ МИЯ ҚОН АЙЛАНИШИ ЎТКИР БУЗИЛИШИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА МЕТАБОЛИЗМНИНГ БУЗИЛИШИНИ БАҲОЛАШ
- Искандерова С.Дж., Кулдашев Т.А., Мусаева Ш.З., Максудова М.Б.** 55
МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ КАК ФАКТОР ХРОНИЗАЦИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА
- Исмаилов С.И.** 56
БИГУАНИДЫ – В ПРОФИЛАКТИКЕ РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИПА 2
- Исмаилов С.И., Алиева А.В., Рахимова Г.Н.** 57
ОЦЕНКА 10-ЛЕТНЕГО РИСКА РАЗВИТИЯ СД 2 ТИПА СРЕДИ ЛИЦ УЗБЕКСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ: РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГА

- Исмаилов С.И., Абдувахабова М.Б.** 58
ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
- Исмаилова М.А., Сулейманова Л.И., Нафасова Н.Н.** 59
ЭФФЕКТ МАТЕРИНСКОГО МОЛОКА НА ЖЕЛТУХИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ
- Исхакова Х.И., Шадманова Н.А., Саипова М.Л.** 60
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МОДИФИЦИРОВАННОГО МЕТОДА ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ОСНОВНЫХ ГРУПП НЕФЕРМЕНТИРУЮЩИХ ГРАМОТРИЦАТЕЛЬНЫХ БАКТЕРИЙ (НГОБ)
- Исхакова Х.И., Саипова М.Л.** 62
ГРАММАНФИЙ БАКТЕРИЯЛАРНИНГ БЕТАЛАКТАМ АНТИБИОТИКЛАРНИ ГИДРОЛИЗЛОВЧИ ФЕРМЕНТЛАР ИШЛАБ ЧИҚАРИШИНИ ТАСДИҚЛОВЧИ ФЕНОТИПИК УСУЛЛАР
- Кадыкова О.И.** 63
ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДОГРАММЫ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ОЖИРЕНИЕМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕНОТИПОВ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ СИНТАЗА ОКСИДА АЗОТА (Glu298Asp)
- Каландарова У.А., Каюмов У.К., Ибадова М.У.** 64
ВЛИЯНИЕ НОРМАЛИЗАЦИИ МАССЫ ТЕЛА НА СУРОГАТНЫЕ И МЯГКИЕ КОНЕЧНЫЕ ТОЧКИ У ЛИЦ С НАРУШЕНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ ФАЗ ГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КРИВОЙ
- Каримов М.Ш., Юлчиев С.Т., Мавлянов И.Р.** 65
ПРИМЕНЕНИЕ КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЯ У ФУТБОЛИСТОВ 14-18 ЛЕТ, ИМЕЮЩИХ ДЕФОРМАЦИЮ СВОДА СТОПЫ, В ПРОЦЕССЕ УЧЕБНО-ТРЕНИРОВОЧНЫХ ЗАНЯТИЙ.
- Каримов М.Ю., Якубджанов Р.Р., Ибадова М.У.** 66
СОСТОЯНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ О ФАКТОРАХ РИСКА ПЕРЕЛОМОВ
- Касимбекова Г.К.** 67
ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ ДИЕТЫ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ
- Касимбекова Г.К., Захидова М.З., Фазылов А.В.** 68
ОСНОВНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Касимбекова Г.К., Хасанова Д.А. ВЛИЯНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА НА РАЗВИТИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА	69
Каюмов У.К., Каландарова У.А., Зиямухамедова М.М., Ибадова М.У. РОЛЬ НАРУШЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФАЗ ГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КРИВОЙ В ФОРМИРОВАНИИ ЖЁСТКИХ КОНЕЧНЫХ ТОЧЕК	70
Каюмов У.К., Хатамова Д.Т. ЧАСТОТА НЕКОТОРЫХ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ	71
Кдырбаева Ф.Р. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЗВЕНА	72
Кириченко И.Н. СОСТОЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ.	73
Ковалёва Ю.А., Шелест Б.А., Майорова М.В., Шелест А.Н. ОКСИД АЗОТА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ	74
Коваль С.Н., Снегурская И.А., Хасанова Х.Д., Мысниченко О.В., Пенькова М.Ю., Божко В.В. ВЛИЯНИЕ ИСХОДНЫХ УРОВНЕЙ АНГИОПОЭТИНА-2 НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ	75
Коваль С.Н., Хасанова Х.Д., Юшко К.А., Старченко Т.Г., Конькова В.С. ВЛИЯНИЕ БЛОКАТОРА РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II НА УРОВНИ АПЕЛИНА КРОВИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	76
Корниенко Д.А. ОСОБЕННОСТИ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ С СОПУТСТВУЮЩИМ ОЖИРЕНИЕМ	77

- Котелюх М.Ю.** 78
ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ МАТРИКСНОЙ МЕТАЛОПРОТЕИНАЗЫ-13 У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫБОРА ТАКТИКИ И ДИНАМИКИ ЛЕЧЕНИЯ
- Кочергина А.М., Игнатова Ю.С., Хорлампенко А.А., Каретникова В.Н., Барбараш О.Л.** 79
ВЫЯВЛЕНИЕ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА ПЕРЕД ПЛАНОВЫМ ЧРЕСКОЖНЫМ КОРОНАРНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ
- Кочергина А.М., Каретникова В.Н., Барбараш О.Л.** 80
МОЛОДЫЕ МУЖЧИНЫ – ГРУППА ПОВЫШЕННОГО ВНИМАНИЯ В ОТНОШЕНИИ ФАКТОРОВ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА
- Кравчун П.Г.** 81
СОСТОЯНИЕ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С ПОСТИН-ФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ, САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ОЖИРЕНИЕМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВАСПИЕМИИ
- Кравчун П.Г., Сыпало А.О., Паштиани Р.В.** 82
ИЗМЕНЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ СТЕНОЗА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА
- Крапивко С.А., Некрасова Ю.В.** 83
ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ВЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПОВ ДИСЛИПИДЕМИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА
- Красивина И.Г., Носков С.М., Лаврухина А.А., Крылова В.Н., Плужарова П.А., *Горшкова Н.Б., *Мельникова О.Л.** 84
СТРЕССОВАЯ ГИПЕРГЛИКЕМИЯ ПРИ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЯХ РИТМА СЕРДЦА
- Курбанова Ф.Р., Вахидова С.Б, Бочкова Л.П, Усманова Д.У.** 85
КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ УРСОСАНА И РОЗУВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
- Курбанова Ф.Р., Бочкова Л.П., Вахидова С.Б., Усманова Д.У.** 86
НЕБИВАЛОЛ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
- Лебедева Е.Н., Сетко Н.П.** 87
ВЗАИМОСВЯЗЬ Д-ВИТАМИННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ОЖИРЕНИЯ В ДЕТСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

- Лутфуллаев Г.У., Кобилова Ш.Ш., Нураддинов Х.Э., Тахиржанова П.К.** 88
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПАПИЛЛОМАМИ НОСА И ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ
- Лутфуллаев Г.У., Сафарова Н.И., Мухтарова Д.А., Нураддинов Х.Э.** 89
ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ СИНУСИТОВ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ
- Лутфуллаев Г.У., Валиева Н.К., Тахирджанова П.К.** 90
РЕНТГЕНО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ЭЛЕМЕНТОВ ГЛОТКИ И МЯГКОГО НЁБА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ БОЛЬНЫХ ХРАПОМ И ОБСТРУКТИВНЫМ АПНОЭ ВО СНЕ
- Марченко И.В., Гарбузова В.Ю.** 91
СВЯЗЬ ПОЛИМОРФИЗМА K121Q ГЕНА ENPP1 У БОЛЬНЫХ С СД 2-ГО ТИПА С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ГЛЮКОЗЫ И ГЛИКОЗИЛИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА
- Мавлянов И.Р., Каримов М.Ш., Мавлянов З.И.** 92
ИЗУЧЕНИЕ ТИПОВ ТЕМПЕРАМЕНТА У СПОРТСМЕНОВ-ФУТБОЛИСТОВ
- Майлян Д.Э.** 93
ВЛИЯНИЕ РОЗУВАСТАТИНА НА ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ЭНДОТЕЛИАЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
- Матвеев В.А., Матвеева С.А.** 94
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВЗАМОДЕЙСТВИЙ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ АМИНОТРАСФЕРАЗ И ЛИПИДАМИ КРОВИ У МУЖЧИН С ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛЬНЫМ ГЕПАТИТОМ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА
- Матвеева С.А.** 95
ЗНАЧЕНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ АССОЦИАЦИЙ ПАРАМЕТРОВ АЦЕТИЛЯТОРНОГО/ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО СТАТУСА И ЛИПИДОВ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТМ МИОКАРДА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА
- Матвеева С.А.** 96
ЗНАЧЕНИЕ ОЦЕНКИ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ КРЕАТИНФОСФОКИНАЗЫ И ЭЛЕКТРОЛИТОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ У ЖЕНЩИН С ИНФАРКТМ МИОКАРДА, АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

- Милославский Д.К., Снегурская И.А., Божко В.В., Щенявская Е.Н.** 97
ВОЗМОЖНОСТИ ДИЕТОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ
ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ПРИЗНАКАМИ
МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА
- Молодан В.И., Железнякова Н.М., Просоленко К.А., Молодан Д.В.** 98
ВЛИЯНИЕ ФЕНОФИБРАТА НА МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ
У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ
И ОЖИРЕНИЕМ
- Молотягин Д.Г., Лучко Н.О.** 99
ПЕНТРАКСИН-3 КАК ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ
СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕ-
СКИМ СИНДРОМОМ
- Муминова Г.Г., Фаттахов Ш.А.** 100
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КРАС-
НОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ (КПЛ) СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА НА
ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА ВТОРОГО ТИПА
- Мусаева Ш.З., Искандерова С.Дж., Махмудова З.Х.** 102
КОМПОНЕНТЫ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У
БОЛЬНЫХ СКВ, ЛЕЧЕННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМИ
- Мустафакулов М.А., Иргашева С.У., Ибрагимов З.З., Эсанов Р.С.,
Матчанов У.Д.** 103
ИЗУЧЕНИЕ АНТИОКСИДАНТНЫХ СВОЙСТВ НЕКОТОРЫХ СУ-
ПРАМОЛЕКУЛЯРНЫХ КОМПЛЕКСОВ ГЛИЦИРРИЗИНОВОЙ КИС-
ЛОТЫ С ПРИРОДНЫМИ ПОЛИФЕНОЛЬНЫМИ СОЕДИНЕНИЯМИ
- Мухамедова М.Г.** 104
СОСТОЯНИЕ ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИ-
ЧЕСКИМ СИНДРОМОМ С ХСН НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ТОРАСЕМИДОМ
- Мухамедова М.Г., Тулобаева Г.М., Хусанов А.А., Сагатова Х.М.** 105
БЕЗБОЛЕВАЯ ИШЕМИЯ МИОКАРДА ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ
СИНДРОМЕ
- Насирова У.Ф., Юсупова З.З.** 106
МОНИТОРИНГ ГЛЮКОЗЫ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ
ОТ МАТЕРЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.
- Несен А.А., Шкапо В.Л., Измайлова Е.В., Валентинова И.А.** 107
ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФЕНОФИБРАТА ПРИ МЕ-
ТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ.

Нурғалиева Ж.Ж. ЗНАЧЕНИЕ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА	108
Нурмухамедов А.И., Абдуллаев А.Х., Туляганова Д.К., Югай Л.А., Рузметова И.А. ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ В ПЕРИМENOПАЗУАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ	110
Олешко Т.Б., Юрченко В.С., Гарбузова В.Ю. АССОЦИАЦИЯ C+70G ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА EDNRA С ОЖИРЕНИЕМ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ АТЕРОТРОМБОТИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ	111
Опарин А.А., Кудрявцев А.А., Яранцева Н.А., Семенова Н.В., Лаврова Н.В. ДИНАМИКА И ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМАХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ	112
Очилова Д.А. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ СРЕДИ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	113
Очилова Д.А., Хусанов С.А. ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА МУЖЧИН	114
Пасиешвили Л.М. МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ (ГЭРБ) ПРИ ОЖИРЕНИИ	114
Рахимова Г.Н., Алиева А.В., Исмаилов С.И. СОЧЕТАНИЕ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА, ОЖИРЕНИЯ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ ЖЕНЩИН УЗБЕКСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ	116
Рахимова Г. Н., Джураева А.Ш., Шарустамова З.А., Хайдарова Р.Т., Кадирханова М. Т, Маннапова У.Р., Юлдашева Н.У. ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПЕРЕНОСИМОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТФОРМИНА «Radiks», (Узбекистан) ПРИ СД 2 ТИПА.	117
Рахимова Г.Н., Исмаилов С.И., Алиханова Н.М., Убайдуллаева Н.Б., Есимова Д.М., Тахирова Ф.А., Икрамова Ф.А., Джураева А.Ш., Тилляшайхова И.М.	118

- ВЛИЯНИЕ 3 МЕСЯЧНОЙ ТЕРАПИИ ЛИРАГЛУТИДА (ВИКТОЗА) НА УРОВЕНЬ ТРАНСАМИНАЗЫ И ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПРИ СД 2 ТИПА С ЖИРОВОЙ ДИСТРОФИЕЙ ПЕЧЕНИ
- Рахимова Г.Н., Садыкова А.С.** 119
КЛИНИЧЕСКИЕ И НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С СД 1 ТИПА С ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ ДИАБЕТА ВЫШЕ 10 ЛЕТ
- Рахимова Г.Н., Азимова Ш.Ш.** 119
ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПРИ ЭКЗОГЕННО–КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОМ ОЖИРЕНИИ
- Рахимова Д.А. Сабирджанова З.Т., Закирова У.Р., Назирова М.Х.** 120
ВЗАИМОСВЯЗЬ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ
- Рахимова Д.А., Сабирджанова З.Т., Закирова У.Р., Назирова М.Х.** 122
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЦЕНТРАЛЬНОЙ, ЛЕГОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ
- Рахманкулова З.Ж., Сайдалиева Н.М., Ходжамова Н.К.** 123
УРОВЕНЬ ЭССЕНЦИАЛЬНЫХ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ.
- Рахманкулова З.Ж., Бекчанова Б.Б., Амизян Н.М.** 124
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С РИСКОМ ВНУТРИУТРОБНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ.
- Рузиев О.А., Очилова Д.А.** 125
ХАВФ ОМИЛЛАРИНИ КОРРЕКЦИЯ ҚИЛИШ- ЮРАК ҚОН ТОМИР КАСАЛЛИКЛАРИ ТЕРАПИЯСИНИНГ МЕЗОНИ СИФАТИДА
- Рузиев О.А., Таиров М.Ш., Бакаев И.К.** 126
ДИСЛИПИДЕМИЯНИНГ ҚОН БОСИМИ НАЗОРАТИГА ТАЪСИРИ
- Садыкова Г.А., Абдуллаев А.Х., Арипов Б.С., Таджиходжаева Ю.Х., Узенбаева Ф.В., Турсунбаев А.К.** 127
ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ НА ТРОМБОЦИТЫ И ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

- Саипова М.Л., Алимов С.С., Хатамова Д.Т., Зиямухамедова М.М., Ибадова М.У.** 128
КАРДИОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАРИДАН КЕЛИБ ЧИҚУВЧИ ЎЛИМ ХОЛАТЛАРИДА УГЛЕВОД АЛМАШИНУВИ БУЗИЛИШИНING ЎРНИ
- Снегирева И.А., Гарбузова В.Ю., Швачко Д.В.** 129
АССОЦИАЦИЯ K121Q ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ENPP1 С ОЖИРЕНИЕМ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ
- Табаченко Е.С., Кравчун П.Г., Олефир А.С.** 130
ОЦЕНКА КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ И МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ, КОНЦЕНТРАЦИИ АПЕЛИНА-12 И ОБЕСТАТИНА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА ФОНЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ
- Таирова З.К.** 131
ВЛИЯНИЕ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ, ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
- Таиров М.Ш., Рузиев О.А. Очилова Д.А.** 132
ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ НЕКОТОРЫХ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА
- Талипова Ю.Ш., Мамадалиева Я.С.** 133
ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ГЕСТАЦИОННОЙ ГИПЕРТОНИИ
- Тастанова Р.М., Насирова У.Ф.** 134
ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ УРОВНЯ КАРНИТИНОВОГО СТАТУСА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ
- Ташкенбаева Э.Н., Мирзаев Р.З., Насырова З.А., Хасанжанова Ф.О., Кадырова Ф.Ш** 134
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ РАННЕЙ ПОСТИНФАРКТНОЙ СТЕНОКАРДИИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ
- Ташкенбаева Э.Н., Хасанжанова Ф.О., Хайдарова Д.Д., Суннатов Г.И.** 136
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В ПРАКТИКЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
- Ташкенбаева Э.Н., Тогаев Д.Х., Кадырова Ф.Ш.** 137
ВЛИЯНИЕ БЕССИМПТОМНОЙ ГИПЕРУРИКЕМИИ НА ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОИМ

- Таштемирова И.М., Хужамбердиев М.А., Узбекова Н.Р., Кадилова Г.И., Усманов Б.Б.** 138
МЕТАБОЛИК СИНДРОМ КУЗАТИЛГАН ФЕРТИЛ ЁШДАГИ
АЁЛЛАРДА ЛИПИДЛАРНИНГ ПЕРОКСИД ОКСИДЛАНИШ
ЖАРАЁНИ ВА ДИСЛИПИДЕМИЯ ХОЛАТЛАРИДА
ЛИПАНТИЛ БИЛАН ДАВОЛАШ
- Таштемирова И.М., Хужамбердиев М.А., Узбекова Н.Р.,
Кадилова Г.И., Таджибаева М.И.** 139
ПОЭТАПНАЯ ДИАГНОСТИКА И ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ
МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА
- Тулабаева Г.М., Талипова Ю.Ш., Хусанов А.А., Шаропова Д.С.,
Назирова Н.В.** 140
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕЛМИСАРТАНА
У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
- Тулабоева Г.М., Исмаилова М.Ш., Атаханова Л.Э., Мирзаахмедова
Н.А.** 141
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕБИВАЛОЛА И
МЕТАПРОЛОЛА В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У
ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ
- Турдиева Д.Э., Мухамедова Х.Т., Турсунова Н.Э., Алимова З.А.** 142
МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ
ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ
ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ
- Турдиева Д.Э.** 143
ЧАҚАЛОҚЛАР ПНЕВМОНИЯСИДАГИ МЕТАБОЛИК
ЎЗГАРИШЛАРГА ИНФРАҚИЗИЛ НУРЛАРИНИНГ ТАЪСИРИ
- Убайдуллаев А.М., Рахимова Д.А., Сабирджанова З.Т.,
Закирова У.Р., Назирова М.Х.** 144
СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЙ ЗАВИСИМОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПЕРИФЕ-
РИЧЕСКОГО КРОВОТОКА И ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА У БОЛЬ-
НЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ОСЛОЖНЕННОЙ ЛЕГОЧ-НОЙ АР-
ТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
- Узбекова Н.Р., Хужамбердиев М.А., Таштемирова И.М.,
Китьян С.А., Кадырова Г.И.** 145
ВЗАИМОСВЯЗЬ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ И
СИМПАТИКО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ В РАЗВИТИИ
МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

- Узбекова Н.Р., Хужамбердиев М.А., Таштемирова И.М.,
Усманова Д.Н., Тошматов Б.** 146
ЗНАЧЕНИЕ СВОБОДНЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ В РАЗВИТИИ
ИНСУЛИНРЕЗИСТЕНТНОСТИ И ФОРМИРОВАНИИ
МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА
- Узбекова Н.Р., Хужамбердиев М.А., Таштемирова И.М.,
Усманова Д.Н., Китьян С.А.** 147
ОСТРОФАЗОВЫЕ РЕАКТАНТЫ ВОСПАЛЕНИЯ И ПОКАЗАТЕЛИ ЛИ-
ПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ
- Узбекова Н.Р., Тошматов Б., Хужамбердиев М.А.,
Таштемирова И.М., Усманова Д.Н.** 148
ЭФФЕКТ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ
ТЕРАПИИ НА МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ АРТЕ-
РИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ
- Урманова Ю.М., Халимова З.Ю., Наримова Г.Дж,
Мадаминова Х.Р., Холова Д.Ш., Алимухамедова Г.О.,
Каримова М.М., Сафарова Ш.М.** 149
ОСОБЕННОСТИ СУБКЛИНИЧЕСКОГО СИНДРОМА КУШИНГА У
ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
- Урманова Ю.М., Ахмедова Ш.У., Ходжаева Ф.С., Рихсиева Н.Т.,
Насырова Х.К., Мирзаева У.З.** 150
СЛУЧАЙ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У МУЖЧИНЫ 28 ЛЕТ
КАК ОСЛОЖНЕНИЕ СИНДРОМА КУШИНГА
- Усманова З.А., Розыходжаева Г.А., Арипов А.Н.** 151
КОРРЕЛЯЦИОННАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ КАРОТИДНЫМ
АТЕРОСКЛЕРОЗОМ И УРОВНЯМИ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ,
ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ
- Фадеев Г.Д., Никифорова Я.В., Вовченко М.Н., Буряковская А.А.** 152
ОСОБЕННОСТИ НУТРИГЕНЕТИКИ И ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ
У БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ
ПЕЧЕНИ НА ФОНЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ
- Фазилов А.В., Кучкаров Х.М., Султанова А.И.** 153
РОЛЬ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ИБС И ОЖИРЕНИЕМ НА УРОВНЕ МЕ-
ТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА
- Халмухамедов Б.Т.** 154
ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО

СИНДРОМА У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ	
Хамидова Г.М.	155
ОЦЕНКА ХАРАКТЕРА МОРФОЛОГИЧЕСКИХ СДВИГОВ СО СТОРОНЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ КРЫС С УЧЕТОМ ДОЗЫ И ДЛИТЕЛЬНОСТИ ИЗЛУЧЕНИЯ В ОСТРОМ ЭКСПЕРИМЕНТЕ	
Хамраев Х.Т., Ким О.В., Хамраева Д.Х., Собирова Д.Ш., Хамраев Ш.Х.	156
ВЫЯВЛЕНИЕ ПРОЯВЛЕНИЙ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ	
Хамраев Х.Т., Курбанова Н.С., Ким О.В., Хамраева Д.Х., Хамраев Ш.Х.	157
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ОМАКОРА И α- ЛИПОЕВОЙ КИСЛОТЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ	
Хасанова Д.А.	158
ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕВОЧЕК ПОДРОСТКОВ С ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ	
Хатамова Д.Т., Саипова М.Л., Зиямухамедова М.М., Ибадова М.У., Самандаров А.Р.	159
НЕКОТОРЫЕ СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ ПРОТЕКАЮЩЕЙ В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.	
Хатамова Д.Т., Саипова М.Л., Зиямухамедова М.М., Ибадова М.У., Соипова Г.А.	161
ОЦЕНКА ПАЦИЕНТАМИ РИСКА СМЕРТНОСТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВЫЗЫВАЕМОГО ГИПЕРЛИПИДЕМИЕЙ, ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ	
Хужамбердиев М.А., Узбекова Н.Р., Тоштемирова И.М., Усманов Б.Б.	162
ВЗАИМОСВЯЗЬ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ, ГИПЕРИНСУЛИНЕМИИ И ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ	
Хужамбердиев М.А., Узбекова Н.Р., Таштемирова И.М., Китьян С.А., Усманов Б.Б.	163
ВКЛАД КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ СТРУКТУРНО-ГЕОМЕТРИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ СЕРДЦА	

У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

- Хўжамбердиев М.А., Бўстанов Ш., Таштемирова И.М.,
Узбекова Н.Р., Қодирова Г.И.** **164**
ЮИК ВА АБДОМИНАЛ СЕМИРИШ АНИҚЛАНГАН БЕМОРЛАРДА
ЛИПИДЛАР СПЕКТРИНИ АНИҚЛАШ
- Хусанов А.А., Галипова Ю.Ш., Азизова Ф.Ф., Адилова И.Г.** **165**
ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ РЕФРАКТЕРНОЙ ИШЕМИИ МИО-
КАРДА У ПАЦИЕНТОВ ИБС С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
- Ша-Ахмедова Л.Р., Борзова Н.С., Азимова М.И.** **166**
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО
СИНДРОМА У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЕЙ С
БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИЕЙ.
- Шадманова Л.А.** **167**
УРОВЕНЬ ГОМОЦИСТЕИНА И СРБ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ
ПАЦИЕНТОВ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ И СО-
ПУТСТВУЮЩИМ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
- Шкапо В.Л., Несен А.А., Валентинова И.А.** **168**
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОЙ
ПАТОЛОГИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
- Шодидулова Г.З., Бабамурадова З.Б.** **169**
ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ГЛИКЕМИИ И ЛИПИДНОГО
СПЕКТРА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ
НЕДОСТА-ТОЧНОСТЬЮ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА
- Шумова Н.В., Залюбовская Е.И.** **170**
ПРИМЕНЕНИЕ БЕТА-БЛОКАТОРОВ ТРЕТЬЕГО ПОКОЛЕНИЯ ПРИ
СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИА-
БЕТОМ II ТИПА, КАК ПОЛИМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ В КЛИ-
НИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ
- Юлдашева Г.Р., Хамрабаева Ф.И.** **171**
НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА
АССОЦИИРОВАННОГО С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
- Юлдашева Г.Р.** **172**
РОЛЬ АДИПОКИНОВ В ФОРМИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОГО
ПАНКРЕАТИТА У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.
- Ярмухамедова Г.Х., Хидоятова М.Р., Ярмухамедова С.Х.,** **173**

Абдуллаева Ч.А.

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ
БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

Kayumov U.K., Khamidova G.M.

175

**ASSESSMENT OF THE LEVEL OF DAMAGE TO THE HEART AND
BLOOD VESSELS UNDER THE INFLUENCE OF RADIO FREQUENCY
ELECTROMAGNETIC RADIATION IN THE EXPERIMENT**

Soliev A.B., Mamadrahimov A.A., Mavlyanov I.R.1,

176

Hojimetov A.A., Karimov M.Sh.

**DETERMINATION OF MELDONIUM IN URINE OF SPORTSMEN
WITH USE OF CHROMATOGRAPHY-MASS SPECTROMETRY
METHODS**